



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

HÔPITAL LARIBOISIÈRE AP-HP (Paris)

Exercices 2017 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre le 14 mars 2024

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	4
RECOMMANDATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
1 UN SERVICE DANS UN ENVIRONNEMENT DIFFICILE	10
1.1 Un hôpital dédié aux adultes	10
1.2 Un territoire marqué par l'importance de la patientèle précaire	11
1.2.1 Un territoire hétérogène	12
1.2.2 Certaines caractéristiques influencent fortement l'activité du service d'urgences de l'hôpital.....	12
2 L'UN DES PLUS IMPORTANTS SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES DE PARIS.....	14
2.1 Une organisation classique du service.....	14
2.1.1 L'organisation du service d'accueil des urgences.....	14
2.1.2 Des locaux récemment adaptés	15
2.2 Un engagement reconnu par les acteurs du territoire dans l'accueil et la prise en charge des patients	16
2.2.1 La progression du nombre des passages apparaît freinée	16
2.2.2 Une majorité des passages classée dans les plus bas degrés de gravité.....	19
2.2.3 Un recours atypique aux différents modes de transport.....	20
2.2.4 Un taux d'hospitalisation après passage inférieur aux moyennes nationales.....	20
2.2.5 Des durées de passage élevées	22
2.2.6 Des motifs de recours marqués par de fortes évolutions sur trois ans	23
2.2.7 Une patientèle jeune, mais le nombre de patients âgés progresse.....	24
3 UN FORT BESOIN DE MANAGEMENT PARTIELLEMENT SATISFAIT	24
3.1 Les ressources humaines : la clef du bon fonctionnement du SAU	25
3.1.1 Des efforts en faveur de l'attractivité du service pour les personnels paramédicaux	25
3.1.2 Un service plutôt attractif pour les jeunes médecins, mais qui peine à les fidéliser.....	27
3.1.3 Une faible mobilisation des leviers permettant de dégager du temps médical	28
3.2 La participation à une fédération hospitalo-universitaire ne garantit pas un ancrage des avancées de la recherche dans les pratiques	29
3.3 La gestion des événements indésirables en voie de consolidation.....	30

3.4 La gestion de la crise sanitaire (Covid-19) : une organisation inspirée de la médecine de catastrophe.....	31
3.4.1 Une capacité d'adaptation éprouvée	31
3.4.2 Les leçons tirées de la crise en partie suivies de mesures concrètes	32
4 DES EFFORTS POUR DIVERSIFIER L'OFFRE DE SOINS NON PROGRAMMES ALTERNATIVE AUX URGENCES	33
4.1 L'unité Médecine interne ville ambulatoire (MIVA) pour développer les interfaces ville-hôpital	34
4.2 Le centre médical d'appui : une réponse incomplète aux besoins de délestage du SAU	34
4.3 Les relations avec la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP).....	36
4.4 Les urgences accueillies directement dans les services de spécialité : une réalité mal mesurée.....	37
5 L'AVAL : LA DIFFICILE CONCILIATION DES MISSIONS DE PROXIMITE ET DE RECOURS	38
5.1 Le rôle déterminant des urgences dans les flux d'entrée.....	39
5.2 L'accueil des patients en aval du SAU : une responsabilité institutionnelle à renforcer.....	40
5.2.1 Les travaux pour évaluer et piloter le besoin journalier en lits encore insuffisamment pris en compte dans les organisations.....	40
5.2.2 Le contrat « zéro brancard » traduit une volonté d'engagement institutionnel.....	41
5.2.3 L'auto-évaluation de la gestion des lits reste à finaliser	41
5.3 Les organisations visant à fluidifier les parcours à l'épreuve des fermetures de lits : illustration par deux exemples	42
5.3.1 Médecine interne : une articulation renforcée avec le SAU pour fluidifier les parcours	42
5.3.2 L'orthopédie : la petite chirurgie non urgente sortie du circuit des urgences.....	43
5.4 La problématique ambulancière	43
6 LES REPONSES A LA PRÉCARITÉ.....	44
6.1 Un service social important ayant tissé des liens avec les acteurs du territoire	44
6.2 La permanence d'accès aux soins de santé	44
6.3 Des efforts importants dont l'adéquation aux besoins est difficile à mesurer	45
6.3.1 Le comité grande précarité.....	45
6.3.2 Le médiateur social aux urgences	45
7 UN DIALOGUE DE GESTION SANS CONTRACTUALISATION	46
7.1 Les enjeux.....	46
7.1.1 Une réforme du financement aux effets encore non mesurés	46
7.1.2 Des marges de manœuvre limitées au niveau de l'hôpital	48

7.2 Le passage par les urgences, facteur de séjours plus longs donc plus coûteux.....	49
7.3 La facturation : un processus à améliorer dans le cadre plus large de l'accueil des patients du SAU.....	50
ANNEXES.....	53
Annexe n° 1. L'AP-HP et ses six groupes hospitalo-universitaires.....	54
Annexe n° 2. Zone d'attractivité de l'hôpital Saint-Louis- Lariboisière.....	55
Annexe n° 3. Caractéristiques de la population du territoire	56
Annexe n° 4. Arrivées avec les pompiers	60
Annexe n° 5. Information du grand public sur les délais d'attente aux urgences.....	61
Annexe n° 6. Motifs de recours aux urgences	62
Annexe n° 7. Résultats de la certification 2014	63
Annexe n° 8. Périmètre du pôle urgences 2015-2019	63
Annexe n° 9. Glossaire des sigles	64

SYNTHÈSE

L'un des plus importants services d'accueil des urgences de Paris, dans un environnement marqué par la précarité

Le groupement hospitalier associant les hôpitaux Lariboisière et Fernand Widal comprend un total de 636 lits et places dont 462 en MCO¹. Il emploie 540 personnels médicaux et 2 790 personnels non médicaux². C'est un établissement de l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) rattaché au groupement hospitalo-universitaire (GHU) Paris Nord composé de 7 hôpitaux et d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Réparti sur plusieurs arrondissements et départements, il porte les deux plus grands projets immobiliers de l'AP-HP pour les prochaines années : le nouveau Lariboisière³ qui doit être finalisé en 2026, et le campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen Grand Paris-Nord.

Le service d'accueil des urgences (SAU) de Lariboisière est l'un des plus importants services d'urgence en France. Intervenant dans un contexte difficile, sa contribution au service public est reconnue par les partenaires du territoire.

Les arrondissements dans lesquels l'hôpital Lariboisière, et singulièrement ses urgences, recrutent, sont en effet caractérisés par une forte précarité. Une proportion importante des patients est dépourvue de médecin traitant. Le SAU voit converger vers lui des populations en besoin de soins, mais aussi d'accompagnement social.

Un nombre élevé de passages dont la baisse récente n'a pas permis d'améliorer la durée

Le SAU absorbe un nombre de passages élevé mais néanmoins en recul au cours des dernières années sous l'effet conjugué de différents facteurs dont le poids respectif n'a pas été isolé précisément (transfert des urgences céphalées et de la grande garde oto-rhino-laryngologie hors du SAU, développement de l'offre de soins non programmés alternative au SAU). Malgré cette baisse, la durée des passages demeure élevée, ce que les acteurs attribuent à la lourdeur croissante des patients reçus. Toutefois, en 2023 les passages relèvent toujours aux deux tiers des catégories les moins lourdes (CCMU 1 et 2, à savoir sans urgence significative). Le nombre et l'augmentation des urgences psychiatriques reçues au SAU contribuent également à allonger la durée de passage en raison des difficultés à trouver des solutions d'aval, Lariboisière ne disposant pas de capacités d'hospitalisation pour accueillir ces patients.

¹ MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique.

² Source des données : AP-HP au 31/12/2023 ; selon la statistique annuelle des établissements (SAE), cet ensemble comprend 454 lits de court séjour, 24 de psychiatrie, 85 de soins de suite et 50 de soins de longue durée. L'ordonnateur n'a pas été en mesure de fournir des données à la maille de chacun des sites.

³ Lien vers la présentation du chantier et des étapes jusqu'en 2026 : <https://cdn.paris.fr/paris/2022/10/03/9aa2040798829b40b6dea897d173a144.pdf>.

Des mesures pour maîtriser les flux en amont et en aval du SAU fragilisés par le nombre limité de lits disponibles

Des efforts ont été faits par l'AP-HP pour renforcer le service, améliorer ses conditions de fonctionnement (rénovation et extension des locaux), organiser les flux en amont et en aval.

S'agissant de l'amont, l'offre de soins non programmés se développe. L'hôpital accueille dans ses locaux le centre médical d'appui (CMA). Cette structure accueille les personnes se présentant au SAU dont l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) estime qu'elles peuvent relever d'une consultation de médecine générale rapide et *in situ*. Le SAU Lariboisière n'est pas articulé avec un service d'accès aux soins (SAS), dispositif dont la généralisation est pourtant prévue par les articles L. 6311-2 et L. 6311-3 du code de la santé publique (CSP)⁴. Les urgences accueillies directement dans les services de spécialités sont mal connues et mériteraient d'être mieux identifiées, ne serait-ce que pour objectiver les débats sur le manque de solidarité (perçu par certains urgentistes) des services d'aval.

La gestion des lits d'aval illustre la tension entre les deux missions de l'hôpital, la proximité d'une part, l'expertise et le recours d'autre part. Les responsables des services d'hospitalisation et la direction privilégient une réponse institutionnelle reposant sur une charte précisant le rôle des uns et des autres et l'examen des situations au cas par cas. Cette charte a d'ailleurs été signée par le chef de service des urgences, les directeurs médicaux de crise⁵ et la direction de l'hôpital. Elle a été validée en bureau exécutif et réunion des chefs de service, instances dans lesquelles le SAU est représenté. Les tensions entre le SAU et les services d'aval étant exacerbées en raison des fermetures de lits imposées par le manque de personnels, le risque, en l'absence de procédures assurant une plus grande solidarité entre services serait celui de la déconnection entre le SAU et le reste de l'établissement.

Par ailleurs, si une relative solidarité existe au niveau du site, celle-ci est perçue⁶ par les acteurs des urgences comme plus limitée entre sites malgré l'intégration du SAU au sein d'un département médical et universitaire (DMU) et d'un groupement hospitalier et universitaire. La gestion des lits ne va pas jusqu'à la contractualisation de capacités réservées aux urgences ; il n'existe d'ailleurs pas, à ce jour, de contrat de DMU⁷, équivalent des contrats de pôle dont le CSP fait une obligation⁸. Lors de l'emménagement dans le nouveau Lariboisière, le nombre de lits d'aval devrait, selon la direction de l'AP-HP, augmenter par rapport au dimensionnement initialement prévu, et passer à 549 lits et places (489 dans le nouveau bâtiment et 60 hors de celui-ci), soit moins que le capacitaire théorique actuel (581 lits de MCO), mais davantage que capacités effectivement ouvertes (462 lits de MCO

⁴ L'agence régionale de santé (ARS) indique par ailleurs que le SAS est généralisé sur le territoire de l'Île-de-France : [Dans les coulisses du Service d'Accès aux Soins | Agence régionale de santé Ile-de-France \(sante.fr\)](#)

⁵ Les directeurs médicaux de crise ont été désignés pour assurer le pilotage opérationnel de la réponse médicale en situation de crise, en lien avec le directeur d'établissement et le président de CME.

⁶ Il n'existe pas d'indicateur permettant d'objectiver ce ressenti (patients hospitalisés dans un service d'une autre spécialité que celle dont ils relèvent, temps passé en recherche de lit etc.)

⁷ Il a été indiqué qu'un processus de délégation de gestion avec contrat est lancé en expérimentation sur quatre DMU, et que le DMU Invictus devrait entrer dans ce schéma en 2024. La situation s'expliquerait historiquement par l'impossibilité de travailler ce sujet pendant la crise du Covid puis par la perspective de renouvellement des responsables de chaque DMU qui a conduit à retarder cet exercice jusqu'en 2022.

⁸ L. 6146-1 du CSP.

au 2 février 2023⁹). Les capacités d'accueil (ratio d'admissions depuis le SAU par lit) demeureraient ainsi comparables aux données des autres établissements publics telles qu'elles ressortent des statistiques nationales¹⁰. Or le profil précaire d'une part significative de la patientèle rend difficile le retour rapide à domicile, impliquant un fort besoin en lits à défaut de solution d'aval adaptée.

Des exigences managériales fortes pour un service de grande ampleur confronté à de nombreux défis

La taille du service et les défis auxquels il est confronté impliquent une dimension managériale forte. Celle-ci est nécessaire pour fidéliser et mobiliser les équipes. Cette exigence pose la question des marges de manœuvre locales pour un service intégré dans des ensembles très larges : les leviers dont disposent les acteurs du site sont limités en raison de la centralisation des processus de gestion au niveau du GHU ou du siège.

Situé dans un environnement difficile (insécurité ayant par exemple conduit à installer un portail détecteur de métaux à l'entrée du SAU et une vidéo-surveillance de la salle d'attente)¹¹, l'hôpital Lariboisière et *a fortiori* le service des urgences, est confronté aux problèmes d'attractivité que connaissent les hôpitaux franciliens. Il réussit néanmoins à attirer des professionnels grâce à un panel d'avantages (les gares du Nord et de l'Est permettent de recruter y compris hors d'Île-de-France) et de mesures visant à répondre aux attentes des soignants (service en 12 heures, service diversifié avec partage du temps entre SAU et structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) par exemple).

La recherche de réponses à la précarité

L'hôpital Lariboisière tente, en développant des partenariats avec les acteurs sociaux (SAMU¹² social, Croix-Rouge Française, association « Aux captifs, la libération » notamment) d'apporter des réponses aux besoins d'une patientèle marquée par la précarité. Les dispositifs sont, à dire d'experts, plutôt pertinents et mériteraient d'être confortés pour garantir une meilleure continuité du service¹³ (notamment avec un renforcement du médiateur social des urgences qui n'est aujourd'hui présent que certaines nuits).

⁹ Le différentiel entre capacités théoriques et lits opérationnels s'explique par les fermetures de lits rendues nécessaires principalement par le manque de personnels.

¹⁰ Selon la SAE 2022, le ratio des hospitalisations depuis les SAU par lot de MCO serait de 21.26 dans les établissements publics de santé en général et 21,86 pour le groupement Lariboisière-Fernand Widal.

¹¹ Sur huit comités de retour d'expérience (CREX) tenus en 2023 suite à des événements indésirables, un concerne une agression à l'intérieur du SAU par un patient. L'AP-HP n'a pas évoqué de déclaration dans l'observatoire national des violences en milieu de santé.

¹² SAMU : Service d'aide médicale urgente.

¹³ L'AP-HP a indiqué rencontrer des difficultés à pourvoir les postes créés dans l'objectif de renforcer la couverture horaire.

Une relative opacité sur le plan financier

En l'état du dispositif de délégation de gestion et de suivi des pôles, il n'est pas possible de mesurer l'équilibre financier de ce service. Les comptes de résultat analytiques (CREA) ne sont pas produits à la maille du service ni du DMU¹⁴. Les dernières données de comptabilité analytique transmises concernent 2019. Il apparaît en revanche que les patients entrés par les urgences restent hospitalisés plus longtemps, ce qui valide les hypothèses selon lesquelles ces patients présentent des caractéristiques médicales et/ou sociales qui contribuent à augmenter leur coût de prise en charge.

L'efficacité du processus de facturation est un facteur important de la santé financière d'un hôpital. Le site de Lariboisière présente sur ce point des indicateurs dégradés comparativement à d'autres établissements de l'AP-HP. Des réflexions sont d'ailleurs engagées afin d'améliorer le recueil des données lors des passages au SAU. Il convient de les mener à terme et d'en mesurer l'efficacité.

L'exercice de certification en cours : une opportunité pour approfondir les efforts visant la qualité de prise en charge

La Haute autorité de santé avait estimé en 2017 que la prise en charge des soins non programmés et des urgences du site Lariboisière était globalement de bonne qualité mais avait identifié des risques qui restent pour l'essentiel d'actualité (gestion de l'aval, des transferts, des actes de violence à l'encontre du personnel). Un nouvel exercice de certification est en cours dont les résultats ne sont pas connus. Si la déclaration et le traitement des événements indésirables semblent encore à renforcer, l'intégration dans un réseau de recherche est un facteur favorable à la prise en compte d'innovations de nature à renforcer la qualité du service rendu.

¹⁴ Il n'existe pas à ce stade de CREA de DMU au sein du GHU Nord. Ceux-ci sont en construction depuis maintenant deux années, l'objectif est de les faire paraître en 2024 pour la première fois. Un travail de fiabilisation et répartition des recettes (dotations notamment) a été nécessaire, dans un contexte mouvant depuis trois ans (Ségur, Covid, garantie de financement etc.).

RECOMMANDATIONS

La chambre adresse les recommandations reprises dans la présente section.

Une recommandation de régularité :

Recommandation régularité n°1 : Signer des contrats de département médico-universitaire intégrant des dispositions relatives à l'accueil de patients en provenance des urgences conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique. -non mise en œuvre- 41

Les recommandations de performances :

Recommandation performance n°1 : Développer des outils permettant d'évaluer l'impact des actions mises en œuvre sur les durées de passage afin de cibler les actions ayant fait leurs preuves - non mise en œuvre. 23

Recommandation performance n°2 : Accélérer le déploiement des dispositifs permettant d'optimiser le temps médical (infirmière en pratique avancée, protocoles de coopération). -partiellement mise en œuvre- 29

Recommandation performance n°3 : Faire évoluer le centre médical d'appui pour mieux répondre aux besoins de délestage du service d'accueil des urgences notamment en termes d'horaires d'ouverture. 36

Recommandation performance n°4 : Assurer le suivi d'indicateurs pour mieux appréhender la prise en charge des urgences hors du service d'accueil des urgences. -non mise en œuvre- 38

Recommandation performance n°5 : Élaborer des comptes rendus analytiques à la maille du département médico-universitaire, détaillant les données de chacun des services et départements le constituant et permettant notamment de dresser un bilan coûts/recettes du service d'accueil des urgences. 48

INTRODUCTION

La chambre régionale des comptes Île-de-France a procédé au contrôle des comptes et de la gestion de l'hôpital Lariboisière établissement de l'assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP).

S'agissant d'un établissement public de santé, la chambre est compétente pour contrôler ses comptes et sa gestion, en vertu de l'arrêté de délégation du 12 décembre 2022, pris sur le fondement de l'article L. 211-5 du code des juridictions financières.

L'ouverture du contrôle a été notifiée à Monsieur Nicolas Revel, ordonnateur en fonctions, ainsi qu'à son prédécesseur Monsieur Martin Hirsch respectivement le 27 et le 21 septembre 2023. Madame Anne Hidalgo, en sa qualité de présidente du conseil de surveillance, l'agence régionale de santé (ARS) ainsi que la direction spécialisée des finances publiques pour l'AP-HP en ont également été informées.

L'entretien préalable à la fin de contrôle prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières s'est déroulé le 29 novembre 2023, en présence de Madame Catherine Paugam Burtz directrice adjointe de l'établissement, mandatée par l'ordonnateur pour le représenter et de représentants de la direction de l'AP-HP et de l'hôpital Lariboisière.

Le rapport d'observations provisoires a été adressé le 16 janvier 2024 dans son ensemble à l'ordonnateur, à l'ancien ordonnateur et à l'ARS ; des extraits ont été transmis à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et au centre médical d'appui (CMA).

Les réponses de l'ordonnateur et de la BSPP sont parvenues au greffe respectivement les 16 février et 15 février 2024. La réponse de l'ARS est arrivée le 1^{er} mars 2024.

Ce rapport aborde plus particulièrement la thématique des urgences dans le cadre d'une enquête commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes, relative aux urgences.

Après avoir analysé les réponses reçues et procédé aux ajustements nécessaires¹⁵, la chambre, ayant délibéré en sa septième section le 14 mars 2024, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

¹⁵ Une actualisation sur la base du premier rapport *infra*-annuel 2023 a été réalisée sur certains items. Ces données étant provisoires (réalisé à fin novembre 2023, prévisionnel pour décembre 2023), elles ne sont pas systématiquement prises en compte dans le calcul des évolutions.

1 UN SERVICE DANS UN ENVIRONNEMENT DIFFICILE

Le service des urgences de l'hôpital Lariboisière est l'un des dix-sept services d'urgences de l'AP-HP. Il est rattaché au département médico-universitaire « Invictus » qui regroupe les services d'urgences ainsi que certains services de médecine (accueillant une part importante de patients en provenance des urgences) du groupe hospitalo-universitaire « AP-HP nord université Paris cité » (annexe n° 1). Il est situé sur un territoire marqué par des indicateurs sociaux et sanitaires dégradés. Le SAU a vocation à intégrer de nouveaux locaux dans le cadre du projet de « Nouveau Lariboisière » qui est l'un des grands projets immobiliers de l'AP-HP. Les travaux, qui sont organisés par phases, doivent s'achever en 2026.

1.1 Un hôpital dédié aux adultes

Le groupement hospitalier universitaire (CHU) Lariboisière-Fernand Widal (636 lits et places dont 462 en MCO) est un hôpital généraliste dédié aux adultes. Il comprend la plupart des grandes spécialités à l'exception de la chirurgie cardio-vasculaire. Il est centré sur l'urgence (grande garde adulte d'oto-rhino-laryngologie - ORL)¹⁶, grande garde de neurochirurgie, centre des urgences céphalées, maternité de niveau 2¹⁷, cardiologie et neuroradiologie interventionnelles, chirurgie orthopédique et traumatologique, réanimation médicale et toxicologique, soins continus, réanimation chirurgicale, un département de médecine interne centré à 70 % sur l'aval des urgences avec un référent dédié, unité de gériatrie aigüe). L'hôpital Lariboisière reste le deuxième plus important service d'accueil des urgences parisien, après Bichat, malgré la baisse du nombre de ses passages observée depuis 2016 (bilan à mi étape du projet d'établissement).

¹⁶ Pour des urgences très spécialisées comme l'ORL, un service/site au sein de l'AP-HP assure la permanence des soins.

¹⁷ Les maternités de niveau 2 possèdent un service de néonatalogie ou de soins intensifs néonataux.

Tableau n° 1 : Répartition des passages dans les hôpitaux de l'AP-HP

	Périmètre d'activité des urgences générales adultes		% évolution
	31/12/2016	2022	
Lariboisière Fernand Widal	81 856	74 437	- 9
Bichat	82 491	83 319	1
Pitié Salpêtrière	66 027	65 286	- 1
Saint Antoine	63 740	63 341	- 1
Bicêtre	56 327	59 225	5
HEGP	54 434	52 121	- 4
Cochin	53 666	56 669	6
Albert Chenevier- Mondor	51 879	60 241	16
Tenon	43 675	47 952	10
Avicenne	40 243	45 413	13
Saint Louis	39 054	36 697	- 6
Ambroise Paré	37 782	41 947	11
Antoine Bécclère	34 275	33 924	- 1
Louis Mourier	32 230	38 356	19
Beaujon	30 860	34 974	13
Jean Verdier	30 361	30 344	0
Hôtel Dieu	25 981	21 695	- 16
Total	824 881	847 963	3

Source : tableau chambre régionale des comptes d'Île-de-France (CRC IDF) - données AP-HP

1.2 Un territoire marqué par l'importance de la patientèle précaire

Parmi les travaux sur les déterminants du passage aux urgences¹⁸, il a été démontré, que le recours aux urgences varie significativement en fonction de la situation socio-économique et de l'état de santé de la population : en tenant compte de ces facteurs, le taux de recours aux urgences est significativement plus faible dans les territoires où l'accessibilité aux soins primaires est facilitée par la disponibilité des professionnels de santé, la permanence des soins et le déplacement des médecins généralistes au domicile des patients. La proximité et la capacité d'accueil des services d'urgence constituent également des facteurs majeurs déterminant l'utilisation des urgences. Ces constats invitent à prendre en compte les caractéristiques du territoire desservi par les urgences de l'hôpital Lariboisière. Les dixième, dix-huitième et dix-neuvième arrondissement sont ceux au sein desquels l'hôpital attire une grande part de sa patientèle et qui seront donc plus particulièrement pris en compte (annexe n° 2).

¹⁸ Par exemple « analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivis d'une hospitalisation » - IRDES-septembre 2017 ; Inanspruchnahme der Notfallversorgung im Nordwesten Deutschlands-Notfall+Rettungsmedizin - 11 Août 2022. Cela a été plus particulièrement démontré chez une population de personnes âgées de soixante-cinq ans et plus (les passages aux urgences étant souvent délétères pour les personnes âgées, qui ont par ailleurs un plus grand besoin de soins) et se vérifie sur les autres catégories de population.

1.2.1 Un territoire hétérogène

Les 3 arrondissements précités comptent près de 338 000 habitants. La structure par âge de la population est caractéristique de la situation parisienne (sur-représentation des jeunes adultes et des personnes âgées, sous-représentation des moins de 20 ans et des 40-59 ans).

Le territoire est marqué par des situations sociales hétérogènes (cf. annexe n° 3). Les ménages les plus pauvres, mais aussi les plus riches, sont sur-représentés ; les catégories intermédiaires sont sous-représentées. Le 19^{ème} arrondissement est le plus peuplé, et le plus défavorisé socialement : l'indice de développement humain 2 qui combine les dimensions sanitaire, d'éducation et de revenus, confirme un marquage social plus défavorable dans cet arrondissement.

Les espérances de vie à la naissance sont légèrement inférieures aux niveaux régionaux ; les indices de mortalité générale et prématurée sont supérieurs aux moyennes régionales. Les indicateurs de santé des enfants et adolescents de moins de quatorze ans sont plutôt défavorables. Les nouvelles admissions en affections de longue durée (ALD) toutes causes confondues, pour affections psychiatriques et pour insuffisance respiratoire chronique grave sont significativement supérieures aux moyennes régionales. Les autres tranches d'âge se démarquent moins nettement, mais certains indicateurs sont significativement défavorables :

- chez les 65 ans et plus, les nouvelles admissions en ALD pour maladie cardio-vasculaire et diabète sont supérieures à celles observées en Île-de-France ;
- la situation du VIH/Sida sur le territoire est particulièrement défavorable.

L'offre de soins du territoire est l'un des déterminants de l'accès aux urgences. Or le vieillissement des professionnels pourrait renforcer la sous-densité dans les années à venir (la part des omnipraticiens de plus de 60 ans est respectivement de 54,39 % dans le 10^{ème}, 40,68 % dans le 18^{ème} et 38,10 % dans le 19^{ème} arrondissement).

Tableau n° 2 : L'offre de soins dans la zone d'attractivité

	Arrondissement		France entière	Région Île-de-France
Densité d'omnipraticiens libéraux en 2022 pour 10 000 habitants	Dixième	6,83	8,38	6,63
	Dix-huitième	6,17		
	Dix-neuvième	9,17		

Source : Observatoire régional de santé Île-de-France

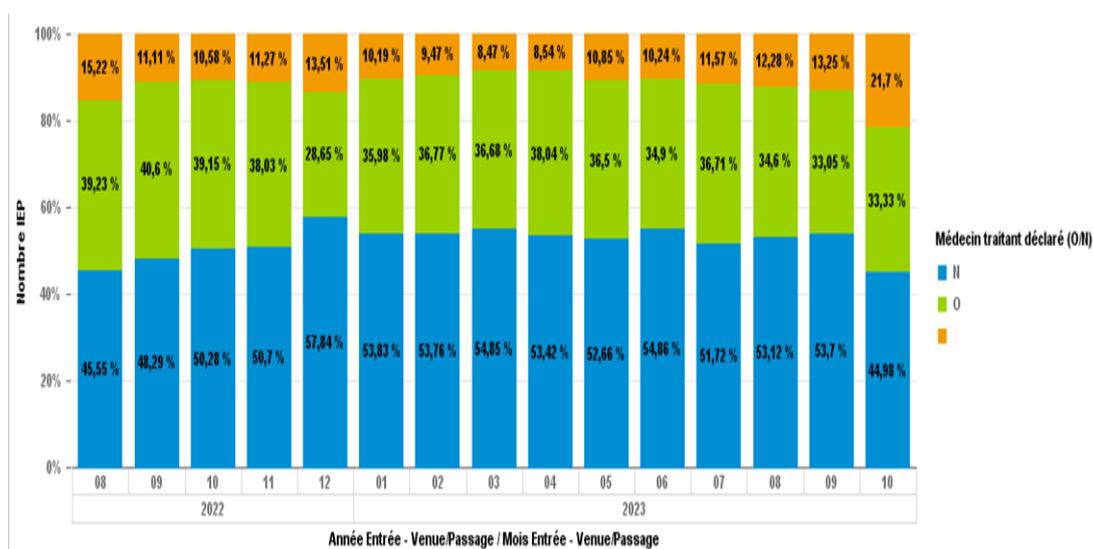
1.2.2 Certaines caractéristiques influencent fortement l'activité du service d'urgences de l'hôpital

De nombreuses personnes précaires en détresse, avec ou sans pathologie convergent vers le SAU de Lariboisière, ce qui implique des réponses aussi bien sociales que sanitaires.

Le quartier de la gare du Nord a vu se développer la consommation de drogue à partir de 2006-2007 dont les utilisateurs présentent des profils caractéristiques : polyconsommateurs, précaires¹⁹. Une salle de consommation à moindre risque²⁰ est adossée à l'hôpital depuis octobre 2016, gérée par l'association Gaia dans des locaux mis à disposition par l'hôpital. Le service des urgences reçoit peu de personnes adressées directement par la salle qui assure aussi un accompagnement médical. La présence de ce lieu attire toutefois autour de l'hôpital un public spécifique susceptible de solliciter les urgences.

Les données enregistrées par l'hôpital indiquent que la moitié seulement des patients se présentant aux urgences ont effectivement un médecin traitant. Il est probable que les chiffres soient en partie sous-estimés (les personnes n'étant pas toujours en état de donner cette information). Les personnes sans médecin traitant tendent de manière croissante à recourir aux urgences. La caisse nationale d'assurance maladie estime, au niveau national, à 11 % la part des personnes de plus de 17 ans sans médecin traitant²¹.

Graphique n° 1 : Part des dossiers urgences avec déclaration du médecin traitant



Source : AP-HP Lariboisière

Une étude publiée en septembre 2021²² a mis en évidence des corrélations entre les caractéristiques socio-démographiques et économiques d'un territoire et le nombre de passages aux urgences. Les passages récurrents sont ainsi plus nombreux dans les territoires socialement défavorisés. Sur la carte ci-dessous, sont identifiés en bleu les territoires/arrondissements dans la moyenne, en gris clair ceux où la proportion d'utilisateurs fréquents est plus faible et en gris foncé, ceux où elle est plus importante. Le dix-neuvième est l'un des deux arrondissements parisiens où les utilisateurs récurrents sont plus représentés que la moyenne.

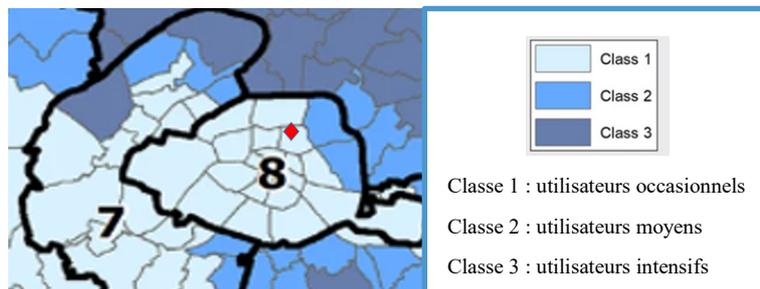
¹⁹ 33 % de sans domicile fixe et 31,5 % de personnes en hébergement provisoire ; source : colloque ATHIS Biarritz-17 et 20 octobre 2017.

²⁰ Cette salle s'inscrit dans le cadre expérimental ouvert par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Elle offre la possibilité de consommer des produits stupéfiants dans de meilleures conditions d'hygiène et de sécurité aux personnes en situation de précarité.

²¹ Caisse nationale d'assurance maladie, améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2023, juillet 2022.

²² The analysis of the geographical distribution of emergency departments' frequent users : a tool to prioritize public health policies ? septembre 2021. [Romain Hellmann](#), [Anne-Laure Feral-Pierresens](#), [Alain Michault](#), [Enrique Casalino](#), [Agnès Ricard-Hibon](#), [Frederic Adnet](#), [Dominique Brun-Ney](#), [Donia Bouzid](#), [Axelle Menu](#) & [Mathias Wargon](#).

Carte n° 1 : Analyse de la distribution géographique des utilisateurs récurrents des services d'urgence (Lariboisière en losange rouge)



Source : *Analyse de la distribution géographique des patients récurrents des services d'urgence : un outil pour les politiques publiques de santé ?*²³

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les arrondissements dans lesquels l'hôpital Lariboisière, et singulièrement les urgences, recrute sa patientèle sont caractérisés par la prégnance de la précarité. De plus, un pourcentage important des patients est dépourvu de médecin traitant. Le SAU voit converger vers lui des populations en besoin de soins, mais aussi de réponses sociales.

2 L'UN DES PLUS IMPORTANTS SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES DE PARIS

2.1 Une organisation classique du service

2.1.1 L'organisation du service d'accueil des urgences

L'organisation du service des urgences a fait l'objet d'une analyse détaillée par une mission conjointe AP-HP/ARS dont les conclusions sont accessibles au grand public (cf. 2.1.2 ci-dessous) : elle n'est donc pas présentée ici de manière détaillée. Le service a classiquement, organisé ses circuits : le tri est opéré selon la méthode dite de Manchester créée en 1996, qui fait partie des échelles considérées comme validées²⁴. Les patients sont classés selon cinq catégories :

²³ Analyse de la distribution géographique des utilisateurs intensifs des services d'urgence : un outil au service des politiques de santé publique ? (The analysis of the geographical distribution of emergency departments' frequent users : a tool to prioritize public health policies ? septembre 2021.)

²⁴ Dans ses recommandations publiées en 2013, la société française de médecine d'urgence (SFMU) évalue l'intérêt relatif de cette échelle par rapport aux autres disponibles et conclut qu'il est « difficile de désigner un outil supérieur aux autres » (« le triage en structure des urgences- recommandations formalisées d'experts » SFMU 2013).

Tableau n° 3 : La classification des patients selon la méthode de Manchester

	Description	Délais de prise en charge cible
<i>Réanimation immédiate</i>	Le patient nécessite des soins immédiats pour sa survie	Pas de délai avant les soins
<i>Très urgent</i>	Le patient a des maladies ou blessures sérieuses qui ne le mettent pas en danger immédiat	Délai maximal avant les soins : 10 minutes
<i>Urgent</i>	Le patient a des problèmes sérieux mais son état est stable	Délai maximal : 1 heure
<i>Standard</i>	L'état de santé n'est pas en danger immédiat	Délai maximal : 2 heures
<i>Non urgent</i>	Le patient ne relève pas des services d'urgence	Délai maximal : 4 heures

Source : société française de médecine d'urgence (SFMU) « le triage en structure des urgences (recommandations formalisées d'experts- 2013) »

En fonction de son état, le patient est orienté vers l'une des zones du SAU, le circuit court, le circuit long (plutôt les patients âgés en attente d'hospitalisation ou de sortie), la salle d'accueil des urgences vitales (six boxes de déchochage), l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou la psychiatrie.

En fin d'année 2022, l'AP-HP a lancé le projet URGE en lien avec l'institut national de recherche en sciences et technologie du numérique dont l'objectif est d'optimiser la prise en charge des patients au sein des structures d'urgences. L'équipe se donne quatre ans pour modéliser des solutions de tri et proposer des outils d'amélioration de la prise en charge des patients aux urgences.

2.1.2 Des locaux récemment adaptés

La mission d'enquête conjointe AP-HP/ARS intervenue à la suite du décès d'une patiente au sein du service notait, en janvier 2019, « un problème global d'insuffisance de surface du SAU de Lariboisière et du nombre de boxes d'examen (18 boxes, salle d'accueil des urgences vitales comprise) », et soulignait la nécessité d'une évolution des circuits : l'éloignement de l'UHCD contribuerait à sa durée moyenne de séjour (DMS) (1,8 jour) qui s'établit au-dessus de la moyenne de l'AP-HP²⁵ et retentit sur la fluidité du SAU (d'autres acteurs évoquent le profil de la patientèle qu'il est parfois impossible de renvoyer à domicile après des soins²⁶).

À la suite de ces observations, les surfaces dédiées au SAU ont été augmentées de 192 m² en 2020, ce qui a impliqué la relocalisation des urgences céphalées et de la grande garde ORL qui avaient lieu jusqu'alors dans les locaux du SAU. Parallèlement, entre 2018 et 2022, ont été conduites les opérations suivantes :

- sécurisation des locaux face aux risques d'agression extérieure (notamment avec l'installation d'un détecteur de métaux à l'entrée du SAU et la fermeture de la porte du sas ambulance) ;
- amélioration et sécurisation de l'attente : élargissement de l'attente des patients en brancards arrivés par la BSPP, mise en place d'une visualisation de la salle d'attente du circuit court depuis l'un des boxes d'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) ;

²⁵ L'éloignement de l'UHCD ne permet pas d'hospitaliser la nuit des patients instables car l'intervention du médecin de garde serait longue. Ils restent donc au SAU ; le profil de l'UHCD est donc différent de ce qu'il pourrait être dans un fonctionnement plus usuel.

²⁶ L'exemple d'un sans domicile fixe resté plusieurs semaines en UHCD a notamment été évoqué.

- amélioration des circuits et création de boxes permettant une prise en charge plus rapide des patients (création d'un accès brancard pour chacun des trois boxes IAO, création de boxes « ultra-court » permettant une prise en charge très rapide des patients relevant d'une consultation de médecine générale, etc.) ;
- amélioration de l'ergonomie des locaux et des conditions de travail avec création d'une salle de détente pour le personnel.

Ces travaux ont représenté un coût de 1,495 M€²⁷, mais certaines évolutions devront attendre l'installation dans le nouveau Lariboisière, qui ambitionne, à échéance de 2026/2027, de transformer l'accès aux soins hospitaliers dans le nord parisien, et qui est un projet dont le coût est aujourd'hui estimé à plus de 400 M€. Le SAU devrait alors bénéficier d'un redimensionnement mais aussi faire face à davantage de passages (le départ des urgences des hôpitaux Nord vers Saint-Ouen devrait reporter de l'ordre de 10 000 passages sur le site de Lariboisière, soit plus de 13 % de son flux actuel).

Le projet de pôle, qui n'a pas été remplacé par un projet validé de département médical et universitaire (DMU)²⁸, prévoyait une réflexion sur la structuration et la réorganisation des SAU de Saint-Louis et Lariboisière en vue de créer une synergie entre les deux sites et les équipes. Le projet actuel ne prévoit pas d'accueil prioritaire à Lariboisière contrairement à ce qui avait initialement été envisagé, chacun des sites ayant vocation à prendre en charge les urgences générales sans niveau de priorité (la différence étant que Saint Louis n'accueille pas la BSPP la nuit).

- les urgences spécialisées relevant des thématiques propres à Saint-Louis seraient accueillies prioritairement à Saint-Louis (hématologie, oncologie, dermatologie, brûlés, urologie, etc.) ;
- les urgences spécialisées relevant de thématiques propres à Lariboisière seraient accueillies prioritairement à Lariboisière (orthopédie, ORL, cardiologie, neurologie, gynécologie obstétrique, chirurgie digestive, endoscopie, ophtalmologie, etc.).

Il reste que le projet du DMU n'est pas acté, des évolutions du dispositif sont encore susceptibles d'intervenir avant l'ouverture.

2.2 Un engagement reconnu par les acteurs du territoire dans l'accueil et la prise en charge des patients

2.2.1 La progression du nombre des passages apparaît freinée

Deux sources permettent de mesurer l'évolution de l'activité du service : d'une part la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), d'autre part les données collectées par l'observatoire régional des urgences (ORU) d'Île-de-France. Ces deux sources ne peuvent être comparées sur les mêmes plages temporelles, la SAE étant actualisée moins rapidement, l'ORU ne collectant les données que depuis 2019 (et ayant neutralisé l'année 2020 compte tenu de son caractère atypique).

²⁷ Sur la base de la déclaration AP-HP.

²⁸ Il n'y a pas de contrat de DMU et le projet élaboré par le DMU n'a pas été signé à ce stade.

Tableau n° 4 : Évolution du nombre des passages (Saint Louis -Lariboisière)

	Total des passages	Dont > 80 ans	Dont hospitalisés	
			en MCO dans la même entité juridique	dans une autre entité juridique
2017	82 064*	7 973	17 064	1 813
2018	86 393*	5 341	11 850	1 273
2019	85 250*	4 430	10 468	1 354
2020	67 629*	4 179*	10 206	1 269
2021	74 665*	4 500*	10 509	1 315
2022	74 777*	4 688*	NC	NC
2023 (janvier à octobre)	58 759*	3 927*	NC	NC

Source : tableau CRC IDF à partir des données de la SAE et données AP-HP (avec *)²⁹

L'activité, mesurée en nombre de passages, a atteint son plus haut niveau en 2018, et n'a pas retrouvé, en 2022, son niveau d'avant crise sanitaire du Covid. Ce niveau ne devrait pas être atteint en 2023 si la fin d'année n'est pas marquée par un phénomène exceptionnel (71 000 passages prévisionnels sur la base du rythme des 10 premiers mois). Au niveau national, selon la SAE, les passages ont progressé chaque année jusqu'en 2020 (+ 1,7 % en 2018 et + 0,6 % en 2019 avant la chute de - 21,6 % en 2020 suivie de + 14,9 % en 2021). Le SAU Lariboisière n'est donc pas dans une situation atypique : il n'a pas retrouvé, en 2023, son niveau d'avant crise.

Si les efforts réalisés pour développer les alternatives en amont du SAU peuvent expliquer le ralentissement des flux, d'autres facteurs, moins positifs, y contribuent aussi : l'éloignement des urgences céphalées en lien avec la nécessité d'étendre les locaux du SAU³⁰ ou encore l'effet dissuasif du temps d'attente qui conduirait les patients, notamment depuis la crise du Covid, à éviter les urgences.

Malgré la diminution du nombre des passages, les séjours en UHCD ont progressé :

Tableau n° 5 : Les séjours en UHCD

Année	Séjours	Journées*	Séjours < 0 jours	Durée de séjour*	Valorisation des séjours en euros	Valorisation moyenne par séjour en euros
2017	6 939	6 643	826	Non disponible	Non disponible	ND
2018	7 001	6 691	868	0,96	3 181 024	454
2019	7 203	7 783	833	1,08	4 038 894	560
2020	7 888	7 830	1 249	0,99	4 298 258	544
2021	8 290	8 638	1 299	1,04	4 316 871	520
2022	7 912	8 134	1 649	1,05	3 482 605	440

Source : AP-HP (* il s'agit des journées issues du programme médicalisé des systèmes d'information et non du nombre de journées brutes des résumés d'unité médicale

²⁹ En raison de questions de périmètre (urgences céphalées et ORL), les données de ce tableau sont légèrement différentes de celles présentées dans le tableau 1.

³⁰ Le support de la conférence de DMU neurosciences du 29 mars 2022 (portant sur les données 2021) évoque 1 462 passages au titre des urgences céphalées ; l'éloignement des urgences céphalées pourrait ainsi expliquer de l'ordre de 14 % du recul des passages entre 2019 e 2021.

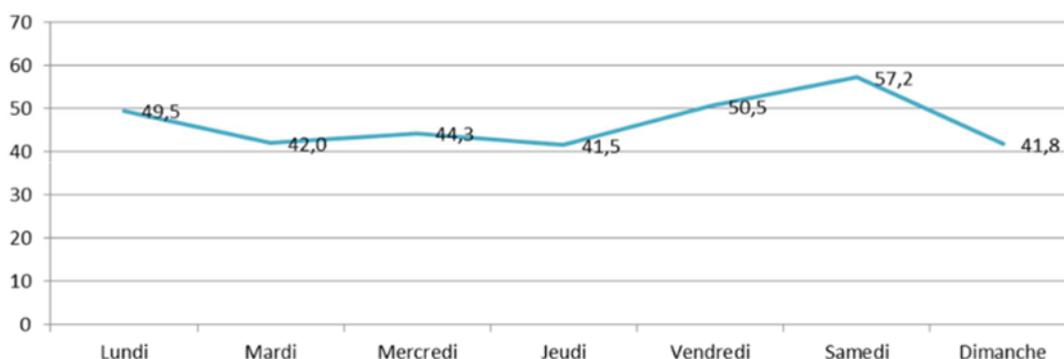
L'évolution du nombre de séjours entre 2017 et 2021 s'explique par la montée en puissance progressive de l'UHCD, en lien avec l'augmentation capacitaire et le passage de 13 à 24 lits dans la nouvelle localisation géographique. L'année 2022 a quant à elle été marquée par des difficultés ponctuelles avec des fermetures de lits notamment en début d'année qui ont eu un impact sur l'activité (un lit fermé en moyenne en 2022, soit plus de 4 % du capacitaire de 24 lits, pour une évolution d'activité de - 4,5 % par rapport à 2021). L'absence de corrélation entre l'évolution des recettes et celle du nombre de séjours est attribuable aux conséquences de la réforme du financement des SAU. En effet, une partie du financement de séjours exclusivement réalisés en UHCD (c'est-à-dire n'ayant pas été hospitalisé dans un autre service) est intégrée à la dotation populationnelle urgences depuis 2021. Cela s'est traduit par :

- un tarif de ces groupements homogènes de séjours (GHS) fixé à 75 % du financement des séjours sans nuitée à compter du 1^{er} mars 2021 ;
- un passage de ces GHS à 54 % du financement des séjours sans nuitée à compter du 1^{er} mars 2022.

En parallèle, un travail est en cours sur l'amélioration du codage au sein du service. De ce fait, les données 2023 sont en cours de consolidation et non pertinentes à ce stade.

La répartition de l'activité par jour de la semaine montre une relative variabilité avec, classiquement, un pic d'activité le lundi et en fin de semaine.

Graphique n° 2 : Nombre moyen de passages par jour de la semaine pouvant relever d'une prise en charge de soins primaires



Source : AP-HP - appel à candidature CMA Lariboisière

L'évolution sur cinq ans de la répartition horaire des passages est marquée par une augmentation des arrivées de jour et un recul des arrivées le soir et la nuit.

Tableau n° 6 : Répartition des passages par tranche horaire en pourcentage

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
8H00-12H00	17,3	17,4	17,0	16,7	18,4	18,6	ND
12H00-16H00	22,8	22,6	22,1	23,3	25,3	25,1	ND
16H00-20H00	21,1	21,1	21,5	22,2	24,2	23,5	ND
20H00-Minuit	20,4	19,9	20,6	19,4	16,6	16,3	ND
Nuit profonde : 0H00 (minuit)-8H00	18,5	18,9	18,8	18,4	15,6	16,4	ND

Source : AP-HP selon la trame de la formation inter-juridictionnelle

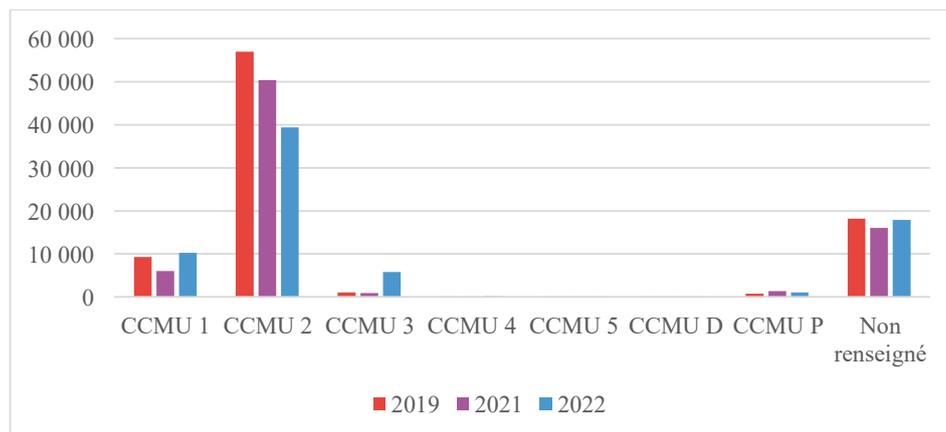
2.2.2 Une majorité des passages classée dans les plus bas degrés de gravité

La classification clinique des malades des urgences (CCMU) identifie cinq niveaux de gravité, du moins grave (CCMU 1 : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugés stables et abstention d’actes) au plus grave (CCMU 5 : situation pathologique engageant le pronostic vital). Une très forte majorité des passages de Lariboisière a été classée en CCMU 2 (état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel et décision d’actes complémentaires) et au total 66,6 % des passages relèvent des CCMU 1 ou 2. De plus 23,9 % des passages relèvent de la catégorie « indéterminé ».

Ce constat appelle plusieurs observations :

- dans son rapport d’évaluation du plan urgences 2004-2008³¹, la direction de l’hospitalisation et de l’offre de soins estimait, à propos des patients en CCMU 1 et 2 qu’il n’est « *pas exact que tous les patients en CCMU 1 et 2 pouvaient relever matériellement au moins de la médecine ambulatoire. Par contre, il est certain que ces patients a posteriori ne relevaient nullement d’une prise en charge en urgence* ». D’autres rapports considèrent qu’il ne peut être jugé *a priori* de ce qui est urgent ou pas, ce qui conduit à préconiser la mise en place d’un dispositif d’orientation en amont des services d’urgence hospitaliers (téléphonique ou présentiel) ;
- cette répartition est classique : la fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU), dans ses « chiffres clefs des urgences 2022 » notait, au niveau national, que 17 % des passages étaient classés en CCMU 1 « simple examen clinique » et 2 % en CCMU 4 ou 5 (pronostic vital engagé). Ces pourcentages sont respectivement de 13,73 et 2,43 % à Lariboisière. Quant à la CCMU 2, la plus représentée à Lariboisière, elle représentait 53 % des passages en Île-de-France au deuxième quadrimestre 2023, soit le même pourcentage qu’à Lariboisière³². La progression des CCMU 3 et 4 en fin de période s’explique au moins en partie par une plus grande attention portée à la codification des passages, en lien avec la prise en compte de cette cotation dans le nouveau modèle de financement des SAU.

Graphique n° 3 : Répartition des passages au SAU Lariboisière par niveau de gravité³³



Source : ORU IDF

³¹ Jean-Yves Grall, Évaluation du plan urgences 2004-2008, direction de l’hospitalisation et de l’offre de soins, janvier 2007.

³² Les données nationales ne ciblent pas la CCMU 2.

³³ Les CCMU indiquent le niveau de gravité de 1 à 5 ; D correspond à décès et P à psychiatrie.

2.2.3 Un recours atypique aux différents modes de transport

Alors qu'au niveau national, la FEDORU indique que 74 % des arrivées se font par des moyens personnels, ce pourcentage est nettement plus faible à Lariboisière (35,3 % en 2022, part qui pourrait s'approcher de 66 % si l'on postule que la majorité des « non renseignés » relèvent de cette catégorie). Les véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) de la BSPP sont aussi plus représentés que dans la moyenne nationale (23 % à Lariboisière en 2017 puis 31,6 % en 2022 contre 12 % en moyenne nationale en 2022), ce qui place Lariboisière dans la moyenne haute, étant entendu que le recours aux VSAV est plus fréquent à Paris de manière générale (annexe n°4).

Tableau n° 7 : Modes de transport pour l'arrivée aux urgences

	2019	2021	2022	% du total	
				2019 à 2022	en 2022
Ambulance publique ou privée	3 734	3 896	6 165	5,86	8,27
Forces de l'ordre	744	788	1 091	1,11	1,46
Hélicoptère	-	-	4	0,00	0,01
Véhicule de secours et assistance aux victimes	10 713	10 353	17 344	16,31	23,27
SMUR	55	54	307	0,18	0,41
Total véhicules de secours	15 246	15 091	24 911	23,46	33,42
Moyens personnels	12 615	8 922	26 311	20,31	35,30
non renseigné	58 487	50 641	23 318	56,23	31,28
Total	86 348	74 654	74 540	100,00	100,00

Source : données ORU IDF

2.2.4 Un taux d'hospitalisation après passage inférieur aux moyennes nationales

Selon la FEDORU, en 2022, 19 % des passages sont, en France, suivis d'hospitalisation. Ce taux est de 12,31 % à Lariboisière en moyenne de 2019 à 2021 (mutations et transferts inclus). Entre 1,6 à 2 % des hospitalisations nécessitent un transfert à Lariboisière contre 7 % au niveau national. Cette dernière caractéristique n'est pas surprenante s'agissant d'un CHU, *a priori* en mesure de proposer des prises en charge adaptées aux situations les plus complexes dans la plupart des spécialités. Elle peut aussi s'expliquer par le fait que ne sont ici comptabilisés en transferts que les transferts hors AP-HP, ce qui élargit significativement l'offre de soins en sortie du SAU. Enfin, l'établissement met en avant sa politique de zéro transfert en traumatologie qui peut contribuer à ce résultat.

Le taux de décès (0,02 % des passages) est proche de la moyenne régionale : l'ORU d'Île-de-France observait en 2021 un taux de décès aux urgences en Île-de-France de 0 % pour les moins de 18 ans, 0,01 % pour les 18 à 74 ans, mais 0,10 % pour les plus de 75 ans.

Tableau n° 8 : Les modes de sortie du SAU de Lariboisière

	2019	2021	2022	% total
décès	20	24	16	0,02
domicile	75 422	64 127	64 927	86,81
mutation	8 732	8 090	8 067	10,57
non renseigné	799	849	374	0,86
transfert	1 375	1 563	1 156	1,74
TOTAL	86 348	74 653	74 540	100,00

Source : données ORU IDF

L'examen des transferts par pathologie met en évidence le poids des urgences psychiatriques d'autant plus délicates à gérer que l'hôpital Lariboisière dispose d'une offre de soins urgents en psychiatrie mais pas de capacités d'hospitalisation.

Tableau n° 9 : Nombre de patients hospitalisés à l'extérieur de l'établissement et hors AP-HP par tranche d'âge et par discipline (février 2022- février 2023)

	< 18 ans	18-30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans	60-75 ans	> 75 ans	Total
A00–B99 Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2	2		1		1	3	9
C00–D48 Tumeurs					1			1
E00–E90 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		1	1	1	1	1	2	7
F00–F99 Troubles mentaux et du comportement	7	183	141	114	74	48	8	575
G00–G99 Maladies du système nerveux		1	1			2		4
H00–H59 Maladies de l'œil et de ses annexes		1	1					2
H60–H95 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde		1				1		2
I00–I99 Maladies de l'appareil circulatoire		1	2	3	8	13	12	39
J00–J99 Maladies de l'appareil respiratoire	2	4	1	1	1	4	4	17
K00–K93 Maladies de l'appareil digestif		2	1	2	2	2	2	11
L00–L99 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané		2	2	4	3	1	2	14
M00–M99 Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif		5				1		6
N00–N99 Maladies de l'appareil génito-urinaire		4	2	7	5	3	2	23
R00–R99 Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	2	13	5	7	7	7	17	58
S00–T98 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	3	22	19	10	13	7	5	79
Z00–Z99 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	1	1	1	3	1	2		9
Autres	2	11	6	3	4	6	1	33
Manquants	3	10	14	12	2	4	2	47
Total	22	264	197	168	122	103	60	936

Source : AP-HP Programme médicalisée des systèmes d'information

2.2.5 Des durées de passage³⁴ élevées

Dans le cadre du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP, la partie relative aux urgences portait déjà un objectif de réduction du nombre de passages. Lors d'un bilan intermédiaire à fin 2016, il apparaissait que l'hôpital Lariboisière avait des durées de passage de 223 minutes, soit significativement plus élevées que la moyenne de l'AP-HP (184 minutes) tandis que l'établissement le plus proche, *a priori* le plus ressemblant par sa patientèle (Saint-Louis) avait une durée de 136 minutes. Les durées récentes paraissent plus longues, ce que l'établissement justifie par un changement de méthode (abandon du mode de calcul antérieur qui ne prenait en compte que les passages avec retour au domicile). Selon l'ORU, le temps de passage au SAU Lariboisière était de 5h16 en 2019 et 5h31 en 2022, soit une progression de 4%. De plus, la part des passages de moins de 4 heures (53,96 %) est supérieure aux moyennes régionales concernant les urgences adultes (50,6 % en 2022) mais inférieure aux données nationales (61 % de passages en moins de 4 heures selon la FEDORU en 2022³⁵). L'AP-HP met en avant le recul de la part des séjours les moins lourds (CCMU 1 et 2) et l'augmentation des transports effectués par la brigade des sapeurs-pompiers de Paris³⁶ pour expliquer ces évolutions. L'hôpital évoque également le temps de passage des patients psychiatriques qui tendrait à augmenter le temps de passage moyen au SAU. Ainsi la durée moyenne de passage en unité de santé mentale est de 7h14 en 2023 avec une durée maximale de 68h38 et un taux de transfert de 24,9 %. Les difficultés d'accès aux secteurs psychiatriques expliquent les durées de passage très élevées régulièrement constatées.

Tableau n° 10 : L'augmentation tendancielle des durées de passage

	2019	2020	2021
Durée moyenne de passage par résumé de passage aux urgences	5h16	5h25	5h31
Nombre de passages < 4 heures	40 914	33 962	34 270
Nombre de passages > 4 heures	45 327	40 577	40 162
Pourcentage de passages < 4 heures	52,56	54,44	53,96

Source : données ORU IDF

L'AP-HP a mis en place un dispositif d'information (annexe n° 5) à disposition du grand public, indiquant, en temps réel, la durée d'attente dans les différents services d'urgences.

Des mesures ont été engagées visant à limiter le temps de passage aux urgences, notamment :

- la mise en place d'un « médecin ultra court » (MUC) qui prend en charge au SAU les patients les plus légers sans appui de personnels paramédicaux (le temps de passage MUC était de 2h07 au second semestre 2023) ;
- la mise en place depuis 2019 d'un médecin accueil et orientation en appui des IAO ;
- la mise en place d'une demi-garde supplémentaire pour fluidifier la prise en charge des patients en début de soirée au moment où les flux sont les plus importants ;

³⁴ Durée entre l'enregistrement et la sortie du SAU.

³⁵ Panorama des ORU 2021.

³⁶ Parallèlement le taux d'arrivée des patients via la BSPP est passée de 23,7 % des passages en 2017 à 31,6 % en 2022.

- la présence d'un gériatre à temps plein au SAU depuis 2013 pour adapter la prise en charge spécifique des personnes âgées et limiter leur temps de passage ;
- un plan d'action avec l'imagerie visant notamment à rationaliser la prescription d'actes de radiologie pour éviter les pertes de temps.

Une partie de ces mesures est intégrée au plan « zéro brancard » qui concerne les patients les plus lourds (cf. 5.2.2).

Les documents de suivi et de bilan de ces actions transmis par l'AP-HP sont majoritairement consacrés au suivi du niveau de réalisation des actions. Sur certains items, des indicateurs de résultat sont pris en comptes (durée de passage par circuit, nombre de patients en attente d'hospitalisation à 7 heures en moyenne par jour, etc.) mais ne mettent pas en évidence de lien de causalité entre les actions et les résultats obtenus. L'AP-HP se montre d'ailleurs prudente sur ce point³⁷.

Recommandation performance n°1 : Développer des outils permettant d'évaluer l'impact des actions mises en œuvre sur les durées de passage afin de cibler les actions ayant fait leurs preuves - non mise en œuvre.

2.2.6 Des motifs de recours marqués par de fortes évolutions sur trois ans

Deux familles de diagnostics dominant (traumatismes et symptômes, signes et résultats anormaux), mais avec de fortes évolutions sur trois ans (annexe n° 6). La plus importante concerne les maladies de l'oreille et des annexes (- 70 % entre 2019 et 2022), à mettre en lien avec le déplacement de la grande garde ORL lors des travaux d'extension du SAU. De même, le déplacement des urgences céphalées peut expliquer le recul des maladies du système nerveux. Les maladies de l'œil représentent un faible pourcentage des urgences, ce qui pourrait en partie être lié au fait, d'une part, que les urgences ophtalmologiques de nuit et de week-end sont prises en charge par l'hôpital Cochin, et, d'autre part, que ces urgences sont accueillies en journée par la consultation du service d'ophtalmologie. La prédominance des passages dont le motif est « non renseigné » incite néanmoins à lire ces données avec prudence. Les urgences gynécologiques sont peu nombreuses, ce qui résulte de leur accueil au sein du service dédié, hors SAU.

³⁷ S'agissant par exemple de l'impact produit par l'équipe mobile gériatrique, l'ordonnateur indique dans le bilan transmis constater « une différence statistiquement significative du nombre de transferts à partir des urgences pour les sujets âgés de plus de 75 ans en 2021. Il faut toutefois rester prudent sur l'imputation de ce résultat à l'action de l'EMGE ». L'établissement n'exclut donc pas que des facteurs exogènes aient contribué à l'amélioration observée.

2.2.7 Une patientèle jeune, mais le nombre de patients âgés progresse

Tableau n° 11 : Âge moyen et médian des patients se présentant au SAU

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Moyenne d'âge des patients SAU	44,2	43,95	43,39	44,72	44,29	44,82
Âge médian des patients SAU	40,1	39,8	39,34	40,61	40,06	40,54

Source : AP-HP

En Île-de-France en 2021, les 18-74 ans regroupaient 61 % des passages (FEDORU). Ce chiffre est plus important à Lariboisière en raison de l'absence d'urgences pédiatriques notamment. Le SAU Lariboisière se caractérise néanmoins par une part importante de patients jeunes (15-29 ans). La part des patients âgés de 75 ans et plus progresse.

Tableau n° 12 : Répartition des résumés de passage aux urgences (RPU) par tranche d'âge

	2019	2021	2022	Évolution 2019/2022 en %	Pourcentage des RPU en 2022
0-14 ans	502	275	204	- 59,36	0,27
15-29 ans	24 543	21 158	20 963	- 14,59	28,12
30-44 ans	26 641	22 387	21 937	- 17,66	29,43
45-59 ans	18 414	15 133	15 131	- 17,83	20,30
60-74 ans	9 654	9 010	9 381	- 2,83	12,59
75-89 ans	5 384	5 361	5 528	2,67	7,42
>= 90 ans	1 210	1 329	1 396	15,37	1,87

Source : ORU IDF

3 UN FORT BESOIN DE MANAGEMENT PARTIELLEMENT SATISFAIT

La taille du service et les défis auxquels le SAU est confronté impliquent une dimension managériale forte. Celle-ci est nécessaire pour fidéliser et mobiliser les équipes et faire en sorte que la volonté d'accueil du plus grand nombre de patients ne prenne pas le pas sur l'attention portée au fonctionnement du service³⁸.

³⁸ Le processus de prise en charge des soins non programmés avait toutefois été évalué très positivement par la Haute autorité de santé lors du précédent exercice de certification (A) (annexe n° 7) : un nouvel exercice est actuellement en cours dont les résultats ne sont pas connus.

3.1 Les ressources humaines : la clef du bon fonctionnement du SAU

3.1.1 Des efforts en faveur de l'attractivité du service pour les personnels paramédicaux

Tableau n° 13 : Effectifs paramédicaux du SAU en équivalent temps plein (ETP)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Projection 2023
Infirmiers diplômés d'État (IDE)	72,1	74,5	73,6	65,8	61,4	53,9	53,3
Infirmiers anesthésiste diplômé d'État	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Aides-soignants	50,5	50,5	51,9	52,0	48,4	44,8	50,1
Ambulanciers							
Brancardiers	11,7	10,9	11,2	11,3	12,3	11,5	11,5
Psychologues	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Sages-femmes							
Secrétaires administratives	3,6	3,2	3,0	3,0	3,2	3,0	2,9
Divers	4,4	4,5	4,6	7,8	7,4	5,8	8,1
Effectif paramédical total aux urgences	142,8	144,0	144,7	140,4	133,0	119,5	126,4

Source : AP-HP selon modèle formation inter-juridictionnelle

Les effectifs ont reculé de 11,5 % entre 2017 et 2023, principalement sous l'effet de la diminution du nombre des infirmiers diplômés d'État (IDE). L'évolution des effectifs infirmiers à partir de 2020 s'explique par deux facteurs :

- une évolution des organisations avec transformation d'un poste IDE d'accueil-enregistrement en poste d'aides-soignants (- 2,5 ETP IDE), transfert dans d'autres locaux de l'activité de grande garde ORL (- 2,5 ETP IDE) et des urgences céphalées (- 2,5 IDE) ;
- des difficultés de recrutement et de nombreux postes vacants³⁹ à partir de 2020.

Le nombre de postes vacants non médicaux était de 21 au 1^{er} septembre 2023.

Tableau n° 14 : Postes vacants au 1er septembre 2023

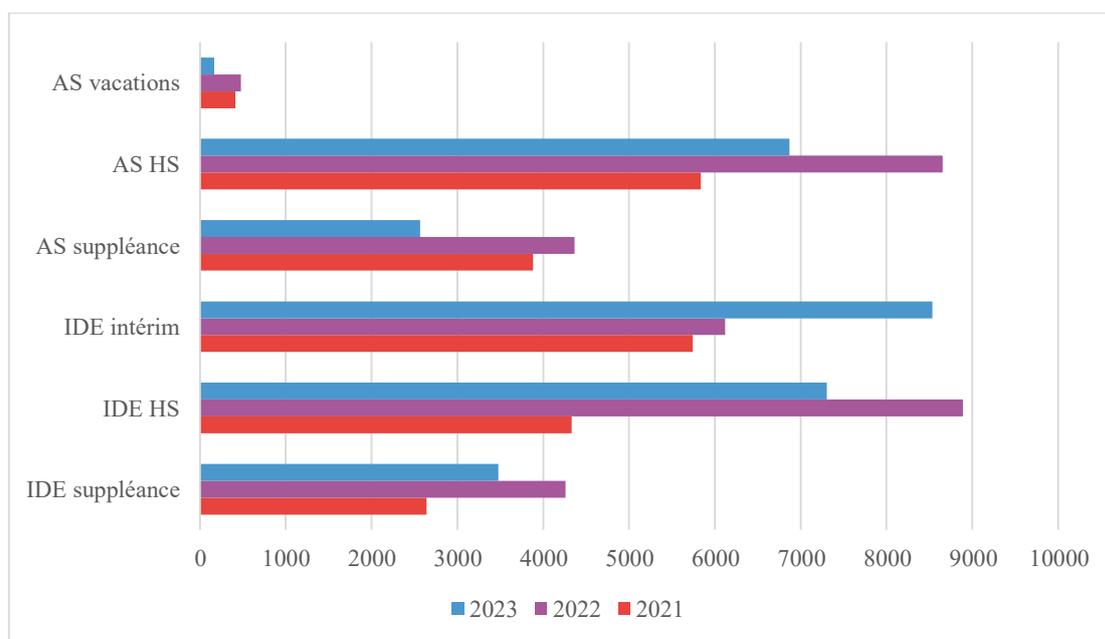
	Postes vacants au 1er septembre
IDE	12
Aides-soignants	6
CADRE	1
Médiateur urgences sortie	1
Médiateur social	1
Médecins	8,2

Source : AP-HP Lariboisière

³⁹ Par rapport aux maquettes organisationnelles de l'établissement ; il n'existe pas de norme officielle (ratio effectifs/passages).

Cette situation conduit à recourir de manière importante à des heures supplémentaires (aides-soignants et infirmiers) et à l'intérim (infirmiers). Les solutions de suppléance interne jouent un moindre rôle mais leur part est tout de même importante chez les infirmiers (les renforts assurés par l'équipe de suppléance, l'intérim et les heures supplémentaires sont équivalents à 14 ETP IDE et 7 ETP Aides-soignants) :

Graphique n° 4 : Nombre d'heures effectuées par des personnels en renfort de janvier à septembre



Source : AP-HP

Malgré ces difficultés, le SAU présente des caractéristiques qui contribuent à limiter le nombre de postes vacants :

- la proximité des gares de l'Est et du Nord qui élargit le périmètre de recrutement au-delà de l'Île-de-France (Hauts-de-France notamment) ;
- l'adoption des horaires en 12 heures qui sont très demandés par les personnels ;
- l'effort pour éviter les fins de service en soirée tardive afin de limiter les risques d'agression liés à l'environnement ;
- la possibilité d'un service mixte SAU/structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) qui attire certains professionnels ne souhaitant pas s'enfermer dans une pratique unique. Les cadres ont d'ailleurs identifié cette capacité à proposer des services mixtes (SAU et éducation thérapeutique, SAU et formation) comme un axe à développer pour répondre aux attentes des jeunes IDE.

Enfin, la récente création d'un poste de cadre infirmier affecté au seul SAU la nuit apparaît comme contribuant à la bonne gestion du service (notamment en facilitant le lien entre équipes de jour et de nuit qui avait été dégradé lors du passage aux 12 heures).

3.1.2 Un service plutôt attractif pour les jeunes médecins, mais qui peine à les fidéliser

Le SAU Lariboisière, avec 8,2 postes vacants sur 48 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) présente un taux de vacances de l'ordre de 17 %, inférieur à la moyenne nationale (23 %) ⁴⁰. Le nombre de passages, la diversité des cas traités, la possibilité d'enseignement facultaire, la présence d'un service de réanimation contribuent à l'attractivité du service. Le fait qu'il s'agisse d'un service universitaire contribue à attirer de jeunes médecins (voir ci-dessous la participation à la FHU ⁴¹ IMPEC).

Le SAU de Lariboisière éprouve en revanche des difficultés à les fidéliser notamment en raison des difficultés liées à l'environnement et à une patientèle présentant des particularités pour lesquelles ils ne sont pas préparés (la prise en charge de la précarité n'étant pas abordée ou de manière marginale pendant les études).

Tableau n° 15 : Effectifs médicaux du SAU en ETPR (y compris pour les hospitalo-universitaires)

Effectif médical centre hospitalier contrôlé	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Projection 2023
PU-PH	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,62
MCU-PH			0,2	0,41	0,12	0,5	0,41
PH	5,6	5,4	7,2	7,63	8,37	9,38	11,25
Praticiens contractuels	15,2	15	14,4	14,3	13,2	10,35	7,25
Praticiens attachés	2	2,1	2,4	1,32	0,19	0,19	0,11
Praticiens associés attachés	3,1	2,4	2	3,29	3,43	3,25	3,5
ETP intérim médical			0,02			2,25	4,1
Vacations de médecins libéraux							
Chefs de clinique	1	1	1	0,67	1	1	1
Faisant fonction d'interne	0,8	1,1	0,8	1,1	3,28	3,84	5,21
Internes	11,7	11,5	13,5	12,91	14,16	16,73	17,34
Total des médecins aux urgences-SMUR	39,9	39	42	42,1	44,3	48	50,79

Source : AP-HP

Les médecins du SAU sont, à plus de 60 % des médecins généralistes ayant suivi un cursus complémentaire (diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine d'urgence). Les spécialistes urgentistes représentent seulement 13 % des équivalents temps plein. Cette situation est à mettre en regard de la création récente du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence (DESMU) ⁴². Sachant que chaque année entre 2017 et 2022, l'ensemble des 470 postes proposés aux épreuves classantes nationales ⁴³ ont été pourvus, la part des médecins urgentistes titulaires du DESMU présents dans le service est susceptible d'évoluer au cours des prochaines années.

⁴⁰ « Quels facteurs d'attractivité médicale pour les services d'urgence en France » - Annales françaises de médecine d'urgence-v 2022-0424 L Busse.

⁴¹ FHU : Fédérations hospitalo-universitaires.

⁴² « Attractivité du DES de médecine d'urgence- où en sommes-nous 5 ans plus tard ? » P. Hausfater- Ann. Fr. Med. Urgence (2022).

⁴³ CNG – bilan des épreuves classantes nationales informatisées ECNI.

Tableau n° 16 : Une minorité de spécialistes urgentistes

Discipline inscription à l'ordre	Nombre d'agents	ETP
Anesthésie-réanimation	1	0,5
Médecine d'urgence	6	3,59
Médecine générale	23	16,1
Parcours de consolidation - Médecine d'urgence	2	2
Parcours de consolidation - Médecine générale	4	4
Total général	36	26,19

Source : AP-HP

Le décompte du temps de travail des urgentistes a fait l'objet d'un protocole au sein de l'AP-HP en application depuis 2016. Ce protocole, conclu avec la collégiale des urgences⁴⁴ et dans le respect de la circulaire encadrant le temps de travail des urgentistes⁴⁵, prévoit un temps clinique posté, à hauteur de 39 heures hebdomadaires, et un forfait de 5 heures de temps non posté indissociable du temps clinique. Les plannings doivent donc être construits à partir d'un volume horaire de 44 heures par semaine. Au-delà de ces 44 heures, le temps clinique supplémentaire est rémunéré en temps de travail additionnel.

Ce protocole a défini, pour l'AP-HP, le principe d'un ratio personnel/activité : ce ratio initialement fixé à 3,7 ETP sénior/10 000 passages pour les urgences adultes, a été révisé en 2019 à 3,3 ETP sénior/10 000 passages. À l'issue des travaux de concertation menés avec la collégiale des urgentistes en 2022, ce ratio a été porté à 3,9 ETP sénior/10 000 passages (avec de l'ordre de 75 000 passages et 26,19 ETP médicaux, le SAU Lariboisière obtient un ratio de 3,49 ETP seniors pour 10 000 passages). Ces ratios cible sont utilisés par l'AP-HP pour tenter de répartir les personnels entre les SAU de manière adaptée à l'activité.

Parallèlement à ces ratios, les éléments d'attractivité suivants ont été mis en place :

- la définition d'un objectif de taux de titulaires de 50 % (ce taux n'est pas atteint au SAU Lariboisière) ;
- la promotion des postes partagés avec le service d'aide médicale urgente (SAMU) ;
- le recrutement à partir de l'été 2019 des praticiens hospitaliers contractuels directement au 4^{ème} échelon.

3.1.3 Une faible mobilisation des leviers permettant de dégager du temps médical

Aucune infirmière en pratique avancée (IPA) n'est actuellement affectée au service des urgences, mais un projet est en cours⁴⁶. Il est prévu qu'une infirmière passe le concours en novembre 2024 et prene son poste en décembre. Celui-ci sera centré sur la réalisation de 12 parcours de soins assurés de manière autonome après le tri d'un IAO : brûlures non graves de grade D, traumatismes osseux de membres distaux et proximaux, plaies des membres, des mains. À ce stade toutefois, il n'existe pas de projet plus global de développement du recours aux infirmiers en pratique avancée aux urgences. Ce constat peut toutefois s'expliquer au regard du nombre encore limité de professionnels en formation⁴⁷.

⁴⁴ Les praticiens de certaines disciplines au sein de l'AP-HP sont organisés en « collégiales » pour réfléchir et prendre des positions communes sur certains sujets.

⁴⁵ Instruction DGOS/RH4 n° 2015-234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence.

⁴⁶ La mention urgence des IPA a été publiée au journal officiel en 2021, ce qui a permis aux universités de créer leur première promotion 2022-2024. Ainsi la candidate de Lariboisière qui suit cette formation fait partie de la première promotion IPA des SAU.

⁴⁷ En 2021, seuls 581 IPA étaient diplômés, pour 1 366 en formation selon l'audit flash de la Cour des comptes consacré aux IPA.

Des protocoles de coopération permettent, par dérogation aux décrets de compétences, un transfert d'activités ou d'actes de soins du professionnel de santé délégrant (médecin ou IDE) vers un professionnel de santé délégué (infirmier ou aide-soignant) selon des modalités strictement encadrées. Aucun protocole de coopération n'a été mis en œuvre au sein du service à ce jour. Or ces protocoles sont considérés comme des opportunités pour les services d'urgence par le temps médical qu'ils permettent de libérer. En région Île-de-France, plusieurs sont opérationnels, par exemple l'évaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'IDE ou la réalisation de sutures de plaie simple par un infirmier. Deux projets sont étudiés à Lariboisière, l'un permettrait aux infirmières de prescrire certains bilans radiologiques et l'autre autoriserait des aides-soignants à réaliser des électrocardiogrammes (ECG).

Recommandation performance n°2 : Accélérer le déploiement des dispositifs permettant d'optimiser le temps médical (infirmière en pratique avancée, protocoles de coopération). -partiellement mise en œuvre-

3.2 La participation à une fédération hospitalo-universitaire ne garantit pas un ancrage des avancées de la recherche dans les pratiques

Les fédérations hospitalo-universitaires (FHU) ont été créées à la suite de l'appel à projets FHU 2019 lancé par l'AP-HP, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et les universités d'Île-de-France. Leur but est de soutenir des projets communs entre les hôpitaux, les universités, les organismes de recherche, l'industrie et de renforcer leur collaboration sur des thèmes médicaux qui conduisent à des innovations de rupture. Le SAU Lariboisière est centre partenaire de la FHU IMPEC⁴⁸ qui lui permet de s'inscrire dans un réseau régional de recherche des urgences. Cela lui permet de faire des études aussi bien observationnelles qu'interventionnelles dans le domaine des urgences et de faire évoluer ses pratiques sur la base des dernières avancées de la recherche. Il n'existe pas de bilan des actions déployées au sein du service sur la base des travaux de la FHU, toutefois, l'AP-HP fait état des réalisations suivantes :

- une lecture critique avec externes/internes/séniors est organisée lors d'un staff hebdomadaire avec analyse d'articles récents présentant des résultats pouvant aider à améliorer les pratiques, à travailler sur de nouveaux protocoles ;
- le service assure une mise en place de nouvelles pratiques issues des études scientifiques récentes avec, par exemple, l'implémentation de MODIGLIANI sur le diagnostic de l'embolie pulmonaire dans les pratiques du SAU qui a permis de diminuer le taux d'angio-TDM thoracique de 15 %. De même, la diffusion des études de la SFMU sur les traumatisés crâniens a permis de diminuer le taux de TDM cérébraux de 10 % ;
- le service participe actuellement à sept études cliniques prospectives ;
- le SAU a été le premier centre inclueur sur quatre essais nationaux en 2022.

⁴⁸ Lien vers le site de la FHU : <https://fhu-impec.fr/>.

Les axes d'amélioration identifiés par certains praticiens n'en sont pas pour autant systématiquement intégrés dans les pratiques : à titre d'illustration, le SAU Lariboisière a participé à une étude menée dans six services et pilotée par le Dr Yonathan Freund⁴⁹. Celle-ci a montré une diminution du taux d'erreur médicale aux urgences grâce à des vérifications croisées systématiques entre médecins⁵⁰. À la suite de l'expérimentation, a été mise en place une vérification croisée à midi et minuit sur le circuit long et SAUV (salle de déchocage). L'objectif était de faire des points réguliers au SAU, de diminuer le nombre de patient présents aux urgences en attente de prise de décision sur l'orientation et de diminuer le nombre d'erreurs médicales. En raison de pénuries de personnels, cette vérification croisée (« cross check ») n'a pas été systématisée. L'établissement a néanmoins indiqué, sans l'étayer, que tous les prises en charge étaient sécurisées par l'encadrement d'un médecin senior et que chaque médecin senior pour son secteur réalisait des points dédiés avec l'interne du secteur⁵¹.

3.3 La gestion des événements indésirables en voie de consolidation

Le SAU déclare très peu, voire aucun événement indésirable grave (EIG)⁵². L'établissement a précisé qu'en cas d'événement indésirable grave, les équipes tendent plutôt à en référer directement à l'encadrement supérieur qui procèderait alors à l'examen des faits et produirait un rapport servant de base à la déclaration auprès de l'ARS.

Tableau n° 17 : Nombre des EIG déclarés par le SAU

Année	Nombre d'EIG déclarés au SAU
2020	0
2021	1
2022	2

Source : AP-HP

Le nombre des signalements « simples » tend à progresser et les comités de retour d'expérience (CREX) à être plus régulièrement organisés. Huit CREX sont intervenus en 2023⁵³. Le nombre d'événements indésirables déclarés dans OSIRIS est effectivement en progression (164 en 2021, 243 022, 236 du 1^{er} janvier au 15 novembre 2023), ce qui peut attester d'une diffusion de la culture de déclaration. Les déclarants sont principalement les infirmières (44 %), suivies des cadres (de santé ou administratifs) et des médecins. Les motifs dominants sont en premier lieu les « fugues ou patients égarés », suivies des « agressions » et des « événements

⁴⁹ Effect of systematic physician cross checking on reducing adverse events in the emergency department- the charmed cluster randomized trial- juin 2008- JAMA internal medicine- Y Freund et alii.

⁵⁰ Jama Internal Medicine 23 avril 2018.

⁵¹ La réalité de ce fonctionnement n'a pas été vérifiée lors de l'instruction

⁵² Incident ayant entraîné le décès, mis en jeu le pronostic vital ou entraîné la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent.

⁵³ Afin de systématiser les CREX, ils sont désormais programmés à échéances régulières (et non plus au cas par cas comme précédemment) ; les CREX réalisés en 2023 concernent une erreur de prise en charge, l'hébergement de patients en rhumatologie (deux), une agression, la salle de consommation de drogues, la prise en charge des intoxications alcooliques, la préparation des actes d'imagerie (deux).

associés aux soins médicaux ou paramédicaux ». La synthèse des CREX préconise parfois des actions (exemple : dans le cas d'un patient admis pour ébriété, sorti et s'étant fracturé à la sortie, il est indiqué que la prise en charge des intoxications alcooliques aiguës nécessite la rédaction d'un protocole de soins). Ces actions correctives identifiées font l'objet d'un suivi avec identification du responsable de l'action, l'échéance, le statut de réalisation et les mesures chiffrées quand un suivi quantitatif peut être réalisé.

3.4 La gestion de la crise sanitaire (Covid-19) : une organisation inspirée de la médecine de catastrophe

3.4.1 Une capacité d'adaptation éprouvée

Le service des urgences de l'hôpital Lariboisière s'est associé à quatre autres services d'urgences de l'AP-HP pour organiser la gestion de l'épidémie au fil de ses différentes vagues⁵⁴. Les capacités des services d'aval ont été modulées pour dédier au Covid-19 les lits et espaces (notamment ambulatoires) jugés non essentiels à cette période. Le nombre de lits de réanimation a été augmenté de 30 % en transformant les zones de soins interventionnels et salles de réveil. Au plus fort de la crise, les lits dédiés au Covid-19 représentaient 50 % de la capacité médicale et chirurgicale habituelle des établissements concernés.

L'identification rapide des cas positifs a été la pierre angulaire du dispositif. Au fil de la pandémie, le temps nécessaire pour recueillir les résultats est passé de un jour à une heure.

L'infirmière de tri répartissait les patients en fonction d'un arbre de décision notamment basé sur l'indice de gravité des urgences (de 1 à 5). Trois niveaux de sollicitation de l'hôpital ont été identifiés, l'organisation s'adaptant au fil des évolutions de l'épidémie :

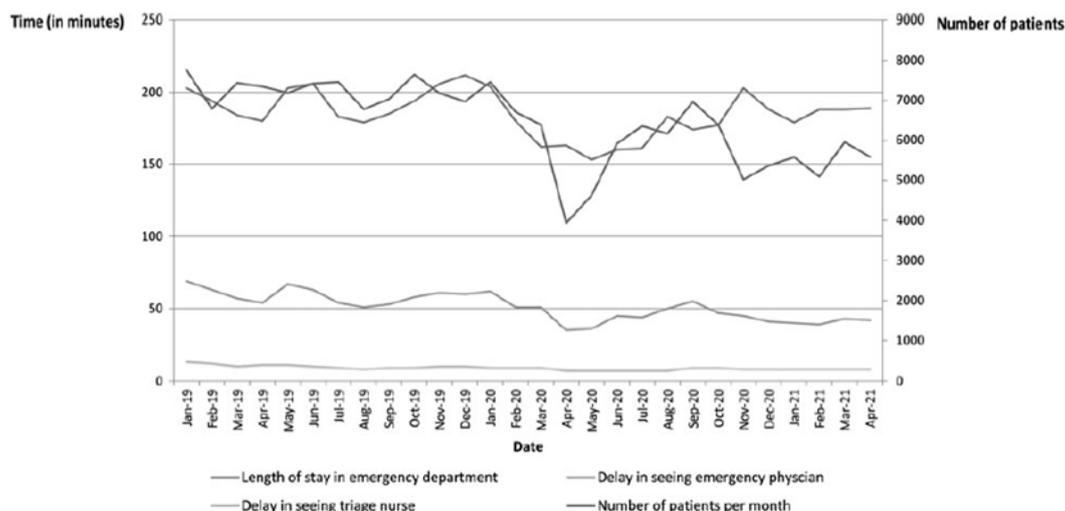
- au niveau 1, l'objectif était de regrouper l'ensemble des cas suspects pour sécuriser d'autres zones d'urgence considérées comme exemptes de Covid-19. Dans cette situation où le taux de positivité était faible, tous les cas positifs ont été admis pour être confinés dans les services de maladies infectieuses ;
- au niveau 2, deux zones différentes ont été mises en place : une zone à faible densité virale pour les cas suspects sans symptômes de forte gravité et un faible taux de RT-PCR⁵⁵ positif d'une part, une zone à forte densité virale d'autre part ;
- au niveau 3, afin de réaffecter les salles de la zone de tri à la gestion des cas non liés à la Covid-19, une tente a été installée à l'extérieur des urgences pour assurer un prétriage précoce. Au plus fort de l'épidémie, lorsque plus de 80 % des échantillons virologiques étaient positifs à la RT-PCR, tout patient nécessitant une hospitalisation était traité comme un cas suspect de Covid-19 nécessitant un isolement.

⁵⁴ La gestion de crise décrite ici est présentée en détail dans l'article suivant : Ghazali DA, Choquet C, Bouzid D, Peyrony O, Fontaine JP, Sonja C, Javaud N, Plaisance P, Revue E, Chauvin A, Casalino E. The Response of Emergency Departments (EDs) to the COVID-19 Pandemic: The Experience of 5 EDs in a Paris-Based Academic Hospital Trust. Qual Manag Health Care. 2023 Jan-Mar 01.

⁵⁵ La *RT-PCR* est une technique qui permet de faire une PCR (réaction en chaîne par polymérase) à partir d'un échantillon d'ARN.

Cette organisation a permis de préserver les délais de prise en charge. Le temps moyen d'attente avant la prise en charge était de 10 minutes en 2019 et 8 minutes en 2020. Le temps moyen avant de voir un médecin était de 47 minutes en 2019 et 58 minutes en 2020.

Graphique n° 5 : Les performances du service des urgences 2019-2021



Source : La réponse des services d'urgence à la crise du Covid-19 (note de bas de page n° 45)

Le laboratoire de virologie a joué un rôle important dans la chaîne organisationnelle : la diminution drastique du temps nécessaire à l'obtention d'un statut viral a simplifié le processus de tri. Dans un premier temps, des circuits dédiés aux tests PCR ont été mis en place. Plus tard, des points RT PCR ont été implantés au sein des services d'urgence, permettant l'obtention des résultats en une heure. *In fine*, la nouvelle technique de test (RT-Lamp) a permis de réduire de 15 minutes le délai d'obtention des résultats.

L'articulation avec les médecins de ville et les soins ambulatoires est devenue cruciale pendant les phases les plus aiguës de saturation des capacités hospitalières. La capacité à orienter de manière pertinente vers l'hospitalisation à domicile, la médecine de ville, les travailleurs sociaux est apparue comme une compétence essentielle pour les services d'urgences. La manière dont le SAU Lariboisière a su développer cette capacité n'est pas mesurable faute d'indicateurs disponibles.

3.4.2 Les leçons tirées de la crise en partie suivies de mesures concrètes

Dans les grandes lignes, le SAU a retrouvé des modalités de fonctionnement antérieures à la crise. Plusieurs évolutions sont toutefois à noter :

- l'hôpital a obtenu un relâchement de la contrainte capacitaire dans le cadre du « nouveau Lariboisière » : 30 lits supplémentaires seront réaffectés à la médecine interne soit une cible de 489 lits (contre 532 lits en places installés en 2022 selon la SAE).
- les résultats des PCR Covid sont restés décentralisés aux urgences ;

- les difficultés rencontrées pour revenir à un fonctionnement normal, permettant la présence de proches et accompagnants aux urgences (il s'est avéré que l'absence d'accompagnants facilite la gestion du plateau technique) ont mis en exergue le besoin de penser une réponse adaptée à une prise en charge globale intégrant les proches. L'établissement n'a pas été en mesure d'expliquer les conséquences pratiques tirées de ce constat ;
- la formation des IAO revêt une importance cruciale afin de s'assurer d'un volant d'infirmières en capacité de scorer les patients. Les cadres infirmiers ont estimé nécessaire de former 80 % des effectifs du service afin de rester en mesure de faire face à ce besoin en cas d'épidémie notamment. La direction indique que 75 % des IDE sont formées en fin d'année 2023.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le SAU absorbe un nombre élevé de passages mais celui-ci a reculé au cours des dernières années sous l'effet conjugué de différents facteurs dont la contribution relative à cette évolution n'a pas été isolée (transfert des urgences céphalées et de la grande garde ORL hors du SAU⁵⁶, développement de l'offre de soins non programmés alternative au SAU). Malgré cette baisse, la durée des passages reste élevée, ce que les acteurs attribuent à la lourdeur croissante des patients reçus. Il est vraisemblable qu'une part de cette aggravation soit liée à des facteurs plus administratifs que sanitaires (réforme du financement des activités d'urgence accordant une place plus importante au classement en CCMU et conduisant à un codage plus soucieux des conséquences financières induites), mais celle-ci n'a pu être objectivement mesurée. De plus, une série d'actions est engagée et suivie dans le cadre du « plan zéro brancard », devant contribuer à réduire les durées de passage.

4 DES EFFORTS POUR DIVERSIFIER L'OFFRE DE SOINS NON PROGRAMMÉS ALTERNATIVE AUX URGENCES

L'AP-HP a mis en place, avec le concours de partenaires extérieurs, des dispositifs destinés à éviter que des personnes relevant d'un autre mode de prise en charge se présentent aux urgences.

⁵⁶ La direction indique que les urgences ORL et céphalées étaient déjà exclues des données en 2016 et quand la comparaison se fait à périmètre constant. Toutefois le détail des passages par pathologie fait apparaître un net recul en ORL et neurologie qui conduit à douter de cette affirmation

4.1 L'unité Médecine interne ville ambulatoire (MIVA) pour développer les interfaces ville-hôpital

Une unité fonctionnelle dite « MIVA » pour « médecine interne-ville ambulatoire », dédiée au développement des interfaces ville-hôpital a été créée au sein du département de médecine interne en 2019, afin de faciliter le virage ambulatoire et développer la reconvoction en aval des urgences. Elle intègre des praticiens partagés entre la ville et l'hôpital. L'unité est financée depuis quatre ans par l'ARS au travers d'appels à projets ainsi que deux structures ambulatoires (consultations et hôpital de jour). De novembre 2018 à novembre 2021, 974 patients ont été adressés par des praticiens de l'hôpital pour un suivi ambulatoire. Les patients sans médecin traitant sont, si nécessaire, rebasculés en hospitalisation de jour ou de semaine. Le projet est en cours de développement via des rapprochements avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

La présentation du dispositif réalisée en 2021 lors du séminaire national des hospitaliers⁵⁷ met en avant sa réussite pour le parcours de soins des patients précaires : auparavant, pour ces patients arrivant à l'hôpital souvent tardivement, « *on mettait en place de nombreux soins et prises en charge, mais régulièrement, faute de médecin traitant* » tout cela échouait à la sortie et parfois ces patients revenaient aux urgences quelques semaines ou mois plus tard, avec « tout à refaire ». À partir de 2014 a été développée une collaboration avec le centre de santé Richerand, situé à 20 minutes à pied de l'hôpital, mais c'est la création d'un poste de médecin généraliste ville-hôpital (à mi-temps dans chaque lieu d'exercice) qui a vraiment permis d'organiser les parcours. Le dispositif permet de proposer aux patients (lors de l'hospitalisation ou en consultation) un suivi en médecine générale à la sortie. De novembre 2018 à novembre 2021, 974 patients ont été adressés par des praticiens de l'hôpital pour un suivi ambulatoire. Parmi eux, 20 % n'ont pas pu être pris en charge (ayant déjà un médecin traitant ou trop précaires pour sortir de l'hôpital). Sur 778 patients vus en consultation avancée de médecine générale, 70 % sont ensuite allés au centre de santé et y ont été suivis. La pérennisation du dispositif apparaît donc souhaitable⁵⁸.

4.2 Le centre médical d'appui : une réponse incomplète aux besoins de délestage du SAU

Le centre médical d'appui (CMA), structure privée à but lucratif, est spécialisé dans la prise en charge des soins non programmés. Il est ouvert tous les jours de la semaine et fonctionne comme un cabinet libéral à l'intérieur de l'hôpital. Le CMA n'assure pas la prise en charge des urgences régulées par le SAMU et ne participe pas à la permanence des soins ambulatoires⁵⁹. L'AP-HP a procédé, en 2019, à un appel à candidatures dont les CPTS étaient des destinataires privilégiés. Aucune CPTS n'a donné suite. Après une première phase

⁵⁷ Restitution détaillée de la présentation sur le site de la SFMU : https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/medecins-partages-entre-lariboisiere-ap-hp-et-un-centre-de-sante-une-reussite-pour-le-parcours-de-soins-de-patients-precaires/new_id/67931.

⁵⁸ Il repose actuellement sur des financements ARS basés sur des appels à projet pour une durée limitée.

⁵⁹ La direction de l'AP-HP a indiqué soutenir la demande du CMA auprès de l'ARS visant à obtenir l'autorisation de point de garde fixe en soirée permettant de couvrir une partie des horaires de la permanence des soins ambulatoires.

où l'activité était portée par le COSEM⁶⁰, le CMA a repris l'activité. Il loue des locaux, propriété de l'AP-HP, adjacents à l'hôpital et à quelques mètres des urgences. Le SAU Lariboisière n'est pas articulé avec un SAS, dispositif dont la généralisation est pourtant prévue par les articles L. 6311-2 et L. 6311-3 du CSP⁶¹.

Tableau n° 18 : Les débuts du CMA Lariboisière (2023)

	Passages au CMA	Dont readressages par le SAU	Nombre de jours d'ouverture du CMA	Moyenne passages/jour
Juillet	330	74	15	22
Août	606	117	27	22,44
Septembre	784	116	28	28

Source : CMA

Ouvert en juillet 2023, le CMA est encore en phase de montée en charge⁶². Il a pris en charge, en septembre, 28 patients par jour (à rapprocher des quelque 200 patients quotidiennement pris en charge par le SAU), identifiés parmi les patients les plus légers⁶³. Le SAU ne sature pas actuellement les 10 plages qui lui sont réservées chaque jour, ce qu'il attribue à un décalage horaire (les soignants arrivent à 8 heures et la plate-forme ouvre à 14 heures⁶⁴) ; il serait donc utile que le CMA élargisse ses plages en matinée, en particulier le lundi, jour d'affluence aux urgences. Son ouverture en soirée (jusqu'à 23h), serait également une réponse à la fréquentation importante du service d'urgences en soirée. Les responsables du CMA estiment que chaque consultation dégage de l'ordre de 40 minutes de temps médical aux urgences. L'accueil se fait uniquement sur rendez-vous (la raison évoquée par les porteurs est notamment le besoin de sécurité du site) avec deux modes d'accès :

- prise de rendez-vous en ligne « classique » ;
- mise à disposition du service d'urgences de créneaux réservés pour des patients envoyés après évaluation par l'infirmière d'accueil et d'orientation (et relevant d'une prise en charge ambulatoire).

Le CMA n'a pas souhaité, jusqu'à présent, se positionner comme médecin traitant mais étudie actuellement cette possibilité à la demande de l'ARS.

Ce modèle, présenté par ses porteurs comme soulageant l'hôpital, se heurte à des difficultés d'ordre administratif : l'absence de cahier des charges national et, par suite, de financements dédiés, le statut commercial qui limite l'accès aux financements publics, l'impossibilité de faire intervenir simultanément un titulaire et un suppléant (article R. 4127-65 du code de la santé publique⁶⁵) alors que de jeunes praticiens en fin d'études et dans l'incertitude sur leur orientation professionnelle pourraient être accueillis en plus grand nombre si un tel

⁶⁰ Coordination des œuvres sociales et médicales (COSEM) : association gérant des centres de santé.

⁶¹ L'ARS indique par ailleurs que le SAS est généralisé sur le territoire de l'Ile de France : [Dans les coulisses du Service d'Accès aux Soins | Agence régionale de santé Ile-de-France \(sante.fr\)](#).

⁶² Ce dispositif était, à Lariboisière, auparavant porté par la COSEM ; en revanche le CMA est actif sur d'autres sites depuis plus longtemps.

⁶³ relevant du tri 5 selon la classification « French », ce qui équivaut à la CCMU 1 évoquée précédemment.

⁶⁴ Le CMA garantit une présence médicale en semaine de 14h à 19h45, le samedi de 12h à 19h45 et le dimanche de 10 heures à 19h45 ; certains praticiens souhaitant travailler le matin, quelques plages sont ouvertes en matinée.

⁶⁵ Celle-ci peut être levée par le conseil départemental de l'ordre.

cumul était permis, les règles de facturation du samedi après-midi et le dépassement du plafond autorisé des 20 % d'actes en téléconsultation. Il apparaît une certaine fragilité administrative en partie intrinsèque au choix d'un modèle atypique⁶⁶.

Recommandation performance n°3 : Faire évoluer le centre médical d'appui pour mieux répondre aux besoins de délestage du service d'accueil des urgences notamment en termes d'horaires d'ouverture.

4.3 Les relations avec la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP)

Près du quart des patients pris en charge au SAU Lariboisière (voir paragraphe 2.2) arrive en véhicule de secours et d'assistance aux victimes : la qualité des relations entre le SAU et la BSPP est donc essentielle. Le SAU Lariboisière est l'un des SAU parisiens accueillant le plus de personnes transportées par la BSPP, ce qui s'explique notamment par la densité et les caractéristiques du bassin de population. Par ailleurs, si le code de la santé publique dispose, en son article R. 6123-3, qu'un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, il reste qu'en pratique, certains services, confrontés eux aussi à une activité intense et à des fragilités en termes de ressources humaines, peuvent parfois refuser certains patients⁶⁷. L'hôpital Saint-Louis, par exemple, n'accueille pas la BSPP entre 18 heures et 8 heures⁶⁸. Au-delà de l'AP-HP, le désengagement de certains acteurs risque aussi d'accroître les sollicitations sur le SAU de Lariboisière⁶⁹.

Malgré l'étroitesse des relations entre le SAU Lariboisière et la BSPP, elles ne sont pas formalisées dans le cadre d'une convention (les quatre conventions AP-HP/BSPP traitent des relations entre le SAMU et les services de secours). Une instruction DGOS/DGSCGC/BOMISIS du 30 juillet 2021 relative à l'articulation entre secours d'urgence à la personne et aide médicale urgente, visant notamment la diffusion de guides pour la réduction des temps d'attente des sapeurs-pompiers aux services d'urgence et pour la temporisation des carences ambulancières, préconise une série de mesures auxquelles des indicateurs sont associés. Les engagements réciproques des uns et des autres pourraient ainsi être formalisés dans une convention BSPP/AP-HP.

⁶⁶ Un travail piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) est en cours en vue d'élaborer un cahier des charges. Son calendrier et les financements éventuellement associés ne sont pas connus à ce stade.

⁶⁷ Le CSP ne prévoit pas de sectorisation (attribution de zones géographiques à certains SAU). Une réorientation des flux a été organisée dans les Hauts-de-Seine sous l'égide de l'ARS, mais dans le cadre d'une solution à une situation de crise : le délestage de l'activité des hôpitaux Foch et Rives-de-Seine.

⁶⁸ Sa spécialisation en hématologie et globalement ses capacités d'aval moins variées d'une part, ses capacités en lits d'UHCD limitées d'autre part peuvent en partie l'expliquer.

⁶⁹ Pendant l'instruction, les urgences de l'hôpital Foch sont fermées après 18 heures, le week-end ainsi que le vendredi ; leur ouverture le jeudi est limitée (8 à 12 heures). Les « délestages » opérés par d'autres structures, par exemple l'hôpital Foch, impactent moins exclusivement Lariboisière que Saint-Louis et sont donc moins cités comme source de difficulté par les acteurs rencontrés.

Une amélioration des conditions de transmission des données relatives aux patients pourrait apporter une plus-value. En l'état, les services de secours, qui saisissent les données lors de la prise en charge des patients, peuvent les communiquer aux SAU :

- soit, de manière nominale, par une consultation ouverte au SAU sur le système d'information des services de secours : c'est le dispositif retenu au SAU Lariboisière dont le chef de service et certains de ses collaborateurs nominativement identifiés, disposent d'un droit de connexion sur le portail de la BSPP leur permettant de récupérer les informations relatives au patient ;
- soit, à défaut, par impression du document accessible pendant une durée limitée (code pour chaque patient communiqué par l'équipage BSPP).
- ces modalités sont peu sécurisées.

4.4 Les urgences accueillies directement dans les services de spécialité : une réalité mal mesurée

Des filières alternatives au SAU se sont développées. La filière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) en constitue un exemple : dans ce cas particulier, le schéma est une régulation par le SAMU qui adresse directement les patients vers l'une des unités neuro-vasculaires en capacité de l'accueillir. Le passage par le SAU, dans ce cas de figure, apparaît comme une anomalie de circuit (cf. recommandations de la haute autorité de santé). En 2023, 343 AVC et 154 AVC ischémiques⁷⁰ ont été pris en charge directement par le service de neurologie contre 255 et 179 après passage aux urgences.

Il importerait, pour avoir une vision globale de l'activité d'urgence, de mieux connaître le poids des urgences traitées par les différentes disciplines en dehors des SAU (l'AP-HP n'a pas été en mesure de fournir d'éléments sur ce point).

Par ailleurs, le constat d'augmentation du nombre de patients arrivant au SAU pour AVC (+ 20 % entre 2019 et 2020 à Lariboisière) dans un contexte de réduction du nombre de lits (le service de neurologie disposait de 43 lits en 2020 et 22 lits en 2021, soit un recul de 48 %) a conduit à mettre en place une équipe mobile de neurologie avec une double mission :

- la prise en charge ambulatoire des patients du SAU dont l'état le permet,
- la prise en charge des patients pré-hospitalisation (alerte en phase aigüe).

Le bilan de cette initiative présenté lors de la journée annuelle des référents et animateurs de la filière AVC (21 novembre 2022) est mitigé. L'équipe mobile (1 médecin senior et 2 internes intervenant du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30) a une activité très importante (2 000 avis cliniques ou téléphoniques dans l'année et 200 consultations post-urgences), mais plusieurs réserves sont présentées :

- n'étant pas hospitalisés, certains patients ne comprennent pas avoir fait un AVC et négligent les suites ;

⁷⁰ L'AVC est dit ischémique lorsque la circulation sanguine vers ou dans le cerveau est interrompue par un vaisseau sanguin bouché, ou hémorragique en cas de vaisseau sanguin rompu.

- des tensions avec les services hospitaliers auxquels restent les patients les plus lourds, ce qui a notamment pour effet d'allonger les temps de passage aux urgences ;
- des difficultés pour gérer la complexité de la consultation post-urgences : effectuer en une demi-heure la synthèse du bilan AVC, annoncer un diagnostic, proposer un traitement et initier l'éducation thérapeutique au patient, s'avère compliqué.

Cette piste conserve sa pertinence bien que les conditions de son déploiement soient perfectibles (articulation avec les services à retravailler notamment). Elle a rencontré moins de réserves à l'hôpital Bichat par exemple et mériterait d'être repensée pour permettre à l'équipe mobile de jouer son rôle de délestage du SAU pour ceux des AVC relevant d'une prise en charge ambulatoire. La fréquence des AVC augmentant avec l'âge, le vieillissement de la population laisse en effet présager un nombre croissant de patients à prendre en charge.

Recommandation performance n°4 : Assurer le suivi d'indicateurs pour mieux appréhender la prise en charge des urgences hors du service d'accueil des urgences. -non mise en œuvre-

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

En amont des urgences, l'offre de soins non programmés se développe. Le centre médical d'appui pourrait y contribuer plus efficacement en adaptant ses horaires d'ouverture à ceux de la permanence des soins ambulatoires. Les urgences accueillies directement dans les services de spécialités sont mal connues et mériteraient d'être mieux identifiées pour objectiver les débats sur le manque de solidarité (perçu par certains urgentistes) des services d'aval. Une objectivation des données est en effet un préalable à une éventuelle contractualisation des modalités d'accueil.

5 L'AVAL : LA DIFFICILE CONCILIATION DES MISSIONS DE PROXIMITÉ ET DE RECOURS

La question de l'aval, à savoir de la prise en charge en sortie des urgences pour les patients qui le nécessitent, se manifeste avec une acuité particulière à Lariboisière qui, d'une part, a structurellement peu de lits au regard du nombre des passages au SAU⁷¹ et, d'autre part, présentait encore, jusqu'à une période récente⁷² des taux importants de transferts hors AP- HP⁷³, posant problème aussi bien en termes de qualité de prise en charge (en raison des risques associés à ces transferts⁷⁴) que d'organisation. Différentes mesures ont été envisagées en vue de traiter cette problématique.

⁷¹ Selon la SAE 2022, Lariboisière a 454 lits de MCO contre 607 à Bichat soit 137 passages par lit à Bichat contre 163 à Lariboisière ; d'autres établissements de l'AP-HP accueillant moins de passages ont également plus de lits.

⁷² Les données actuelles seront à obtenir dans le cadre du contrôle.

⁷³ Le taux de transfert s'établissait en 2016 à 12,4 % pour l'ensemble de l'AP-HP mais à 15,4 % pour Lariboisière.

⁷⁴ Par exemple : le-transport-intra-et-interhospitalier-en-soins-critiques-est-ce-une-activite-a-risque.pdf- revue « soins d'urgence »- 2022/06/06_Severino-Blanchet-Portier.

5.1 Le rôle déterminant des urgences dans les flux d'entrée

Malgré son statut de CHU et sa mission de recours, l'hôpital Lariboisière accueille une part importante de ses patients hospitalisés via les urgences, ce qui pèse sur l'organisation de ses services :

Tableau n° 19 : Pourcentage des entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pourcentage d'entrées en HC en provenance des urgences	42,2	41,7	44,3	46,3	45,1	44,5

Source : Hospidiag

L'hôpital Lariboisière se situe ainsi juste en dessous du 8^{ème} décile des établissements de même catégorie, à savoir les 20 % d'établissements pour lesquels la part des hospitalisations en provenance des urgences est la plus élevée.

Les services ou spécialités sont inégalement concernés par ce poids des urgences dans les entrées en hospitalisation. La médecine interne, l'orthopédie et la cardiologie absorbent les flux les plus importants, mais en proportion des lits, les urgences pèsent le plus lourd pour la chirurgie générale et digestive, la cardiologie et la réanimation médicale.

Tableau n° 20 : Répartition par service des hospitalisations suite à un passage aux urgences

	Nombre de patients						Lits	Évolution (patients) en % 2017/2022	Rapport patients /lit en 2022
	2017	2018	2019	2020	2021	2022			
02 Médecine Interne*	1 395	1 489	1 400	1 358	1 250	873	44	- 37,4	19,84
51 Infectiologie*	0	0	0	0	80	363	17	100,0	21,35
47 Orthopédie	1 215	955	876	717	792	768	48	- 36,8	16,00
04 Cardiologie	1 021	909	926	947	830	714	22	- 30,1	32,45
50 Chir Générale Digestive Endoscopie	777	727	692	545	669	650	14	- 16,3	46,43
57 Réa Méd Toxic	564	601	623	499	442	563	18	- 0,2	31,28
03 Neurologie	741	745	719	627	583	496	23	- 33,1	21,57
44 Gériatrie	365	323	338	318	392	463	19	26,8	24,37
24 Anesth Réa Chir	300	401	447	484	594	385	17	28,3	22,65
10 Neuro-Chirurgie	510	394	428	359	330	356	32	- 30,2	11,13
62 Diabète Endocrinologie	252	276	248	350	368	272	34	7,9	8,00
01 Rhumatologie	140	114	114	129	162	180	31	28,6	5,81
56 Psy Med Addictologie	77	60	50	25	24	22	55	- 71,4	0,40
TOTAL	7 357	6 994	6 861	6 358	6 516	6 105	374	- 17,0	16,32

Source : AP-HP

5.2 L'accueil des patients en aval du SAU : une responsabilité institutionnelle à renforcer

Les difficultés pour trouver des solutions d'aval contribuent à allonger la durée des passages et à encombrer les lits d'UHCD avec des patients restant aux urgences dans l'attente d'un lit permettant de les accueillir.

5.2.1 Les travaux pour évaluer et piloter le besoin journalier en lits encore insuffisamment pris en compte dans les organisations

La diffusion par l'ARS de l'outil « besoin journalier minimal en lits » (BJML) a contribué à la modélisation des flux d'activité issus des urgences sur la base d'une analyse statistique rétrospective des données issues des résumés de passage aux urgences des cinq dernières années. L'outil a été mis à disposition des établissements au premier trimestre 2023. L'AP-HP a décliné le BJML au niveau de chaque site et de chaque service afin d'affiner les prévisions d'impacts de l'activité des urgences sur les besoins d'hospitalisation⁷⁵.

Elle a également développé une politique globale de gestion de ses flux : tableaux de bord, déploiement de cellules de gestion des lits sur l'ensemble des sites accueillant un SAU adulte et modernisation de son système informatisé de gestion des lits.

L'observatoire régional de l'activité des urgences, instance régionale de concertation et d'analyse des données d'activité des services d'urgences franciliens propose également des outils de suivi de l'activité des urgences accessibles à l'ensemble des établissements (météo des urgences, météo des SAMU). Ces outils d'observation ne permettent pas de prévoir les flux à venir mais de prendre la mesure des tensions sur l'ensemble de la région à un instant T.

Ces outils n'ont pas conduit à contractualiser avec les services d'aval les conditions d'accueil de patients en provenance des urgences. Il n'existe d'ailleurs pas, à ce jour, de contrat de département médico-universitaire⁷⁶, équivalent des contrats de pôle dont le code de la santé publique fait une obligation⁷⁷. Une charte de la gestion des lits a bien été signée. De plus, le projet de service 2024-2026 en préparation (réunion du 19 janvier 2024) prévoit que les services doivent « communiquer les lits disponibles et/ou prévisibles à 9 heures, 13 heures et 17 heures afin de faciliter les admissions le jour dans leur service, prendre en priorité les patients relevant de leur spécialité et, en cas de forte tension, des patients relevant d'autres spécialités ». Le niveau de mise en œuvre et d'adhésion à ces principes récemment affirmés n'a pu être vérifié. La direction estime compliqué, dans un contexte global de pénurie de lits (notamment en médecine, plus de 20 lits de médecine interne étaient fermés au troisième trimestre 2023 alors qu'il s'agit de l'un des services d'aval les plus sollicités par les urgences), d'imposer aux spécialités de conserver un volant de lits pour le SAU. De plus, pour des raisons de sécurité et de responsabilité dans la prise en charge du patient, elle estime indispensable qu'un échange entre

⁷⁵ L'ARS a également développé un outil de monitoring au quotidien, mais Lariboisière ne fait pas partie des sites pilotes. L'outil vise à identifier le nombre de lits disponibles au jour le jour. Il doit être interfacé au répertoire opérationnel des ressources et repose encore sur des saisies manuelles qui constituent un frein pour les établissements.

⁷⁶ Il a été indiqué qu'un processus de délégation de gestion avec contrat est lancé en expérimentation sur quatre DMU, et que le DMU Invictus devrait entrer dans ce schéma en 2024. La situation s'expliquerait historiquement par l'impossibilité de travailler ce sujet pendant la crise du Covid-19 puis par la perspective de renouvellement des responsables de chaque DMU qui a conduit à retarder cet exercice jusqu'en 2022.

⁷⁷ L. 646-1 du CSP.

médecins intervienne en amont de l'intervention de la cellule de gestion des lits. Les responsables du pôle INVICTUS souhaiteraient un processus plus directif. Pendant les périodes de crise, en particulier depuis la crise du Covid-19, la gestion des lits était plus directive et mutualisée, mais en dehors des périodes de crise, à l'exception de quelques services plus sensibilisés (médecine interne, maladies infectieuses), certaines spécialités tendraient à se désengager. Cette vision n'est pas partagée par les services d'aval qui estiment nécessaire de filtrer les patients reçus. Chaque matin, y compris le week-end, des médecins des deux principaux services d'aval des urgences que sont la gériatrie et la médecine interne sont physiquement présents au SAU pour échanger avec les urgentistes et organiser le transfert dans leurs services des patients nécessitant une hospitalisation. De plus, la gériatrie a détaché un praticien au sein de l'UHCD dont le rôle est notamment de travailler les indications d'hospitalisation, rechercher des solutions adaptées en fonction du diagnostic et de la situation de la personne.

Recommandation régularité n°1 : Signer des contrats de département médico-universitaire intégrant des dispositions relatives à l'accueil de patients en provenance des urgences conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique. -non mise en œuvre-

5.2.2 Le contrat « zéro brancard » traduit une volonté d'engagement institutionnel

L'hôpital est engagé dans le programme « zéro brancard » financé par l'ARS. Il a perçu plus de 139 000 € en 2022 et devrait bénéficier d'une somme comparable en 2023. Le programme « zéro brancard » mobilise différents dispositifs présentés ci-après (gestion de l'aval des urgences). Son impact a été freiné par les fermetures de lits rendues nécessaires par le manque de personnel (entre 2018 et 2022, 110 lits ont été fermés soit 22 % du capacitaire d'aval, le nombre d'IDE étant passé de 805 à 671 ETP en moyenne annuelle de 2017 à 2020). Le nombre de patients en attente d'hospitalisation a néanmoins reculé, passant de 7,8 en moyenne par jour à 5,7 à fin septembre 2023. Les bilans s'attachent davantage à mesurer l'effectivité des actions mises en œuvre qu'à évaluer leur impact sur les parcours. Selon la direction, le site de Lariboisière serait par exemple l'un des établissements de l'AP-HP dont le taux de J0 en chirurgie (hospitalisation le jour de l'intervention chirurgicale) est le plus important (50 %) ce qui favoriserait une forte utilisation des capacités.

5.2.3 L'auto-évaluation de la gestion des lits reste à finaliser

L'ORU Occitanie a développé un outil auto-évaluatif pour permettre aux établissements d'évaluer leur gestion des lits. Cet outil a été repris et diffusé nationalement par la FEDORU. Interrogée sur l'existence d'une auto-évaluation de la gestion des lits réalisée à l'aide de cet outil, l'AP-HP a appliqué la démarche. Lariboisière peut se prévaloir de réponses positives sur la plupart des items du questionnaire (existence d'une cellule de gestion des lits, pilotage des disponibilités en lits par exemple). Néanmoins, pour plusieurs des soignants rencontrés pendant l'instruction la solidarité serait réelle à l'intérieur de l'hôpital, mais moins vérifiée avec les autres sites de l'AP-HP. Cette perception est difficile à démontrer par des données solides (le temps passé à la recherche de lits, le repli vers une solution d'hébergement hors du service spécialisé en lien avec la pathologie par exemple, ne sont pas mesurés).

5.3 Les organisations visant à fluidifier les parcours à l'épreuve des fermetures de lits : illustration par deux exemples

Partant du constat d'un nombre élevé de patients transférés hors AP-HP à l'issue de leur passage aux urgences ou à partir de l'UHCD, l'hôpital a développé en 2017, un projet cherchant à réduire ce taux de transfert (une majorité des patients en provenance directe du SAU étaient transférés faute de spécialité, mais ceux issus de l'UHCD l'étaient majoritairement par manque de lits). Cette démarche s'inscrivait dans la continuité de celle initiée en 2012 par le SAU, consistant à informer, chaque matin avant 8h30, les services d'aval du nombre et des caractéristiques des patients pour chaque service d'accueil envisagé. Elle avait été complétée en 2016 par la mise en place d'un comité de pilotage intégrant différents services d'aval, qui a contribué à une meilleure visibilité sur le volume des transferts depuis le SAU. Par suite, des plans d'action ont été arrêtés en 2017 avec les services, dont deux étaient plus particulièrement structurants⁷⁸ :

- la médecine interne avec la mise en place d'un médecin dédié à la coordination médicale des patients en aval des urgences ;
- la chirurgie orthopédique et traumatologique avec l'ambition « zéro transfert ».

Les organisations actées en 2017 répondaient à un objectif de fluidification des parcours en aval des urgences et de prise en charge optimisée des patients. Les difficultés de recrutement en personnel non médical et leur traduction sur le nombre de lits fermés ont nécessité une adaptation du fonctionnement au capacitaire disponible (entre 2018 et 2022, 110 lits ont été fermés parmi les services d'aval des urgences, soit 22 % du capacitaire).

5.3.1 Médecine interne : une articulation renforcée avec le SAU pour fluidifier les parcours

L'organisation décrite en 2017 reste fonctionnelle et est désormais partie intégrante du fonctionnement. Elle repose sur :

- le passage systématique en début de matinée, en UHCD, du médecin d'aval des urgences du département de médecine interne. Ce passage permet un échange systématique sur les situations relevant d'un besoin d'hospitalisation. Ce mode de fonctionnement a été étendu à la gériatrie ;
- l'habilitation du médecin référent des urgences à s'engager pour l'ensemble du service de médecine interne : il dispose, avant de se rendre en UHCD, d'une visibilité sur les lits disponibles sur l'ensemble du département de médecine interne. Un travail est en cours avec la cellule de gestion des lits pour fiabiliser les informations sur les sortants du jour et à J+1 dans l'objectif d'enrichir la visibilité sur les lits disponibles à court terme.

⁷⁸ D'autres dispositifs jouent également un rôle, par exemple le développement du recours à l'hôtel hospitalier, ou les salons de sortie mis en place pour faciliter les sorties le matin.

5.3.2 L'orthopédie : la petite chirurgie non urgente sortie du circuit des urgences

Ce service a également perdu des lits (il est passé de 56 en moyenne en 2018 à 48 en 2021 et 2022) et l'accès au bloc a été contraint par le manque d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État. L'effectif qui était de 8 en 2017 s'est réduit à 4 en 2022 pour un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés de 9. Le nombre de chirurgiens présents dans les services a également limité les capacités d'intervention chirurgicale. Néanmoins, le circuit de reconvoication présenté en 2017 a été maintenu pour les traumatismes autorisant une prise en charge différée (fractures fermées simples, plaies sans lésions vasculonerveuses, etc.). Le nombre de patients reconvoqués était de 176 en 2021 et de 86 en 2022. Le fonctionnement retenu est celui qui repose sur un avis donné par le chirurgien de garde (la version du protocole permettant à l'interne des urgences de décider seul si le patient relevait d'une prise en charge non urgente et pouvait donc être reconvoqué, a été abandonnée car elle faisait peser une trop lourde charge sur cet acteur).

5.4 La problématique ambulancière

La gestion de l'aval des urgences est enfin compliquée par les difficultés auxquelles le SAU est confronté pour trouver des ambulances (à partir de 12 à 13 heures, il n'y a plus de véhicule sanitaire léger disponibles et à partir de 15 à 16 heures, ce sont les ambulances qui deviennent difficiles à trouver. Le SAU gère également des réclamations relatives à la qualité du service rendu (patients déposés sur le trottoir et incapables de rentrer chez eux). L'AP-HP dispose d'une centrale de régulation qui traite les demandes des services hospitaliers (autour de 23 000 par mois, soit de l'ordre de 275 000 chaque année). Que le SAU néglige de le solliciter ou que le service de régulation central ne réponde pas aux demandes, il apparaît en l'état que cette problématique qui touche toute l'Île-de-France participe des difficultés de gestion des sorties du SAU. L'AP-HP, a fortiori l'hôpital Lariboisière, disposent de leviers limités pour régler ce sujet, mais il n'a pas été noté d'effort particulier pour réguler les sorties (leur programmation aux mêmes horaires par l'ensemble des services contribue à aggraver le problème). L'ARS avait lancé en 2022 un appel à projet visant à promouvoir les transports personnels et transports en commun⁷⁹ dont l'établissement ne s'est pas saisi

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La question de l'aval apparaît déterminante pour le bon fonctionnement du SAU. Les difficultés particulières à Lariboisière sont accrues par le poids de la patientèle précaire dont le suivi à domicile est difficilement envisageable. Une contractualisation des engagements réciproques des services contribuerait à la mobilisation de ceux qui sont moins engagés dans l'accueil des urgences ; elle supposerait d'objectiver préalablement la part des urgences directes admises dans ces services et de faire mieux connaître ces circuits alternatifs.

⁷⁹ Renforcement du recours aux transports en commun et transports personnels des établissements signataires d'un contrat d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins en Île-de-France entre 2018 et 2021. ARS Île-de-France (sante.fr).

6 LES REPONSES A LA PRÉCARITÉ

L'hôpital Lariboisière est doté d'un service social et d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Au-delà de ces services classiques, il a mis en place, en lien avec des acteurs associatifs, plusieurs solutions spécifiques pour répondre à l'importance de la patientèle en grande précarité.

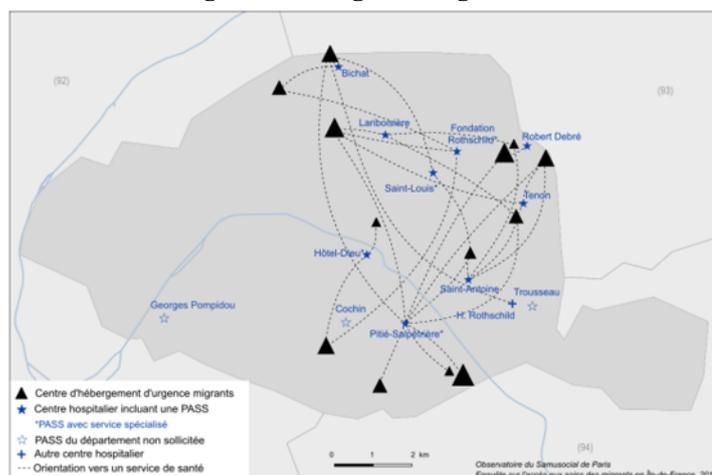
6.1 Un service social important ayant tissé des liens avec les acteurs du territoire

Les hôpitaux Lariboisière et Fernand Widal disposent d'un service social commun regroupant 49 personnes dont 30 assistantes sociales. Il s'agit de la plus grande équipe de travailleurs sociaux de l'AP-HP. 2 assistantes sociales sont affectées au SAU et 1 sur l'UHCD (selon la SAE, l'effectif moyen annuel des services d'urgence des hôpitaux parisiens est de 6,5 assistantes sociales en 2022). Il existe des filières au sein desquelles ces personnels mutualisent et peuvent se remplacer (maternité, urgences). Une cellule « cas complexes » peut être sollicitée, principalement pour faire face aux problématiques suivantes : accès au séjour (hôpital au carrefour de flux migratoires importants où se retrouvent des populations arrivant des principaux aéroports parisiens), addictologie et précarité de toute nature (matérielle, financière, affective). Au niveau de l'UHCD, la prégnance des problématiques gériatriques implique une collaboration avec l'équipe mobile de gériatrie, également dotée d'un travailleur social, dont le rôle consiste notamment à organiser les sorties.

6.2 La permanence d'accès aux soins de santé

Dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions (décembre 1998) des PASS ont été mises en place dans les établissements publics de santé afin de faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins. Lariboisière dispose effectivement d'une PASS.

Carte n° 2 : Lariboisière : l'une des neuf PASS pour les orientations à partir des centres d'hébergement d'urgence migrants



Source : Samu social de Paris

6.3 Des efforts importants dont l'adéquation aux besoins est difficile à mesurer

6.3.1 Le comité grande précarité

Afin d'apporter une réponse aux situations les plus complexes (passages récurrents aux urgences, retour à la rue) s'est développée une collaboration avec des acteurs extérieurs (SAMU social, Croix Rouge, associations). Ce dispositif vise surtout des personnes sans domicile fixe à la situation très détériorée (marginalisées, tenant des discours parfois incohérents, posant des problèmes d'adhésion aux soins). Les acteurs se réunissent toutes les six semaines pour examiner les situations et rechercher des solutions. De l'ordre de cinquante personnes sont ainsi suivies chaque année.

6.3.2 Le médiateur social aux urgences

L'AP-HP a créé un poste de médiateur social positionné au niveau des urgences. Ses missions visent à améliorer l'accueil et la prise en charge du public hébergé (public précaire, sans domicile fixe, demandeurs d'asile, personnes toxicomanes) : réaliser l'évaluation sociale en entretien individuel, accueillir et orienter les personnes pendant le temps de présence, informer et transmettre les différentes adresses adaptées à chaque situation, répondre aux besoins et proposer des solutions (hébergement, suivi psychiatrique, complémentaire santé solidaire, aide médicale de l'État, douche), mettre en place les partenariats nécessaires au suivi pour construire le réseau de soutien auprès de la personne.

Si la réponse apparaît pertinente⁸⁰, il demeure qu'une seule personne est actuellement positionnée sur cette mission⁸¹, ce qui ne permet pas d'assurer la continuité de prise en charge. Compléter cette réponse soit par le recrutement d'un deuxième médiateur social, soit par le recours à des associations (l'intervention de médiateurs associatifs existe dans certains établissements, par exemple à Avicenne) permettrait d'assurer une meilleure continuité de réponse et pourrait faciliter l'approfondissement des relations avec le tissu associatif.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'hôpital Lariboisière tente, en développant des partenariats avec les acteurs sociaux (SAMU social, Croix Rouge, association aux captifs, la Libération notamment) d'apporter des réponses aux besoins d'une patientèle marquée par la précarité. Les dispositifs sont, à dire d'experts, plutôt pertinents et mériteraient d'être confortés pour garantir une meilleure continuité du service (exemple du médiateur social des urgences qui n'est présent que certaines nuits). Leur impact n'a cependant pas été mesuré faute d'avoir pu accéder à des chiffres ou études appréciant leur efficacité (nombre de situations réglées durablement par exemple).

⁸⁰ De décembre 2022 à septembre 2023, 39 % des personnes prises en charge par la médiatrice sociale ont bénéficié d'un hébergement in situ, 61 % d'une prise en charge médicale et 28 % d'une orientation vers le 115. Les données brutes sur le nombre des personnes prises en charge n'ont pas été communiquées.

⁸¹ L'AP-HP a indiqué avoir créé des postes permettant une couverture des 365 nuits annuelles, mais n'arriverait pas à pourvoir ces postes

7 UN DIALOGUE DE GESTION SANS CONTRACTUALISATION

L'AP-HP est l'entité juridique à laquelle sont délégués les crédits par l'ARS. Le budget est constitué au niveau de l'AP-HP. Les modalités de gestion par GHU, établissements et services relèvent des choix de gestion de l'AP-HP.

7.1 Les enjeux

L'impact du SAU sur l'équilibre économique de l'hôpital se pose tout particulièrement à Lariboisière compte tenu de la taille du service et de sa part dans l'activité de l'hôpital. En l'absence de CREA à la maille du service, il est compliqué d'estimer si ce service représente un coût pour l'hôpital ou plutôt un atout sur le plan économique.

7.1.1 Une réforme du financement aux effets encore non mesurés

Cette question de l'équilibre économique du SAU se pose dans un contexte mouvant : les règles ont récemment changé et la réforme n'est pas entièrement déployée.

Les règles de financement des services d'urgence⁸²

Jusqu'en 2021 :

Les services d'urgences perçoivent un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) pour chaque passage non suivi d'une hospitalisation au sein du même établissement. Ce forfait était de 25,42 € en 2020. A ce forfait s'ajoutent ceux liés à la facturation des examens de biologie et d'imagerie réalisés lors du passage aux urgences. Les consultations et la biologie représentaient 44 % des remboursements de l'assurance maladie lors d'un passage aux urgences et les actes techniques 26 %. Le forfait ATU représentait quant à lui 25 %.

Le forfait annuel urgences est destiné à couvrir les charges fixes des services d'urgences. Il varie selon le nombre de passages (943 292 € jusqu'à 11 499 passages puis une majoration de 163 292 € par tranche de 2 500 ATU supplémentaires, soit pour Lariboisière, sur la base de 75 000 passages, des financements de l'ordre de 5,09 M€.

En cas d'hospitalisation consécutive à un passage aux urgences, seul le séjour hospitalier est facturé aux patients. Ensuite, une quote-part groupement homogène de séjours (GHS) est réallouée en interne aux structures d'urgences en tant que contribution à leur financement. De plus, une mission d'intérêt général SMUR finance les ambulances hospitalières régulées par le SAMU.

⁸² Source : rapport sur les comptes de la Sécurité Sociale- Septembre 2021.

Depuis le 1^{er} janvier 2021 :

La réforme introduite par la loi de financement de la sécurité sociale 2020 combine dotations, forfaits et qualité. L'ancien modèle disparaît. L'enveloppe est répartie entre la dotation populationnelle (53 %), la dotation qualité (2 %) et la part activité (45 %).

La dotation populationnelle : ses modalités de calcul sont définies réglementairement (arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures d'urgence et des structures mobiles d'urgence réanimation) en tenant compte du poids mais également des caractéristiques de la population (état de santé) et du territoire (offre de médecine de ville). Une dotation est allouée par région puis le montant versé à chaque établissement est fixé par l'ARS sur la base de critères définis au niveau régional après avis du comité consultatif.

La dotation qualité est calculée sur la base d'indicateurs liés à l'accueil, au suivi et à l'orientation du patient, à sa prise en charge.

Les forfaits et suppléments urgences sont facturés pour chaque passage non suivi d'hospitalisation. Ils sont :

- le forfait à l'activité : pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, il tient compte de l'âge du patient et de l'intensité de sa prise en charge ;
- le forfait patient urgences se substitue à l'ensemble des tickets modérateurs et participations acquittées par les patients lors d'un passage.

L'AP-HP estime que le bilan de la réforme est difficile à réaliser car elle est intervenue dans une période marquée par des évolutions budgétaires massives avec le financement du Ségur de la santé. Les ressources de l'AP-HP ont ainsi progressé sur la période 2019-2022 mais il a été indiqué par l'AP-HP qu'il serait impossible d'évaluer précisément le gain ou la perte occasionné par la mise en œuvre de la réforme du financement des urgences (en particulier la fusion de la quasi intégralité des ressources provenant de l'assurance maladie pour les urgences dans une unique dotation populationnelle urgence (DPU) ne dépendant plus directement de l'activité effective des services). Par ailleurs, cette réforme a concerné à la fois les services d'urgence et les SMUR, autrefois financées par une mission d'intérêt général dédiée, ce qui induirait une difficulté à isoler aujourd'hui la part de la DPU finançant spécifiquement les services d'urgence.

De plus, le financement des urgences prises en charge directement dans les services (cf. supra filière AVC) apparaît, à ce stade, comme un angle mort de la réforme. En effet, l'activité de ces filières (urgences dentaires et maxillo-faciales, urgences oto-rhino-laryngologiques, urgences dermatologiques et urgences ophtalmologiques), faute de reconnaissance nationale, est exclue des travaux régionaux visant à allouer de nouveaux financements aux différents établissements et à redistribuer les financements existants entre les établissements depuis la réforme. Il en résulte un risque financier sur la solvabilité de ces filières alternatives.

L'absence de CREA à la maille du service ne permet pas de rapprocher les dépenses et les recettes induites par le SAU. Aucune donnée de comptabilité analytique permettant de mesurer le coût du SAU et de le rapprocher des financements reçus n'a été obtenue pendant l'instruction (le dernier état des dépenses date de 2019).

Recommandation performance n°5 : Élaborer des comptes rendus analytiques à la maille du département médico-universitaire, détaillant les données de chacun des services et départements le constituant et permettant notamment de dresser un bilan coûts/recettes du service d'accueil des urgences.

7.1.2 Des marges de manœuvre limitées au niveau de l'hôpital

Les urgences de l'hôpital Lariboisière étaient, de 2015 à 2019 rattachées au pôle urgences en charge des patients aigus et non programmés. Le pôle coordonnait l'activité des urgences (générales et spécialisées) sur l'ensemble du GHU à la fois directement par ses services constitutifs (annexe n° 8) et indirectement dans les collaborations à instituer avec les autres pôles. Ce pôle regroupait notamment le département d'anesthésie, le SMUR, le service d'accueil des urgences et le centre anti- poison et de toxico- vigilance.

Depuis la réforme de 2019, les pôles sont remplacés par des DMU⁸³ structurés à l'échelle des GHU. Le SAU est aujourd'hui intégré au pôle INVICTUS, transversal à cinq établissements et regroupant des services de médecine⁸⁴ ainsi que les services d'urgences :

Tableau n° 21 : Les services et départements composant le pôle INVICTUS

Site	service
Hôpital Beaujon	Médecine interne
	Département urgences
	Département de gériatrie
Hôpital Bichat	SAU
	Réanimation médicale- maladies infectieuses
	Maladies infectieuses et tropicales
	Soins palliatifs
	Département de gériatrie
Hôpital Bretonneau	Gériatrie
	Neuro-psy-gériatrie
GH Lariboisière	Médecine interne
	SATU
	Gériatrie
	Policlinique ⁸⁵
Hôpital Saint Louis	Médecine interne
	Urgences

Source : tableau CRC IDF données AP-HP

⁸³ Le 2° de l'article R. 6147-4 du code de la santé publique permet de « créer des pôles autres que ceux mentionnés à l'article L. 6146-1, dénommés « pôles d'intérêt commun ».

⁸⁴ La logique est celle du regroupement dans le DMU des services d'aval les plus en interaction avec les urgences.

⁸⁵ L'AP-HP a fait le choix de cette écriture. Il ne s'agit pas d'une polyclinique. Il est supposé que ce choix marque le lien avec la ville (POLIS pour cité en grec).

Le rôle du DMU est différencié suivant les sujets. Si le chef de service dialogue directement avec la direction de site sans nécessairement passer par le directeur médical du DMU, la gestion du personnel paramédical relève d'un modèle plus pyramidal. Pour le reste, le DMU se présente comme en appui du service. Dans le cadre des travaux en vue de la certification par la haute autorité de santé, par exemple, il se trouve que le SAU Lariboisière sera examiné après les autres SAU du département, ce qui permet de capitaliser sur ce qui fonctionne et de s'inspirer des organisations ayant reçu un avis favorable. L'insertion du SAU au sein de cet ensemble n'apparaît en revanche pas présenter une plus-value significative dans la gestion des lits d'aval : une forme de solidarité de site est perceptible, qui ne s'étend pas à la maille du DMU.

La politique de rémunérations est gérée de manière centralisée au niveau du siège. Le rôle du site consiste à attribuer certains dispositifs aux services prioritaires. Il en va notamment ainsi pour le choix des services en difficulté dont les agents peuvent bénéficier du forfait de cinq heures supplémentaires bonifiées mis en place par le Ségur de la santé (29 IDE du SAU ont signé un contrat Ségur soit de l'ordre de 50 % de l'effectif des IDE du service). Les moyens de suppléance (suppléance interne, heures supplémentaires, intérim) sont gérés de manière centralisée. Les équipes formulent leurs demandes au moyen d'un logiciel dédié ; les cadres sont garants de la justification de ces demandes. Il n'y a pas d'enveloppe prédéterminée associée à chaque site, ce qui présente des avantages (éviter d'inciter à consommer au-delà du strict besoin pour consommer son enveloppe) mais est moins responsabilisant.

Les dotations urgences sont notifiées par le siège au GHU (qui n'a pas de visibilité sur l'existence éventuelle de prélèvement de frais de gestion ou d'une redistribution par le siège éventuellement différente de celle résultant du calcul strict des montants induits par l'activité de chaque SAU). Il n'existe pas de comptes de résultats analytique à l'échelle du service ni même du DMU (équivalent du pôle)⁸⁶. Le dialogue de gestion se tient entre le siège et le GHU. Les chefs de service sont toutefois présents lors des échanges avec chaque DMU. Ce dispositif peut être complété par des échanges avec les services auxquels sont associées les directions de site. Concernant le SAU, il a été indiqué que de tels échanges sont intervenus au cours des dernières années notamment en accompagnement des réformes du financement des urgences autour des enjeux de codage de l'UHCD ou de ventilation des passages entre les catégories de la CCMU par exemple.

7.2 Le passage par les urgences, facteur de séjours plus longs donc plus coûteux

Les séjours entrés par les urgences sont plus longs et donc plus coûteux que les séjours entrés par une autre voie. À la demande de l'équipe de contrôle, le département d'information médicale a identifié quatre groupes homogènes de malades fréquents relevant de trois spécialités : neurologie, neurochirurgie et diabétologie.

⁸⁶ Les comptes de résultat analytiques transmis (CREA) datent de 2019, sont partiels (recensent les dépenses mais pas les recettes) et sont à la maille du DMU ; ils ne descendent pas à la maille du service.

Tableau n° 22 : Comparaison de séjours des patients entrés par le SAU (séjours urgents) et les séjours des patients non entrés par le SAU (séjours non urgents)

Racine GHM	Libellé racine GHM	Nb séjours non urgents	Nb séjours urgents (prov=5)	DMS séjours non urgents	Différence DMS patients urgents/non urgents (en jours)*	% DMS (par rapport DMS ref)*	IP ⁸⁷ séjours non urgences	IP séjours urgences	Différence IP urgents/non urgents
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	145	414	10,8	1,2	10,9	1,03	1,14	0,10
01M12	Autres affections du système nerveux	80	93	5,0	1,4	27,3	0,66	0,79	0,13
01C04	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	454	184	7,9	6,1	76,8	0,73	0,85	0,13
10M02	Diabète, âge supérieur à 35 ans	265	81	5,7	2,2	38,4	1,01	1,30	0,28

Source : AP-HP département d'information médicale

Les séjours avec entrée par les urgences sont significativement plus longs que les séjours ayant suivi un autre parcours et également plus longs que la durée théorique de ces séjours (IP DMS). Ces séjours sont donc aussi plus coûteux. L'une des explications possibles est que les patients qui arrivent par les urgences sont médicalement moins suivis et se présentent dans une situation plus dégradée.

7.3 La facturation : un processus à améliorer dans le cadre plus large de l'accueil des patients du SAU

L'efficacité du processus de facturation est un facteur important de la santé financière d'un hôpital. Des délais de facturation et de recouvrement plus rapides permettent de dégager des ressources réduisant le besoin en fonds de roulement. Les données relatives aux impayés font apparaître une dégradation sur 2018 et 2019 que l'AP-HP impute à un changement d'organisation du circuit administratif qui a nécessité un délai d'ajustement. L'année 2020 est atypique. L'établissement n'a pas été en mesure de fournir les données plus récentes.

⁸⁷ IP : Indice de performance.

Tableau n° 23 : Évolution des impayés sur factures (hôpital Lariboisière avec ATU)

Exercice/type de débiteur	Impayés au 25/11/23 en €	Dont admis en admission non valeur au 25/11/23
2017	712 257,17	711 654,87
2018	982 010,03	817 878,59
2019	982 439,14	410 200,04
2020	624 225,13	167 991,35
Total général	3 300 931,47	2 107 724,85

Source : AP-HP

De manière globale, l'hôpital Lariboisière a des pertes sur créances irrécouvrables plus importantes que la moyenne des établissements de l'AP-HP :

Tableau n° 24 : Pertes sur créances irrécouvrables en M€- exercice 2022

	Pertes sur créances irrécouvrables	Produits de la tarification des séjours	% des pertes sur les produits
Lariboisière	4,53	124,07	3,65
Total AP-HP	82,61	3067,66	2,69

Source : AP-HP- note technique relative à la méthodologie d'élaboration des comptes d'exploitation 2022

L'AP-HP a identifié ses marges d'amélioration sur ce processus qui est traité dans le cadre plus large du circuit d'inscription des patients du SAU. Ce circuit est actuellement distinct selon qu'il s'agit d'un patient « piéton » ou d'un patient « couché ». Alors que le circuit d'inscription du patient couché fait intervenir des admissionnistes dont la mission principale est le traitement des dossiers, ce sont les aides-soignants qui assurent l'inscription des patients piétons. Or il s'agit pour ces agents de missions administratives accessoires pour lesquelles ils ne sont pas formés. Il en résulte des problèmes d'identitovigilance d'une part (création de doublons, d'identités erronées) et des facturations difficiles ou impossibles. Afin de remédier aux difficultés, il est envisagé de mettre en place une nouvelle organisation dans l'accueil. L'aide-soignant du pré-accueil serait remplacé par un admissionniste. De plus a été ouverte en janvier 2024 la préadmission sur les urgences qui permet de sécuriser le transfert des pièces administratives de manière dématérialisée.

Actuellement, il n'y a pas de caisse localisée au SAU ni de circuit particulier pour les encaissements en régie lors de la sortie du patient. Les patients doivent revenir après réception de la facture soit au guichet des traitements externes soit à la régie pour les frais de séjour. Ils se présentent avec la fiche de liaison ou le titre et la régie procède à l'encaissement⁸⁸. Il n'existe pas de procédure formalisée décrivant le mode opératoire de l'encaissement en régie. Le délai moyen entre la date des soins et la date de facturation n'est pas identifiable dans les outils utilisés, toutefois les délais cibles ont augmenté au fil du temps : de J+14 initialement, il a été fixé, à la suite du changement de logiciel de facturation, d'abord à 11 puis à 20 jours.

⁸⁸ La régie n'est pas en mesure d'identifier les recettes issues du SAU.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

En l'état du dispositif de délégation de gestion et de suivi des pôles, il n'est pas possible de rapprocher les dépenses et les recettes du SAU et donc de mesurer l'équilibre financier de ce service. Il apparaît en revanche que les patients entrés par les urgences tendent à rester hospitalisés plus longtemps, ce qui valide les hypothèses selon lesquelles ces patients présentent des caractéristiques médicales et/ou sociales qui contribuent à augmenter leur coût de prise en charge. Le processus de facturation actuel est peu efficace ; il convient de déployer les axes d'amélioration déjà identifiés par l'AP-HP et d'en mesurer les effets.

ANNEXES

Annexe n° 1. L'AP-HP et ses six groupes hospitalo-universitaires	54
Annexe n° 2. Zone d'attractivité de l'hôpital Saint-Louis- Lariboisière.....	55
Annexe n° 3. Caractéristiques de la population du territoire	56
Annexe n° 4. Arrivées avec les pompiers	60
Annexe n° 5. Information du grand public sur les délais d'attente aux urgences	61
Annexe n° 6. Motifs de recours aux urgences	62
Annexe n° 7. Résultats de la certification 2014	63
Annexe n° 8. Périmètre du pôle urgences 2015-2019.....	63
Annexe n° 9. Glossaire des sigles	64

Annexe n° 2. Zone d'attractivité de l'hôpital Saint-Louis- Lariboisière

Le CHU Saint-Louis site Lariboisière accueille principalement une patientèle issue des arrondissements du nord de Paris (sélection sur les codes postaux dont la valeur est > 1 000 patients).

Zone d'attractivité hôpital Saint Louis Lariboisière

	Arrondissement d'origine des patients	Séjours Programme médicalisée des systèmes d'information
75009	Paris 9 ^{ème} arrondissement	1 614
75010	Paris 10 ^{ème} arrondissement	3 754
75011	Paris 11 ^{ème} arrondissement	1 255
75018	Paris 18 ^{ème} arrondissement	4 984
75019	Paris 19 ^{ème} arrondissement	5 506
75020	Paris 20 ^{ème} arrondissement	1 744

Source : Hospidiag

Annexe n° 3. Caractéristiques de la population du territoire

Sur la base des données produites par l'observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France (<https://cartoviz.institutparisregion.fr>), la population du territoire présente les caractéristiques suivantes :

Sur le plan démographique :

Tableau n° 1 : Une population en net recul entre 2014 et 2020

	Évolution en valeur arrondissements	Évolution en %		
		Arrondissement	France	Région IDF
Paris 10	- 8 769	- 10,51	+ 1,9	+ 1,99
Paris 18	- 8 000	- 4,19		
Paris 19	- 3 945	- 2,15		

Source : ORS Île-de-France

Les jeunes et les plus âgés sont des utilisateurs notables des services d'urgence. Une majorité de la population des arrondissements concernés se trouve dans les âges intermédiaires

Tableau n° 2 : Pourcentage des personnes âgées de moins de vingt ans parmi la population totale en 2020

	Évolution en %		
	Arrondissement	France	Région IDF
Paris 10	18,36	23,78	25,51
Paris 18	18,04		
Paris 19	21,82		

Source : ORS Île-de-France

Tableau n° 3 : Pourcentage des personnes âgées de 75 ans et plus parmi la population totale en 2020

	Évolution en %		
	Arrondissement	France	Région IDF
Paris 10	5,49	9,56	6,93
Paris 18	5,99		
Paris 19	6,67		

Source : ORS Île-de-France

Tableau n° 4 : Indice de vieillissement en 2020

	Arrondissement	France	Région IDF
Paris 10	0,70	0,86	0,59
Paris 18.	0,70		
Paris 19	0,70		

Source : ORS Île-de-France

Cette population tend plutôt à vieillir :

Tableau n° 5 : Pourcentage d'évolution de la population des moins de 20 ans entre 2014 et 2020

	Arrondissement	France	Région
Paris 10	- 16,28	- 0,28	1,09
Paris 18	- 8,76		
Paris 19	- 10,94		

Source : ORS Île-de-France

Tableau n° 6 : Pourcentage d'évolution de la population de 75 ans et plus entre 2014 et 2020

	Arrondissement	France	Région
Paris 10	2,52	4,68	5,04
Paris 18	- 0,31		
Paris 19	6,3		

Source : ORS Île-de-France

Sur le plan social :

Tableau n° 7 : Pourcentage des allocataires dont 75 % ou plus des ressources proviennent des prestations des CAF parmi l'ensemble des allocataires au 31/12/2021

	Arrondissement	France	Région
Paris 10	28,43	18,97	20,23
Paris 18	30,44		
Paris 19	27,85		

Source : ORS Île-de-France

Tableau n° 8 : Pourcentage de la population couverte par le RSA

	Arrondissement	France	Région
Paris 10	6,38	5,24	5,6
Paris 18	7,33		
Paris 19	7,38		

Source : ORS Île-de-France

Indicateurs de santé (sélection de quelques indicateurs)

Les personnes atteintes de maladies chroniques et de troubles cognitifs ainsi que celles souffrant de pathologies multiples, présentent une probabilité plus importante de recourir aux urgences.

Tableau n° 9 : Taux standardisé de personnes prises en charge pour cancer (actif) en 2019

	Arrondissement	France	Région
Paris 10.	2 115,03	2 279,73	2 235,35
Paris 18	2 120,31		
Paris 19	2 126,44		

Source : ORS Île-de-France

Tableau n° 10 : Taux standardisé de mortalité par cancer en 2019

	Arrondissement	France	Région
Paris 10.	199,61	212,39	198,17
Paris 18	198,25		
Paris 19	207,00		

Source : ORS Île-de-France

Tableau n° 11 : Taux standardisés de mortalité prématurée par cancer en 2019

	Arrondissement	France	Région
Paris 10.	63,39	55,41	51,65
Paris 18	66,79		
Paris 19	66,70		

Source : ORS Île-de-France

Tableau n° 12 : Taux standardisés de personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires en 2019

	Arrondissement	France	Région
Paris 10.	6 704,85	7 571,73	6 871,79
Paris 18	6 746,28		
Paris 19	6 891,55		

Tableau n° 13 : Taux standardisé de mortalité par maladie cardio-neurovasculaire 2019

	Arrondissement	France	Région
Paris 10.	134,94	168,70	135,19
Paris 18	127,40		
Paris 19	134,19		

Source : ORS Île-de-France

Tableau n° 14 : Taux standardisés de personnes prise en charge pour maladie neurodégénérative en 2019

	Arrondissement	France	Région
Paris 10.	1 235,82	1 295,20	1 364,31
Paris 18	1 332,07		
Paris 19	1 270,42		

Source : ORS Île-de-France

Tableau n° 15 : Taux standardisé de personnes prises en charge pour maladie psychiatrique en 2019

	Arrondissement	France	Région
Paris 10.	3 330,87	4 105,24	3 529,00
Paris 18	3 766,37		
Paris 19	3 875,08		

Source : ORS Île-de-France

Tableau n° 16 : Taux standardisé de personnes prises en charge pour troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool en 2019

	Arrondissement	France	Région
Paris 10.	365,42	549,53	360,73
Paris 18	383,18		
Paris 19	346,27		

Source : ORS Île-de-France

Tableau n° 17 : Taux standardisé de mortalité par pathologie associée à la consommation d'alcool 2017-2019

	Arrondissement	France	Région
Paris 10.	17,43	24,84	19,83
Paris 18	17,49		
Paris 19	19,82		

Source : ORS Île-de-France

Annexe n° 4. Arrivées avec les pompiers

Arrivées avec les Pompiers	2017		2018		2019		2022		Total Période	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
GH A. Chenevier - H. Mondor	10 366	19,5	10 776	19,1	10 272	18,0	10 525	17,5	61 468	18,1
GH Cochin	17 978	32,9	19 619	34,8	17 281	31,7	17 703	31,2	98 343	31,1
GH Lariboisière Fernand Widal	19 679	23,7	21 628	24,9	21 120	24,6	23 534	31,6	12 6711	26,9
Groupe Hospitalier Pitié-La Salpêtrière	10 778	16,0	11 505	16,5	12 042	17,5	12 576	19,3	68 308	17,9
HEGP	10 023	17,9	9 146	16,0	9 177	16,3	10 083	19,3	54 557	17,5
Hôpital Ambroise Pare	11 014	28,7	11 489	28,4	10 999	27,6	11 830	28,2	64 887	28,3
Hôpital Antoine Bécclère	7 590	21,7	7 749	21,6	7 052	20,5	6 854	20,2	41 627	20,8
Hôpital Avicenne	9 522	23,8	9 594	23,6	8 140	20,0	8 551	18,8	50 950	20,9
Hôpital Beaujon	6 654	20,9	7 253	21,5	7 040	20,7	8 069	23,1	42 985	21,6
Hôpital Bichat	17 729	20,8	18 968	22,6	19 529	22,5	18 325	22,0	107 647	22,1
Hôpital de Bicêtre	13 254	22,9	13 773	22,9	13 241	22,0	14 141	23,9	79 763	23,0
Hôpital Jean Verdier	3 785	12,6	3 598	11,7	3 486	11,3	3 391	11,2	20 768	11,9
Hôpital Louis Mourier	2 925	8,5	3 343	9,6	3 646	10,3	3 475	9,1	19 820	9,6
Hôpital Saint-Antoine	18 495	29,4	19 253	30,1	18 866	30,3	19 677	31,1	109 536	30,4
Hôpital Saint-Louis	1 032	2,6	1 883	4,6	1 765	4,3	2 194	6,0	9 597	4,3
Hôpital Tenon	9 401	20,7	9 796	21,1	9 840	20,8	10 341	21,6	57 473	21,2
Hôtel-Dieu de Paris	59	0,2	70	0,3	46	0,2	21	0,1	229	0,2
Total général SAU Adultes	170 284	20,3	179 443	20,7	173 542	20,2	181 290	21,4	1 014 669	20,7

Source : AP-HP (2020 et 2021 ont été neutralisés en raison de leur caractère atypique en lien avec le Covid)

Annexe n° 5. Information du grand public sur les délais d'attente aux urgences

La fréquentation des Services d'Accueil des Urgences (SAU) de l'AP-HP

Ces estimations ne concernent que les patients relevant d'urgences dites « relatives », qui auraient pu faire l'objet d'une consultation non urgente en ville.

En cas de doute, appelez le 15.

La fréquentation moyenne :

Ci-dessous est présentée la fréquentation moyenne observée au sein des Services d'Accueil des Urgences (SAU) de l'AP-HP sur les 3 exercices précédents. Portées à votre connaissance, ces informations vous permettront, le cas échéant et si votre état vous le permet, de réévaluer votre venue à des horaires moins denses pour une prise en charge dans de meilleures conditions.

Au sein de quel service souhaitez-vous vous rendre ?

LUNDI de 14H00 à 15H00



Les temps d'attente à compter de votre heure d'arrivée :

<p> Voir l'infirmier</p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">16 min</p> <p style="font-size: 10px;">18 patients présents</p>	<p> Voir le medecin</p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">105 min</p> <p style="font-size: 10px;">29 patients présents</p>	<p> Quitter le service</p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">257 min</p> <p style="font-size: 10px;">40 patients présents</p>
---	---	--



Annexe n° 6. Motifs de recours aux urgences

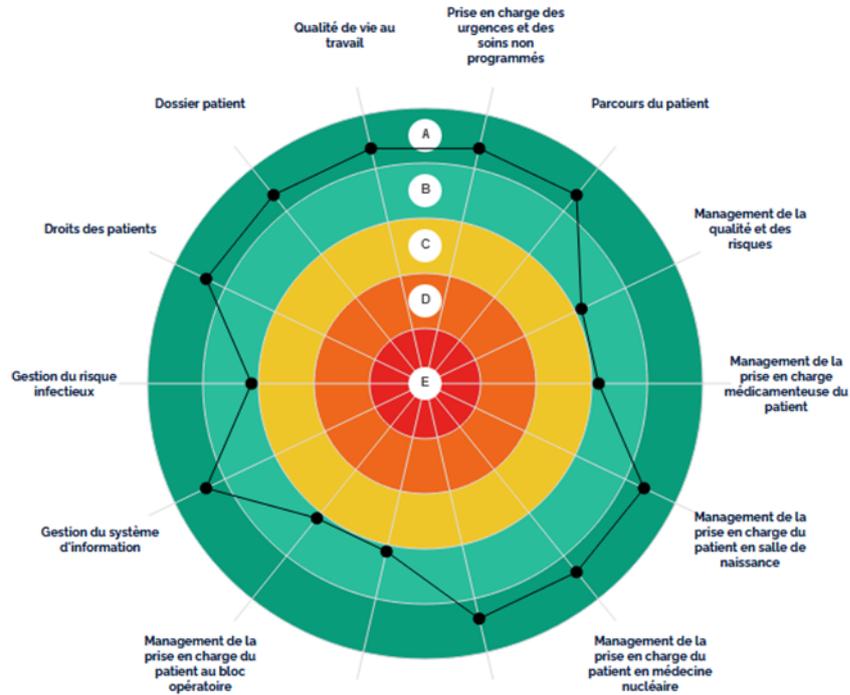
Motifs de recours aux urgences

Famille de DP	SAU Lariboisière				
	2019	2021	2022	Évolution 2019/2022 en %	Pourcentage en 2022
Causes externes de morbidité et de mortalité	946	909	1 168	23,47	1,73
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale			18		0,03
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1 230	824	1 114	- 9,43	1,65
Codes d'utilisations particulière		1 510	878		1,30
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2 132	1 908	1 872	- 12,20	2,77
Grossesse, accouchement et puerpéralité	34	21	29	- 14,71	0,04
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	14 225	11 925	12 686	- 10,82	18,80
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1 097	726	790	- 27,99	1,17
Maladies de l'appareil circulatoire	2 075	1 883	1 909	- 8,00	2,83
Maladies de l'appareil digestif	2 170	1 703	2 045	- 5,76	3,03
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 730	1 454	1 747	0,98	2,59
Maladies de l'appareil respiratoire	2 632	1 463	2 155	- 18,12	3,19
Maladies de l'œil et des annexes	113	73	77	- 31,86	0,11
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1 592	458	470	- 70,48	0,70
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	267	250	250	- 6,37	0,37
Maladies du système nerveux	4 026	2 036	2 117	- 47,42	3,14
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	3 586	2 754	3 411	- 4,88	5,06
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	638	577	590	- 7,52	0,87
Malformation congénitales et anomalies chromosomiques	1	1	15	1 400,00	0,02
Non renseigné	13 980	14 823	19 045	36,23	28,23
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	14 268	9 740	11 513	- 19,31	17,07
Troubles mentaux et du comportement	3 598	3 329	3 468	- 3,61	5,14
Tumeurs	127	102	97	- 23,62	0,14
Total	70 467	58 469	67 464	- 4,26	100,00

Source : ORU IDF

Annexe n° 7. Résultats de la certification 2014

Résultats de la certification 2014



Source : site de la haute autorité de santé (certification 2014-2017)

Annexe n° 8. Périmètre du pôle urgences 2015-2019

Organisation du pôle

Département/service	SATU	Urgences médico-chirurgicales	Cardiologie	Anesthésie réanimation chirurgicale SMUR	Réa. Médicale - toxico	Information toxico
Unités	UHCD (13 lits) SAU Polyclinique des urgences Polyclinique Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)	Accueil urgences Porte urgences UCMA	Cardiologie USIC Insuffisance cardiaque Maladies coronaires	SMUR Anesthésiologie Salle de réveil Soins palliatifs Coord. Prélèvements greffes Réa chirurgicale Réa chir. brûlés	Réanimation méd. Consultations Unité de surveillance continue	Pharmacovigilance Toxicovigilance et information toxico

Source : tableau CRC IDF - contrat de pôle 2014-2019

Annexe n° 9. Glossaire des sigles

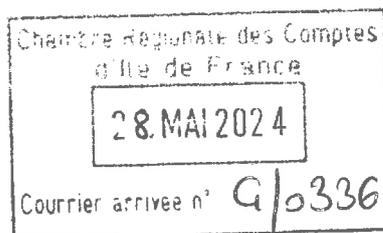
AP-HP	Assistance publique-hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ATU	Accueil et traitement des urgences
AVC	Accidents vasculaires cérébraux
BSPP	Brigade des sapeurs-pompiers de Paris
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMA	Centre médical d'appui
CRC IDF	Chambre régionale des comptes Île-de-France
CREA	Compte de résultat analytique
CREX	Comité de retour d'expérience
CSP	Code de la santé publique
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DMU	Département médical et universitaire
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Équivalent temps plein
FEDORU	Fédération des observatoires régionaux des urgences
FHU	Fédérations hospitalo-universitaires
GHS	Groupements homogènes de séjours
GHU	Groupement hospitalo-universitaire
HAS	Haute Autorité de Santé
IAO	Infirmière d'accueil et d'orientation
IDE	Infirmiers diplômés d'État
IPA	Infirmière en pratique avancée
IP-DMS	Indice de performance – durée moyenne de séjour
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
ORL	Oto-rhino-laryngologie
ORS	Observatoire régional de santé
ORU	Observatoire régional des urgences
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
RT-PCR	Technique qui permet de faire une PCR (réaction en chaîne par polymérase) à partir d'un échantillon d'ARN
SAE	Statistique annuelle des établissements
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	Service d'accès aux soins
SAU	Service d'accueil des urgences
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SMUR	Structures mobiles d'urgence et de réanimation
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée

RÉPONSE

**DE MONSIEUR NICOLAS REVEL
DIRECTEUR GENERAL DE L'AP-HP (*)**

() Cette réponse jointe au rapport engage la seule responsabilité de son auteur, conformément aux dispositions de l'article L.243-5 du Code des juridictions financières.*

**DIRECTION
GENERALE
DE L'AP-HP**
55 Bd Diderot
CS 22305
75610 PARIS Cedex 12



Monsieur Thierry VUGHT
Président
Chambre régionale des comptes -
Île-de-France
6 cours des Roches
Noisiel - BP 187
77315 Marne-la-Vallée Cedex 2

Paris, le 22 mai 2024

Nicolas Revel
Directeur général
nicolas.revel@aphp.fr

D20243-515

Affaire suivie par :

Jean-Baptiste HAGENMULLER
Directeur délégué auprès du
Directeur général

jean-baptiste.hagenmuller@aphp.fr

Monsieur le Président,

Je vous remercie de m'avoir adressé en date du 22 avril 2024, le rapport d'observations définitives concernant le SAU de l'hôpital Lariboisière. Vous voudrez bien trouver ci-après, les éléments de réponse aux recommandations et conclusions formulées dans ce rapport.

Je souhaite saluer dans ce rapport l'objectivation des spécificités du SAU de l'hôpital Lariboisière, liées à un volume d'activité important et à son intégration dans un territoire marqué par la précarité d'une partie significative de la population, dans des proportions sans équivalent dans les autres SAU de l'AP-HP. Cet élément qui avait été souligné dès l'entretien d'ouverture est, en effet, essentiel à la bonne compréhension de l'activité et du fonctionnement du service.

Je retiens également la valorisation de différentes actions mises en œuvre pour répondre aux enjeux liés à la qualité de prise en charge des patients du SAU. En particulier, les mesures en faveur de la régulation des flux en amont du SAU mais aussi de la réduction du temps de passage aux urgences, l'articulation avec les acteurs du territoire ainsi que les investissements importants réalisés par l'APHP pour adapter les locaux, qui sont mis en exergue dans le rapport.

Toutefois, mon attention a été retenue sur deux points pour lesquels je souhaite apporter un éclairage complémentaire :

- D'une part, la chambre évoque une insuffisance « structurelle » de lits à Lariboisière au regard de son activité d'urgence, sur la base d'une comparaison avec un autre hôpital proche. Or, comme indiqué dans les précédents échanges, l'analyse faite à l'échelle de l'AP-HP montre que Lariboisière est dans une situation comparable à celle de la médiane des hôpitaux de l'AP-HP et de la moyenne nationale telle qu'elle ressort de la SAE 2022. Sa situation ne semble donc pas atypique au vu de ces données.

- D'autre part, le rapport évoque des tensions entre services d'aval et SAU, en l'absence de procédures plus solidaires entre services. Or, l'ensemble de la communauté de Lariboisière se mobilise en appui du SAU. Ainsi, pour faciliter l'aval des urgences, les services de spécialités se sont engagés à favoriser et sécuriser les hébergements hors spécialité. Une charte ad'hoc a été élaborée et signée par l'ensemble des acteurs pour marquer cette mobilisation. De même, par solidarité et pour renforcer les effectifs médicaux du SAU, d'autres services de l'hôpital y assurent régulièrement des permanences de jour ou de nuit. Ces actions traduisent l'engagement de la communauté en soutien du SAU et je souhaite ici les rappeler.

Je prends note par ailleurs des différentes recommandations adressées par la chambre et je souhaite apporter les éléments suivants :

- **Recommandation de régularité :** *Signer des contrats de département médico-universitaire intégrant des dispositions relatives à l'accueil de patients en provenance des urgences conformément.*

Le dialogue de gestion entre les DMU et la direction du GHU APHP.Nord Université de Paris Cité est organisé de façon pérenne. Chaque année a lieu une conférence avec chaque DMU permettant de fixer très précisément les objectifs et les moyens du DMU pour l'année en cours (cible d'activité en volume et en recettes, TPER pour le personnel médical et non médical, politique d'attractivité, suivi de la recherche et des indicateurs qualité...). Ces conférences font l'objet systématiquement d'un compte rendu, visé par le Directeur de DMU, le Président de la CMEL, le Directeur du GHU et le Doyen de l'Université. Nous pourrions à l'avenir demander à ce que les compte-rendu qui sont réalisés soient également dûment signés.

Il existe aussi un dispositif spécifique de contractualisation entre le SAU, les différents services d'aval et la gouvernance de l'hôpital Lariboisière, au travers d'une charte concernant les hospitalisations en aval des urgences. Celle-ci est signée par les différents acteurs, validée par les instances du site et régulièrement évaluée et, si besoin, actualisée. Elle formalise les engagements réciproques pour assurer la fluidité et la sécurité de la prise en charge des patients en aval des urgences, notamment dans les situations d'hébergement en dehors de la spécialité dont relève le patient.

- **Recommandation de performance n°1 :** *Développer des outils permettant d'évaluer l'impact des actions mises en œuvre sur les durées de passage afin de cibler les actions ayant fait leurs preuves.*

La réduction du temps de passage aux urgences mobilise fortement les équipes du SAU comme des autres services, la gouvernance de l'hôpital et, au-delà, l'AP-HP. Un plan d'actions dédié regroupe un ensemble de mesures concernant autant les moyens affectés que l'organisation et les procédures. Ce plan est piloté, et fait l'objet d'un suivi étroit de la mise en œuvre des actions.

Suite à la mission de la chambre régionale des comptes, un travail conséquent a été réalisé depuis janvier 2024 pour renforcer les indicateurs

de performance et de qualité de prise en charge et assurer un suivi mensuel. Comme cela est souhaité par la chambre, l'AP-HP va renforcer ses outils d'évaluation en ce sens, mais sans pouvoir s'engager à le faire sur chaque action. En effet, l'évolution des indicateurs est souvent multi-factorielle sans pouvoir être spécifiquement et systématiquement rattachable à une action isolée.

- **Recommandation de performance n°2 :** *Accélérer le déploiement des dispositifs permettant d'optimiser le temps médical (infirmière en pratique avancée, protocoles de coopération).*

L'ensemble des dispositifs permettant d'optimiser le temps médical sont encouragés et valorisés. Il convient de souligner que la mention « urgence » des IPA a été ouverte par le décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021, ce qui a permis aux universités de créer leur première promotion 2022-2024. Ainsi la candidate de Lariboisière qui suit cette formation fait partie de la première promotion IPA des SAU. Sa mission visera à optimiser le temps médical en assurant en autonomie la prise en charge de 12 types de parcours de soin.

Les difficultés de recrutement rencontrées depuis plusieurs années ralentissent, sans pour autant remettre en cause leur principe, les mesures visant à optimiser le temps médical par mobilisation du temps infirmier.

D'autres leviers permettant d'alléger la sollicitation de la ressource médicale du SAU sont actionnés et continueront à être favorisés. Ainsi, en est-il de l'orientation vers le CMA des patients relevant d'une consultation de médecine générale, ou de la création du poste de *Médiateur Urgences Sortie*, assuré par des aides-soignants dans le cadre de l'appel à projet « *redonner du temps aux soignants* » porté par l'AP-HP qui vise notamment à alléger le temps médical jusqu'alors affecté à des fonctions opérationnelles notamment liées à la sortie du patient.

- **Recommandation de performance n°3 :** *Faire évoluer le centre médical d'appui pour mieux répondre aux besoins de délestage du service d'accueil des urgences notamment en termes d'horaires d'ouverture.*

L'AP-HP souscrit pleinement à cet objectif et c'est le sens de la convention signée entre l'AP-HP et le CMA qui prévoit une extension progressive des horaires d'ouverture du centre de santé. L'élargissement des horaires de fonctionnement du CMA en soirée, est conditionnée à l'autorisation d'un point de garde fixe en soirée.

Le dossier déposé par le CMA n'a pas, à ce stade, été retenu au niveau régional, quoique l'AP-HP soutienne très fortement cette demande. L'extension des horaires d'ouverture sur la matinée (ouverture actuelle à 14h00 en semaine et 12h00 le week-end) fait l'objet d'échanges réguliers avec le CMA et demeure un objectif prioritaire pour l'APHP.

- **Recommandation de performance n°4 :** *Assurer le suivi d'indicateurs pour mieux appréhender la prise en charge des urgences hors du service d'accueil des urgences. -non mise en œuvre.*

L'AP-HP favorise la prise en charge directe des patients non programmés dans les services de spécialité dont ils relèvent. Elle partage l'intérêt de tracer cette activité pour objectiver ces flux. La prise en charge des urgences spécialisées dans des lieux spécifiques hors SAU fait d'ores et déjà l'objet d'un suivi ad'hoc avec, depuis plusieurs années, un recensement mensuel concernant la grande garde ORL, les urgences céphalées et les urgences gynécologiques. A également été mis en place un recensement des séjours liés à la Grande Garde de neurochirurgie et aux AVC accédant directement au service de neurologie.

Pour les autres services, le suivi de l'accueil direct de patients non programmés se heurte à la qualité du codage PMSI, en particulier sur le mode d'entrée. Les différents services vont être sensibilisés en ce sens.

S'agissant de ces urgences spécialisées, l'APHP souhaite également élargir le sujet et attirer l'attention de la chambre sur l'absence de prise en compte, à ce stade, par les pouvoirs publics de cette activité spécifique dans le nouveau modèle de financement des urgences entré en vigueur en 2020-2021. Les travaux initiés par la DGOS pour répondre à cette problématique ne semblent pas, en première intention, couvrir ce périmètre d'activité, ce qui serait de nature à fragiliser l'organisation de ces plateaux techniques spécialisés et de dégrader la réponse actuelle apportée aux besoins de santé de la région Ile-de-France s'agissant du recours régional observé pour les urgences ORL et céphalées.

- **Recommandation de performance n°5 :** *Élaborer des comptes rendus analytiques à la maille du département médico-universitaire, détaillant les données de chacun des services et départements le constituant et permettant notamment de dresser un bilan coûts/recettes du service d'accueil des urgences.*

Les comptes de résultats analytiques sont en cours de construction pour l'ensemble de l'AP-HP afin de disposer d'une méthodologie commune à tous les GHU. Leur mise en production est prévue pour l'année 2025 et ils seront mis à disposition des services. Cela permettra, notamment, de déterminer le résultat, à la maille du service, et sera également l'outil qui servira au déploiement de l'intéressement des services au résultat de l'AP-HP. Il s'agit d'un objectif poursuivi par l'institution afin que les services qui présentent une amélioration de leur résultat par rapport à l'exercice précédent soient valorisés et qu'une partie de cette amélioration soit partagée avec les équipes au sein des services (dépenses d'investissement et/ou d'exploitation sauf sur la masse salariale).

Par ailleurs, le GHU Nord a mis en place en janvier 2023 une première délégation de gestion avec 4 DMU. Elle consiste en un suivi mensuel avec les exécutifs de DMU des évolutions de recettes et dépenses afin de permettre notamment une meilleure agilité dans l'utilisation de la masse salariale notamment entre les différents services qui composent le DMU. Le DMU Invictus, dont fait partie le SAU de Lariboisière, sera intégré à la délégation de gestion début 2025.

En conclusion, dans un contexte national connu de tous, dans lequel les difficultés de recrutement de personnel créent des tensions dans les SAU et entraînent des fermetures de lits d'aval, les efforts faits à Lariboisière pour faire face à des flux importants d'urgences méritent d'être soulignés.

Vous souhaitant bonne réception de ces observations, je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de ma parfaite considération.



Nicolas REVEL



Chambre régionale des comptes Île-de-France

6, Cours des Roches

BP 187 NOISIEL

77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél. : 01 64 80 88 88

www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france