

## **Un contrat pour « zéro malade hospitalisé dormant sur un brancard aux urgences de l'AP-HP »**

La crise a mis en lumière les sujets de charge de travail, de sécurité au travail et de rémunérations dans les SAU. Des réponses ont été apportées sur les effectifs (avec forte augmentation des effectifs et une règle de proportionnalité entre l'évolution des effectifs et celle des passages), sur la sécurité (avec des travaux et des vigiles) et sur la rémunération (avec la prime et les protocoles de coopération). Pour beaucoup d'acteurs et notamment les chefs de service des SAU, la question principale reste le problème de l'aval et c'est cet encombrement de l'aval qui provoque ce qui apparaît le plus choquant : des patients qui restent une ou plusieurs nuits sur des brancards alors qu'une décision d'hospitalisation a été prise. Elle conduit souvent à dénoncer la baisse capacitaire passée ou à venir, comme étant la véritable cause de la désorganisation des urgences et de la mise en danger des patients et des équipes, et se traduit par des demandes pour les uns de « moratoire », pour les autres de « création » ou de « réouverture » de lits.

**L'objectif de cette note est de proposer pour l'AP-HP un contrat avec ses tutelles sur un fonctionnement avec zéro patient dans les brancards.**

1 – Chaque jour, et pour l'ensemble de l'AP-HP, en moyenne 77 patients restent sur brancard dans l'attente d'une prise en charge en UHCD ou en service de médecine ou de chirurgie<sup>1</sup>, hors pics particuliers (canicule, épidémies hivernales notamment).

Par conséquent, nous pouvons estimer que le nombre de patients à devoir absorber est en moyenne de 70 à 80 chaque nuit à l'échelle de l'AP-HP. Nous sommes en train de travailler sur une estimation plus précise et plus étayée, mais celle-ci résulte à la fois de statistiques faites en hiver, d'une évaluation un jour donné en juin et du ressenti des chefs de service. Certaines nuits (en pic épidémique ou en période de vacances) ce chiffre est supérieur. Mais on peut, pour le raisonnement et les solutions proposées, se fonder sur cet ordre de grandeur. Pour avoir un autre ordre de grandeur, il faut rappeler qu'on peut estimer qu'environ 25 % du total des lits de l'AP-HP sont consacrés à des séjours d'aval (soit 4 000 lits sur 20 000) et que c'est donc, pour ce qui concerne l'AP-HP, 2 % des patients nécessitant une hospitalisation après urgence qui posent problème pour leur hospitalisation.

(Attention : il s'agit bien de patients qui restent la nuit dans des brancards faute de lits d'aval, pas de patients qui peuvent passer un moment sur des brancards mais qui ne nécessiteront pas d'hospitalisation au terme de leur passage aux urgences)

2 – La raison de cette situation a plusieurs origines. Certaines peuvent être liées au capacitaire et aux moyens, d'autres à des problèmes organisationnels, d'autres à des comportements qui ne favorisent pas la mobilisation de lits qui pourraient être disponibles pour des séjours d'aval. Il est difficile de démêler rapidement les poids de ces différentes causes, ce qui explique pourquoi depuis des années, chacun se renvoie la balle. Leur poids n'est par ailleurs pas le même dans tous les sites, y compris à l'APHP.

3 – Mais la question peut se résumer à « Comment rendre chaque nuit une centaine de lits supplémentaires disponibles pour l'aval des urgences à l'AP-HP ? », sans commencer par penser qu'on

---

<sup>1</sup> Ce chiffre correspond à la différence entre le nombre moyen de patients admis pour hospitalisation après passage aux urgences (329) et le nombre de lits d'UHCD (252). Il s'agit d'un « minorant », puisqu'il ne tient pas compte des mois de forte activité d'aval des urgences liée aux épidémies (un recensement en février faisait état de 95 patients/jour dans les SAU en attente d'hospitalisation).

peut d'un seul coup éliminer, comme un préalable, tous les problèmes organisationnels ni trouver une solution qui ne donnerait pas d'incitation à les résoudre.

4- Il peut y avoir deux modalités de réponses : la première serait de créer des lits supplémentaires de soins de suite et de réadaptation pour permettre à des malades hospitalisés en MCO et qui ne sont en attente que de soins de suite de libérer ces lits utilisables pour les malades des urgences. Cette création devait être assortie des garanties que ces lits seront bien directement ou indirectement affectés à la résorption des besoins d'aval ; la deuxième ne repose pas sur une mesure identifiée « SSR » mais sur une dotation à la main des hôpitaux pour optimiser les séjours et recréer les marges de manœuvre nécessaires, comme s'il y avait une « MIGAC Aval », conditionnée aux résultats.

5 – L'un et l'autre de ces scénarios supposent des moyens supplémentaires, mais qui ne seraient ni alloués ni dépensés selon les mêmes mécanismes. L'originalité du contrat serait que ces moyens seraient strictement conditionnés à l'atteinte de l'objectif : les hôpitaux les conservent s'ils ont mis fin à ce phénomène ; ils les perdent, proportionnellement à la non atteinte de l'objectif. **On ne demande pas à l'hôpital de régler tous ces problèmes avant : on lui donne les moyens d'absorber et on ne lui maintient ses moyens que s'il a résolu, avec, ses problèmes organisationnels, le verdict étant prononcé par le nombre de patients en lits brancards.**

6 – La crédibilité de ces scénarios repose aussi sur leur caractère évolutif dans le temps. Si le système a été dimensionné pour 70 à 80 passages journaliers supplémentaires nécessitant hospitalisation et que ce nombre de passages augmente, il convient de donner l'assurance que son dimensionnement suivra l'évolution du nombre de passages et non pas de pénaliser l'hôpital pour un phénomène dont il n'est pas responsable.

7 – la dernière hypothèse qui est faite est que le nombre de malades passant par les urgences nécessitant une hospitalisation n'est pas régulable par des mesures « amont », contrairement aux malades qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. Ceci pourra être affiné mais on peut partir raisonnablement de l'idée qu'un patient orienté pour hospitalisation par les urgences doit bien être pris en charge ; ceci inclut l'hypothèse que le taux de transfert actuel ( qui est inférieur à 15% en moyenne) ne bouge pas et correspond à un taux de transfert « normal » ( par exemple pour la psychiatrie) et « acceptable » (liens avec les autres hôpitaux et les cliniques, ces dernières prenant lorsqu'elles sont sollicitées, plus souvent des patients à DMS courte et prévisible)

**8 – Le premier scénario, fondé sur le capacitaire, repose sur une extension du nombre de lits en SSR ; le deuxième scénario, est fondé sur des moyens permettant d'optimiser les lits de MCO sans créer de nouveaux lits ; on appellera le premier scénario « SSR », le second « MIGAC aval »**

Ces mesures seraient susceptibles d'avoir un effet rapide et d'être généralisables. Surtout la diminution du nombre de patients sur des lits-brancards pourrait constituer un signal rapidement perceptible par le PM et le PNM des urgences, allégeant considérablement la charge de travail des SAU, d'autant qu'aucune mesure n'a été appliquée jusqu'ici pour réduire réellement ce dysfonctionnement.

#### **Scénario SSR :**

Comme il est souvent dit et démontré, il y a à l'AP-HP un goulot d'étranglement du MCO vers le SSR. La saturation du SSR conduit à garder des malades en MCO qui n'en relèvent pas et donc à priver l'aval des SAU d'une partie de capacitaire en MCO.

Il est vrai qu'il existe d'autres raisons que l'insuffisance du SSR pour priver l'aval des SAU de lits de MCO (cf d'ailleurs scénario 2) mais celle-là existe et les professionnels (aussi bien des urgences que des autres disciplines) considère qu'elle joue un poids important à l'AP-HP.

Comme les patients des urgences ne vont pas directement vers le SSR, il impose à l'hôpital de faire passer chaque soir 70 à 80 patients de MCO vers SSR et de consacrer l'intégralité de ces disponibilités ainsi créées en MCO à l'aval de l'urgence.

Cependant, il n'est pas possible de faire un raisonnement 1 pour 1 en considérant que pour absorber 70 à 80 patients par jour, il suffit de rajouter 70 à 80 lits de SSR, dans la mesure où il faut tenir compte de la DMS moyenne en SSR (30 jours) et la DMS moyenne des patients en aval des urgences (9 jours). En théorie, on pourrait donc estimer qu'il faut 3 fois plus de lits de SSR et donc pour 80 patients, il faudrait 240 lits.

Nous avons bâti notre scénario sur 200 lits en estimant qu'on pouvait inclure une part d'optimisation d'autres facteurs.

Notre proposition est de créer ces lits de SSR par reconversion de lits de SLD, en partant du fait que nos lits de SLD ne sont pas remplis à 100 % (le taux d'occupation actuel était de 92 % en 2018, soit environ 200 lits non utilisés). Cette approche a plusieurs avantages :

- Elle est rapide à mettre en œuvre ;
- Il ne faut rien créer de toutes pièces mais surtout renforcer en moyens en personnel pour les faire converger vers les ratios SSR
- Elle « met le patient concerné dans le lit adapté ».

Pour assurer que ces nouveaux moyens ne sont pas utilisés pour augmenter une activité programmée sans rapport avec l'aval de l'urgence ou pour réduire les performances, il faut lier l'octroi de ces moyens, avec une clause annuelle, au respect du contrat du 0 lits-brancards. S'il y a le même nombre de patients brancards au bout d'un an, la DAF est réduite du montant qui avait été rajouté pour reconvertir les 200 lits.

Nous estimons que le coût de ce scénario est d'environ 9 millions d'euros par an s'il fonctionne ; et zéro s'il ne fonctionne pas (à la première année près).

Tous les chiffrages sont détaillés en annexe 1.

### **Scénario « MIGAC Aval »**

Dans un deuxième scénario, il est alloué une somme à l'hôpital correspondant à une estimation (calculs en annexe 2) de la prise en charge des patients d'aval en MCO (avec le coût moyen d'un séjour dans une unité d'aval d'un service de médecine interne).

Cette somme est accordée à l'hôpital s'il n'y a pas de patients sur les brancards, reprise sinon. Elle n'est pas assortie directement d'une augmentation capacitaire, mais il revient à l'hôpital de l'utiliser pour accroître le nombre de lits disponibles :

- en diminuant la durée de séjour ;
- en accélérant la bascule ambulatoire en médecine (la somme compense alors le manque à gagner lié à l'absence de tarification incitative, qui freine la prise en charge ambulatoire de patients notamment en rhumatologie, dermatologie, endocrinologie) ;
- en se donnant les moyens d'une meilleure gestion des lits ;
- en renforçant une UHCD (qui sont les unités les plus à même d'absorber rapidement les patients sur brancard mais qui ne se justifie que dans les services où l'UHCD est clairement

- sous-dimensionnée par rapport au flux de patients à hospitaliser, sans en faire un service d'aval au sein du SAU) ou un secteur d'aval dans un service de médecine polyvalente ;
- en organisant les réhospitalisations post-ambulatoire sans passer par le circuit des urgences, mais en prévoyant des admissions directs dans les services concernés (en cancérologie notamment) ;
  - ou toute autre solution que l'hôpital estimerait efficace pour résoudre le problème

Ces sommes ne vont pas dans le fonctionnement des SAU mais le chef du SAU doit donner son accord pour que les sommes soient versées dans les secteurs qui accroissent leur participation à l'hospitalisation de malades du SAU. Ainsi, si tel service ne joue pas le jeu de l'aval, il ne peut émarger à cette MIGAC. Ceci redonne au SAU une prise sur l'aval qu'il n'avait pas et réciproquement renforce la solidarité des services d'aval avec les difficultés d'hospitalisation des SAU.

**En résumé :**

- 1 – le sujet de l'aval est le sujet structurel majeur à résoudre, une fois les ajustements d'effectifs dans les SAU réalisés ;**
- 2 – il est possible de faire un contrat « zéro patient dans les brancards » à l'AP-HP ;**
- 3 – à l'échelle de l'AP-HP, l'atteinte de ce contrat représente des moyens de l'ordre de 10 millions d'euros par an ;**
- 4 – Il y a un scénario reposant sur le renforcement du SSR ; un autre sur une « migac » permettant d'actionner plusieurs leviers ;**
- 5 – il est possible de faire ce contrat à l'échelle des grands GH de l'AP-HP, pour une somme comprise entre 2 et 2,5 millions d'euros par grand GH, si on souhaite le faire progressivement ; il est également possible de tester les deux scénarios, voire de les combiner.**

## **ANNEXE 1 : Chiffrage du scénario de conversion de 200 lits d'USLD en lits de SSR**

### 1) Estimation du besoin en lits de SSR dans le cadre d'un plan « zéro brancard aux urgences »

Dans de nombreuses disciplines, et notamment dans leur activité non programmée, l'AP-HP est confrontée à patients qui pourraient bénéficier de SSR, y compris après une DMS courte en MCO, restent dans un lits MCO faute d'aval SSR, lui-même embolisé par des patients à durées de séjour extrêmes.

Afin de garantir l'atteinte d'un objectif « zéro brancard », on estime entre 70 et 80 le nombre de patients par jour qui auraient besoin d'être hospitalisés plus rapidement pour environ 24 H de plus (les 24 H actuellement passées sur un brancard ou en UHCD en attente de lit).

Si on prend l'hypothèse haute (80 patients sur brancards qui auraient besoin d'être hospitalisés), il s'agit donc d'environ 29 200 nuitées supplémentaires en MCO,.

Ces 29 200 nuitées peuvent être absorbées, selon l'expérience de nos médecins concernés par l'aval des urgences, grâce à une réduction de la DMS de près de moitié (passage de 9 jours à 5 jours) liée à une fluidification de l'aval SSR. Cette réduction conduirait à transférer 7.300 patients actuellement en MCO vers des structures SSR, même pour des séjours courts (environ 10 jours)

Si ces patients poursuivent leur prise en charge par 10 jours de SSR, cela représente 73.000 journées d'hospitalisation SSR, soit un équivalent de 200 lits.

Ce raisonnement pourra être encore plus précisément étayé par des données PMSI.

### 2) Estimation du coût de conversion de 200 lits d'USLD en lits de SSR

En 2018, 200 lits d'USLD coûtent, pour l'Assurance maladie, environ 7 M€ de forfait soins. Par comparaison, 200 lits de SSR représentent un budget (DAF + dotation modulée à l'activité) de 18 M€/an. La différence est donc de 11 M€. Toutefois, l'AP-HP propose de soustraire à ce coût supplémentaire les gains obtenus par la suppression du déficit d'exploitation de l'USLD, soit environ 2,08 M€ pour 200 lits.

**Le coût total de la conversion serait donc de 9 M€.**

## ANNEXE 2 : Estimation du coût d'une enveloppe MIG « aval des urgences »

Pour estimer le montant d'une enveloppe MIG « aval des urgences », dont l'octroi serait conditionné à la résorption du volume de patients sur brancards aux urgences, nous avons procédé comme suit :

- Si le besoin d'aval est estimé à 70 et 80 patients par jour, cela se traduit concrètement par 2 800 à 3 200 séjours par an (sur la base d'une durée moyenne de séjour de 9 jours constatée dans nos départements d'aval des urgences ou dans les services de médecine interne dont l'activité non-programmée représente plus de 80% des séjours).
- Ces séjours sont valorisés, selon les services étudiés (Bichat et Avicenne) entre 3 200€ et 3 700 €. **Le coût de ces séjours est donc situé entre 9 M€ (dans l'hypothèse basse de 2800 séjours valorisés à 3200€) à 12 M€ (dans l'hypothèse haute).**

Le tableau ci-dessous retrace ces analyses.

Brancards/jour	Nuités	Séjours à DMS 9 jours (/9)	Coût si RMCT à 3200€	Coût si RMCT à 3700€
<b>70</b>	<b>25550</b>	<b>2839</b>	<b>9 084 444</b>	<b>10 503 889</b>
<b>80</b>	<b>29200</b>	<b>3244</b>	<b>10 382 222</b>	<b>12 004 444</b>