

PROPOSITIONS  
NOVEMBRE 2019

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE  
HAUTS-DE-FRANCE

# URGENCES HOSPITALIERES

## POUR UN PLAN D'ACTION GLOBAL

Régionalisation des propositions de la FHF nationale et  
Contributions des établissements adhérents de la région



# Sommaire

---

■ ÉDITO : LE MOT DU BUREAU de la FHF HAUTS-DE-France .....	P.03
■ AXE 1 : AMÉLIORER L'AMONT DES URGENCES .....	P.05
■ AXE 2 : ORGANISER, AMELIORER LES PARCOURS HOSPITALIERS et REPENSER L'AVAL	
- L'accueil de tous .....	P.08
- L'accueil des patients chroniques ou fragiles .....	P.11
- Repenser l'Aval .....	P.13
■ AXE 3 : IMPULSER UNE NOUVELLE DYNAMIQUE EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES AU REGARD DES ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES.....	P.14
■ AXE 4 : ADAPTER LE MODÈLE ÉCONOMIQUE .....	P.16

# Préambule

---



## **PREAMBULE du BUREAU de la FHF HAUTS-DE-FRANCE PANSER LES URGENCES, RE)PENSER LE SYSTEME DE SANTÉ, RÉINVENTER LE MODÈLE**

La crise des Urgences est révélatrice des dysfonctionnements de tout le système de santé : les services d'Urgences publics sont les seuls à assurer l'accueil de tous les patients 24h/24 et 7j/7, et le nombre de passages a explosé ces dernières années. Les difficultés de ces services ne peuvent donc être résolues sans une analyse globale mais aussi territoriale ; il est nécessaire de repenser la réponse apportée pour les soins non programmés, en dépassant une approche uniforme d'organisation.

Malgré l'attente souvent jugée insupportable le recours aux services d'urgences des Hôpitaux publics reste, pour les usagers, le moyen d'obtenir une réponse médicale plus rapide qu'une consultation en ville

Pivot de l'organisation sanitaire, ces services qui opèrent à l'interface entre médecine de ville et hôpital, soins de routine et intervention de pointe, peinent à faire face à une multitude de demandes des usagers.

En vingt ans, le nombre de patients des urgences hospitalières est passé en France de 10,1 millions, en 1996, à 21 millions, en 2016.

**En région Hauts-de-France**, le nombre de passage aux urgences dépasse aujourd'hui par an les 2 millions pour une population de 6 millions.

La permanence des soins en ambulatoire donc en ville n'est plus garantie de manière exhaustive sur tous les territoires, engendrant une augmentation du nombre de passage aux services d'urgence pour des prises en charges qui ne relèvent pas systématiquement de l'urgence vitale.

De même, le système d'organisation des services des urgences hospitaliers nécessite un temps médical important, dans un contexte de pénurie de médecins. Cette situation génère un recours à l'intérim médical important à des tarifs prohibitifs.

Le pacte de refondation annoncé par Madame la Ministre de la Santé intègre enfin la dimension globale de la crise, en mobilisant tous les acteurs du système de santé, de nombreuses interrogations demeurent, tant en termes d'opérationnalité et d'immédiateté que sur la question des moyens, le tout dans un contexte de pénurie médicale généralisée, à l'hôpital comme en ville.

**Certains obstacles immédiats demeurent : les personnels en poste sont épuisés, et la prime mise en place en juin ne compense pas les difficultés immédiates et croissantes ressenties dans les services, en termes d'organisation, de rémunération salariale, d'attractivité, de pénibilité et de perte de sens.**

**La question des financements reste également en suspens : à enveloppe fermée, les 750 millions d'euros annoncés devront forcément être prélevés au sein de l'enveloppe ONDAM, et certaines missions actuellement financées pâtiront de ces transferts, alors que l'Hôpital subit déjà une asphyxie financière depuis de nombreuses années, avec 80% des établissements publics en déficit dans la région.**

# Préambule

---

Une rencontre avec l'ARS Hauts-de-France a permis d'échanger sur les différentes mesures prévues dans le pacte de refondation, ainsi que les premières déjà déployées ou annoncées dans la région, dont certaines restent à préciser ou à évaluer.

Plusieurs travaux ont déjà été amorcés dans les Hauts-de-France pour faire face aux crises successives hivernales puis estivales, en lien avec l'ARS et le Comité Technique Régional des Urgences (CTRU), concernant notamment le recensement des lits disponibles, ou l'intérim médical.

**Tous ces travaux démontrent une réelle solidarité inter-établissements, permettant une véritable continuité des soins dans tous les territoires, cette solidarité est révélatrice des valeurs d'accueil inconditionnel que défend et porte l'hôpital public.**

**Ce premier rendez-vous avec l'ARS a permis d'élaborer une méthodologie d'action.**

**La FHF Hauts-de-France a sollicité ses établissements adhérents pour poursuivre ces réflexions, et recenser toutes les expérimentations d'organisations innovantes et/ou efficaces et pragmatiques dans les hôpitaux de la région, ainsi que les besoins particuliers de chaque territoire.**

**La FHF Hauts-de-France en lien avec sa Fédération nationale propose un plan d'actions global visant à réaliser une convergence des devoirs entre tous les acteurs de la santé au service des patients.**

**Ce document est le fruit de ces différents retours. Il s'inspire largement des propositions de la FHF nationale, en le régionalisant, il reprend les propositions du Dr Ziad KHODR (USM et nouveaux métiers de médecins) et il intègre les propositions des différents établissements adhérents de la région interrogés (en bleu clair dans le texte), qui ont bien voulu répondre à notre sollicitation.**

**Les propositions contenues dans ce document pourront s'avérer exclusives, cumulatives, alternatives et ne sont pas exhaustives.**

**Elles pourraient donner lieu à terrains d'expérimentations à proposer aux établissements volontaires.**

**Aucun schéma type ne pourra leur être imposé, en raison notamment de la diversité des situations territoriales tant en matière d'offre que de besoin.**

**Les propositions d'expérimentations pourraient permettre de dépasser l'approche uniforme d'organisation et de réenchanter, par des projets concrets, le travail des équipes.**

**La FHF Hauts-de-France, néanmoins, est consciente que ces propositions ne pourront pas être mises en œuvre sans financement adéquat et fait part de sa très vive inquiétude sur les conditions, notamment financières et démographiques, de mise en œuvre du pacte, compte-tenu des contraintes nationales actuelles de financement des établissements de santé.**

**Alors que les attentes sont grandes pour contenir la crise sociale que traverse l'hôpital public et répondre aux enjeux de transformation du système de santé, des efforts d'économies incompréhensibles et à contre-courant des besoins de l'hôpital public sont encore imposés en 2020.**

## Remerciements :

**Dr Ziad KHODR vice-président de la FHF Hauts-de-France,**

**CH de Beauvais, CH de Compiègne-Noyon, CH de Dunkerque, CH d'Hazebrouck, Groupe Hospitalier Seclin Carvin, CH du Quesnoy...**

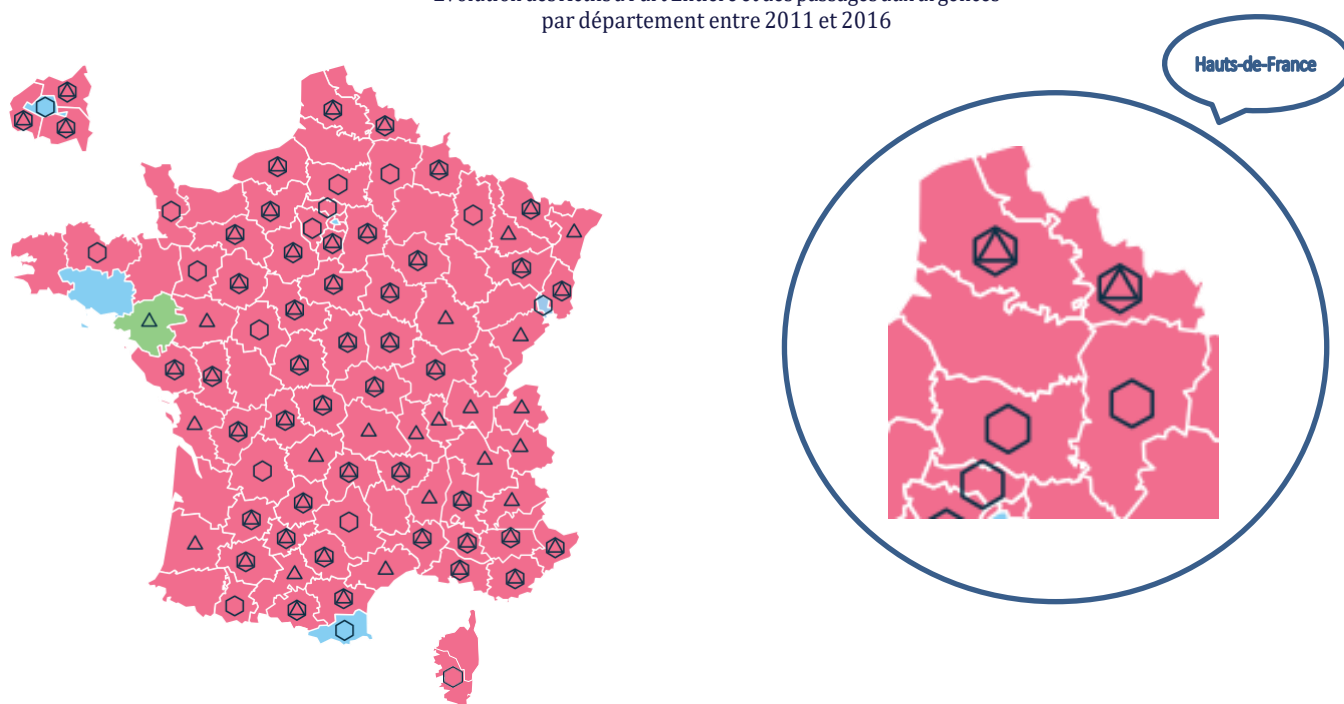
# Axe 1

## AMÉLIORER L'AMONT DES URGENCES

94,8 % des départements français connaissent une baisse des médecins généralistes et une hausse des passages aux urgences. Il ne faut pas plus de services d'urgences, publics ou privés, mais plus d'accès aux soins primaires.

### Corrélation entre la baisse des médecins généralistes et la hausse des passages aux urgences

Évolution des Actifs à Part Entière et des passages aux urgences par département entre 2011 et 2016



	Passage aux urgences	APE (médecins généralistes)	
Augmente	Augmente	1,0 % des départements	
Baisse	Baisse	4,2%	
Augmente	Baisse	94,8%	
Évolution de plus de 10 %	△	◻	◻ Les deux

Source : Heva pour la FHF, 2018

- **Privilégier une régulation et orientation téléphoniques via un numéro unique santé.** Une régulation en amont doit permettre de désengorger les services d'urgences des consultations non programmées pour des pathologies du quotidien. Il est nécessaire d'avoir **un seul point d'entrée santé via le 15, numéro unique et seul régulateur médical**, constituant la plateforme santé centrée sur l'orientation vers la bonne offre de soins.

- **Prévenir l'arrivée aux urgences en développant le suivi de patients chroniques en ville par des équipes mobiles hospitalières ou mixtes, en relation avec le médecin traitant.** L'exercice infirmier en pratique avancée (IPA) est une opportunité pour les urgences. Si les urgences ne relèvent pas aujourd'hui du périmètre des pratiques avancées, leur déploiement doit, à terme, permettre d'éviter des passages aux urgences, notamment en améliorant la prise en charge ambulatoire sous l'égide d'un IPA, une fois le patient vu par un médecin. Dans l'immédiat, il conviendrait de renforcer la coordination de la prise en charge paramédicale des patients atteints de maladies chroniques à domicile. La mise en place **d'équipes mobiles hospitalières ou mixtes (hôpital-ville), en relation avec les médecins traitants**, permettrait d'améliorer la prise en charge (observance du traitement, éducation, prévention) et d'ajuster les stratégies thérapeutiques plus précocement.

Par ailleurs, les patients nécessitant une hospitalisation seraient orientés plus rapidement dans le service concerné (sans passage obligé par le service des urgences) et sans risque de mauvaise orientation (accès direct dans le service concerné). Le développement de la télémédecine est un outil indispensable et un lien supplémentaire à développer dans ce cadre

- **Organiser, sous la responsabilité de l'Agence régionale de santé (ARS), la prise en charge des soins non programmés en ambulatoire par territoire en mobilisant l'ensemble des professionnels (MSP et MMG), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).** La prise en charge des soins non programmés reste insuffisante et nécessite une organisation territoriale garantissant un accès aux soins en ville (prolongation d'ouverture des cabinets) ou en complémentarité ville-hôpital (maisons de santé à exercice partagé, maisons médicales de garde) jusqu'à 22 heures. **Les ARS doivent pouvoir anticiper et contractualiser avec les organisations sur le territoire** (information sur les fermetures de cabinets, cartographie des périodes de tension et solutions à mettre en œuvre, etc.). **Les CPTS doivent avoir la responsabilité d'organiser des plages dédiées de consultations non programmées avec l'ensemble des professionnels libéraux sur le territoire.** À titre d'exemple, envisager d'avoir, en ville et selon les spécificités territoriales, la réservation de plages horaires journalières consacrées aux soins non programmés vers lesquelles le 15 orienterait les patients concernés.

L'ARS Hauts-de-France accompagne toutes les initiatives prises par les professionnels de santé libéraux pour organiser les soins non programmés dans les territoires. Elle financera un plan de déploiement massif des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sur l'ensemble de la région, à l'horizon 2022.

17 CPTS sont en phase de déploiement.

Si ce dispositif a vocation à devenir pérenne, La FHF Hauts-de-France souhaite qu'il puisse être évalué pour en suivre les différentes modalités opérationnelles (indicateurs de résultat).

- **Demander, sous la responsabilité de l'ARS, que tous les acteurs de santé dans le périmètre du territoire d'une CPTS participent à la gouvernance de la CPTS** (établissements de santé, Hôpitaux de proximité, EHPAD, professionnels de santé...).
- **Inciter au sein de chaque établissement public de santé à la création et au développement de comités ville-hôpital.**
- **Restaurer, sous la responsabilité de l'ARS, une obligation de résultat en termes de permanence des soins ambulatoires (PDSA).** En s'appuyant sur les CPTS, là où elles existent et dans le cadre d'une organisation informelle ailleurs, les professionnels de santé libéraux organisent la permanence des soins ambulatoires. **À défaut de disposer (à J - 30) d'une liste permettant d'assurer la PDSA, l'ARS prend les dispositions qui s'imposent pour assurer la PDSA.**

- **Demander, sous la responsabilité de l'ARS, que chaque service d'urgences accueillant plus de 40 000 passages soit doté d'une maison médicale de garde au sein ou à côté immédiate du service hospitalier.**

L'ARS Hauts-de-France va ouvrir une concertation avec les médecins libéraux pour adosser une maison médicale de garde (MMG) à proximité des centres hospitaliers de Lens, Tourcoing et Seclin-Carvin. Les 13 autres services d'urgences de la région accueillant plus de 50.000 passages par an sont d'ores et déjà dotés d'une MMG, dont le fonctionnement est financé par l'ARS.

La FHF Hauts-de-France demande l'évaluation des MMG existantes avec des indicateurs d'analyse comparative pertinents. La rédaction d'un cahier des charges des MMG, à proximité des SU voire collé aux SU dans l'hôpital, reste à construire dans de nombreux territoires.

- **Organiser un accueil des soins non programmés à l'hôpital.** Possibilité de créer un **espace dédié à la médecine de ville** au sein des structures d'urgence afin de prendre en charge les soins non programmés de médecine générale, dans des locaux mis à disposition et avec des moyens dédiés (secrétariat, brancardage...).

À la différence des Maisons Médicales de Garde, **cette offre pourrait être permanente (24h/24 et 7j/7).**

L'unité de lieu permettrait l'accès, pour les médecins généralistes libéraux, au plateau technique hospitalier. L'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) pourrait alors, sur la base d'un référentiel travaillé en commun, effectuer un tri entre d'une part, **l'accueil de soins non programmés de médecine générale** et d'autre part du **service des Urgences hospitalières**. La réunion des professionnels de ville et hospitaliers pour répondre aux soins non programmés permettrait également de conventionner afin d'**économiser les ressources** (sur le temps médical disponible) en période de nuit profonde.

- **Développer la territorialisation et la gradation des services d'urgences.** Pour rappel, un service d'urgences est nécessairement ouvert 24h/24 ; l'appellation « urgences » étant réservée à une structure capable d'assurer la prise en charge des urgences 24h/24.

Les structures n'assurant pas cette prise en charge 24h/24 sont des « **centres de soins non programmés** » dont la définition mériterait d'être précisée, qui pourront participer à la prise en charge des soins non programmés ambulatoires et hospitaliers, selon un cahier des charges très précis. **Les hôpitaux publics dits de proximité peuvent assurer cette prise en charge et devenir des antennes de médecine d'urgence.**

Afin d'améliorer l'accès aux soins et la pertinence des organisations tout en assurant une meilleure répartition des ressources sur le territoire, il est nécessaire de **mettre en place ces « antennes de médecine d'urgence » rattachées ou associées à un service d'urgences et adossées à un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR fonctionnant 24h/24 et couvrant les urgences graves du territoire, dans le cadre d'une organisation territoriale).**

Cela suppose de s'interroger sur la pérennité financière du maillage territorial actuel des SMUR qui doit permettre de garantir à la population un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes.

La FHF Hauts-de-France a proposé à l'ARS que les SMUR ayant une faible activité mais indispensables dans le maillage territorial puissent bénéficier d'aides complémentaires du FIR pour leur permettre d'assurer la continuité de leur mission.

Le développement des transports terrestres interhospitaliers infirmiers (TIIH) pourrait permettre une réponse adaptée à la diversification, à l'adaptation et à l'augmentation des transferts interhospitaliers.

- **Mettre en place une campagne d'éducation à la santé afin d'accompagner /sensibiliser la population aux bons réflexes, au numéro d'appel unique et au recours pertinent au bon niveau de soins.**



## Axe 2

# ORGANISER ET AMÉLIORER LES PARCOURS HOSPITALIERS ET REPENSER L'AVAL

## L'accueil de tous

### ■ Favoriser la création d'unités de soins multidisciplinaires (USM ou appellation différente selon l'organisation propre à chaque établissement).

Cette unité doit pouvoir répondre objectivement au manque de lits d'aval

- Soit par l'enclenchement d'une création des lits avec une capacité adaptée, si les taux d'occupation des lits de Médecine et l'IPDMS de ces lits sont optimaux.
- Soit par le transfert de lits des services spécialisés, si les deux indicateurs cités ci-dessus ne sont pas optimisés.

Cette unité à géométrie variable doit pouvoir être évolutive en nombre de lits et de personnel, pour répondre à des saturations lors des tensions hospitalières ou épidémiques.

Cette unité doit être gérée par un médecin de parcours en lien avec des médecins spécialistes, qui dédieront du temps médical spécialiste à cette unité.

### ■ Favoriser la création de nouveaux Métiers et Compétences :

#### - Médecin de parcours

Il interviendrait essentiellement dans le processus d'admission, l'encadrement des personnels soignants, le suivi médical et la coordination avec les services spécialisés. Il assure la qualité de la prise en charge au niveau institutionnel, la fluidité du parcours patient et son suivi. Il favorise la prévention.

Avec un contenu universitaire type FST (Formation spécialisée transversale), qui doit être travaillé avec les sociétés savantes, qui comprend :

La SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) + SFMG (Société Française de Médecine Gériatrique) + SFMI (Société Française de Médecine Interne) mais également des instituts type ILIS, Ingénierie médico-économique.

Il travaillera avec une équipe formée au parcours qui comprend :

- Une infirmière ou cadre coordinatrice
- Une assistance sociale
- Une secrétaire

#### La mission essentielle du médecin de parcours :

Il est le président de la commission des hospitalisations non programmées, et travaille à l'élaboration des indicateurs et des systèmes d'alerte afin d'anticiper les situations de tension et d'adapter les capacités de cette unité de soins multidisciplinaires.

Le parcours inter-hospitalier aux urgences débute :

- soit par le diagnostic d'un patient défini et précis émanant d'un médecin urgentiste, le patient est hospitalisé, s'il y a un lit disponible, dans le service spécialisé.
- soit par le diagnostic d'un patient poly pathologique qui présente une instabilité clinique, là le médecin de

parcours doit l'hospitaliser dans une Unité de Surveillance Continue, d'où la nécessité également d'ajuster la capacité d'Unité de Surveillance Continue, pour diminuer le refus des médecins spécialistes d'avoir ces patients instables dans leur unité.

Le patient stable cliniquement pourra être hospitalisé dans l'unité de soins médicaux multidisciplinaires, donc une facilité de sortie des patients du Service d'Urgence.

#### Les autres missions :

\*Travaille à la fluidité du parcours entre le MCO et le SSR de son établissement, sécurise le retour des patients à domicile avec son équipe et l'assistance sociale.

\*est le contact entre l'hôpital et la ville, afin d'éviter les passages par les urgences et organisation des suivis des pathologies qui s'aggravent en ville.

\*grâce au projet ASSURE, améliore l'accueil du parcours dédié aux personnes âgées, peut organiser une hospitalisation directe soit dans l'unité de soins multidisciplinaires soit dans le Service de Gériatrie ou soit dans un autre service spécialisé si besoin. Nous sommes donc obligés d'optimiser l'orientation et la régulation des demandes de soins non programmées.

\*Doit assurer avec son équipe une fois l'hospitalisation du patient terminée, la synthèse par le médecin coordinateur est réalisée, de prévoir et s'assurer du déroulement du suivi du patient, en assurant son parcours post-hospitalisation, en organisant des rendez-vous, le contrôle nécessaire par des examens complémentaires, besoin d'hospitalisations programmées de jour et un rôle très important dans la prévention primaire et secondaire, afin d'éviter les hospitalisations précoces.

#### **Transformer les hospitalisations non programmées en programmées**

\*Il doit travailler avec les possibilités de sortir à domicile de façon sécurisée et médicalisée, et avoir des relations avec l'HAD et des autres associations, pour éviter une hospitalisation précoce.

\*Il doit être en contact avec ses homologues des établissements de GHT et de son territoire.

Pour poursuivre la prise en charge du parcours dans le GHT avec des réponses adaptées, il doit échanger en période de tension ou d'épidémies, d'opter à des solutions communes. Il doit travailler également à la concrétisation de PMP dans des réponses graduées et des réponses attachées à chaque établissement de GHT.

#### **- Médecin Coordonnateur**

Gérer l'hospitalisation des patients d'une unité de soins multidisciplinaires, coordonne la prise en charge des spécialistes, temps médical dédié de chaque spécialité à cette unité. Doit assurer au médecin de parcours une synthèse de cette hospitalisation, afin que ce dernier travaille sur l'élaboration du parcours post-hospitalisation. Travailler une synthèse d'hospitalisation par une lettre de sortie bien détaillée rapidement accessible au médecin traitant.

#### **Communication numérique :**

Accompagne cette unité, qui doit bénéficier des outils numériques rapides, les lettres et les synthèses d'hospitalisations ainsi que l'organisation du parcours post-hospitalisation doit être rapidement accessible d'une manière numérique au médecin traitant, au médecin spécialisé et au patient.

#### **- Infirmier(e) d'accueil et d'orientation (également évoqué en page 14)**

Cette fonction suppose de formaliser les transferts de tâches des urgentistes vers les IDE des urgences hospitalières dans le cadre d'un exercice en pratique avancée

- **Personnel soignant d'accueil, de liaison et de bienveillance au sein des services d'urgences.**

Poste essentiel dans le cadre de la qualité de la communication entre le patient, la famille et les proches présents en salle d'attente ou à domicile et les professionnels des secteurs de soins des urgences. Ce personnel peut éviter la rupture de communication entre les soignants et l'entourage des patients et contribue très largement à réduire les tensions, et les incivilités, et améliore nettement le degré de satisfaction des usagers. Il permet également de réduire la tension qui pèse sur les équipes à l'intérieur des urgences puisqu'il prend en charge, par bascule des lignes téléphoniques, les appels entrants.

Les soignants sont donc recentrés sur les soins et les appelants satisfaits que quelqu'un réponde à leur appel.

Cette fonction et la création de ce poste a été proposé à l'ARS par certains établissements suite aux conclusions de l'enquête sur les violences dans les structures d'urgences des HdF.

Il est indispensable que cette fonction fasse partie intégrante des organisations d'accueil dans les structures d'urgences.

- **Favoriser la mise en place du Bed Manager** avec un outil de centrale de réservation des lits qui gère les admissions programmées et non programmées fonctionnant 24/24.

Plus-value indéniable pour accélérer les orientations et répartir de façon adaptée l'activité. Moins de temps médical consommé pour trouver une place.

- **Favoriser, si les conditions architecturales le permettent, la création d'une Zone "post vu"**

Zone d'accueil des patients après qu'ils aient été pris en charge dans les zones de soins des urgences. Zone dont l'objectif est d'améliorer les conditions d'attente des patients ne relevant pas d'une surveillance médicale continue et dont la charge en soins infirmiers est limitée.

Cela permet de libérer les box aux soins d'urgence, donc de réduire les temps d'attente des patients entrants. Elle contribue également à réduire le nombre de patients dans les couloirs.

Zone qui privilégie l'attente sur des fauteuils et limitant le plus possible les brancards ; confort pour les patients et réduction des brancardages lourds.

- **Mettre en place une commission de la CME, pluridisciplinaire, comprenant des médecins, des cadres de santé et des directeurs, présidée par le médecin de parcours, en charge de proposer les organisations les plus pertinentes et consensuelles possibles sur l'ensemble des parcours patients en place ou à mettre en place.**

Parmi les sujets: parcours patients lors des tensions hivernales, parcours des patients relevant de précautions complémentaires, étude des modifications capacitaires pour répondre à tel ou tel besoin de modification des réparations d'activité... Cette commission analyse, débat, et propose aux instances un dossier qui a été anticipé, concerté et surtout le plus consensuel possible.

- **Améliorer la prise de rendez-vous rapide avec un spécialiste d'organe après passage aux urgences**

Cela peut contribuer à réduire les hospitalisations en proposant un RDV à une échéance la plus proche possible avec le spécialiste d'organe concerné. Les médecins urgentistes ont un accès exclusif à un planning de consultations dédiées au RDV rapide post urgence, les spécialistes s'étant engagés à réserver chaque semaine une à deux plages de consultations dédiées aux urgences.

Permet de faire sortir des patients qui auraient été gardés en hospitalisation, pour avoir accès rapide au spécialiste. Donc gain de places en aval des urgences et satisfaction des usagers.

- **Constituer au sein des GHT ou entre établissements proches des filières de médecine d'urgence, de médecine interne et/ou gériatrie de territoire** auxquelles chaque structure pourrait être rattachée et contribuer selon sa spécificité voire des **structures médicales fédératives ou communes** (Fédération médicale inter-hospitalière, pôle inter-établissements voire préfiguration d'une équipe médicale commune).

## L'accueil des patients chroniques ou fragiles (personnes âgées, patients chroniques, ou patients atteints de pathologies mentales)

Pour limiter les passages inadéquats aux urgences mais aussi parce que le mode d'entrée par les urgences est un facteur de risque pour les personnes âgées, les initiatives et dispositifs permettant de limiter les orientations inadéquates aux urgences en provenance d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou du domicile doivent être développés.

- **Généraliser le dispositif de mutualisation d'infirmiers de nuit (ou d'astreinte infirmière) dans tous les EHPAD.** En effet, il a été démontré que le recours possible à une évaluation paramédicale et donc à un premier niveau de régulation permettait de réduire les hospitalisations en urgence évitables en provenance d'EHPAD la nuit.  
Ce dispositif est expérimenté dans les Hauts-de-France depuis 2017 dans 12 territoires, notamment en Sambre-Avesnois-Thiérache et dans le bassin minier, au bénéfice d'environ 5.000 résidents d'EHPAD.  
23 équipes supplémentaires devraient être déployées en région d'ici la fin de l'année.  
L'ensemble des territoires des Hauts-de-France devraient pouvoir être couverts rapidement.  
Ce dispositif aurait vocation à devenir pérenne, sous réserve de l'évaluation positive et du suivi de ses différentes modalités opérationnelles (indicateurs de résultat).
- **Former les professionnels des EHPAD à un recours optimal aux urgences.** Le rapport Libault évoque le projet ASSURE (Amélioration des soins d'urgence en EHPAD) actuellement expérimenté dans la région des Hauts-de-France et qui mériterait d'être généralisé à l'ensemble des territoires.  
La FHF Hauts de France a soutenu dès 2018 cette démarche de sensibilisation, qui se développe dans la région Hauts-de-France, et qui vise à améliorer la gestion des urgences et le recours au Samu-Centre 15 au sein des EHPAD, mais également à favoriser la coordination ville-hôpital. Ce projet crée la formation de binômes urgentiste-gériatre au sein des hôpitaux, qui interviendront ensuite auprès des professionnels des EHPAD ; ainsi que la remise d'un kit d'outils, composé de fiches réflexes sur les conduites à tenir en cas d'urgence mais aussi d'outils pédagogiques. Ce projet, pourrait éviter 60 000 passages aux urgences par an.  
600 professionnels des EHPAD ont bénéficié de cette qualification supplémentaire. Le dispositif sera généralisé à l'ensemble des établissements d'ici 2021, ainsi qu'aux personnels des SSIAD intervenant au domicile des personnes âgées.  
  
**La FHF Hauts-de-France confirme son attachement au déploiement de ce dispositif sur tous les EHPAD de la région. Il a vocation à devenir pérenne, sous réserve de l'évaluation positive et du suivi de ses différentes modalités opérationnelles (indicateurs de résultat).**
- **Développer les équipes mobiles de gériatrie (EMG), de soins de suite, et de soins palliatifs, élargir leurs domaines d'application en matière de suivi, détection, orientation, coordination...** Le développement des interventions extrahospitalières des EM, qui assurent des missions d'évaluation notamment gériatrique globale, d'interface et de diffusion de l'expertise hospitalière en gériatrie constitue un levier pour prévenir au sens large des hospitalisations évitables de personnes âgées mais aussi les passages inadéquats aux urgences. La FHF considère comme indispensable de déployer beaucoup plus massivement ces unités et de prévoir leurs interventions non plus seulement au sein de l'hôpital et des EHPAD mais aussi au domicile des personnes âgées poly-pathologiques en lien avec les professionnels médicaux et paramédicaux de ville.

- **Développer des filières d'accès direct aux soins hospitaliers.** Face à une hospitalisation nécessaire, qui s'avère le plus souvent non programmée chez une personne âgée poly-pathologique, l'admission directe en service spécialisé permet d'accéder à des soins plus rapides et plus appropriés en évitant les effets délétères du temps d'attente aux urgences.

La FHF Hauts-de-France peut pointer ici les freins au développement des filières d'accès direct, le manque de lits adaptés pour personnes âgées en aval des urgences, la pénurie de gériatres et de personnel qualifié et la non prise en compte du financement des gardes de gériatrie dans le nouveau schéma de la PDSSES, frein pour un accès direct des personnes âgées 24/24.

Certains établissements proposent la création d'un poste de gériatre aux urgences pour organiser la filière gériatrique dès l'entrée aux urgences et travailler sur la pertinence des hospitalisations.

- **Organiser une permanence gériatrique téléphonique (ou numérique, via la télémédecine).** La mise en place d'une telle permanence constituerait un support indispensable aux professionnels de santé et aux établissements en leur permettant d'accéder à un avis expert avant transfert aux urgences.
- **Développer la santé connectée et la généraliser (suivi, détection, télémédecine).** Tous les EHPAD doivent être équipés dans les meilleurs délais pour accéder à la télémédecine. Il est également nécessaire d'identifier un « forfait technologique » permettant de tirer parti des géronto-technologies et permettant de recruter des personnels formés à l'apprentissage par les professionnels et les usagers de ces nouvelles technologies.

**La santé connectée est à généraliser également pour un meilleur maintien au domicile.**

## Repenser l'Aval

**Il s'avère essentiel de reconsidérer la diminution capacitaire et de rouvrir des lits là où ils sont nécessaires.**

- **Mettre un terme aux injonctions contradictoires et mettre fin à la fermeture des lits de médecine pour motifs uniquement comptables.** Il ne faudrait pas faire la même erreur avec la médecine ambulatoire que celle commise pour la chirurgie ambulatoire. Il faut donc mieux prendre en compte les populations concernées sur le territoire et leur vulnérabilité ainsi que la recrudescence des pathologies chroniques.
- **Mettre un terme à la diminution du nombre de lits de médecine exigée par les plans d'efficience et le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) qui rend plus difficile l'orientation des patients.** Les mesures permettant de conserver des lits d'aval afin d'hospitaliser les patients ne sont plus des marges de manœuvre à la main des établissements. Les plans d'économies imposés à l'hôpital ont conduit à imposer des fermetures de lits afin de générer des réductions d'effectifs, alors que ces lits font actuellement défaut pour accueillir les patients issus des urgences.
- **Envisager la mise en place de services de Médecine Post-Urgence (MPU) ou l'unité de soins pluri-disciplinaires évoquée plus haut (USM) qui accueille des patients adultes issus exclusivement de la filière urgence (service d'accueil, zone de surveillance de courte durée et surveillance continue).**  
Le séjour des patients dans ces services conduit à :
  - un retour à domicile rapide, en lien avec le secteur ambulatoire (médecins généralistes et spécialistes) et les réseaux de soins,
  - un transfert en service de médecine spécialisée, de court séjour gériatrique ou de soins de suite du Centre Hospitalier ou du Groupement Hospitalier de Territoire.
- **Ouvrir la possibilité de faire quelques sorties de service le Dimanche.**  
Constat : la plupart des situations sérieuses de tensions surviennent le WE, en particulier le dimanche faute de sortie pendant 48H. Difficultés pour admettre les patients des urgences le dimanche soir et service d'urgences engorgé le lundi en attendant que des sorties se fassent.
- **Expérimenter la mise en place d'une équipe mobile de liaison MCO-SSR sur les lits SSR de l'établissement ou du GHT ou du Territoire.**  
Il est nécessaire de cibler un référent unique présent dans l'établissement MCO. Trajectoires ne peut pas être le seul élément d'organisation de l'orientation vers le SSR, il doit juste être complémentaire et secondaire à l'accord de transfert.
- **Mise en place d'un score de gravité à l'admission calculé par l'IAO permettant d'admettre directement en réanimation-soins continus.**

## Axe 4

# IMPULSER UNE NOUVELLE DYNAMIQUE EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES AU REGARD DES ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES

La question des urgences invite notamment à répondre aux enjeux de sécurité  
Et de démographie médicale et paramédicale.

■ **Prévenir, faire face, soutenir et reconstruire par des recommandations et des moyens dédiés la progression et l'exposition des personnels et soignants aux violences.**

Il nous appartient collectivement de construire les conditions d'un exercice professionnel de qualité parce que serein et préservé. La sécurité au travail doit être garantie à tous les personnels.

La FHF Hauts-de-France travaille actuellement à une série de recommandations à destination des établissements de la région, recommandations faisant suite à l'étude sur les violences aux urgences rédigé par les Drs ASSEZ et GODDYN.

■ **Prévenir l'arrivée aux urgences en développant le suivi de patients chroniques en ville par des équipes mobiles hospitalières ou mixtes, en relation avec le médecin traitant.** L'exercice infirmier en pratique avancée (IPA) est une opportunité pour les urgences. Si les urgences ne relèvent pas aujourd'hui du périmètre des pratiques avancées, leur déploiement doit, à terme, permettre d'éviter des passages aux urgences, notamment en améliorant la prise en charge ambulatoire sous l'égide d'un IPA, une fois le patient vu par un médecin. Dans l'immédiat, il conviendrait de renforcer la coordination de la prise en charge paramédicale des patients atteints de maladies chroniques à domicile. La mise en place d'équipes mobiles hospitalières ou mixtes (hôpital-ville), en relation avec les médecins traitants, permettrait d'améliorer la prise en charge (observance du traitement, éducation, prévention) et d'ajuster les stratégies thérapeutiques plus précocement.

Par ailleurs, les patients nécessitant une hospitalisation seraient orientés plus rapidement dans le service concerné (sans passage obligé par le service des urgences) et sans risque de mauvaise orientation (accès direct dans le service concerné). Le développement de la télémédecine est un outil indispensable et un lien supplémentaire à développer dans ce cadre.

■ **Dans un contexte de pénurie médicale, reconnaître et valoriser financièrement les compétences paramédicales. Faire évoluer le décret de compétences infirmier et le référentiel d'activité aide-soignant pour tenir compte de la réalité de l'exercice aux urgences :**

- L'immobilisation en gypsothérapie ;
- Des interventions en petite traumatologie : la pose de colle et, après avis médical, la suture de petites plaies ;
- La prise en charge des morsures de tiques ;

Il apparaît également pertinent de généraliser les **transports infirmiers inter-hospitaliers** pour les transports secondaires. Intégrer dans le référentiel d'activité aide-soignant la réalisation des électrocardiogrammes (ECG) et les glycémies capillaires.

**Définir des protocoles de coopération nationaux relatifs aux urgences :**

Rédiger un protocole de coopération au niveau national, tel que prévu par l'article 66 de la loi de transformation du système de santé, portant sur la possibilité pour les infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO) de prescrire des bilans sanguins et des examens radiologiques.

**Déployer les nouveaux métiers comme les « bed managers » pour recentrer les professionnels médicaux et soignants sur leur cœur de compétences :**

Soutenir financièrement l'acquisition de logiciels adaptés et nécessaires au déploiement de ces organisations.

■ **Rendre attractif l'exercice médical aux urgences, et fidéliser les médecins urgentistes.**

**Sanctionner l'exercice de « mercenaire » :**

Sanctionner fermement, au niveau déontologique, les médecins demandant une rémunération supérieure aux plafonds définis par la réglementation.

**Valoriser les sujétions spécifiques :**

Supprimer le plafond s'appliquant à la défiscalisation du temps de travail additionnel (TTA) permettrait de minorer les différences de rémunération entre intérim et exercice salarié, et ainsi de revaloriser les sujétions des hospitaliers.

**Revaloriser par une contractualisation interne le temps additionnel effectué au delà des obligations de service pour tout médecin de l'établissement réalisant du temps posté aux urgences.**

**Diversifier les modalités d'exercice et accompagner les deuxièmes parties de carrières :**

Proposer des parcours individuels diversifiés sur les besoins identifiés à l'échelle territoriale.

Renforcer les relations entre les conseils départementaux de l'ordre et les établissements pour mieux accompagner les réorientations par le dispositif de requalification.

Envisager un droit à reconversion, c'est à dire un statut des praticiens en formation initiale lors d'un changement de spécialité par l'acquisition d'un second diplôme d'études spécialisées (DES).

■ **Constituer au sein de chaque GHT et/ou au sein d'un territoire, une filière de médecine d'urgence, préfigurant les équipes médicales de territoires.**

■ **Formaliser la signature d'une convention cadre au niveau régional entre l'ARS et la FHF, relatives à la promotion d'un l'exercice médical territorial des urgentistes.**

**Formaliser et généraliser entre l'ARS et la FHF au niveau régional, et au sein des GHT et /ou interGHT, des conventions d'entraide et de solidarité entre établissements publics de santé en cas de sous-effectifs des équipes médicales du SAU- SMUR, permettant de favoriser les mises à disposition croisées en cas de difficultés à assurer la continuité des soins.**

■ **Valoriser l'engagement du médecin urgentiste dans la territorialité par un complément de rémunération .**

■ **Favoriser la mise en place d'un pool de remplacement au niveau territorial, à l'image de ce qui se fait parmi les établissements publics du Département de l'Oise, qui permet de proposer aux urgentistes des établissements un cadre d'exercice sécurisé et avantageux visant à les dissuader de faire des missions d'intérim hors région et d'encourager la constitution d'une équipe de territoire.**

**Favoriser la mise en place d'une plate-forme de remplacement véritable outil de mise en relation à l'échelle régionale ou territoriale.**

■ **Développer en lien avec l'ARS une stratégie régionale de l'interim, à l'image de ce qui se fait dans d'autres régions, développée autour de 3 outils :**

- Un observatoire des pratiques tarifaires des établissements
- Une charte des bonnes pratiques
- Un marché régional ou territorial de l'intérim



## Axe 5

### ADAPTER LE MODÈLE ÉCONOMIQUE

Particulièrement complexe, le financement des services d'urgences associe une part forfaitaire annuelle – le forfait annuel des urgences (FAU) – et la facturation d'actes et de forfaits, variables selon la prise en charge du patient.

Plusieurs évolutions apparaissent souhaitables. Il s'agit d'abord de réviser les référentiels qui servent à calculer le financement aux établissements, pour **répondre à la réalité des coûts**. Ensuite, la **simplification** du dispositif de facturation, peu efficient en situation d'urgence, permettrait d'alléger la gestion administrative par les établissements. Comme le relevait enfin le rapport Mesnier de mai 2018, « un report [de l'activité] sur la médecine de ville doit prendre en compte également le mode de financement des urgences, qui repose sur un coût moyen: si **moins de cas légers sont pris en charge aux urgences, alors les cas restants doivent être davantage financés** pour maintenir l'équilibre financier de l'hôpital ».

- **Réviser le référentiel de moyens valorisés utilisé pour déterminer l'enveloppe allouée à chaque service d'urgences.**  
Le référentiel actuel du FAU est basé sur l'année 2013. Il est nécessaire de l'actualiser à 2019 (prise en compte d'évolutions majeures comme le protocole « Parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR), l'évolution du point d'indice...) et d'acter le principe suivant lequel le référentiel sera revu régulièrement. Le **périmètre du référentiel** mériterait également d'être revu (prise en compte de surcoûts liés à la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)).
- **Pour les passages non suivis d'hospitalisation, réduire ou remplacer le financement à l'acte par une dotation qui recouvrerait l'enveloppe financière totale correspondant à la facturation des actes, consultations et forfaits Accueil et traitement des urgences (ATU) ainsi qu'au forfait FAU.** Le nouveau forfait serait sanctuarisé pour assurer la stabilité des services d'urgences, mais adossé à un référentiel dynamique prenant en compte la qualité et des indicateurs d'activité. En cas de maintien d'un inancement au passage, les tarifs des forfaits ATU et des actes et consultations externes sous-inancés (Rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) de 2012) doivent être revalorisés.
- **Pour les passages suivis d'une hospitalisation sans retour à domicile dans les 24 heures (hors unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)), maintenir le financement à l'activité par groupes homogènes de séjours (GHS) et créer une majoration tarifaire afin de tenir compte du surcoût organisationnel d'une hospitalisation non programmée.**
- **Expérimenter sous certaines conditions le forfait réorientation des urgences avec les établissements volontaires qui sont dotés d'une MMG.**  
La réorientation, avant l'accueil administratif, des patients qui ne relèvent pas du plateau technique des urgences, ne peut se faire que sous la responsabilité d'un médecin référent en lien avec l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO). La traçabilité doit être présente sans générer de passage et donc de facturation.

Par ailleurs, la FHF Hauts-de-France a pris bonne note des mesures de l'ARS en faveur des établissements, aujourd'hui ponctuelles, elles pourraient devenir indispensables chaque année :

- des financements exceptionnels de soutien au fonctionnement des urgences en période estivale (crédits d'accompagnement à la contractualisation non reconductibles),
- des aides complémentaires accordées aux établissements de santé de la région qui bien qu'en difficulté, ont mis en place un plan d'actions pour assurer la continuité de leur mission,
- des aides complémentaires accordées aux établissements de la région qui ont engagé des moyens humains pour venir en aide aux établissements en difficulté.

## **RAPPEL :**

Ce document contient un certain nombre de propositions, connues et reprises dans de nombreux autres rapports émanant d'autorités diverses et variées.

**En l'état actuel, toutes les propositions se heurtent à la pénurie de personnel et à une impasse financière, l'absence de réponse immédiate risquant de conforter et d'alimenter davantage le mécontentement des personnels sur :**

- La pénurie de médecins et de soignants et l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement,
- L'asymétrie trop flagrante des rémunérations et des contraintes entre les secteurs publics et privés,
- La régulation actuelle de l'Ondam qui n'impose de contraintes qu'aux acteurs publics du système de santé,
- La pression budgétaire de tous les établissements publics de la région, à 80% en déficit, majoritairement la conséquence structurelle des mesures budgétaires antérieures,
- La question parallèle de la réforme du financement du système et des modes de tarification : parcours de soins, forfait, pertinence, dotation populationnelle,...
- La place de l'hôpital de proximité dans la prise en charge des soins non programmés ambulatoires et hospitaliers,
- La place de l'hôpital public dans l'offre de soins territoriale et les valeurs du service public qu'il défend, que sont l'égalité devant les soins, la continuité de l'offre, quel que soit la situation sociale, l'âge, la race, la religion, et bien sûr, la pathologie des patients, et l'adaptabilité du service.





FHF Hauts-de-France  
2 avenue Oscar Lambret CS 70001 - 59037 LILLE Cedex  
03 20 44 57 24 - fhf.hdf@chru-lille.fr

[www.fhf-hdf.fr](http://www.fhf-hdf.fr)