



EHESP

Filière : directeur d'hôpital

Promotion : **2021 - 2022**

Date du Jury : **octobre 2022**

**Gestion de la crise des urgences,
L'exemple du GHT Grand Paris Nord-Est**

Maxime LEMEE

Remerciements

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à ma maîtresse de stage, Madame Catherine Leguay-Portada, directrice déléguée du centre hospitalier intercommunal (CHI) Robert Ballanger, pour m'avoir suggéré d'approfondir une problématique hospitalière passionnante et structurante pour améliorer ses connaissances du système de santé.

Je remercie également la directrice générale du groupement hospitalier de territoire Grand Paris Nord-Est (GHT GPNE), Madame Yolande Di Natale, qui m'a confié la direction des affaires médicales, me permettant alors d'exercer en tant que directeur d'hôpital au sein du GHT.

Je remercie les directeurs délégués des deux autres établissements du GHT, Monsieur Paul Chalvin et Monsieur Quentin Demanet, de m'avoir permis de mener des entretiens au sein de leurs établissements.

J'adresse également de sincères remerciements aux praticiens, présidents de CME, chefs de pôle et chefs de service, qui m'ont accordé de leur temps pour construire cette réflexion. J'y associe également les professionnels paramédicaux et professionnels administratifs, qui ont su me transmettre leur vision des enjeux autour de ce sujet multidimensionnel. Chaque professionnel a su me prodiguer des conseils toujours pertinents.

Je remercie enfin toutes les personnes rencontrées au cours de ce mémoire, professionnels extérieurs au GHT, membres de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France, et accompagnants de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP).

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	2
1 Ancré depuis les années 1990, le phénomène d’engorgement des urgences a contraint les pouvoirs publics à mettre en œuvre des dispositifs nouveaux, qui se révèlent insuffisants	3
1.1 L’engorgement des urgences, un phénomène multifactoriel et ancien	3
1.1.1 L’augmentation constante de l’activité des urgences n’a pas été suffisamment accompagnée sur le plan des moyens humains et a conduit à une intensification du travail	3
1.1.2 La réduction des capacités d’hospitalisation complète, le vieillissement de la population et la prévalence des maladies chroniques créés un effet d’engorgement pour les prises en charge d’aval des urgences et renforcent le retard de la Seine-Saint-Denis	6
1.2 Conscients de ces difficultés, les pouvoirs publics ont multiplié les analyses de la situation et apporté des réponses partielles et conjoncturelles, malgré leur volonté de mieux coordonner les soins non programmés.....	10
1.2.1 Des actions insuffisantes en terme de résultats et de financements, impactées par l’épidémie de Covid 19	10
1.2.2 L’organisation de la permanence des soins est confrontée à l’érosion du volontariat de la médecine de ville, malgré ses ambitions de mieux coordonner l’accueil et la prise en charge des patients.....	16
2 Entre anticipation et réaction, la gouvernance hospitalière, accompagnée de l’ARS, assure la permanence et la continuité des prises en charge, dans un contexte contraint de gestion des ressources humaines qui impose des actions territoriales	21
2.1 Lorsque la crise survient, la gouvernance hospitalière doit réagir vite et apporter une réponse proportionnée aux équipes paramédicales et médicales	21
2.1.1 L’exemple du mouvement social de mai 2022 du CHI Robert Ballanger : plan d’actions opérationnel pour le directeur d’hôpital.....	21
2.1.2 L’organisation des urgences, quels leviers pour améliorer leur fonctionnement ?.....	24

2.2	Compte tenu d'une démographie médicale insuffisante, les dernières mesures doivent renforcer l'attractivité des missions de soins non programmés, avant d'engager une territorialisation des urgences.....	31
2.2.1	Le rapport Braun propose des mesures pour soutenir les professionnels médicaux et paramédicaux et agir sur l'amont des urgences.....	31
2.2.2	Dans un contexte de démographie médicale insuffisante, il conviendra d'accompagner les coopérations professionnelles, de renouveler des dispositifs d'appui territoriaux et d'envisager la graduation des urgences.....	34
	Conclusion.....	39
	Bibliographie.....	41
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 – Liste des personnes interrogées	II
	Annexe 2 – Trame des entretiens réalisés	III
	Annexe 3 – La PDSA en Seine-Saint-Denis.....	IV
	Annexe 4 – Le plan hôpital en tension (décembre 2019)	VI
	Annexe 5 – Analyse des flux d'aval des urgences du GHI Le Raincy-Montfermeil.....	VII
	Annexe 6 – Synthèse des mesures issues du rapport Braun	VIII

Liste des sigles utilisés

AAP : appel à projet
ALD : affection longue durée
ANAP : agence nationale d'appui à la performance
AP-HP : assistance publique-hôpitaux de Paris
ARM : assistant de régulation médicale
ARS : agence régionale de santé
AS : aide-soignant
BJML : besoin journalier minimal en lits
BSPP : brigade des sapeurs-pompiers de Paris
CAE : contrat d'allocation d'études
CNG : centre national de gestion
CNOM : conseil national de l'ordre des médecins
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DJ : docteur junior
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPMU : équipe paramédicale de médecine d'urgence
EPS : établissement public de santé
ETP : équivalent temps plein
FGSU : formation aux gestes et soins d'urgence
GHI : groupe hospitalier intercommunal
GHT : groupe hospitalier de territoire
GHU : groupe hospitalier universitaire
IAO : infirmier d'accueil et d'orientation
IDE : infirmier diplômé d'Etat
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
IPA : infirmier en pratiques avancées
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
MK : masseur-kinésithérapeute
MMG : maison médicale de garde
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PDS : permanence des soins
PDSA : permanence des soins ambulatoires

PNM : personnel non médical
PTA : plateforme territoriale d'appui
PST : prime de solidarité territoriale
SAMU : service d'aide médicale urgente
SAS : service d'accès aux soins
SAU : service d'accueil des urgences
SAUV : salle d'accueil des urgences vitales
SDRE : soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
SSR : soins de suite et de réadaptation
SUR93 : service d'urgences médicales de la Seine-Saint-Denis
T2IH : transport infirmier inter-hospitalier
TTA : temps de travail additionnel
UAU : unité d'aval des urgences
UE : union européenne
UGED : unité gériatrique d'entrées directes
UHTCD : unité d'hospitalisation de très courte durée
VAE : validation des acquis de l'expérience
VSL : véhicule sanitaire léger

Introduction

Au 23 juin 2022, sur 446 services d'urgence interrogés, 49 étaient en situation de fermeture partielle, 34 avaient mis en place un accès régulé, et 6 étaient totalement fermés¹. Plus largement, 133 services d'urgence² se qualifiaient comme étant en difficultés pour diverses raisons : manque d'urgentistes (77%), de paramédicaux (60%) et de médecins de ville (64%), carence de lits d'aval (60%).

Depuis le début de l'année 2022, les professionnels de santé s'inquiètent de la situation. Malgré la multiplication des rapports sur les urgences, de moyens supplémentaires après chaque séquence de mobilisation des personnels, les services d'urgence semblent constamment en crise.

Dans les dix dernières années, l'hôpital a connu une véritable révolution, notamment par le renforcement de la régulation budgétaire et la réorganisation des prises en charge avec le virage ambulatoire. Cette révolution a été menée sans approche systémique et vision globale du système de soins. Or, les urgences sont au cœur du système de santé et lorsqu'elles sont saturées, c'est par manque de solutions alternatives pour les patients. Réfléchir à l'engorgement des urgences impose d'engager une réflexion plus large sur la question de l'organisation des soins en France.

Aussi, ce mémoire a pour objectifs de décrire le phénomène d'engorgement des urgences, l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, et d'étudier le champ d'action du directeur d'hôpital et de la gouvernance hospitalière.

Alors que les services d'urgence rencontrent de fortes tensions, quelles actions peuvent être engagées par la gouvernance hospitalière pour permettre la continuité et l'amélioration continue de la prise en charge du patient ?

¹ Enquête de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 23 juin 2022

² Enquête SAMU-Urgences de France, juin 2022

Méthodologie

J'ai réalisé mon stage de direction auprès de la directrice déléguée du centre hospitalier intercommunal (CHI) Robert Ballanger. J'étais au cœur de la gestion de crise et j'ai assisté au plus près à la résolution du mouvement social local de mai 2022, conduit pour lutter contre la dégradation des conditions de travail aux urgences. Ce mouvement s'inscrivait plus largement dans un contexte de difficultés nationales, auquel le Président de la République a répondu, notamment par la mission Braun.

Ce rattachement m'a également permis de bénéficier de temps d'échanges informels avec tous les professionnels de l'hôpital, notamment médicaux et paramédicaux. Ces derniers ont alors partagé leur analyse des situations locales et nationale.

Ensuite, l'intérim de direction sur les affaires médicales du groupement hospitalier de territoire (GHT), composé de deux autres établissements avec le centre hospitalier intercommunal André Grégoire de Montreuil et le groupement hospitalier intercommunal (GHI) Le Raincy-Montfermeil, m'a permis de comparer la situation des urgences des trois établissements et d'échanger avec les chefs de service et présidents des communautés médicales d'établissement (CME). Ces temps d'échange leur ont permis d'exprimer toute la complexité des urgences hospitalières.

J'ai par ailleurs pu appréhender les conséquences concrètes du manque de ressources, paramédicales et médicales dans cette spécialité, dans le cadre des gardes administratives et d'un travail d'observation, en CME, en directoire et en participant aux réunions de travail sur les travaux des nouvelles urgences de l'hôpital Robert Ballanger.

Enfin, ce travail a été complété par des recherches bibliographiques sur ce sujet qui a été abondamment traité dans les rapports nationaux, travaux de recherche et publications professionnelles.

1 Ancré depuis les années 1990, le phénomène d’engorgement des urgences a contraint les pouvoirs publics à mettre en œuvre des dispositifs nouveaux, qui se révèlent insuffisants

1.1 L’engorgement des urgences, un phénomène multifactoriel et ancien

1.1.1 L’augmentation constante de l’activité des urgences n’a pas été suffisamment accompagnée sur le plan des moyens humains et a conduit à une intensification du travail

- i. Au niveau national, alors que l’activité progresse de 3% par an, les moyens humains médicaux et paramédicaux stagnent ou diminuent

En 2022, les services d’urgence multiplient les fermetures. Ils symbolisent à eux seuls la crise de l’hôpital public et rassemblent les problématiques médicales, sociales et d’organisation des activités hospitalières, au sein du système de santé. Dans une lettre ouverte de février 2013 adressée à la ministre de la Santé, les urgentistes évoquaient déjà « une crise majeure », insistant sur le caractère sans précédent de cette crise malgré les difficultés que rencontrent les urgences depuis longtemps³.

Parmi les maux des urgences, figure en premier lieu l’augmentation des passages. Depuis 1996, le nombre de passages aux urgences est en hausse quasi-constante. En 2019, on dénombre 21,2 millions de passages, contre 10,1 millions en 1996, soit une augmentation moyenne de 3,3% par an⁴. Sur la période 2013-2019⁵, cette tendance n’a pas fléchi avec une augmentation du nombre de passages de +18,8%, soit +2,9 % par an, dont +12% de patients de plus de 80 ans.

Les moyens alloués aux urgences, mesurés en nombre d’heures hebdomadaires moyen, ont augmenté sur la période pour les infirmiers diplômé d’état (IDE, +4,8% soit +0,8% par an) et fortement diminué pour le temps médical (-24,9%, soit -4,7% par an). A noter que ces moyens ont pu être réalloués aux unités d’hospitalisation de courte durée (UHCD), afin de fluidifier l’aval des urgences. En revanche, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ne propose pas d’analyse des moyens strictement affectés aux UHCD et il n’est donc pas possible d’analyser l’augmentation des moyens de ces unités. Il n’en

³PENEFF J., « L’hôpital en urgence », 1992 ; DANET F., « Où va l’hôpital ? Quelques réflexions pour sortir du catastrophisme », 2010

⁴ JOMIER B. et DEROCHE C., « Rapport au nom de la commission d’enquête sur la situation de l’hôpital et le système de santé en France », mars 2022

⁵ Source : statistique annuelle des établissements de santé (SAE), période la plus longue et la plus récente disponible sur <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

demeure pas moins que ces différentes tendances ont conduit à une intensification du travail aux urgences.

Tableau n°1 : Synthèse activité/moyens des urgences adultes au niveau national sur la période 2013-2019

	2013	2019	Ecart	Evol 2019/2013	Evol. Annuelle
Nombre de passages aux urgences	16 599 016	19 714 060	3 115 044	18,8%	2,9%
<i>Dont hospitalisés en MCO dans la même entité juridique</i>	3 319 273	3 479 362	160 089	4,8%	0,8%
<i>Dont hospitalisés en SSR, PSY, USLD dans la même entité juridique</i>	59 204	51 292	- 7 912	-13,4%	-2,4%
<i>Dont hospitalisés en HAD dans la même entité juridique</i>	-	747	747		
<i>Dont hospitalisés dans une autre entité juridique</i>	232 215	224 360	- 7 855	-3,4%	-0,6%
Nombre de passages aux urgences pour des patients de plus de 80 ans	1 647 654	1 845 525	197 871	12,0%	1,9%
<i>Dont hospitalisés en MCO dans la même entité juridique</i>	741 548	840 231	98 683	13,3%	2,1%
<i>Dont hospitalisés en SSR, PSY, USLD dans la même entité juridique</i>	6 727	5 894	- 833	-12,4%	-2,2%
<i>Dont hospitalisés en HAD dans la même entité juridique</i>	-	216	216		
<i>Dont hospitalisés dans une autre entité juridique</i>	40 610	46 963	6 353	15,6%	2,5%
Nombre d'heures hebdomadaires postées en moyenne :					
<i>médecins :</i>	286 372	215 195	- 71 177	-24,9%	-4,7%
<i>IDE (infirmier diplômé d'état) avec ou sans spécialisation :</i>	406 397	426 002	19 605	4,8%	0,8%

- ii. La Seine-Saint-Denis, moins bien dotée, suit également cette tendance à laquelle s'ajoute une plus forte progression de patients âgés polypathologiques

Au niveau de la Seine-Saint-Denis, la tendance d'augmentation d'activité est identique (+2,9% d'augmentation annuelle), mais avec une plus forte progression des patients de plus de 80 ans (+16,8% sur la période, soit +2,6% par an), qui nécessitent souvent une hospitalisation (en Seine-Saint-Denis, de 45 à 58% des patients de plus de 80 ans vus aux urgences sont ensuite hospitalisés ; contre 48% au national⁶). Ces patients représentent 6 % du nombre de passages, contre 10% pour le national⁶, compte tenu d'une population relativement plus jeune. Il aurait été intéressant de compléter cette analyse d'un critère de gravité des patients, évaluée par exemple au travers du référentiel de la classification clinique des malades aux urgences (CCMU)⁷. Cependant, ni les études nationales ni le logiciel patient des urgences du GHT Grand Paris Nord-Est ne permettent d'évaluer cet état de gravité. Cette approche a cependant été réalisée par le recueil du taux d'hospitalisation : en moyenne, 15,5% des passages aux urgences donnent lieu à une hospitalisation, contre 20 % au niveau national⁸.

S'agissant des moyens, leur tendance est à la baisse pour le temps médical (-26%, soit -4,9% par an) et paramédical (-1,1%, soit -0,2% par an).

⁶ Cf. Tableaux 1 et 2, rapport entre les patients de plus de 80 ans hospitalisés et ceux vus aux urgences

⁷ Référentiel établi par la société française de médecine d'urgence (SDMU)

⁸ COHEN L., GENISSON C. et SAVARY R-P., « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières », juillet 2017

**Tableau n°2 : Synthèse activité/moyens des urgences adultes en Seine-Saint-Denis
sur la période 2013-2019**

	2013	2019	Ecart	Evol 2019/2013	Evol. Annuelle
Nombre de passages aux urgences	416 189	492 633	76 444	18,4%	2,9%
<i>Dont hospitalisés en MCO dans la même entité juridique</i>	51 135	48 830	- 2 305	-4,5%	-0,8%
<i>Dont hospitalisés en SSR, PSY, USLD dans la même entité juridique</i>	348	407	59	17,0%	2,6%
<i>Dont hospitalisés en HAD dans la même entité juridique</i>	-	-	-		
<i>Dont hospitalisés dans une autre entité juridique</i>	7 408	2 556	- 4 852	-65,5%	-16,3%
Nombre de passages aux urgences pour des patients de plus de 80 ans	25 410	29 679	4 269	16,8%	2,6%
<i>Dont hospitalisés en MCO dans la même entité juridique</i>	12 616	12 657	41	0,3%	0,1%
<i>Dont hospitalisés en SSR, PSY, USLD dans la même entité juridique</i>	7	358	351	5014,3%	92,7%
<i>Dont hospitalisés en HAD dans la même entité juridique</i>	-	-	-		
<i>Dont hospitalisés dans une autre entité juridique</i>	2 087	202	- 1 885	-90,3%	-32,2%
Nombre d'heures hebdomadaires postées en moyenne :					
<i>médecins :</i>	286 372	211 843	- 74 529	-26,0%	-4,9%
<i>IDE (infirmier diplômé d'état) avec ou sans spécialisation :</i>	406 397	402 107	- 4 290	-1,1%	-0,2%

- iii. Les difficultés de recrutement fragilisent les organisations et les collectifs de travail, données réelles et actualisées du centre hospitalier intercommunal (CHI) Robert Ballanger

A ce constat, il convient d'ajouter que les difficultés de recrutement de personnels médicaux et paramédicaux et la hausse exponentielle du recours à l'intérim ne permettent pas de stabiliser les équipes. Le centre national de gestion (CNG) indique que le « taux de vacance statutaire » a progressé en deux ans, passant, pour l'ensemble des praticiens hospitaliers à temps plein, de 30,3 % à 32,6 %⁹. Ce taux ne donne cependant pas en lui-même d'indications sur les vacances réelles, les postes vacants pouvant être occupés par des praticiens contractuels ou des intérimaires.

En mai 2022, l'hôpital Robert Ballanger a vécu un nouveau mouvement social des professionnels des urgences, compte tenu notamment d'effectifs insuffisants au regard du volume d'activité.

Concernant les effectifs médicaux, sur 24,2 emplois théoriques, 17,2 étaient occupés et les postes vacants régulièrement compensés par le recours à l'intérim et aux vacataires extérieurs. De plus, les postes de praticiens hospitaliers et de praticiens contractuels vacants sont également compensés par des praticiens à diplôme hors union européenne en formation (praticiens associés, faisant fonction d'interne et stagiaires associés). Ces chiffres sous-estiment donc les difficultés de recrutement des services d'urgence.

S'agissant des professionnels paramédicaux, sur 54 équivalents temps plein (ETP) d'infirmier diplômé d'Etat (IDE), seuls 43 ETP IDE étaient effectivement présents et 7 départs étaient programmés (fin de contrat, demande de disponibilité ou de mutation).

⁹ JOMIER B. et DEROCHÉ C., « Rapport au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France », mars 2022

Il sera d'ailleurs intéressant de revenir sur les solutions proposées par la direction pour sortir de cette crise dans la deuxième partie de ce mémoire.

1.1.2 La réduction des capacités d'hospitalisation complète, le vieillissement de la population et la prévalence des maladies chroniques créés un effet d'engorgement pour les prises en charge d'aval des urgences et renforcent le retard de la Seine-Saint-Denis

- i. Le virage ambulatoire créé un effet d'engorgement des urgences et augmente la charge en soins au sein des unités d'hospitalisation, alors que les ratios de lits par habitant sont deux fois inférieurs en Seine-Saint-Denis

Dans un contexte économique contraint, l'Etat a mis en place des outils de régulation des dépenses de santé. Pour les établissements de santé, outre la mise en place d'un système de tarification à l'activité pour lequel les prix sont administrées, ces politiques se sont attachées à réguler l'offre de soins par un ajustement des quantités physiques (nombre de postes de praticiens hospitaliers, nombre de lits, nombre d'équipements lourds, autorisations d'activité). Alors, les établissements ont également dû progressivement adapter leurs capacités d'hospitalisation, notamment par la mise en place du virage ambulatoire.

En chirurgie, au national, les capacités d'hospitalisation à temps complet, mesurées en nombre de lits ont diminué de -21% sur la période 2013-2019 alors que les places installées ont augmenté de +19,7%¹⁰.

En comparaison, pour la Seine-Saint-Denis, alors que les capacités d'hospitalisation ont plus fortement diminué, de -28,6%, les places installées ont seulement augmenté de +6,3%, renforçant plus encore la tension sur les services d'hospitalisation et d'urgences hospitalières des établissements publics de santé du département.

Les lits de médecine n'ont quant à eux pas progressé sur la période, malgré l'augmentation du nombre de séjours (+8,9% au national, +11% en Seine-Saint-Denis) ; conduisant à une meilleure occupation des capacités installées et à une diminution des capacités d'aval pour les urgences hospitalières.

Ainsi, en médecine, le territoire de la Seine-Saint-Denis offre 1,44 lits et places pour 1 000 habitants pour un ratio de 2,24 en Île-de-France et 2,08 en France. En chirurgie, le territoire dispose de quasiment moitié moins de lits et places comparé à la moyenne nationale : l'offre est de 0,73 lits et places pour 1 000 habitants, contre 1,29 en Île-de-France et 1,27 au niveau national.

¹⁰ Cf. Tableaux 3 et 4

Au-delà, ce virage s'est accompagné d'une intensification de la charge en soins en hospitalisation, transférant les patients dits « légers » sur les unités ambulatoires.

Tableau n°3 : Capacités et activité en hospitalisation complète et en ambulatoire en France

		Médecine				Chirurgie			
		2 013	2019	Ecart	Evolution	2 013	2019	Ecart	Evolution
Hospitalisation complète	Lits installés	122 708	123 896	1 188	1,0%	76 595	60 545	-16 050	-21,0%
	Séjours	6 187 166	6 739 750	552 584	8,9%	4 021 339	3 164 435	-856 904	-21,3%
	Journées	37 438 509	38 515 849	1 077 340	2,9%	16 811 113	12 710 696	-4 100 417	-24,4%
Ambulatoire	Places installées	15 577	13 635	-1 942	-12,5%	15 856	18 976	3 120	19,7%
	Séjours	1 756 240	1 769 809	13 569	0,8%	3 856 465	5 258 503	1 402 038	36,4%

Tableau n°4 : Capacités et activité en hospitalisation complète et en ambulatoire en Seine-Saint-Denis

		Médecine				Chirurgie			
		2 013	2019	Ecart	Evolution	2 013	2019	Ecart	Evolution
Hospitalisation complète	Lits installés au 31/12	2 111	2 105	-6	-0,3%	1 175	839	-336	-28,6%
	Séjours	91 825	101 975	10 150	11,1%	75 122	42 079	-33 043	-44,0%
	Journées	661 806	672 323	10 517	1,6%	255 121	164 931	-90 190	-35,4%
Ambulatoire	Places installées au 31/12	258	237	-21	-8,1%	316	336	20	6,3%
	Séjours	38 248	33 578	-4 670	-12,2%	61 750	76 813	15 063	24,4%

- ii. Le vieillissement de la population ne se traduit pas dans les capacités d'hospitalisation en unité de médecine gériatrique

De même, alors que l'activité liée à la prise en charge urgente des patients de plus de 80 ans nécessitant une hospitalisation a augmenté, les capacités d'hospitalisation en unité de médecine gériatrique ont diminué. Cette tendance est à nouveau plus forte en Seine-Saint-Denis avec une diminution de -5,9% des capacités d'hospitalisation, rapportée à une augmentation de +149% des séjours (contre +12,4% au national)¹¹.

Alors que les unités de médecine gériatrique ont donc largement renforcé leur taux d'occupation, les services de spécialité doivent « prendre leur part » de patients polypathologiques âgées, au détriment de patients de spécialité.

En médecine, le vieillissement de la population et la prévalence des maladies chroniques génèrent une hausse continue des besoins d'hospitalisation qui justifierait à la fois une augmentation du nombre de lits et un puissant développement de l'ambulatoire.

¹¹ Cf. Tableaux 5 et 6

Tableau n°5 : Capacités et activité en unité de médecine gériatrique en France

		2 013	2 019	Ecart	Evolution
Unité de médecine gériatrique	Nombre de lits et places	8 998	8 731	-267	-3,0%
	Séjours	645 660	725 728	80 068	12,4%
	Nombre de journées	2 045 343	1 985 224	-60 119	-2,9%

Tableau n°6 : Capacités et activité en unité de médecine gériatrique en Seine-Saint-Denis

		2 013	2 019	Ecart	Evolution
Unité de médecine gériatrique	Nombre de lits et places	136	128	-8	-5,9%
	Séjours	4 704	11 711	7 007	149,0%
	Nombre de journées	48 327	36 173	-12 154	-25,1%

- iii. En 2022, le manque de personnel contraint les établissements à fermer des capacités d'hospitalisation

S'ajoutent aujourd'hui à ces transformations, les fermetures de lits pour manque de personnel. Au sein du GHT Grand Paris Nord-Est, 255 lits sont actuellement fermés¹², sur un total de 1 827 lits théoriquement installés, soit 14 % de lits fermés.

Ces fermetures concernent tous les secteurs d'hospitalisation, touchant parfois particulièrement les services de gériatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR). Sur 29 800 journées de fermeture au GHI Le Raincy-Montfermeil, 12 775 concernaient la gériatrie et le SSR, avec la fermeture complète d'une aile d'hospitalisation pour regrouper les professionnels paramédicaux (soit 43% des fermetures de lits de l'établissement), 7 195 les services de médecine de spécialité (diabétologie, cardiologie, gastro-entérologie, soit 24% des fermetures).

Actuellement, il n'existe aucune certitude quant à leur réouverture.

Dès lors, l'intensification du travail aux urgences et la fermeture de lits d'aval, insuffisamment accompagnée de dispositifs compensatoires, ont participé au phénomène multifactoriel d'engorgement des urgences.

Le virage ambulatoire suppose l'intervention d'une pluralité d'acteurs et de lieux (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux) et impose des efforts de coordination plus importants tout au long de la prise en charge des patients pour aboutir à un parcours de santé. Hors, et alors que les établissements de santé ont largement entamé leur mutation, la construction du parcours de santé est toujours en cours.

¹² Source : contrôle de gestion, sans distinction des lits fermés pour manque de personnel, travaux, désinfection...

- iv. En amont et en « aval de l'aval », la Seine-Saint-Denis reste un territoire sous-doté pour assurer la prise en charge et le suivi des patients en ville et témoigne d'une inéquité de la répartition territoriale de l'offre

La Seine-Saint-Denis est le territoire métropolitain concentrant le plus de difficultés sanitaires et sociales et le département le plus pauvre d'Île-de-France présentant des indicateurs particulièrement dégradés :

- Le taux de chômage s'élève à 19%, contre 9,5% en Île-de-France.
- Le taux de pauvreté s'élève à 28,6% en 2014 (contre 15,6% en Île-de-France), soit une augmentation de +7,1 points par rapport à 2008¹³.

Cette précarité socio-économique record a un impact important sur la santé de la population. Le département est en effet marqué par des indicateurs de santé publique très dégradés et une très forte prévalence des maladies chroniques : forte prévalence des affections longue durée (ALD) pour troubles mentaux chez les 15-34 ans et maladies cardio-vasculaires, tumeurs malignes et diabètes de type 1 et 2 chez les 35-84 ans ; forte prévalence du diabète ; prévalence de l'obésité la plus forte au niveau national ; taux de mortalité infantile 50 % plus élevé que le taux francilien.

Hors, les enjeux sont croissants sur ce territoire compte tenu d'une progression démographique plus dynamique que les moyennes nationales et régionales, en raison d'un très fort taux de natalité (le taux de natalité de Seine-Saint-Denis est supérieur de 18% par rapport à la moyenne nationale). L'hypothèse de croissance de la population s'élève à +9,1% sur la Seine-Saint-Denis à 10 ans (cible 2029), dont +4,6% d'ici 2024.

Face à ces besoins majeurs et croissants, l'offre de ville est d'ores et déjà insuffisante sur le territoire, accentuant le rôle de proximité des établissements sanitaires. Sur la zone du GHT Grand Paris Nord-Est, la densité de médecins généralistes libéraux est inférieure de près de 25% par rapport au niveau national. La densité de médecins spécialistes libéraux affiche quant à elle un déficit de près de 20% par rapport à la moyenne nationale¹⁴. Par ailleurs, face à la carence de l'offre de ville, on constate sur le territoire un report important de la demande sur l'hôpital public ainsi qu'un fort renoncement aux soins (taux d'hospitalisation standardisé de 265 pour 1 000 personnes¹⁵) et une fuite des patients hors du territoire, sur Paris (taux de fuite de 56% en médecine sans acte classant et 54% en chirurgie)^{14,15}.

¹³ Données de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

¹⁴ Données issues de l'analyse du territoire par l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France

¹⁵ <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/taux-standardise-dhospitalisation-tous-ages-et-toutes-causes>

1.2 Conscients de ces difficultés, les pouvoirs publics ont multiplié les analyses de la situation et apporté des réponses partielles et conjoncturelles, malgré leur volonté de mieux coordonner les soins non programmés

Face à ces difficultés, les pouvoirs publics nationaux et régionaux ont engagé plusieurs missions pour qualifier les difficultés et envisager les solutions les plus larges : rapport sur la territorialisation des activités d'urgences dit « rapport Grall » (2015), rapport sur l'organisation des soins non programmés (2018), pacte de refondation des urgences dit « Rapport Carli-Mesnier » (2019), rapport de la Cour des Comptes intitulé « les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités » (2019), rapports d'information à l'Assemblée Nationale et au Sénat (2015, 2017, 2022), et enfin, mission « flash » sur les urgences et soins non programmés, dite « Rapport Braun » (2022).

1.2.1 Des actions insuffisantes en terme de résultats et de financements, impactées par l'épidémie de Covid 19

Si l'analyse de la situation et les diagnostics posés sont justes, les solutions proposées peinent à se mettre en œuvre compte tenu de la multitude d'acteurs à coordonner et d'actions à engager. Côté hôpital, un dispositif et une réforme nécessitent une analyse plus fine pour en comprendre les enjeux : le projet « zéro lit brancard » et la réforme du financement des urgences.

- i. Les dispositifs nouveaux peinent à se mettre en œuvre, en partie du fait de l'épidémie de Covid 19

En septembre 2019, Madame Agnès Buzyn, alors ministre de la Santé, présentait les 12 mesures du pacte de refondation des urgences soutenues par 750 M€ de financements publics jusqu'en 2022¹⁶ :

Mesures 1 – Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : le service d'accès aux soins (SAS)

Concrètement, toute personne ayant un besoin de santé urgent ou n'ayant pas de médecin traitant disponible et nécessitant un soin non programmé, peut accéder à distance à un professionnel de santé qui lui proposera un conseil ou l'orientera selon son état : vers une consultation non programmée ; vers un service d'urgences ; ou déclenchera une intervention d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

¹⁶ Mesures issues du Pacte de refondation des urgences et évaluation issue du rapport Braun

21 sites pilotes sont actuellement opérationnels et ce dispositif doit se généraliser. Bien que sa mise en œuvre soit reconnue positive, notamment pour la régulation médicale, la réelle effectivité sur le terrain est plus délicate, compte tenu de la démographie médicale.

Mesure 2 – Renforcer l’offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé

Afin de renforcer l’offre de consultations médicales sans rendez-vous, les pouvoirs publics souhaitent s’appuyer sur trois leviers : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les assistants médicaux et les maisons médicales de garde (MMG).

A ce jour, 260 CPTS sont en fonctionnement, couvrant 1/3 de la population française, 3 112 contrats d’assistants médicaux ont été signés et les financements nécessaires à la création de 50 MMG supplémentaires ont été alloués. Le déploiement de ces dispositifs doit se poursuivre mais un pilotage plus resserré doit se mettre en place pour améliorer leur niveau de maturité et leur efficacité réelle.

Mesure 3 – Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences

Il s’agit de permettre au SAMU de solliciter un transport sanitaire pour conduire un patient à un rendez-vous en ville, systématiser le tiers-payant pour les actes de permanence des soins ambulatoires (PDSA), développer la biologie délocalisée dans le cadre de consultations sans rendez-vous en ville.

Ces actions sont partiellement déployées et restent des sujets de préoccupation importants.

Mesure 4 – Offrir aux professionnels non-médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients

Il s’agit de développer et d’étendre les protocoles de coopération en ville (masseur-kinésithérapeute – MK, pharmacien et IDE) et le rôle des infirmiers en pratiques avancées (IPA) dans le suivi des maladies chroniques.

L’appropriation de ces dispositifs et leur mise en œuvre sont insuffisants. Ils nécessitent d’être acceptés par tous les acteurs et l’existence d’un cadre de travail commun et concerté. Ces mesures sont essentielles pour libérer du temps médical.

Mesure 5 – Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences

Ces mesures concernent : l’admission directe des personnes âgées en hospitalisation sans passer par les urgences ; le renforcement des équipes mobiles de gériatrie pour appuyer les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les professionnels de ville ; l’appui gériatrique et de soins palliatifs aux SAMU et aux professionnels des EHPAD.

Ces mesures, financées à hauteur de 184 M€¹⁷, pâtissent d'un manque de pilotage et d'absence de bilan. Par conséquent, et alors qu'elles présentent des solutions concrètes pour les établissements, il n'est pas possible d'analyser leurs résultats et d'identifier les bonnes pratiques pour les mettre en œuvre.

Mesure 6 – Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU-Centre 15

Mesure technique et financée, pour laquelle un cahier des charges a été diffusé. Les SAMU s'équipent soit via leur éditeur de logiciel soit via le portail SI-SAMU qui permet cette fonctionnalité.

Une enquête pourrait objectiver le niveau d'équipement et d'usage des SAMU.

Mesure 7 – Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés

Il s'agit ici de mieux graduer les services d'urgence en :

- Identifiant les antennes de médecine d'urgence et centre de soins non programmés ;
- Développant les transports paramédicalisés, qu'ils s'agissent des transports infirmiers inter-hospitaliers (T2IH) ou d'équipes paramédicales de médecine d'urgence (EPMU).

Ces mesures doivent être mises en œuvre ou généralisées.

Mesure 8 – Renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences

La mesure 8 a vocation à renforcer le recours aux protocoles de coopération soignants aux urgences (ex. demande anticipée de bilan radiologique par l'infirmier d'accueil et d'orientation-IAO, réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin), créer des infirmiers en pratiques avancées aux urgences¹⁸ et améliorer la rémunération des assistants de régulation médicale (ARM).

Mesure 9 – Lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical

Cette mesure vise à renforcer le contrôle de l'intérim médical, par l'application de la Loi « Rist » du 26 avril 2021, et à proposer des alternatives encadrées (ex. prime de solidarité territoriale – PST).

¹⁷ 165 M€ versés pour inciter à la mise en œuvre de parcours d'admission directe, 12 M€ pour renforcer les équipes mobiles gériatriques et 7 M€ pour l'appui gériatrique et de soins palliatifs aux SAMU et professionnels des EHPAD

¹⁸ Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences et Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnés à l'article R. 4301-3-1 du code de la santé publique

Néanmoins, l'application de cette loi a été repoussée sur la pression des syndicats de praticiens hospitaliers et très peu d'exemples d'application de la PST sur la profession d'urgentiste existent, compte tenu de la pénurie médicale.

Mesure 10 – Réformer le financement des urgences

La réforme du financement des urgences est en cours avec : la mise en place progressive d'une dotation populationnelle et de forfaits à l'activité (loi de financement de la sécurité sociale 2020), l'expérimentation d'un forfait de réorientation aux urgences (qui sera évalué en 2023) et la volonté de mettre en place un indicateur à la qualité lié à la fluidité des passages aux urgences.

Mesure 11 – : Renforcer la sécurité des professionnels travaillant aux urgences

Il s'agit d'autoriser le chef d'établissement à porter plainte et à se constituer partie civile et de prendre en compte les questions de sécurité professionnelle et d'amélioration des conditions de travail lors des projets de rénovation des services d'urgence.

Les suites données à cette mesure ne sont pas connues.

Mesure 12 – Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées

Les mesures sont les suivantes : inscrire un engagement sur l'aval des urgences dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), le règlement intérieur et les contrats de pôle ; déployer une cellule interne de gestion des lits dans tous les GHT ; diffuser l'indicateur de besoin en lits (besoin journalier minimal en lits – BJML) dans tous les établissements et GHT ; inciter à l'hébergement temporaire en EHPAD post-urgences.

Selon le rapport Braun, bien que des financements aient été accordées, des retours d'expérience et partages d'actions réalisées, ces retours ont insuffisamment été partagés avec les professionnels de terrain. Par conséquent, les applications se font attendre.

- ii. Le projet « zéro lit brancard », une réponse concrète mais financée partiellement par des crédits non pérennes

Le projet « zéro lit brancard » constitue l'axe 1 du plan d'actions régional annoncé par l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France le 26 juin 2019. Ce dispositif décline alors au niveau régional la mesure 12 du pacte de refondation des urgences. Premier contrat francilien de ce type, la démarche a pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge et les conditions de travail dans les services d'accueil des urgences (SAU). Concrètement, il s'agit de faire un travail approfondi sur l'organisation des services d'urgence et des flux vers les services d'hospitalisation. Il concerne toujours aujourd'hui les 52 établissements de santé publique de la région Île-de-France disposant d'un service d'urgences polyvalent. Ce

plan va de pair avec un accompagnement financier à hauteur de 30 millions d'euros sur trois ans au niveau régional.

Pour les établissements du GHT Grand Paris Nord-Est, la mise en œuvre de ce plan s'est traduite de la façon suivante :

- *Pour améliorer la fluidité de l'activité du service d'accueil des urgences (SAU) :* par le recrutement de temps médical supplémentaire pour fluidifier l'activité « Fast » des urgences¹⁹ ; par la mise en place d'un binôme infirmier diplômé d'Etat (IDE) / aide-soignant (AS) à l'orientation et à l'accueil des urgences ; par la définition de règles d'orientation, d'hébergement et d'accès aux examens d'imagerie ; par la mise en place d'un staff quotidien entre les urgences et l'unité d'hospitalisation très courte durée (UHTCD).
- *Pour renforcer le lien ville / territoire / GHT :* par le renforcement du partenariat avec la maison médicale de garde (ex. pour la prise en charge des patients « verts » Covid) ; par l'installation d'un centre de soins non programmés à proximité du site hospitalier.
- *Pour améliorer la prise en charge personnes âgées :* par la rédaction de procédures de prise en charge de la personne âgée au sein du SAU élaborées en lien avec la filière gériatrique ; par la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie intra et extra-GHT.
- *Pour favoriser le recours à d'autres structures d'aval :* par l'ouverture de 11 lits d'unité d'aval des urgences (UAU) sur appel à projet (AAP) dans le cadre du dispositif d'accompagnement 4 000 lits (lits ouverts de février à juin 2021) ; par l'ouverture de 10 lits d'unité d'aval des urgences (UAU) pérennes à partir du 15 mars 2022 ; par le financement d'un ETP de juriste sur six mois pour aider à la contractualisation avec des structures d'aval pour l'adressage de patients issus des urgences ; par le conventionnement avec des structures de SSR dites « médecine like » (conventionnement avec la clinique du Pré-Saint-Gervais, la Fondation COS et le Groupe Ramsay) ; par le déploiement du logiciel « Recare » (plateforme digitale sécurisée qui fluidifie et centralise les demandes de transferts de patients depuis les urgences vers les unités d'hospitalisation).
- *Pour organiser la gestion des parcours :* par la création d'un poste d'assistant social aux urgences ; par le renforcement de l'encadrement paramédical aux urgences par le renforcement de la cellule de « gestion des lits » (ETP d'IDE gestionnaires de lits, acquisition d'un logiciel dédié).

¹⁹ L'activité dite « Fast » correspond aux patients légers qui ne nécessitent souvent qu'une consultation générale

- *Par de l'achat de matériel* : notamment pour la mise en œuvre du plan « Hôpital en tension »²⁰ ; pour l'équipement de salons de sortie dans les services d'hospitalisation (cinq salons de sortie prévus).

Cependant, ces mesures sont actuellement sous-financées. Alors que leur coût sur le GHT est estimé à 1,315 M€²¹ pour 2021 et 2022, dont certaines dépenses pérennes (ex. dépenses en personnel), les financements perçus ne sont que de 645 K€²², soit 49 % du coût de ces mesures sur la période (crédits non renouvelables).

Les 51 % restant devant être autofinancés, notamment par l'augmentation de la rotation des patients et donc, l'augmentation des recettes séjours de tarification à l'activité (T2A). Dans un contexte budgétaire très contraint, il peut être difficile pour les établissements de santé d'engager ces projets et ces investissements, sans certitude de financement ou de retour sur investissement, alors même que les factures fournisseurs et le paiement des salaires sont en tension et dans un contexte d'augmentation des dépenses²³.

- iii. La refonte du modèle de financement, une réforme ambitieuse qu'il conviendra d'évaluer

La refonte du modèle de financement à l'activité en s'appuyant dorénavant sur une base majoritairement populationnelle dépendant des caractéristiques de la population, des territoires, de l'offre de soins, en tenant compte de l'intensité de la prise en charge et en introduisant un financement à la qualité est un objectif ambitieux.

En termes d'organisation, il est parfois estimé que le mode de financement forfaitaire des urgences peut induire un effet pervers conduisant à accepter des patients qui ne sont pas de leur ressort.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 prévoit l'expérimentation d'un forfait visant à encourager, lorsqu'elle est envisageable, la réorientation du patient vers une consultation de ville (praticien, maison de santé, maison médicale de garde) à une date compatible avec son état de santé.

L'objectif est de pouvoir toucher 5 à 10 % des passages au sein des urgences hospitalières sans hospitalisation. Fixé à 60 euros, ce forfait a été mis en place au printemps 2021 mais il est encore trop tôt pour en évaluer les effets, notamment eu égard au maintien de la garantie de financement des établissements de santé jusqu'en décembre 2022.

²⁰ Plan détaillé en annexe 4

²¹ Cf. enquête zéro lit brancard 2022, GHT GPNE

²² Dernière délégation financière de crédits en date du 3 mai 2022

²³ Augmentation prévisionnelle de dépenses +6,1 % en 2022 et +7,0 % en 2023 selon l'INSEE

Par ailleurs, le forfait patient urgences (FPU) entré en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 unifie les différents tarifs préexistants qui étaient facturés *a posteriori* aux patients.

1.2.2 L'organisation de la permanence des soins est confrontée à l'érosion du volontariat de la médecine de ville, malgré ses ambitions de mieux coordonner l'accueil et la prise en charge des patients

Conscientes que ces difficultés ne pouvaient se résoudre uniquement à travers un prisme et des solutions hospitalo-centrées, les directions d'établissement ont renforcé leurs partenariats avec la médecine de ville et les pouvoirs publics souhaité coordonner la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Cependant, ces solutions ne peuvent être mises en œuvre qu'à partir du moment où les intérêts et obligations sont partagés.

- i. Dès 2006, une maison médicale de garde (MMG) est implantée sur site hospitalier dans le cadre de la PDSA pour soulager les urgences hospitalières et améliorer la prise en charge des patients

Au début des années 2000, les MMG ont constitué une nouvelle modalité d'organisation de la médecine de ville. Leur création fait suite à une grève des médecins généralistes contre les gardes de nuit et de week-end, remettant en cause l'obligation d'assurer la permanence des soins telle qu'elle était énoncée dans l'article 77 du code de déontologie médicale²⁴.

Afin d'améliorer leurs conditions de travail, les médecins libéraux ont ressenti le besoin de se regrouper et les MMG ont commencé à se développer. En effet, les MMG permettent aux médecins généralistes de se regrouper en une unité de lieu, à proximité de l'hôpital, dans des conditions de sécurité satisfaisantes, afin d'assurer les gardes de nuit et de week-end. Elles constituent un dispositif d'offre de soins ambulatoires dont la mission première est d'assurer la continuité des soins en organisant les conditions de garde des médecins de ville. Elles conjuguent prise de gardes, travail en équipe, diminution du sentiment d'insécurité pour les médecins, diminution des délais d'attente et efficacité pour les patients²⁵.

Créée en septembre 2006, la MMG d'Aulnay-sous-Bois est la première et la plus ancienne MMG de la Seine-Saint-Denis. Elle est située en amont des urgences de l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois²⁶, au cœur du tissu urbain de l'est du 93 et en proximité de plusieurs villes : Aulnay-sous-Bois (82 314 habitants), Villepinte (35 864 habitants), Sevran (50 077 habitants), Tremblay-en-France (34 704 habitants), Vaujours (6 867 habitants),

²⁴ Article selon lequel « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent »

²⁵ GENTILE S., DEVICTOR B., AMADEÏ E., BOUVENOT J., DURAND A.C., SAMBUC R., « Les maisons médicales de garde en France », 2005

²⁶ Elles sont précisément situées 100 mètres en amont du SAU du CHI Robert Ballanger, sur un terrain à proximité du parking de l'établissement

Livry-Gargan (43 798 habitants)²⁷. Sa localisation au sein du domaine hospitalier est un atout reconnu par les médecins de gardes postés, par le personnel hospitalier et surtout par les patients (accessibilité en voiture, transports en commun et accès pour les personnes à mobilité réduite).

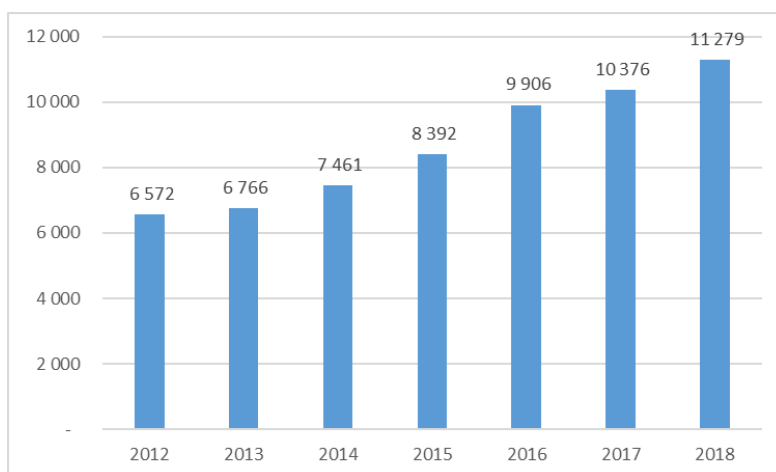
La MMG est ouverte aux horaires de la PDSA :

- Du lundi au vendredi de 20h00 à minuit
- Tous les samedis de 12h00 à minuit
- Tous les dimanches et jours fériés de 08h00 à minuit.

Ces plages horaires sont entièrement couvertes par les 32 médecins de gardes et l'agent d'accueil qui ouvre, accueille les patients et ferme la MMG à minuit. Le tiers payant est systématique si les droits à la sécurité sociale sont ouverts.

Elle est constituée : d'un halle d'entrée, d'une salle d'attente, d'un cabinet médical, d'un sanitaire pour personne à mobilité réduite (PMR), d'un sanitaire privé, d'un local de stockage. Un deuxième cabinet médical a été créé courant juin 2021 compte tenu de la progression constante d'activité depuis 2006 (+9,4% de progression annuelle moyenne d'activité entre 2006 et 2013²⁸).

Graphique n°1 : Nombre de consultations MMG Aulnay-sous-Bois



Les objectifs de la MMG sont les suivants :

- Soulager les urgences des cas provenant du domaine de la médecine générale
- Proposer un environnement humain et matériel sécurisant pour les médecins de garde
- Diminuer le temps d'attente pour les patients

²⁷ Soit 253 624 habitants au total

²⁸ Données issues du rapport d'activité de la MMG d'Aulnay-sous-Bois

- Améliorer la santé publique sur le territoire
- Développer le lien ville-hôpital
- Participer aux objectifs de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

Une convention lie cette MMG et l'hôpital Robert Ballanger, qui réalise quant à lui 75 000 passages annuels aux urgences, et définit le rôle et les responsabilités de chaque structure. Elle précise les modalités d'échange des patients selon leur gravité, ainsi que le rôle de l'IAO. Des réunions régulières ont lieu entre les deux structures et le fonctionnement et le développement de ces structures nécessitent l'appui des urgences et de la direction de l'hôpital auprès des autorités de tutelle.

Dès lors, la complémentarité de la MMG et des urgences hospitalières et un juste ré-
adressage des patients permettent de désengorger les urgences hospitalières des patients dits « non graves ». Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de sensibiliser régulièrement les professionnels, notamment sur le poste d'IAO, pour transférer les consultations légères vers cette structure extérieure, avec l'accord du patient.

- ii. Plus largement, l'ARS organise la PDSA afin de permettre une réponse adaptée aux besoins du territoire, malgré l'érosion du volontariat de la médecine de ville

L'ARS a la charge de coordonner la PDSA sur le territoire. L'offre de soins ambulatoire de Seine-Saint-Denis est composée de médecins généralistes, structures d'exercice collectif, chirurgiens-dentistes, pharmacies et coordonnée avec les établissements de santé publics et privés, la brigade des sapeurs-pompiers (BSPP) et les transporteurs sanitaires²⁹.

La régulation médicale est organisée de 12h à 24h le samedi, de 0h à 24h le dimanche et chaque jour de la semaine de 20h à 8h. Elle repose sur une régulation médicale des appels assurée par des médecins libéraux volontaires et de l'effectif, qui consiste en une consultation par un médecin libéral, réalisée au cabinet du médecin, au sein d'une MMG ou au domicile du patient, dans le cas de gardes mobiles.

Les départements sont découpés en secteurs de PDSA. Ce dispositif territorial a pour objectif de répondre, par des moyens structurés, adaptés et régulés, à la demande de soins non programmés, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence du médecin traitant (nuit, dimanche et jours fériés). Au centre des débats avec la crise des urgences, ses modalités d'organisation sont hétérogènes et encore mal connues.

Avant 2003, aucun texte législatif n'encadrait cette pratique. Les médecins se rendaient disponibles jour, nuit et week-end, ou organisaient entre eux un tour de garde, conformément à l'ancien article 77 du code de déontologie médicale : « Dans le cadre de

²⁹ Source ARS – Novembre 2019, organisation détaillée en annexe 3

la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit ».

Durant l'hiver 2001-2002, une explosion de la demande de soins entraîna une « grève des gardes » de la part des médecins de ville. Depuis, le rapport Descours (janvier 2003) a posé les bases de la PDSA telle que nous la connaissons. Le décret du 15 septembre 2003 qui créa le dispositif³⁰ fut enrichi d'une circulaire en décembre 2003³¹ et d'un décret d'application le 7 avril 2005³².

Il n'y a dès lors aucune obligation légale de participer à la PDSA, les médecins généralistes impliqués sont volontaires. Ils participent à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente (SAMU), aux horaires de la PDSA. Ils sont joignables via le SAMU-Centre 15 ou un service de régulation interconnecté à celui-ci, selon l'organisation régionale. Ils peuvent faire des consultations, régulées ou non, dans un lieu fixe, des « gardes postées » (cabinet médical, maison médicale de garde) ou des visites à domicile s'il n'y a pas d'effecteurs mobiles (médecins qui ne font que des visites, après régulation médicale : SOS médecins, par exemple). Cette organisation n'existe pas dans tous les départements.

L'organisation de la PDSA est très hétérogène selon les régions, en termes d'amplitude horaire (peu de dispositifs fonctionnent pendant la nuit « profonde »), taille des secteurs, existence ou non d'une maison médicale de garde, numéro à contacter pour y avoir accès. Il est alors difficile, pour les patients et les médecins, de s'y retrouver.

De plus, la PDSA est aujourd'hui mise en difficultés par les demandes de délestage³³ des services d'urgences hospitalières ou les demandes de retrait pour certaines activités des professionnels du service d'urgences médicales de la Seine-Saint-Denis (SUR93), comme par exemple, pour la prise en charge des soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE).

En mai 2022, un mouvement social faisant suite à la dégradation des conditions de travail des professionnels des urgences du CHI Robert Ballanger s'est répercuté sur les établissements publics et privés de Seine-Saint-Denis compte tenu de délestages quotidiens des activités d'urgences adultes (médicales et chirurgicales, et donc hors urgences neurologiques, de cardiologie, psychiatriques et obstétriques) et d'urgences pédiatriques. De 250 passages quotidiens, le service d'accueil des urgences (SAU) est

³⁰ Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

³¹ Circulaire DHOS/01 n° 587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire

³² Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

³³ *i.e.* fait de reporter l'activité des urgences sur d'autres établissements de la région.

alors passé à environ 100 passages quotidiens, patients venant alors par leurs propres moyens aux urgences hospitalières. La solidarité entre établissements de la région a alors permis de maintenir la prise en charge de tous les patients nécessitant l'accès à un service d'urgence.

Tableau n°7 : Activité du SAU du CHI Robert Ballanger en période de délestage³⁴

SECTEUR	TOTAL	- DE 16 ANS	+ DE 16 ANS
MEDECINE	60	31	29
CHIRURGIE	35	20	15
PSYCHIATRIE	1	0	1

Les derniers constats du conseil de l'ordre national des médecins (CNOM) montrent invariablement l'effritement de la participation des médecins à la permanence des soins. Le CNOM souligne l'érosion du volontariat depuis 2002 et un système qui s'épuise³⁵.

³⁴ Activité du 4 mai 2022, de 00h à 24h

³⁵ GRALL J-Y., « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences », juillet 2015

2 Entre anticipation et réaction, la gouvernance hospitalière, accompagnée de l'ARS, assure la permanence et la continuité des prises en charge, dans un contexte contraint de gestion des ressources humaines qui impose des actions territoriales

2.1 Lorsque la crise survient, la gouvernance hospitalière doit réagir vite et apporter une réponse proportionnée aux équipes paramédicales et médicales

2.1.1 L'exemple du mouvement social de mai 2022 du CHI Robert Ballanger : plan d'actions opérationnel pour le directeur d'hôpital

Confronté à d'importantes difficultés de personnel, avec 43 ETP d'IDE occupés sur 54 ETP théoriques et 17 ETP de praticiens occupés sur 24 ETP théoriques, les professionnels paramédicaux des urgences ont alerté la direction des conséquences de cette situation sur la prise en charge des patients en mai 2022, menaçant notamment d'utiliser leur droit de retrait.

Le trinôme chef de service/cadre de santé/directeur, appuyé des directions fonctionnelles concernées, *i.e.* de la direction des soins infirmiers et de la direction des affaires médicales notamment, est alors allé à la rencontre des professionnels des urgences. Ces discussions franches, de crise, ont permis de comprendre les difficultés et attentes des professionnels.

L'équipe de direction a ensuite préparé une réponse proportionnée aux difficultés remontées par les équipes. Cette réponse peut être déclinée en cinq axes de travail. Immédiatement, des mesures urgentes ont été prises.

i. Axe 1 : Sectorisation et accompagnement des organisations

La mise en place de cet axe de travail avait pour vocation d'analyser les organisations et d'identifier les mutualisations potentielles de personnel, pour répondre aux vacances de postes, et notamment d'IDE. Il a été acté :

- La fermeture de l'UHCD, dès l'instant où les effectifs paramédicaux ne reviendraient pas à une situation acceptable et afin de transférer ces professionnels au SAU (soit 1 ETP d'IDE et 1 ETP d'AS).
- La fusion des deux postes d'IAO adulte et pédiatrique.
- Le renfort d'effectifs AS, en cas d'absence d'IDE.
- La déprogrammation de certaines activités, comme l'hôpital de jour ou les consultations de pédiatrie pour permettre la réaffectation de personnel IDE et AS aux urgences pédiatriques.

Sur cette thématique, plusieurs groupes de travail, incluant tous les agents volontaires, ont été lancés pour convenir collectivement de solutions dégradées anticipées et identifier les solutions de remplacement sur un périmètre élargi (remplacement intra pôle urgences/réanimation et inter pôles, ex. pédiatrie pour combler les besoins aux urgences pédiatriques).

Par ailleurs, un recueil de la disponibilité des lits sur le département a été mis en place, par la cellule de gestion des lits, pour communication à l'équipe médicale et à l'encadrement en vue de faciliter les transferts de patients vers l'extérieur. Pour le week-end, un cadre supplémentaire de 9h à 17h a été posté pour établir ce recueil et procéder avec l'équipe médicale aux transferts des patients. A moyen terme, un gestionnaire de lits supplémentaire, renforcera l'équipe de gestion des lits pour assurer le recueil de week-end et faciliter les transferts le samedi.

ii. Axe 2 : Ressources humaines paramédicales et médicales

Au-delà des organisations et de la définition collective de solutions dégradées de fonctionnement, il est apparu primordial pour les équipes des urgences de pouvoir discuter de l'adéquation des moyens en fonction de l'activité réalisée. Après plusieurs échanges, il a été convenu de :

- Poster un 4^{ème} médecin de 9h à 18h 5 jours sur 7, pour permettre de prendre en charge rapidement et dans un flux bien identifié les patients dits « légers » et ne nécessitant pas d'actes médico-techniques (de biologie ou d'imagerie). Compte tenu des difficultés de recrutement, il a été décidé de poster des médecins généralistes de ville sur cette fonction.
- Réévaluer les effectifs journaliers actuels à hauteur de 10 IDE / 6 AS jour ; 9 IDE / 6 AS nuit.
- Recruter un cadre de santé sur l'UHCD.

Les maquettes organisationnelles des effectifs ont été retravaillées avec la direction des soins.

iii. Axe 3 : Encadrement et management

Le management est au cœur du fonctionnement des établissements. Le troisième axe de travail a permis d'améliorer :

- La programmation des congés d'été, avec un retour aux équipes sous 8 jours post réunion
- L'organisation de formations avec la création des « Jeudis du SAU », formations courtes sur des thématiques spécifiques (ex. sur la prise en charge des enfants)
- La programmation de formations aux gestes et soins d'urgence (FGSU)

- La formation aux logiciels utilisés au SAU (logiciel de gestion du temps de travail, dossier patient informatisé).

Des points d'information ont été formalisés par l'encadrement, une fois par semaine, pendant l'heure du staff dans le poste de soins et le bureau de l'encadrement soignant a été relocalisé à proximité de l'activité de soins.

iv. Axe 4 : Attractivité et perspectives de carrière

Pour attirer de nouveaux recrutements, la direction de l'établissement a pris l'attache avec la représentante de la ville de Sevran, présente à certaines réunions d'échanges avec les professionnels des urgences, afin d'étudier la possibilité de logements réservés aux soignants de l'hôpital Robert Ballanger.

La direction s'est également engagée à améliorer sa politique de recrutement et de fidélisation par :

- L'augmentation du nombre de contrats d'allocation d'études (CAE) au sein des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de Seine-Saint-Denis.
- Le recrutement des infirmiers en tant que stagiaire ou sous contrat à durée indéterminée.
- La conduite d'une réflexion conjointe, avec l'ARS, sur le nombre de postes proposés à la promotion professionnelle.

v. Axe 5 : Conditions matérielles et logistiques

Suite aux remarques des professionnels, une évaluation des besoins en brancards et matelas a été réalisée avec les professionnels concernés, afin d'investir dans du matériel indispensable au quotidien de travail des soignants.

Le renforcement de la sécurité sera réalisé avec des agents de sécurité ayant un champ de compétences renforcées (ex. maîtrise des patients).

La demande d'un logisticien sera étudiée par la direction des ressources et un suivi de la demande sera organisé en lien avec les organisations syndicales. Le logisticien centralisera les besoins et s'assurera de la réception des commandes et du suivi et de la maintenance des matériels.

Ces actions ont toutes été inscrites dans une feuille de route, co-signée par la direction et les équipes paramédicales et médicales des urgences. Ces actions nécessitent d'entretenir le lien avec les acteurs de terrain, soignants et médicaux, pour s'assurer de la bonne effectivité de ces mesures et de la non survenance de difficultés nouvelles. C'est pourquoi, des points réguliers ont été réalisés avec l'encadrement et des représentants paramédicaux.

vi. Gestion de crise

Afin de permettre la continuité de la prise en charge des patients sur le territoire tout au long de ce mouvement social, la procédure de délestage, en accord avec l'ARS Ile-de-France, a été régulièrement activée.

Une cellule de crise quotidienne a été mise en place, organisée par le directeur de site avec une information par mail aux chefs de service sur les difficultés des urgences et le besoin de procéder à des sorties « anticipées », pour diminuer le nombre de patients présents.

Compte tenu d'une activité particulièrement élevée les jours précédents la crise, le dispositif « hôpital en tension » a été déclenché par le directeur de l'établissement.

2.1.2 L'organisation des urgences, quels leviers pour améliorer leur fonctionnement ?

A moyen et à long terme, les établissements doivent actionner d'autres leviers pour améliorer les conditions de travail des professionnels et de prise en charge des patients en : développant les partenariats avec l'amont et l'aval de l'aval des urgences, évaluant quotidiennement les conditions de prise en charge et le volume d'activité, établissant des règles de fonctionnement partagées entre les urgences et l'aval.

- i. Développer les partenariats avec l'amont et l'aval de l'aval pour coordonner la prise en charge et améliorer les soins non programmés des patients âgés et des patients chroniques

Pour mieux orienter et éviter les passages aux urgences, en lien avec la construction de filières au sein des GHT, les établissements doivent progressivement transformer une filière gériatrique³⁶ intra hôpital vers une filière territoriale de GHT. Sur les exemples déjà existants (ex. filière territoriale Nord Gironde), chaque GHT devrait mettre en place une cellule de coordination gériatrique composée d'acteurs hospitaliers, de l'hospitalisation à domicile et de la plateforme territoriale d'appui (PTA).

Dans ce cadre, les établissements peuvent développer les filières d'admission directe³⁷ ou différée, à partir du domicile ou des EHPAD, permettant d'éviter le passage aux urgences. Pour ce faire, la mise en place d'une unité gériatrique d'entrée directe (UGED, ex. CHU de Nancy) pourrait être nécessaire, au regard de la forte occupation des capacités d'hospitalisation en gériatrie³⁸.

³⁶ Les filières gériatriques ont été mises en place par la circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 qui définit les modalités d'organisation de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques

³⁷ Sans passer par les urgences, généralement à la suite d'un accord entre le médecin traitant ou le médecin coordonnateur et le médecin hospitalier du service MCO

³⁸ Cf. partie 1

Ces unités permettent d'éviter les passages aux urgences pour ces patients fragiles et d'améliorer la qualité de la prise en charge et de satisfaction des médecins traitants et des médecins coordonnateurs d'EHPAD. La durée moyenne de séjour est plus courte que pour les séjours ayant débuté aux urgences. Cependant, les sorties demeurent difficiles en raison du manque de places d'aval en SSR³⁹.

De même, il doit être envisagé, en partenariat avec les équipes hospitalières et les médecins de ville, de flécher les ré-hospitalisations de patients chroniques, avec la possibilité d'admission directe sans passage par les urgences. Ces filières d'admission directes peuvent être développés dans de multiples spécialités : endocrinologie, cardiologie, pneumologie.

Elles pourraient être complétées d'équipes mobiles extrahospitalières sur l'ensemble du territoire ainsi que par le déploiement de la télémédecine.

Conscient de ces enjeux, le GHT a développé de nombreuses collaborations : présence de MMG sur deux sites du GHT, consultations avancées dans les centres municipaux de santé du territoire, participation du GHT aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) du territoire, portage par le GHT du dispositif d'appui à la coordination (DAC) sud 93, animation par le GHT des réseaux périnataux de proximité, collaboration avec les réseaux de santé spécialisés (réseau de périnatalité « Naître dans l'Est Francilien », réseau de néphrologie d'Île-de-France) pour la structuration des filières de soins du GHT. D'autres projets sont en cours de réalisation, mais ont été freinés par le manque de personnel (ex. équipe mobile gériatrique de GHT).

Aussi, au-delà d'améliorer le maillage territorial, ces actions permettent de rapprocher l'hôpital et la médecine de ville, améliorant en premier lieu le système d'adressage et de sortie des patients.

Pour faciliter la sortie des patients, les établissements doivent aller à la rencontre des établissements de SSR et d'HAD présents sur le territoire. Ces rencontres doivent nécessairement intégrer le chef de service des urgences pour construire une relation médicale de confiance avec les partenaires du territoire.

Ces dispositifs seront prochainement complétés par l'installation d'un centre de soins non programmés, en proximité de l'hôpital.

³⁹ Cour des comptes, « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités », février 2019

- ii. Evaluer et mieux connaître l'activité avant de définir des règles d'orientation et d'hébergement des patients et d'adapter les capacités d'hospitalisation

Confronté à une situation particulièrement tendue aux urgences quelques années auparavant, le groupe hospitalier intercommunal (GHI) Le Raincy-Montfermeil, établissement support du GHT Grand Paris Nord Est, a été accompagné par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) pour établir un diagnostic de la situation.

Ce diagnostic a permis d'établir des références, ou temps de passage élémentaires :

- Temps IOA = heure IOA – heure d'entrée
- Temps médical = heure de consultation médicale – heure IOA
- Temps de la décision = heure de la décision – heure de la consultation médicale
- Temps de sortie = heure de sortie – heure de la décision.

Chaque service d'urgence devrait être en mesure d'extraire ces informations pour ensuite définir des règles de fonctionnement interne.

Prenant conscience de ces difficultés, l'établissement a décidé de réunir tous les chefs de service pour partager les constats de l'époque et définir collectivement des actions d'amélioration de la prise en charge de ces patients⁴⁰. Deux documents sont aujourd'hui cités en référence pour la résolution de cette crise : la définition de règles d'orientation médicale des patients à partir du SAU et de règles d'hébergement d'un patient.

Les règles d'orientation médicale définissent les engagements mutuels entre les médecins du SAU et les spécialistes des unités d'aval. Il s'agit d'une charte de fonctionnement. Chaque médecin doit en prendre connaissance avant sa prise de fonction au sein de l'établissement et la signer pour témoigner de son engagement dans cette démarche.

Les principaux engagements du SAU envers les spécialistes sont les suivants :

- Préciser s'il s'agit d'un avis (qui nécessite de se déplacer) ou d'une confirmation d'une hospitalisation
- Faire valider par un médecin sénior du SAU les demandes d'avis
- Utiliser uniquement le logiciel patient de l'établissement (Urqual)
- Se rendre facilement joignable.

Les engagements des spécialistes envers le SAU sont les suivants :

- Les spécialistes se rendent disponibles au plus vite et communiquent leurs disponibilités

⁴⁰ Données du diagnostic non disponibles, année 2014

- En l'absence d'avis spécialisé dans les trois heures, l'urgentiste prend la décision d'orientation
- Le spécialiste se prononce sur tous les patients pour lesquels un avis est demandé
- Chaque spécialité s'organise pour désigner un référent et un numéro d'appel connu du SAU.

Il s'agit avant tout de règles de fonctionnement simples, qui doivent notamment permettre de limiter le temps de passage aux urgences par une amélioration de la relation spécialiste/SAU.

Les règles d'hébergement sont également définies pour permettre aux patients d'avoir accès à un lit en dehors de sa spécialité et définir un engagement du service référent vis-à-vis du service « hébergeur ».

Ainsi, les règles ci-dessous ont été établies :

- Le gestionnaire de lits et les cadres (SAU ou garde) préviennent le service hébergeur
- Le sénior du SAU informe le chef de service ou son représentant
- Le service hébergeur prévient le service référent
- Le service référent s'engage à avoir une discussion dans les 24 heures avec le service hébergeur pour une prise de décision collégiale
- Le service hébergeur s'engage à « reprendre » le patient dans les 24 ou 48 heures, sauf décision commune lors de la discussion médicale
- Au bout de 48 heures, le patient non repris par le service référent sera signalé par les cadres au gestionnaire de lits. Il pourra réintégrer le service sur un lit en surnombre.

Ces engagements mutuels doivent être régulièrement évalués (ex. pour l'hébergement, étude du nombre de patients hébergés et de la durée avant reprise par les services référents).

Enfin, selon les chefs de service et cadres de santé, il est important de définir un parcours patient. Aussi, la structuration de relations étroites entre les urgences et les services d'aval, par la construction d'un projet médical partagé en partant du parcours patient semble essentielle.

Cette construction débute par l'analyse de la destination des patients. Sur 52 000 passages annuels, 34 000 concernent l'adulte et la chirurgie pédiatrique⁴¹, soit 65%. Les patients qui

⁴¹ Les spécialités de chirurgie ne sont pas distinguées par unité fonctionnelle (UF), par conséquent, l'activité de chirurgie pédiatrique ne peut être distinguée des urgences chirurgicales adultes

ne sont pas hospitalisés représentent 44 150 passages, soit 85% du nombre total de passages.

40,9% des patients sont pris en charge en hospitalisation de courte durée (24-48h). Ceux qui nécessitent une prise en charge finalement plus longue, sont majoritairement orientés vers la gériatrie (31,7% des patients passés par l'UHTCD), la médecine polyvalente (19,4%) et la pneumologie (17,4%). Les autres patients, orientés dès les urgences vers un service d'aval, sont majoritairement hospitalisés au sein du pôle femme-enfant (16,5%), en médecine polyvalente (8,6%), dans diverses spécialités médicales (cardiologie, pneumologie, gastroentérologie, 15,1%) et en chirurgie (pour 13,5%, dont 6,6% en chirurgie viscérale et otorhinolaryngologie – ORL et 3,9% en chirurgie orthopédique⁴²).

Dès lors, il convient également d'adapter les capacités d'hospitalisation au besoin de prise en charge des patients, majoritairement vers la gériatrie et la médecine polyvalente, tout en maintenant des services de spécialité d'excellence.

- iii. L'organisation des urgences par l'application des principes de la gestion de flux et la définition continue d'objectifs d'amélioration de la performance collective

Egalement confronté à ces difficultés, le CHI André Grégoire de Montreuil a profité des travaux de rénovation des urgences hospitalières pour organiser l'accueil et la prise en charge des urgences par typologie de patient.

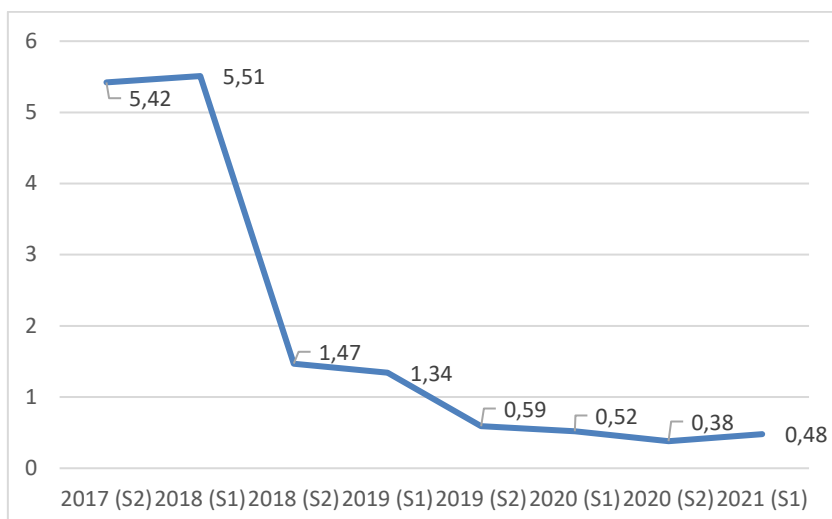
Chaque patient, qu'il soit debout ou couché, doit être vu par l'IOA, en binôme avec un AS moins de 15 minutes après son inscription. Il doit être pris en charge par ce binôme en moins de 7 minutes. Ensuite, les patients sont triés au regard de leur pathologie en quatre catégories : patients légers, médecine, traumatologie, autres (psychiatrie, ORL).

De juillet 2017 à juillet 2021, le délai d'attente est ainsi passé de 5h42 en moyenne à 48 min. Sur la même période, le taux de patient vu par un médecin en moins d'une heure est passé de 25,9% à presque 80% à la fin 2020 pour se stabiliser à 70% à la fin du 1er semestre 2021⁴³.

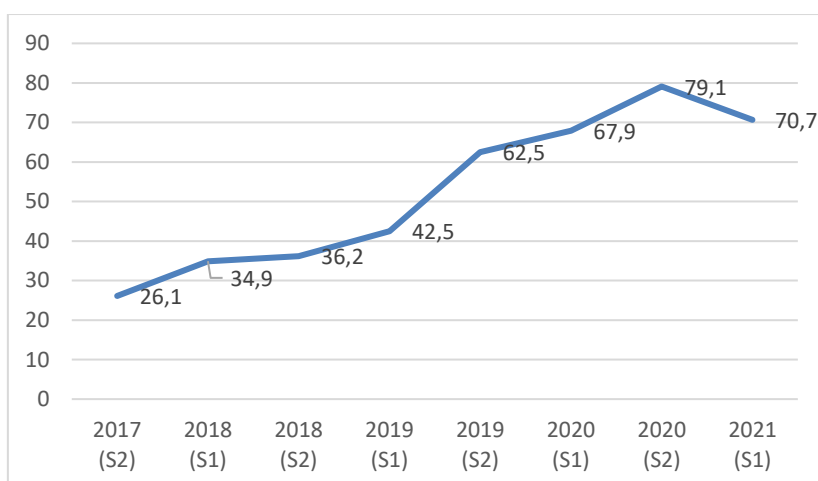
⁴² Données détaillées en annexe 5

⁴³ Données issues de l'entretien avec le chef de service des urgences, graphiques 1 et 2

Graphique n°1 : Durée moyenne avant que le patient ne soit vu par un médecin



Graphique n°2 : Taux de patient vu en moins d'une heure



Le respect de cette organisation nécessite l'adhésion de toute l'équipe des urgences au principe de la qualité de prise en charge et de la sécurité des patients.

En complément, plusieurs actions institutionnelles pourraient être actionnées :

- Mettre à niveau les ressources humaines paramédicales aux urgences, au regard du nombre de patients par IDE.
- Renforcer le brancardage avec un brancardier dédié aux urgences 24h/24 et un renfort en journée.
- Créer un poste de médecin à proximité de l'IAO pour rassurer l'IAO dans ses conditions d'exercice et réassurer le tri. Le médecin posté, salarié ou libéral, pourrait également faire le lien avec le plateau médico-technique et assurer une prise en charge en amont de la sectorisation, diminuant la tension pour les personnels et les patients en salle d'attente.

- Placer l'activité des urgences sous la supervision d'un médecin gestionnaire de flux, médecin urgentiste expérimenté.
- Optimiser le rendu des résultats de laboratoire, en permettant la validation initiale par un technicien puis secondaire par un biologiste ou par la fiabilisation des envois de prélèvements (ex. problèmes de pneumatique avec perte des bilans, pannes).
- Réduire les délais d'attente en imagerie par le renforcement de la radiologie standard et de la permanence des soins (PDS) : en dédiant un manipulateur en radiologie standard aux urgences 24 heures sur 24, en investissant dans un deuxième scanner dédié aux urgences polyvalentes et par le recrutement d'un manipulateur dédié au scanner pour la PDS.
- Moderniser le système d'information, et notamment le dossier patient informatisé.

La modernisation du service par des travaux de rénovation représente un enjeu majeur pour les services d'urgence. Trois points d'attention ont été identifiés autour de ces rénovations au cours des entretiens réalisés : l'extension des surfaces dédiées aux urgences pour suivre l'augmentation du nombre de passages ; la réhabilitation des locaux afin d'assurer de meilleures conditions d'accueil aux patients et un meilleur environnement de travail pour les personnels ; la restructuration du plateau d'imagerie médicale, à proximité des services d'urgences et du service de réanimation polyvalente.

Enfin, des objectifs nouveaux pourraient être définis sur :

- Les avis spécialisés, afin de raccourcir le délai d'obtention d'avis spécialisé avec l'objectif d'obtenir un avis en moins de 30 minutes.
- L'admission plus rapide des patients dans les services d'aval, avec l'objectif d'une admission en moins de 30 minutes si un lit correspondant à la pathologie du patient est disponible.
- La disponibilité des lits d'aval en médecine et chirurgie, en favorisant les sorties le matin, y compris le week-end dans toutes les spécialités.
- La promotion d'indicateurs pertinents (ex. le besoin journalier minimum en lits – BJML pour anticiper les tensions sur l'aval des urgences et adapter les capacités d'hospitalisation).

2.2 Compte tenu d'une démographie médicale insuffisante, les dernières mesures doivent renforcer l'attractivité des missions de soins non programmés, avant d'engager une territorialisation des urgences

2.2.1 Le rapport Braun propose des mesures pour soutenir les professionnels médicaux et paramédicaux et agir sur l'amont des urgences

Pour faire face aux tensions importantes rencontrées par le système de santé, aussi bien sur le plan des ressources humaines après deux ans et demi de crise sanitaire et de facteurs plus structurants et sociétaux (pénurie et fuite des professionnels, pouvant s'inscrire plus largement dans un mouvement de « grande démission »), le Président de la République a confié au docteur François Braun, Président de Samu-urgences de France, premier syndicat d'urgentistes du pays, et chef des urgences du CHR Metz-Thionville, une mission « flash » sur les urgences hospitalières qui cristallisent ces difficultés.

Après une analyse de la situation basée sur les remontées des professionnels et les constats de l'Assurance Maladie et du Ministère de la Santé et de la Prévention, ainsi que sur un bilan d'étape de l'application sur le terrain des mesures du pacte de refondation des urgences, la mission a formulé 41 recommandations pour l'été 2022 qui ont vocation à s'appliquer à l'ensemble des professionnels de santé ainsi qu'aux établissements publics et privés. Elle présente également ses éléments de réflexion sur la teneur des discussions à entamer dans le cadre de la concertation avec les parties prenantes de la santé.

Les recommandations s'articulent autour de quatre axes :

- Proposer, en amont, des parcours de soins adaptés sans recourir aux urgences,
- Maintenir la réponse aux urgences vitales et/ou graves,
- Soutenir et préserver les équipes des structures de médecine d'urgence,
- Fluidifier le parcours de soins à partir des urgences (aval).

A la suite de cette mission, les pouvoirs publics ont rapidement pris les mesures pour permettre aux établissements de santé de les mettre en œuvre⁴⁴.

⁴⁴ Notamment par l'arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire. Autres textes en référence dans la bibliographie.

- i. Des mesures RH pour renforcer les équipes médicales et paramédicales pendant l'été

Afin d'améliorer la régulation amont des urgences et de proposer aux français un parcours de soins adaptés évitant le recours non justifié aux urgences, plusieurs mesures ont été prises par les pouvoirs publics :

- Autoriser le recrutement d'assistants de régulation médicale (ARM), ne possédant pas le diplôme, pour permettre la mise à niveau des effectifs de régulation
 - Ouvrir la couverture assurantielle de l'établissement de santé aux médecins libéraux qui assurent la régulation des appels en journée
 - Augmenter la rémunération des médecins régulateurs, passant de 90 € à 100 € par heure et ouvrir cette rémunération aux médecins retraités
 - Prolonger les règles de cumul « emploi-retraite » sur cette période
 - Mobiliser des infirmiers libéraux volontaires, en astreinte à la demande du SAMU/SAS, pour se rendre au domicile de l'appelant, notamment en EHPAD
 - Augmenter le nombre de patients susceptibles d'être pris en charge en facilitant, pour les médecins, ou en autorisant, pour les infirmiers, la possibilité de collaborer avec un adjoint (étudiant de 3^{ème} cycle remplissant les conditions de diplôme requis, infirmiers ou sage-femme remplaçant).
- ii. Maintenir la réponse aux urgences vitales dans les établissements de santé et soutenir les structures hospitalières

Pour permettre le maintien du fonctionnement des SMUR, les pouvoirs publics ont prévu une dérogation temporaire aux articles du code de la santé publique obligeant à ce que l'équipage d'un SMUR soit médicalisé, afin de permettre la création d'équipes paramédicales de médecine d'urgence. Les professionnels de santé devront être formés aux soins de médecine d'urgence et disposer d'une expérience professionnelle suffisante en SMUR, laissée à l'appréciation du chef de service. L'arrêté du 11 juillet 2022 prévoit ainsi la possibilité pour le médecin régulateur du SAMU d'autoriser l'envoi d'une équipe d'intervention des SMUR composée d'un conducteur et d'un infirmier formé aux soins d'urgence. Cette mesure s'appuie sur plusieurs expérimentations réalisées depuis plusieurs années en établissement de santé (ex. au Centre Hospitalier du Sud Francilien depuis 2016).

Pour soutenir et préserver les équipes des structures de médecine d'urgence, les pouvoirs publics ont décidé de⁴⁵ :

- Optimiser les ressources humaines en mutualisant les moyens de plusieurs structures en autorisant certaines structures d'urgence à suspendre leur activité pour une durée maximale de 10 heures consécutives, à condition que l'organisation territoriale permette une prise en charge adaptée
- Maintenir le recours à la dérogation exceptionnelle à l'éviction Covid des professionnels de santé
- Accélérer le traitement des dossiers de valorisation des acquis de l'expérience (VAE) par la réduction du nombre minimum de membres nécessaire pour constituer un sous-groupe d'examineurs des dossiers
- Autoriser les étudiants de 3^{ème} cycle avec licence de remplacement à travailler à l'hôpital public (remplacement nominatif et personnel)
- Simplifier et accélérer le traitement des dossiers des médecins titulaires d'un diplôme acquis hors de l'union européenne (UE)
- Autoriser le temps de travail additionnel (TTA) pour les docteurs juniors (DJ)
- Favoriser le recrutement de professionnels de santé libéraux qui acceptent de participer à l'activité hospitalière en plus de leur activité libérale, par la mise en place à titre exceptionnel et pour une durée limitée de dispositifs de recrutement et de rémunération des professionnels libéraux par les établissements de santé
- Accélérer dans le cadre des accords locaux Ségur la titularisation des personnels non médicaux et de maïeutique en poste⁴⁶
- Majorer pour l'été l'indemnité de sujétion de nuit et des heures de nuit pour les personnels médicaux et non médicaux dans l'attente de l'ouverture d'une négociation sur la reconnaissance globale de la pénibilité
- Mieux rémunérer le travail réalisé les jours fériés lors des « ponts estivaux » (ex. par la survalorisation de la rémunération des heures supplémentaires)
- Appliquer les rémunérations forfaitaires des médecins urgentistes prévus par la réglementation à l'ensemble des services d'urgences privés mettant en œuvre les gardes.

iii. Les mesures concernant l'aval, peu nombreuses, sont déjà largement déployées en établissement

Une mesure concerne notamment la gestion de l'aval des urgences. Par cette mesure, il s'agit de renforcer l'accompagnement à la mise en place d'une gestion territoriale des lits

⁴⁵ Cf. Annexe 6 tableau de synthèse des mesures et dates de mise en œuvre

⁴⁶ Accord de titularisation signé au 1er semestre 2022 pour le GHT Grand Paris Nord-Est

d'aval, sous la responsabilité de l'ARS, ainsi qu'à la mise en place obligatoire de la fonction de « gestionnaire des lits » dans tous les établissements de santé sièges de services d'urgence.

Toutes ces mesures ont été accompagnés par la poursuite de la garantie de financement jusqu'à la fin d'année 2022 pour ne pas fragiliser plus encore les établissements de santé. Les ARS doivent préparer le retour à la tarification de droit commun au 1^{er} janvier 2023 en veillant à suivre l'évolution de l'activité des établissements de santé sur le second semestre 2022.

2.2.2 Dans un contexte de démographie médicale insuffisante, il conviendra d'accompagner les coopérations professionnelles, de renouveler des dispositifs d'appui territoriaux et d'envisager la graduation des urgences

Les épisodes de tension sur les urgences hospitalières ne devraient pas disparaître. En effet, les difficultés actuelles touchent tous les étages du système de santé, notamment du fait d'une démographie médicale insuffisante.

- i. Une démographie médicale insuffisante qui implique de développer les coopérations soignants/médecins et de renouveler le parcours de formation des professionnels soignants

Sous hypothèses de comportements et de législation constants, le modèle de projection des effectifs de médecins montre une stagnation des effectifs jusqu'en 2030⁴⁷, avant une hausse assez importante des effectifs de médecins jusqu'en 2050 (+1,5 % de croissance annuelle moyenne des effectifs entre 2030 et 2050). Cette hausse se traduirait en partie par l'augmentation de l'exercice salarié, qui est le mode d'exercice à l'installation le plus souvent choisi par les médecins nouvellement diplômés.

En revanche, compte tenu de l'augmentation de la population, le modèle montre une diminution de la densité médicale en France dans les prochaines années sous hypothèses de comportements et de législation constants. Cette baisse est plus forte si l'on considère la densité médicale standardisée, qui tient compte de la hausse des besoins de soins induite par le vieillissement de la population. La densité médicale standardisée retrouverait son niveau actuel seulement au milieu des années 2030 puis repartirait à la hausse pour être supérieure de 23 % à la densité actuelle en 2050.

A long terme, la politique de formation est donc un levier majeur pour améliorer l'offre de soins. Néanmoins, ce dernier levier ne peut affecter la situation démographique qu'avec un

⁴⁷ ANGUIS M., BERGEAT M., PISARIK J., VERGIER N., CHAPUT H., « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? », Les dossiers de la DREES n°76, mars 2021

délai équivalent à la durée des études concernées et les capacités des universités devront être renforcées. Pour ce qui concerne les professions médicales et pharmaceutiques, il faut ainsi compter de cinq à dix ans (respectivement pour le cas des sages-femmes et des médecins) pour qu'une politique axée sur ce levier ne commence à produire ses effets. Depuis les années 1970, les capacités de formation pour les professions médicales et pharmaceutiques ont ainsi progressivement été constituées en outil explicite de politique publique par l'établissement du *numerus clausus*, fixé annuellement par décret ministériel, qui détermine le nombre d'étudiants admis à entrer en formation.

La réforme des études de santé portée par la loi « Organisation et transformation du système de santé » de 2019 a mis fin à ce dispositif, dont la dernière occurrence a concerné la rentrée 2020. Elle consacre l'utilisation de ce levier comme outil de pilotage à long terme mais en modifie la nature : le *numerus apertus* a alors pour ambition de proposer des flux d'entrée aux études de santé de façon plus flexible et plus concertée, avec un objectif de réponse aux besoins de santé des territoires. Il est ainsi fixé dans le cadre d'une conférence nationale, rassemblant l'ensemble des acteurs du monde de la santé, qui élabore des objectifs quinquennaux de formation sur le fondement de propositions émanant des acteurs locaux. La croissance des effectifs est également portée par l'arrivée de médecins généralistes et spécialistes diplômés de l'étranger.

A moyen terme, il convient donc de développer plus fortement les politiques de coopération professionnelle et de délégation. Il s'agira ici de rénover les modalités de tri et d'orientation à l'arrivée aux urgences en renforçant les compétences et l'autonomie des soignants, notamment par le développement des modalités de coopérations médecins/soignants et des infirmiers en pratiques avancées (IPA)⁴⁸ et la mise en œuvre de l'article 51⁴⁹ (ex. demande de bilans radiologiques par l'IDE de l'IOA). En extra hospitalier, le développement des IPA pourrait également permettre d'améliorer le suivi des maladies chroniques en routine par les infirmiers libéraux. Le travail sur la formation devra intégrer cette plus grande délégation des tâches.

- ii. Les dispositifs régionaux témoignent du rôle de régulation des ARS : les exemples de la cellule « Transferts à terme et post accouchement » (TATEPA) et de régulation régionale des hospitalisations en psychiatrie

Au niveaux régional, le déclenchement de dispositif de soutien aux établissements s'avère particulièrement utile, sous la coordination de l'ARS en partenariat avec un établissement

⁴⁸ Par exemple en SMUR ou à la régulation médicale

⁴⁹ La LFSS de 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits

particulièrement important pour la prise en charge des patients. Deux exemples d'appui réussis sont très marquants.

En 2021, la région Ile-de-France a été confrontée à d'importantes tensions sur les lits de psychiatrie, accentuées par le contexte de crise sanitaire perdurant depuis deux ans. Compte tenu des conséquences de ces tensions sur la qualité des conditions de prise en charge des patients psychiatriques au sein des SAU, l'ARS a organisé une régulation régionale. Par l'intermédiaire du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, une cellule téléphonique assure la régulation des lits en mettant en relation les établissements en recherche de lits de psychiatrie avec des établissements ayant les capacités d'accueil en psychiatrie. L'objectif est de trouver une place d'hospitalisation temporaire aux patients de plus de 16 ans se trouvant au SAU depuis plus de douze heures.

Autre exemple, en 2022, la région Île-de-France connaît de fortes tensions sur les ressources humaines en périnatalité. Elles sont plus marquées sur certains territoires de la région et engendrent des réductions de capacité de l'offre de soins en périnatalité : baisse du nombre de lits d'hospitalisations (maternité et néonatalogie), réduction de la capacité d'inscription pour les accouchements, réduction de l'offre pour le suivi prénatal. Face à cette situation, l'ARS Île-de-France a déployé une cellule d'appui régionale visant à faciliter l'orientation des femmes sur le point d'accoucher ou qui viennent d'accoucher. Elle est adossée à la cellule régionale de transferts *in utero* (déjà existante pour les grossesses pathologiques et portée par l'AP-HP – hôpital Bécclère), qui a été renforcée pour endosser cette nouvelle mission.

Ce type de cellule régionale est d'une grande aide pour les établissements et professionnels de santé.

- iii. Initier la graduation des urgences, notamment au sein des territoires sous-dotés comme la Seine-Saint-Denis

Au cours des entretiens réalisés, les difficultés de fonctionnement, notamment pour remplir les lignes de garde, ont régulièrement été évoqués par les professionnels de santé. Aussi, pour mieux utiliser le temps médical, il conviendrait de mener à son terme la réflexion sur la graduation des urgences. Cette dernière, débutée en 2018, doit permettre d'approfondir les modalités de création de structure non-H24 de médecine d'urgence.

De même, il pourrait être envisagé une organisation plus graduée des services d'urgence au sein des établissements d'un même département, déportant l'activité régulée sur les services assurant la nuit profonde. Ce report d'activité pourrait être organisé de manière hebdomadaire.

Cette dernière hypothèse a été évoquée par l'ARS Ile-de-France pour permettre aux équipes paramédicales et médicales de supporter la période estivale 2022 en Seine-Saint-Denis, sans toutefois être mise en œuvre. L'aggravation de la situation pourrait conduire à cette solution, au détriment d'un accès de proximité à toute l'activité d'urgence pour le citoyen.

Conclusion

Les services d'urgence sont à la jonction de deux systèmes, la médecine libérale et la médecine hospitalière, depuis longtemps et encore régulièrement opposés. Les dysfonctionnements de ces deux systèmes sont responsables de la crise majeure traversée par les urgences. Les services d'urgence se retrouvent dès lors en tension permanente, soumise au flux d'entrées de patients et dépendants des capacités de l'établissement ou du département à hospitaliser ses patients, entraînant dégradation des soins dus aux patients et des conditions de travail des professionnels.

Les stratégies nationales et rapports proposés sont séduisants, mais les solutions peinent dans leur mise en œuvre contraignant le directeur d'hôpital à œuvrer quotidiennement pour permettre la continuité des soins et éviter la dégradation de la qualité et de la sécurité des soins, droit essentiel du citoyen.

Pour réduire ces tensions, les leviers à mobiliser sont pluriels : ressources humaines médicales et paramédicales aux urgences, besoins matériels, adaptation des locaux aux nouvelles modalités de prise en charge et à l'activité, renforcement des fonctions médico-techniques, maillage du territoire pour faciliter les admissions directes, les sorties et le suivi des patients en extra hospitalier.

Au sein du GHT Grand Paris Nord Est, les réponses apportées à la crise des urgences a été adaptée aux sites hospitaliers, afin d'apporter des réponses locales aux difficultés rencontrées. Mixer ces exemples doit permettre d'apporter une réponse concrète aux services d'urgence. L'objectif poursuivi est unique : ne jamais mettre en danger la permanence et la continuité des soins, ni leur sécurité.

Ce mémoire appelle plus largement deux réflexions. La première est celle des ressources, eu égard à la sous-dotation de la Seine-Saint-Denis constatée à de multiples reprises au sein de ce mémoire. La seconde porte sur le système de santé, en déficit de praticiens au regard des besoins de santé du vieillissement de la population et de l'insuffisant développement d'alternatives aux prises en charge hospitalière. Former plus, former différemment, doit permettre de répondre à ces difficultés mais les effets de ces mesures ne se ressentiront que sur un temps long, de plusieurs années.

Pendant cette période, le trinôme médico-soignant-administratif devra poursuivre son engagement stratégique et opérationnel, pour permettre la prise en charge des soins non programmés, au bénéfice du patient et du citoyen, par des solutions ponctuelles ou plus innovantes, de territorialisation des activités d'urgence.

Bibliographie

Lois, décrets, arrêtés, circulaires

Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de la crise sanitaire

Arrêté du 12 juillet 2022 portant majoration exceptionnelle des taux des indemnités horaires pour travail normal de nuit et de la majoration pour travail intensif dans la fonction publique hospitalière

Arrêté du 12 juillet 2022 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation des gardes des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et des personnels enseignants et hospitaliers exerçant en établissements

Article L.313-1 du Code de santé publique

Circulaire DHOS/01 n° 587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire

Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences

Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Instruction N°DGOS/DGCS/DSS/2022 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022

Articles et études

ANGUIS M., BERGEAT M., PISARIK J., VERGIER N., CHAPUT H., « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? », Les dossiers de la DREES n°76, mars 2021

DANET F., « Où va l'hôpital ? Quelques réflexions pour sortir du catastrophisme », 2010

GENTILE S., DEVICTOR B., AMADEÏ E., BOUVENOT J., DURAND A.C., SAMBUC R., « Les maisons médicales de garde en France », 2005

GEORGES-TARRAGANO C, PIERRU F. TAPIE DE CELEYRAN F., MECHALI D., ROCHFORT J., « Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des PASS », Presses de Science Po – Les tribunes de la santé, été 2013

JOLLIVET J-F., « Attente, urgences, gradation des soins : les faiblesses du système de santé », Gestions hospitalières, avril 2019

PENEFF J., « L'hôpital en urgence », 1992

Rapports

ANGUIS M., BERGEAT M., PISARIK J., VERGIER N., CHAPUT H., « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? », Les dossiers de la DREES n°76, mars 2021

BRAUN F., « Mission flash sur les urgences et soins non programmés », juin 2022

BUZYN A., « Pacte de refondation des urgences », septembre 2019

CARLI P., « Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences », septembre 2013

COHEN L., GENISSON C. et SAVARY R-P., « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières », juillet 2017

Cour des comptes, « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités », février 2019

DECOURS C., « Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins », janvier 2003

GRALL J-Y., « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences », juillet 2015

JOMIER B. et DEROCHE C., « Rapport au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France », mars 2022

LEMORTON C., « Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins », juin 2015

MESNIER T. et CARLI P., « Pour un pacte de refondation des urgences », décembre 2019

MESNIER T., « Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires », mai 2018

Liste des annexes

Annexe 1 – Liste des personnes interrogées

Annexe 2 – Trame des entretiens réalisés

Annexe 3 – La PDSA en Seine-Saint-Denis

Annexe 4 – Le plan hôpital en tension (décembre 2019)

Annexe 5 – Analyse des flux d’aval des urgences du GHI Le Raincy-Montfermeil

Annexe 6 – Synthèse des mesures issues du rapport Braun

Annexe 1 – Liste des personnes interrogées

Entretien n°1 : Chef de service des urgences, coordinateur départemental de l'observatoire régional des soins non programmés

Entretien n°2 : Chef de service des urgences, président de CME

Entretien n°3 : Cadre supérieur de santé

Entretien n°4 : Médecin généraliste responsable de MMG et médecin régulateur

Entretien n°5 : Directeur délégué de site

Entretien n°6 : Responsable du contrôle de gestion

Entretien n°7 : Référent offre ambulatoire ARS

Annexe 2 – Trame des entretiens réalisés

Pouvez-vous vous présenter (parcours, statut actuel) ?
Quelles sont les difficultés auxquelles un service d'urgence peut être confronté ? (Amont, aval, organisation, attentes de résultats...)
Quelles sont les raisons de l'engorgement des services d'urgence ?
Quels sont les enjeux particuliers à la Seine-Saint-Denis (offre de soins de médecins généralistes et spécialistes en ville, recours aux soins, situation économique du territoire...)
Quels sont les points d'attention auxquels la direction doit être particulièrement vigilante ?
Les mesures récentes répondent-elles à ces difficultés ?
Quels sont selon vous les leviers pour désengorger les services d'urgence ?
Quelles actions avez-vous mis en œuvre pour fluidifier l'activité des urgences ?
Quels leviers incombent particulièrement à une direction d'établissement ? Qu'attendez-vous de l'administration ?
Quelles nouvelles mesures nationales ou régionales pourraient être mises en œuvre pour désengorger les services d'urgence à l'hôpital ? (Ex. formation médicale)
Quels seraient les indicateurs pertinents de mesure de l'activité ?

Annexe 3 – La PDSA en Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, l'offre de soins ambulatoires est composée de :

- Médecins généralistes :
 - o Au 1^{er} janvier 2019, le nombre d'omnipraticiens libéraux dans le département était de 1 066. Le nombre d'omnipraticiens salariés dans le département était de 878.
 - o Densité : 117,7/100 000 habitants (contre 129,8 en Ile-de-France).
- Structures d'exercices collectifs :
 - o 131 structures d'exercice collectifs sont recensées, dont 26 n'ont aucune activité dentaire déclarée.
 - o 10 maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) sont installées.
- Chirurgiens-dentistes :
 - o 1 070 chirurgiens-dentistes exercent dans le département, soit une densité de 68,9/100 000 habitants (contre 74,9 en Île-de-France).
 - o L'organisation de la permanence des soins dentaires est indépendante de l'organisation de la permanence des soins (PDS) de médecine générale et relève d'un arrêté du directeur général de l'ARS⁵⁰.
- Pharmacies :
 - o 406 officines ouvertes.

Cette offre doit être articulée avec l'offre hospitalière, la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et les transporteurs sanitaires composés²⁹ :

- D'établissements de santé publics et privés avec :
 - o 9 sites d'urgences adultes au sein d'établissements publics de santé (EPS) et d'établissements privés à but lucratif.
 - o 5 sites d'urgences pédiatriques, exclusivement au sein d'EPS.
 - o 4 sites autorisés service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) adulte
 - o 1 SMUR pédiatrique
 - o Le service d'aide médicale urgente (SAMU-Centre 15) est implanté au sein du centre hospitalier Avicenne à Bobigny.
- De transporteurs sanitaires :
 - o 148 sociétés privées de transport sanitaire. Les sociétés de transport sanitaire exploitent 313 ambulances et 234 véhicules sanitaires légers (VSL).
 - o Un service de garde ambulancière est organisé aux horaires de la PDSA.

⁵⁰ Arrêté n° DOSMS/2015/318 du 2 décembre 2015

- De la BSPP :
 - o Le 1^{er} groupement d'incendie et de secours de la BSPP, dont le poste central est basé à Montmartre (9^{ème} arrondissement), assure la couverture opérationnelle du Nord Est de Paris, du département de Seine-Saint-Denis (93) et de l'emprise de l'aérodrome Paris-Le Bourget. Il comprend 24 centres de secours dont 16 sont localisés dans le département. Le centre opérationnel et la coordination médicale de la BSPP sont interconnectés avec le CRRA-C15 du département (interconnexion téléphonique).

Annexe 4 – Le plan hôpital en tension (décembre 2019)

La situation de tension se caractérise par le dépassement de la capacité d'accueil des patients non programmés lié à une augmentation inhabituelle des admissions sur plusieurs jours. Il s'agit d'un dispositif exceptionnel de gestion de crise qui n'a pas pour vocation de perdurer.

La situation de tension peut être appréciée par des indicateurs simples, comme le nombre de patients en attente d'hospitalisation. Au sein du CHI Robert Ballanger, établissement partie au GHT Grand Paris Nord Est, deux seuils d'alerte sont définis pour déclencher le plan hôpital en tension⁵¹ :

- Plus de 65 passages en médecine avec présence d'un médecin au « fast » ou 75 sans médecin au « fast » pendant trois jours consécutifs
- Et 9 patients de médecine à hospitaliser présents depuis plus de 14h à partir de l'enregistrement, sans solution d'hébergement.

En cas d'atteinte des deux seuils d'alerte pendant trois jours consécutifs, la cellule parcours patient en informe le directeur ou son représentant. Celui-ci réunit la cellule de crise le 4^{ème} jour à 12h en salle des commissions.

Trois niveaux de réponse peuvent être mobilisés :

- Niveau 1 – Fluidification du circuit aux urgences et dans les services d'hospitalisation.
- Niveau 2 – Mobilisation temporaire de lits supplémentaires
- Niveau 3 – Ouverture d'une unité temporaire (10 lits).

Une procédure détaille le rôle de chaque professionnel : chef de service des urgences, responsable du service social, direction, chefs de service de médecine, chefs de service de SSR, cadres de santé des services, cadre de santé de nuit.

⁵¹ Plan détaillé en annexe 4

Annexe 5 – Analyse des flux d’aval des urgences du GHI Le Raincy-Montfermeil

Nombre d'hospitalisations en provenance du SAU par unité clinique


POLE/UF	NB D'HOSPI.	%
⊕ CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE	126	1,6%
⊖ CHIRURGIES	1 091	13,5%
CHIR. ORTHOPÉDIQUE	313	3,9%
CHIRURGIE VISC ET ORL	535	6,6%
RÉANIMATION POLYVALENTE	132	1,6%
SURVEILLANCE CONTINUE POLYVALENTE	111	1,4%
⊕ FEMME ENFANT	1 329	16,5%
⊕ GÉRIATRIE ET SOINS DE SUITE	189	2,3%
⊖ SPÉCIALITÉS MÉDICALES	1 218	15,1%
CARDIOLOGIE SECTEUR D	72	0,9%
CARDIOLOGIE SECTEUR E	237	2,9%
CARDIOLOGIE SOINS INTENSIFS	327	4,0%
HGE-PNEUMO HÉB	361	4,5%
PNEUMOLOGIE (HC) - SECTEUR E	220	2,7%
GASTROENTÉROLOGIE	1	0,0%
⊖ URGENCES, MÉDECINE POLYVALENTE, SMUR	4 123	51,1%
MÉD. PLURIDISCIPLINAIRE (hébergement)	691	8,6%
UNITÉ D'HOSPI DE TRES COURTE DURÉE	2 790	34,5%
URGENCES	53	0,7%
ZONE DE SURVEILLANCE DE TRÈS COURTE DURÉE	515	6,4%
RHUMATO	74	0,9%
Total général	8 076	100,0%




Nombre d'hospitalisations en provenance de l'UHTCD par unité clinique

POLE/UF	NB VENUES	%
⊕ CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE	134	7,4%
⊕ CHIRURGIES	42	2,3%
⊖ GÉRIATRIE ET SOINS DE SUITE	574	31,7%
COURT SÉJOUR GÉRIATRIE	574	31,7%
⊖ SPÉCIALITÉS MÉDICALES	559	30,9%
CARDIOLOGIE SECTEUR E	105	5,8%
CARDIOLOGIE SOINS INTENSIFS	10	0,6%
DIABÉTO- ENDOCRINO HC	14	0,8%
GASTRO HS	3	0,2%
GASTROENTÉROLOGIE	111	6,1%
PNEUMOLOGIE (HC) - SECTEUR E	312	17,2%
PNEUMOLOGIE (HS) - SECTEUR E	4	0,2%
⊖ URGENCES, MÉDECINE POLYVALENTE, SMUR	500	27,6%
MÉDECINE POLYVALENTE	351	19,4%
RHUMATO	146	8,1%
UNITÉ D'HOSPI DE TRES COURTE DURÉE	2	0,1%
UNITÉ AVANCÉE DE MÉDECINE	1	0,1%
⊕ FEMME ENFANT	1	0,1%
Total général	1810	100,0%

Annexe 6 – Synthèse des mesures issues du rapport Braun

Mesures	Application immédiate (à partir du 1 ^{er} juillet 2022)	Attente de parution d'un arrêté
Mesure 1 : Proposer des parcours de soins adaptés		
Recrutement d'ARM		Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1 ^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire
Couverture assurantielle des médecins régulateurs	En attente d'une lettre du ministre aux établissements concernés + Les établissements doivent adresser une lettre aux médecins régulateurs	
Prolongation du cumul d'activité titulaire/remplaçant		Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1 ^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire
Prolongation du cumul emploi-retraite	Lettre ministérielle adressée aux caisses de retraite	
Mobilisation des infirmiers libéraux volontaires pour assurer une réponse aux SNP		Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1 ^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire
Mesure 2 : Maintenir la réponse aux urgences vitales et graves dans les établissements de santé et en préhospitalier		
Création d'EPMU		Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1 ^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire

Mesure 3 : Soutenir et préserver les équipes des structures de médecine d'urgence		
Optimiser les RH d'un territoire en mutualisant les moyens de plusieurs structures d'urgence		Arrêté du DG ARS
Maintien du recours à la dérogation exceptionnelle à l'éviction Covid		
Adaptation possible du jury pour la VAE des AS		Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1 ^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire
Autorisation de la licence de remplacement pour les étudiants de 3 ^{ème} cycle		Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1 ^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire
Autorisation du TTA pour les Dr. Juniors		Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1 ^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire
Favoriser le recrutement des professionnels de santé libéraux acceptant de participer à l'activité hospitalière		Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1 ^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire

Accélération de la titularisation des personnels non médicaux (PNM) et de maïeutique en poste		
Majoration de l'indemnité de sujétion de nuit et des heures de nuits pour les PM et PNM		Arrêté du 12 juillet 2022 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation des gardes des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et des personnels enseignants et hospitaliers exerçant en établissements
Majoration du travail de jours durant les jours fériés et ponts		
Application des rémunérations forfaitaires des médecins urgentistes mettant en œuvre des gardes		Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1 ^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire
Mesure 4 : fluidifier le parcours de soins à partir des urgences		
Mise en place obligatoire de la fonction de « gestionnaire des lits » dans tous les établissements de santé sièges de services d'urgence		

LEMEE

Maxime

Octobre 2022

Directeur d'hôpital
Promotion 2021-2022

**Gestion de la crise des urgences,
L'exemple du GHT Grand Paris Nord-Est**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : -

Résumé :

La situation de crise aux urgences semble régulièrement revenir, comme peuvent en témoigner les mouvements sociaux depuis la fin des années 1990 et les multiples missions mandatées sur la question.

A la frontière entre médecine de ville et établissements de santé, elles constituent, pour la population, un recours pour faire face à l'urgence ressentie et disposer d'exams adaptés à leur pathologie dans des délais respectables.

Insuffisamment accompagnée sur le plan des moyens, l'augmentation d'activité, liée également à la progression démographique et au vieillissement de la population, conduit à une intensification du travail qui devient parfois insoutenable pour les professionnels des urgences. La Seine-Saint-Denis apparaît alors comme un territoire en grande difficulté, témoin d'iniquités territoriales multiples.

Des actions ont cependant été engagées, notamment dans le cadre du pacte de refondation des urgences de septembre 2019. Cependant, au regard des fermetures forcées des services d'urgences en 2022, ces actions semblent aujourd'hui insuffisantes.

Contraint de faire fonctionner les urgences hospitalières, 24 heures sur 24 et 365 jours par an, le directeur d'hôpital, doit alors rassembler et convaincre pour maintenir ces services. Il doit être en mesure, d'arbitrer dans l'urgence avant d'acter des améliorations de moyen et long terme, soutenables au regard du modèle de financement actuel.

Initialement prises à un échelon local, ces actions devraient progressivement s'installer dans une réflexion plus large, départementale, au sein d'un GHT, entre la ville et l'hôpital, dans un contexte de coopérations professionnelles, de renforcement des dispositifs d'appui territoriaux et de graduation des urgences.

Mots clés :

Urgences ; pacte de refondation ; rapport Braun ; permanence des soins ; organisation ville-hôpital ; coopérations ; graduation des soins ; fermetures ; crise ; engorgement ; gouvernance ; GHT ; conditions de travail ; inégalités ; performance ; gestion de flux

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.