

Forfait de réorientation des urgences : quels impacts pour les structures saturées et pour celles en sous-activité ?

Le forfait expérimental de réorientation des urgences initialement proposé dans le PLFSS pour 2019 modifie le financement de l'activité hospitalière pour stimuler la réorganisation graduée des soins de premier recours. L'évolution proposée est vivement critiquée alors que certains hôpitaux mènent déjà des expérimentations aux objectifs similaires. Ce forfait peut cependant avoir des impacts positifs à condition de l'adapter au territoire et d'intégrer quelques mesures opérationnelles simples.

Maxime CHERON

Consultant

Jean VARAINE

Consultant

Nathan GUILBAULT

Consultant

Pierre DAGEN

Associate Manager

GOVHE

Le forfait expérimental de réorientation hôpital-ville pour les urgences, initialement proposé dans le PLFSS pour 2019, est présenté comme une mesure de désengorgement des services d'urgence hospitaliers (23 millions de passages annuels, en croissance de 2 à 3 %). L'objectif est de compenser la propension à recourir aux Urgences pour des recours qui auraient pu être pris en charge par un généraliste le jour même ou le lendemain sans examen complémentaire, estimée à 28,4% des passages par une étude de 2014 de la DREES. **Toutefois, ce problème de saturation est loin d'être uniforme, et une telle mesure pourrait impacter très différemment chaque SAU :**

- Pour de nombreux établissements, notamment situés dans des zones à forte densité de population, la saturation est indéniable, mais concerne souvent tout autant la médecine de ville sur le territoire.
- Pour d'autres, soit près de 20% des établissements, l'activité des urgences est en réalité très irrégulière et le risque de fermeture faute d'activité est plus critique que celui de la saturation.

Les conséquences et les risques de la mesure sont à envisager à partir de ces deux prismes pour en tirer des mesures d'adaptation effectives.

L'amendement n°AS659 et le sous-amendement n°1621 introduisaient dans le PLFSS pour 2019 un forfait de réorientation et un forfait de consultation aux urgences à titre expérimental et pour une durée de 3 ans, expérimentation qui sera finalement reproposée en dehors du projet de loi selon des déclarations du Ministère.

Cette réorientation sera proposée uniquement après un examen protocolisé identifiant la possibilité de prise en charge en médecine de ville sans examen supplémentaire, le patient conservant le droit de refuser cette réorientation. Une fois le rendez-vous fixé en ville ou à l'hôpital avec un généraliste, une maison médicale de garde (MMG) ou en consultation spécialisée, la réorientation donnera lieu à la perception du forfait par l'hôpital pour un montant restant à fixer, jusqu'ici annoncé entre 20 et 60€. En cas de refus la structure percevra le forfait de consultation aux urgences à la place du forfait Accueil et Traitement aux Urgences (ATU).

LE FORFAIT DE RÉORIENTATION A POUR ENJEU LA RÉORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ AU PROFIT D'UNE MEILLEURE GRADATION

La proposition, portée par le député LREM (ex-PS) Olivier Véran, crée une dynamique incitative de réorganisation des soins jusqu'ici absente du paradigme de financement. Alors que le développement des structures de ville comme les maisons médicales de garde (MMG) et les centres de santé a été encouragé dans les textes, l'hôpital rémunéré à la T2A n'avait jusqu'ici aucun intérêt financier (ni moyen pratique) à coopérer avec ces structures.

En introduisant cette mesure la commission des affaires sociales visait deux objectifs : valoriser l'orientation des flux d'urgence vers une réponse dimensionnée aux besoins du patient, et contrebalancer la perte financière induite pour les SAU. Pour justifier ce modèle, Olivier Véran s'appuie sur l'exemple du CHI de Poissy/Saint-Germain-en-Laye, qui a instauré une MMG intramuros pour absorber l'afflux aux urgences pédiatriques avec le même objectif de gradation des soins. Alors que l'initiative permet une amélioration de la prise en charge et de la gradation des soins, l'absorption de 3000 des 23000 passages représente paradoxalement une perte de revenus de 400 000 € pour l'établissement, menaçant la SAU. Le forfait de réorientation est justement conçu comme un soutien à ces mesures de réorganisation du système de santé à l'initiative de l'hôpital. Il comble dans de tels cas l'écart entre la perte de revenu des Urgences et le revenu additionnel perçu pour la structure d'accueil, d'où la notion évoquée de « *jeu de réorganisation à somme nulle* ».

Dans la pratique les SAU seront incitées à continuer ou à développer leurs partenariats avec une structure alternative d'accueil (MMG, maison de santé, etc.) ou un réseau de praticiens (avec une attente ici envers les CPTS) disposant d'une capacité d'absorption lisible en temps réel pour l'infirmière ou le médecin chargé de la réorientation. Sur ce dernier point, pour être applicable et avantageux le dispositif doit inclure les partenariats et outils de planification permettant la prise de rendez-vous de réorientation en direct, sous peine de se heurter à un refus du patient et de ne toucher que le forfait de consultation aux urgences au lieu de l'ATU (pour la même prise en charge en plus de la tentative de réorientation).

LA MISE EN PLACE POUR LES SAU SATURÉES EST UNE OPPORTUNITÉ STRATÉGIQUE QUI DOIT COMPOSER AVEC DES RISQUES IMPORTANTS

Il est attendu que le dispositif encourage le **développement d'offres de gradation des soins dès lors qu'une capacité d'absorption en ville existe ou que l'hôpital peut la développer en son sein (MMG)**. Ce choix stratégique de l'hôpital lui permettra d'améliorer les conditions d'accueil et de travail aux urgences, en libérant du temps médical pour les urgences plus lourdes et en réduisant le temps d'attente du patient avant sa prise en charge. Pour exemple, ces conséquences sont d'ores et déjà observées au CH d'Annemasse, depuis sa collaboration avec des généralistes libéraux pour créer un réseau de réorientation vers les généralistes de garde en soirée.

Cette stratégie de réorientation comprend cependant dans la pratique des risques qui doivent être anticipés. **Risque financier**, d'abord : le forfait proposé, nettement moins important que l'ATU (20 à 60€ de réorientation contre 161,50 € perçus en moyenne par passage en 2014 selon la Cour des Comptes), correspond à un processus de tri et d'orientation qui mobilise des ressources non négligeables.

Risque logistique, ensuite : la réorientation doit en effet être efficace en temps de tri mais sûre (pour écarter tout risque sanitaire et juridique), et doit convaincre rapidement le patient, sous peine d'accentuer l'engorgement de l'accueil si la procédure mobilise significativement l'IAO. En cas de refus du patient, l'hôpital risque aussi une perte

financière liée à la tentative de réorientation échouée et à la prise en charge au tarif moindre du forfait de consultation aux urgences. Le dispositif, dont les modalités seront précisément protocolisées et qui ne sera applicable que sur des cas précis où tout risque de dégradation lors de la réorientation est écarté, devra de fait comprendre une gestion relationnelle pratique de l'incompréhension potentielle du patient, qui trouvera pourtant dans le dispositif un gain sur son temps de prise en charge. S'assurer que les options s'offrant au patient lorsque la réorientation lui est proposée soient parfaitement transparentes dans leurs modalités, c'est aussi limiter le risque de renoncement aux soins. La gestion de la prise de rendez-vous de réorientation en partenariat et à l'aide d'outils adéquats de lisibilité des disponibilités et d'échange entre l'IAO et les partenaires est donc primordiale pour ne pas transformer la réorientation en option déficitaire de dernier recours.

Il faut toutefois garder en tête que la mesure est pensée comme une **incitation à long-terme à la transformation du système de santé, en visant à transformer les comportements**. A terme un hôpital qui aura investi dans la mise en place d'une réorientation efficace devrait voir les occasions de réorientation se raréfier par la **transformation du comportement des patients**, devenus plus familiers des partenaires de redirection. Il lui faudra donc anticiper la raréfaction de ce revenu compensatoire, signe du succès du dispositif pour l'établissement puisqu'il aura désengorgé la SAU au profit de meilleures conditions de travail et de prise en charge (la réalité de ce transfert sera cependant à assurer en mettant en parallèle les indicateurs des SAU avec ceux de la médecine de ville ainsi favorisée).

C'est dans cette optique que l'hôpital surchargé faisant face à un besoin de réorientation a intérêt à **s'appuyer sur la communication et la lisibilité vers le patient**, en rendant visibles ses partenaires de réorientation en amont de la venue à l'hôpital. Cette communication devra être utilisée en intelligence au cours de la transition pour ne pas perdre trop tôt les revenus compensatoires de la réorientation et pour ne pas déstabiliser le recrutement via les urgences des patients pour les autres services de l'établissement.

LA MESURE NE RÉPOND PAS AUX PROBLÉMATIQUES DE RÉORGANISATION DES SOINS DES STRUCTURES EN SOUS-ACTIVITÉ

En milieu rural de nombreuses SAU font face à un manque d'activité qui menace leur maintien (avec 20% des SAU enregistrant moins de 15 000 passages en 2016), alors qu'elles assurent une mission essentielle de prise en charge des urgences graves et de permanence des soins.

L'accélération de la fermeture des structures de soins d'urgence en zone rurale devient un risque prééminent lorsque l'on considère la stratégie de long-terme de réorganisation du système de santé et la généralisation potentielle du dispositif de réorientation, pour le moment annoncé comme expérimental. Les nouvelles mesures de réorientation vers la ville sont non seulement susceptibles d'accélérer la baisse d'activité et la fermeture de ces structures, mais aussi de monopoliser le débat sur la désaturation des urgences. Il sera donc stratégique pour les structures menacées à moyen terme de fermeture de s'assurer activement de leur insertion dans les propositions de transformation du parcours de soins, pour **garantir le développement d'un dispositif innovant adapté à leur situation et qui réponde à leurs enjeux, plutôt que de rester un angle mort du projet de loi**.

La problématique des urgences rurales pour les tutelles réside dans le questionnement de la viabilité du déficit de petites structures comparé au besoin d'une réponse rapide aux urgences graves. Chaque fermeture doit s'assurer du maintien d'un maillage sanitaire permettant d'assurer la prise en charge à la fois des soins non programmés et celle des urgences graves (y compris en permanence de soins).

La prise en charge des passages qui ne relèvent pas de l'urgence mais davantage du soin non programmé passe par le développement de structures dédiées totalement ou partiellement à la prise en charge des soins non programmés (centre de SNP, MMG, CPTS, maisons de santé pluriprofessionnelles, médecins généralistes, etc.).

Ce maillage peut passer par une concentration des prises en charge graves par un hôpital central absorbant l'activité des SAU fermées pour une meilleure efficacité (maintien des compétences de haute qualité associé à des économies d'échelle et d'amortissement des coûts fixes), soutenue par un réseau de transport sanitaire hélicoptéré pour couvrir le territoire des SAU fermées et des efforts de réduction de temps de première prise en charge (Médecins Correspondants du Samu, etc.). Dans le futur, il est envisageable que ce ne soit pas le patient qui vienne en temps record au CH centralisateur des urgences graves, mais bien l'intervention spécialisée qui sera permise à distance (télémédecine en soutien des équipes hospitalières sur place ou des unités mobiles directement sur les lieux de l'intervention primaire, intervention assistée à distance par salle robotisée, ou stabilisation du patient sur place en parallèle du transport hélicoptéré de l'équipe experte pour les cas les plus graves comme c'est déjà le cas en Australie).

Mais la question des fermetures ne peut être occultée. Si on la considère comme nécessaire en raison d'un déficit devenant insoutenable pour l'hôpital et de problèmes de seuil, l'enjeu de la réorganisation d'une prise en charge graduée du patient se recentre alors sur le **développement d'alternatives de prise en charge des passages** qui ne relèvent pas de l'urgence grave mais davantage du soin non-programmé. Celle-ci devra s'accompagner d'une réflexion plus vaste sur l'évolution de l'offre sanitaire du territoire environnant, sous peine de soulever incompréhensions et oppositions locales.

Pour l'hôpital qui ferme sa SAU l'enjeu est lié à l'impact collatéral sur le reste de l'activité : la fermeture du SAU va-t-elle causer une baisse dommageable des autres activités liée à la perte de ce biais de recrutement ? Et si oui comment la prévenir ? **L'hôpital en zone rurale à faible activité risque d'être, sinon une victime, au moins un oublié de la réorganisation.** Il peut dans un tel cas avoir intérêt à transformer sa SAU en centre de soins non programmés, redimensionné pour répondre aux besoins médicaux du territoire, et conserver ainsi un vivier de recrutement efficace. Il est en tout cas des structures qui sont contraintes de se poser aujourd'hui la question d'une réorganisation radicale de leur activité et de leur rôle dans la prise en charge des urgences.

Dans cette perspective, les chantiers ouverts par le programme 'Ma Santé 2022', et en particulier ceux portant sur la labellisation des Hôpitaux de proximité et le déploiement des CPTS pourraient proposer des pistes pertinentes pour accompagner ces évolutions.