

Groupe de la CME sur le premier aval des urgences à l'AP-HP

Réunion du lundi 20 février 2017, 8h30-10h

salle Louis-Mourier, Siège de l'AP-HP

Étaient présents :

P^r Olivier BENVENISTE, Pitié-Salpêtrière, médecine interne
 P^r Jean-François BERGMANN, Lariboisière, médecine interne
 P^r Anne BOURGARIT, Jean-Verdier, médecine interne
 D^r Dominique BRUN-NEY, DOMU
 P^r Xavier DRAY, Saint-Antoine, hépato-gastro-entréologie
 M. Marc DUPONT, adjoint à la directrice des affaires juridiques
 P^r Bertrand GODEAU, Henri-Mondor, médecine interne
 P^r Cécile GOJJARD, Bicêtre, médecine interne
 M^{me} Patricia GRATON, Pitié-Salpêtrière, responsable du service social hospitalier
 D^r Sylvie HAULON, Émile-Roux, gériatrie
 P^r Olivier HÉLÉNON, radiologie, Necker
 M. Didier LE STUM, DOMU
 M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
 P^r Olivier STEICHEN, médecine interne, Tenon
 P^r Laurent TEILLET, Ambroise-Paré, gériatrie
 D^r Caroline THOMAS, Saint-Antoine, gériatrie

Informations (P^r Olivier BENVENISTE)

Un point d'étape sur l'avancement des travaux du groupe *Premier aval des urgences* a été fait à la CME du 10 janvier avec un double volet :

- M^{me} Corinne LAMOUCHE a présenté l'étude « un jour donné » sur la prise en charge sociale des patients complexes en séjours longs présentée à la réunion du groupe du 13 décembre 2016 ([diaporama](#)) ;
- le P^r Olivier BENVENISTE a présenté la synthèse des travaux du groupe et ses propositions ([diaporama](#)).

Les débats ont été vifs et constructifs ([compte rendu](#)). Les résultats de l'étude de la collégiale des internistes montrant que 25 % des patients hospitalisés dans les 6 services participant à l'étude étaient en attente d'un examen complémentaire clé subordonnant leur prise en charge a convaincu que des progrès étaient possibles en interne à l'AP-HP. L'idée de scanners dédiés à l'aval des urgences a rencontré un écho favorable sous réserve de la question financière. L'AP-HP est consciente du problème des *beds blockers* et la DOMU est partante pour étudier la possibilité financière de l'ouverture d'un 3^e service de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour adultes de moins de 65 ans dans le cadre de la réforme du financement des SSR. Certaines de nos idées ont reçu un écho dans la presse (dépêche *Hospimédia*).

Texte institutionnel destiné aux familles pour aider à la sortie des patients (après refus de retour à domicile ou de transfert en SSR)

1. L'expérience de la Pitié-Salpêtrière (M^{me} Patricia GRATON, cadre supérieur socio-éducatif) ([diaporama](#))

En 2013, le GH Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix a mis en place un groupe de travail « Projet de sortie empêché par l'absence de coopération des familles » qui a défini une procédure pouvant déboucher sur l'envoi d'un courrier aux familles les informant d'une requalification du séjour hospitalier de leur proche en « séjour de pure convenance personnelle ».

Avant d'arriver à l'envoi de ce courrier, des conditions préalables doivent avoir été remplies :

1. information systématique du patient hospitalisé et de sa famille par une note de la direction du GH remise au patient ou à sa famille au moment de l'admission (dont les termes peuvent aussi figurer dans le livret d'accueil) :

Modèle :

« Vous (ou votre proche) venez d'être hospitalisé pour recevoir les soins que votre (son) état nécessite.

Lorsque votre (son) état de santé ne justifiera plus le maintien au sein de l'un des services de l'établissement, la date de sortie sera décidée par l'équipe médicale.

Pour préparer votre (son) retour à domicile ou une orientation en établissement de suite de soins, nous vous demandons de prendre contact avec l'assistant(e) social(e) du service qui vous précisera les documents à fournir et les démarches à effectuer.

Nous vous remercions de votre collaboration. »

2. définition d'un projet de sortie arrêté par le médecin :
 - pour le retour à domicile (quand le patient en a un), les aides doivent être en place et financées ou en cours, et les intervenants extérieurs (HàD, prestataires extérieurs) prêts à prendre le relais ;
 - pour une sortie en SSR, elle doit être l'objet d'une prescription médicale et l'établissement doit être accessible pour les conjoints âgés ;
3. fixation de la date de sortie : la date de sortie arrêtée doit avoir été communiquée par le médecin à la famille ou au patient en consultation ou par écrit, ces informations doivent avoir été tracées dans le dossier médical, et l'assistante sociale doit avoir contacté la famille si des documents supplémentaires sont nécessaires à la réalisation du projet de sortie définitif ;
4. en cas d'absence de manifestation de la famille, envoi par l'assistante sociale d'un courrier (en recommandé avec accusé de réception) signé par le médecin mentionnant la date de sortie et joignant une plaquette sur l'obligation alimentaire :

Modèle :

« Madame, Monsieur,

Lors de la réunion de famille du (date), vous avez été informée de la date de sortie prévisionnelle de votre proche et il vous a été demandé de transmettre à l'assistant(e) social(e) du service des documents complémentaires nécessaires à la réalisation du projet de sortie.

Sans réponse de votre part, nous sommes tenus de vous informer que dès que la date de sortie sera définitivement arrêtée par les médecins du service, le séjour de votre proche sera facturé à compter de cette date. En cas de ressources insuffisantes du patient, l'établissement se verra alors contraint d'engager une action en recouvrement à l'encontre des obligés alimentaires. À cet effet veuillez trouver ci-joint une plaquette d'information. »

5. en cas d'absence de retour de la famille au bout de 15 jours si le patient est médicalement sortant, saisine de la direction du GH qui pourra décider de l'envoi d'un courrier en recommandé avec accusé de réception pour informer la famille sur la facturation relative à la requalification du séjour hospitalier :

Modèle :

« Madame, Monsieur,

Vous (votre conjoint / votre parent) avez (a) été admis(e) le (date) dans le service de xx de l'hôpital xx du groupe hospitalier xx.

Au terme d'une décision arrêtée par l'équipe médicale du service de xx, il apparaît à ce jour que votre (son) état de santé ne justifie plus d'une prise en charge médicale au sein de l'hôpital xx.

Conformément aux dispositions de l'article R. 1112-58 du code de la santé publique, il est établi que « lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service. Le directeur ou son délégué signe la formule d'exeat sur la fiche individuelle du malade. » Cette décision est exécutoire dès réception du présent courrier.

Nous vous invitons donc à vous y conformer. À défaut, votre (son) séjour au sein de l'hôpital xx sera requalifié en « séjour de pure convenance personnelle » dont les frais ne pourront en aucun cas être pris en charge par votre (sa) caisse d'assurance maladie et vous (lui) seront par conséquent intégralement facturés.

À cet effet, je vous informe que l'hôpital sera amené à contacter votre (sa) caisse d'assurance maladie afin d'exposer votre (sa) situation. »

6. après attente d'un délai de 15 jours, possibilité d'envoyer un courrier à la caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) informant de la requalification du séjour hospitalier :

Modèle :

« Madame, Monsieur,

Au terme d'une décision arrêtée par l'équipe médicale du service de xx, il est apparu à ce jour que l'état de santé de votre assuré, M^{me} (M.) xx, ne justifiait plus d'une prise en charge médicale au sein de l'hôpital xx.

Cette décision a été formulée conformément aux dispositions de l'article R. 1112-58 du code de la santé publique qui prévoit que « lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service. Le directeur ou son délégué signe la formule d'exeat sur la fiche individuelle du malade. »

Au regard des contestations de la décision émises par M^{me} (M.) xx, nous l'avons informé, par lettre recommandée avec accusé de réception, que son séjour au sein de l'hôpital xx avait été requalifié en « séjour de pure convenance personnelle » et que, par conséquent, l'intégralité du paiement des frais de son séjour au sein de l'hôpital xx revenait à sa charge.

Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire relative à ce courrier. »

La Pitié-Salpêtrière a utilisé à plusieurs reprises le 1^{er} courrier (§ 5) à destination des familles pour des patients hospitalisés en MCO. Cela a suffi pour qu'ils acceptent le projet de sortie arrêté par le médecin sans qu'il ait été besoin d'utiliser le second courrier (§ 6) destiné à la CPAM.

2. Le point de vue de la direction des affaires juridiques (DAJ) (M. Marc DUPONT, adjoint à la directrice des affaires juridiques de l'AP-HP)

La DAJ est régulièrement sollicitée sur ces questions difficiles à résoudre. L'admission et la sortie des patients sont des décisions prises par le directeur sur avis médical. Après courrier du médecin attestant que le séjour du patient à l'hôpital n'est plus médicalement justifié, le refus de sortir pourrait théoriquement être qualifié d'« occupation illicite du domaine public », mais il faudrait alors aller devant les juges et éventuellement faire appel à la force publique pour des patients souvent très handicapés même s'ils sont stabilisés. L'AP-HP ne l'a donc jamais fait.

De la même façon, il y a quelques années, l'AP-HP avait prévu un déconventionnement et la facturation d'un séjour pour « pure convenance personnelle », mais cela reste délicat et, dans la pratique, elle n'y a pas recours non plus. Un transfert d'office en SSR ou en soins de longue durée (SLD) n'est pas non plus envisageable car les textes n'autorisent pas les transferts d'office.

En revanche, la démarche systématisée présentée par M^{me} GRATON est intéressante dans la mesure où elle permet d'exercer une pression sur la famille pour faire bouger les choses. Elle pourrait être généralisée dans les autres GH.

À Émile-Roux, il existe une « commission des séjours extrêmes » et une lettre est envoyée par le directeur aux familles leur rappelant leur obligation alimentaire, qui, en général, suffit à inciter les familles à trouver une solution en ÉHPAD (D^r Sylvie HAULON).

En revanche, la longueur du délai de mise sous tutelle reste un problème (D^r Sylvie HAULON).

Une information sur la démarche présentée par M^{me} GRATON sera faite lors du prochain point d'étape sur les travaux du groupe devant la CME.

Organisation avec scanner dédié à l'activité d'urgence et post-urgence (non programmé)

La collégiale de radiologie a entamé un état des lieux des équipements et moyens humains en radiologie à l'AP-HP en lien avec la DOMU. Il devrait en découler de nouvelles organisations pour l'aval des urgences et des équipements dédiés à cette activité pourraient être envisagés (P^r Olivier HÉLÉNON).

L'exposé ([diaporama](#)) de M. Didier LE STUM (DOMU) rappelle que les équipements mobiliers lourds sont soumis à autorisation et que le nombre dont peut disposer l'AP-HP est limité par le schéma régional d'organisation des soins (SROS). L'importance de leur coût (800 000 € pour un scanner +

locaux et ressources humaines) tant en achat qu'en exploitation, et les difficultés de la démographie médicale et non médicale en imagerie incitent à explorer d'autres pistes que l'augmentation des moyens. Il convient de travailler sur les organisations du travail locales.

Actuellement à l'AP-HP, 23 % de l'activité des scanners répond aux demandes des urgences (avec des variations par site importantes). Les scanners sont utilisés majoritairement (59 %) pour les patients hospitalisés, 41 % pour les patients « externes » (y compris les patients des urgences, dont une partie sera ensuite hospitalisée mais que le système d'information ne permet pas de différencier).

Les différences d'amplitude horaire de l'accès aux scanners pour l'activité programmée (selon les sites, début de l'activité de 7h15 à 8h30 ; fin de l'activité de 15h50 à 21h) sont un élément à travailler. Il en va de même pour les organisations de travail et les relations entre plateaux d'imagerie et cliniciens qui doivent être formalisées (protocoles organisationnels, pour lesquels la direction du pilotage de la transformation [DPT] peut apporter un appui). Ce travail doit être fait au niveau local afin de tenir compte de l'existant, des différences d'organisation et des contraintes architecturales site par site, qui appelleront des solutions différentes. Un retour d'expérience doit aussi être organisé sur les sites récemment pourvus d'un scanner dédié aux urgences (Bicêtre, Lariboisière, Beaujon + Pitié-Salpêtrière) afin d'évaluer l'impact de ces nouveaux équipements sur les délais d'obtention des examens pour les patients non programmés.

Une réflexion doit aussi s'engager sur le protocole de demande d'examen (circuit de validation, repérage et priorisation des demandes de l'aval des urgences, demande électronique ou par fax...)

Une séance spéciale du groupe sera prochainement consacrée à ces questions.

Prochaines réunions

La prochaine réunion aura lieu le 24 avril de 8h00 à 10h00, salle des instances, (siège, 2^e étage).

L'ordre du jour sera le suivant :

1. Organisation des consultations post-urgences et sans rendez-vous :
 - réponse de la médecine interne de Bicêtre à la demande d'avis non urgents post-SAU (P^r Cécile GOUJARD)
 - expérience du service d'accueil des urgences pédiatriques de Louis-Mourier (P^r Jean-Christophe MERCIER) [sous réserve]
 - ORBIS (D^r Laurent TRÉLUYER)
2. Document commun pour la prise de rendez-vous
 - ORBIS (id.)
 - Circuit de validation en radiologie
 - Surbooking
 - Logistique (brancardage)

La réunion suivante aura lieu le **19 juin (mêmes horaires, salle Louis-Mourier)** et sera consacrée à la pédiatrie.

P^r Olivier BENVENISTE
19 avril 2016