

LIVRE ÉLECTRONIQUE



LA RÉORIENTATION DANS LES URGENCES EN FRANCE

Vers de meilleurs soins
aux patients

Table des matières



Mise en contexte	3
La réorientation dans les urgences en France	3
Est-il possible d'identifier facilement les patients admissibles à la réorientation ?	5
La solution LGI Réorientation	6
Conclusion	6
À propos de LGI Solutions Santé	7



Mise en contexte

Les problèmes liés au débordement dans les urgences ne datent pas d'hier au Québec et sont également présents dans plusieurs endroits du monde. Pour y remédier, l'une des avenues convoitées par les organisations en santé consiste à collaborer avec les services médicaux de première ligne afin de traiter les patients n'ayant pas de conditions médicales urgentes.

En 2018, LGI Solutions Santé¹ s'est penchée sur cette dure réalité vécue au Québec. C'est également à ce moment que le centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (HSCM) a octroyé une licence à LGI Solutions Santé pour son logiciel de réorientation.

Depuis, les différentes équipes de LGI Solutions Santé affectées au développement et à la gestion de la solution travaillent en collaboration afin d'améliorer et de distribuer LGI Réorientation à travers le Québec et en Europe.

À ce jour, plus de 200 000 patients ont été réorientés avec LGI Réorientation au Québec et en France. Les travaux avec le centre de recherche de HSCM continuent de se poursuivre dans les domaines du débordement des urgences ainsi que dans l'accessibilité aux soins. Cela, sans compter les démarches collaboratives entre LGI Solutions Santé et certaines institutions clés situées en France.

La réorientation dans les urgences en France

En France, les urgences accueillent plus de 20 millions de passages par année. Selon la Cour des comptes et son Rapport public annuel 2019, ce nombre serait en augmentation d'environ 4% par année. Cette hausse serait principalement causée par des visites ne nécessitant pas d'hospitalisation et pouvant, dans une grande proportion, être prises en charge dans un autre contexte tel que les soins non programmés en médecine de ville². La qualité des soins offerts dans les urgences bénéficie actuellement d'une sensibilisation accrue autant sur le plan politique et administratif qu'au niveau du public. De plus, de multiples démarches sont en cours afin de permettre un meilleur accès aux alternatives^{3,4,5}.

1. Anciennement Logibec

2. France – Rapport public annuel 2019 – Cour des comptes – chapitre 6. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>

3. Ma Santé 2022 - <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/mieux-orienter-les-patients-selon-leurs-besoins>

4. Pacte de refondation des urgences – Septembre 2019 - <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences-20-decembre-2019>

5. INSTRUCTION N° DGOS/R2/2020/129 du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du service d'accès aux soins (SAS) - https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/Instruction_projets_pilotes_expe%CC%81rimentateurs_SAS.pdf

En 2016, 80% des services d'urgence disposaient d'une fonction d'accueil et de triage des patients à l'entrée⁶. Cette fonction est généralement assumée par un(e) infirmier(ère) d'accueil et d'orientation (IAO) qui pourrait participer à une réorientation de certains patients. La réorientation de visites non-urgentes vers la médecine de ville ne permettra pas, à elle seule, de régler l'ensemble des enjeux de débordement des urgences, mais elle peut assurément faire partie de la solution. Il est important de se rappeler que le débordement a des effets directs sur la qualité des soins engendrant des temps d'attente prolongés, des délais de traitement et de l'insatisfaction

de la part des patients. De plus, plusieurs études ont démontré qu'au-delà d'un certain seuil, l'encombrement des urgences a des effets directs sur l'état de santé des patients, allant même jusqu'à une augmentation du taux de mortalité chez certains patients hospitalisés⁷.

Bien qu'il faille améliorer l'accès à la médecine de ville (voir Tableau 1), il est impossible de prédire si cela répondra aux enjeux de débordement des urgences. En 2018, une étude réalisée en Ontario, la province la plus peuplée du Canada, a analysé une réforme augmentant l'ouverture des cabinets à des heures défavorables. De façon surprenante, les résultats

ont montré une augmentation du taux annuel de visites à l'urgence après le déploiement des changements⁸. Un peu partout, deux motifs principaux expliquant la présence des cas bénins ont été observés : l'aspect pratique des urgences (sans rendez-vous; heures d'ouverture 24/7; accès à un plateau technique étendu et la présence de spécialistes sur place), ainsi que l'aspect psychologique caractérisé par l'anxiété reliée à l'état de santé des patients⁹.

Tableau 1

Institut canadien d'information sur la santé 2016 : Valeur des indicateurs relatifs à l'accès aux soins

Indicateurs	France	Moyenne OCDE
Pourcentage d'individus ayant eu besoin de soins en dehors des heures normales de travail et rapportant avoir eu de la difficulté à recevoir des soins le soir, les fins de semaine ou les jours de congé sans devoir se présenter à l'urgence d'un hôpital	64,1%	54,1%
Pourcentage d'individus ayant pu obtenir un rendez-vous pour rencontrer un médecin ou une infirmière le jour même	56,2%	59,2%

Devant ces constats, la réorientation est, depuis une dizaine d'années, recommandée par de multiples organisations en santé tant européennes que nord-américaines (NHS, ACEP, CAEP, etc.)

6. France – Rapport public annuel 2019 – Cour des comptes - chapitre 6. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>

7. Sprivilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australia emergency departments. *Med J Aust* 2006;184:208-12.

Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011; 342:d2983.

Thibon E, Bobbia X, Blanchard B et al. Association between Mortality and Waiting Time in Emergency Room among Adults Hospitalized for Medical Etiologies. *Annales Fr Med Urg*. 2019;9:229-34

8. Kiran et al. *Annals of Family Medicine*. Oct 2018. Emergency Department Use and Enrollment in a Medical Home Providing After-Hours Care. <https://www.annfammed.org/content/16/5/419.full>

9. Patient Motives Behind Low-Acuity Visits to the Emergency Department in Germany: A Qualitative Study Comparing Urban and Rural Sites. 2016. *BMJ Open*

Est-il possible d'identifier facilement les patients admissibles à la réorientation ?

Estimer le nombre de passages évitables à l'urgence n'est pas facile et peut même soulever la controverse. En France, la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) permet, après la prise en charge du patient à l'urgence, de déterminer la gravité de son cas. Bien que réalisé à posteriori et que sa reproductibilité soit variable d'un endroit à l'autre, cet outil donne une idée de la proportion de visites non urgentes. Ainsi, 10 à 20 % des visites sont classées CCMU 1 (patients n'ayant besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou de biologie médicale), il est donc possible d'imaginer qu'une fraction significative de ceux-ci sont des passages évitables. De façon similaire, l'Institut canadien d'information en santé (ICIS) estime à 17 % les visites aux urgences pouvant être traitées par des médecins généralistes en cabinet¹⁰. En résumé, et selon 81 % des professionnels de la santé, il y a trop de patients avec des cas bénins qui se présentent aux urgences¹¹.

Cependant, déterminer ce qui est non urgent n'est pas facile et plusieurs définitions existent dans la littérature. Une des approches observées pour identifier ce genre de visites consiste à inclure les patients. Ces derniers se voient attribuer une priorité « basse » selon l'évaluation avec une échelle de triage (exemple : l'échelle canadienne de triage-CTAS,

priorités 4 et 5). Or, ces outils sont conçus uniquement pour déterminer combien de temps les patients peuvent attendre avant de voir un médecin à l'urgence. Ils ne déterminent pas si la condition clinique du patient lui permet d'être réorienté de façon sécuritaire. Un patient catégorisé P4 devrait attendre, en principe, un maximum de 60 minutes avant d'être vu par un médecin¹².

Le triage des patients à l'urgence se fait dans un contexte stressant et difficile. Un facteur de subjectivité est souvent observé lors des évaluations. Selon une étude de 2015, au Canada, pour un même patient avec la même condition médicale, un peu plus du tiers des professionnels d'urgence (37 %) l'ont trié P3 sur la CTAS, ce qui sous-entend que 63 % des professionnels de la santé ont classé autrement ce patient (P2 ou P4)¹³. Aussi, ce n'est pas parce que le cas d'un patient est classifié non urgent que sa condition ne pourrait pas être une pathologie grave ou qu'elle ne nécessiterait pas des ressources disponibles seulement en centres hospitaliers. Tous ces arguments illustrent pourquoi la communauté médicale doute de l'efficacité des échelles de triage des patients; des résultats dangereux ayant été observés lors d'expérimentation locale.



10. L'ICIS: Sources of Potentially Avoidable Emergency Department Visits. 2014. - https://secure.cihi.ca/free_products/ED_Report_ForWeb_EN_Final.pdf

11, 12. Apprendre des meilleurs: Étude comparative des urgences du Québec. 2016. Commissaire à la santé et au bien-être.

13. The Reliability of the Canadian Triage and Acuity Scale: Meta-Analysis. 2015. Mirhaghi, A., et associés.

La solution LGI Réorientation

Pour répondre à tous ces enjeux, le centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) et LGI Solutions Santé proposent une solution de réorientation destinée aux équipes de triage. En plus d'aider à la décision clinique, cette solution permet de réduire la variabilité ou la subjectivité qui pourrait exister entre les utilisateurs. La collaboration des médecins d'urgence et des professionnels de la santé a permis de concevoir un algorithme médical unique qui comprend plus de 50 motifs de consultations courants. Afin de limiter au maximum les risques de retour à l'urgence, ces raisons spécifiques sont associées à des contre-indications appropriées. De plus, pour la première fois, un élément clé a été inclus à un algorithme médical : la technologie et son soutien essentiel dans le système de réorientation.

L'urgence est connue pour être un endroit où les décisions médicales doivent être prises rapidement et convenablement. Peu importe le format, un algorithme seul — sur papier, en affiche, dans un cartable ou sur Excel — ne pourrait pas être viable et efficace. L'utilisation de cet outil demanderait un temps d'évaluation déraisonnable pour le personnel de triage. Ensuite, ceux-ci devraient prendre un rendez-vous pour chacun des patients admissibles à la réorientation en cabinet, et ce par téléphone ou par télécopieur; une autre étape laborieuse en termes de temps et processus.

LGI Réorientation remédie à ces freins puisqu'elle permet aux équipes de triage d'évaluer le patient en près de 30 secondes avec l'algorithme et d'avoir accès à des plages

de disponibilités réservées spécifiquement pour les patients réorientés. De telle sorte que le patient quitte l'urgence avec un rendez-vous, à une heure précise, le jour même ou le lendemain, et ce avec un professionnel de la santé dans le cabinet de son choix. Si le patient a un médecin régulier, la solution favorise la prise de rendez-vous dans le cabinet où celui-ci travaille.

C'est à l'HSCM, où l'urgence reçoit près de 60 000 visites par année, que cette solution a été créée. Ceci a permis, dans la première année d'utilisation, de réduire de 35 % les départs avant la prise en charge par un médecin d'urgence. Depuis, la solution a été déployée avec succès dans 130 installations de santé supplémentaires. Au Québec seulement, environ 400 000 patients pourraient être réorientés par année de façon sécuritaire vers la médecine de ville, représentant environ 15 % des visites ambulatoires.

Lors d'une recherche prospective au Québec, 1 112 patients ont été questionnés. Au total, 95 % des répondants ont souligné qu'ils aimeraient voir ce projet déployé à la grandeur de la province¹⁴. Dans cette recherche, il a été démontré que l'algorithme de réorientation est sécuritaire, que l'outil a une excellente acceptabilité du personnel au triage et qu'il améliore l'expérience des patients à l'urgence.



Conclusion

L'expérience acquise lors des déploiements permet non seulement de réduire le débordement dans les urgences, mais aussi de constater que la solution LGI Réorientation pourrait être bénéfique dans d'autres environnements. Par exemple, les centres hospitaliers avec un taux de visites pédiatriques supérieur à celui de l'HSCM, là où les recherches ont été menées, pourraient améliorer l'accès aux soins de santé pour ce type de patients en réduisant leur nombre de visites non urgentes grâce à la réorientation.

14. Morris, J., Daoust, R., Cournoyer, A., Marquis, M., Chauny, J., & Messier, A. (2018). LO65: Safety and satisfaction of a new program redirecting low-acuity emergency department patients to medical clinic: A prospective cohort study. CJEM, 20(S1), S29-S30. doi:10.1017/cem.2018.127

Un partenaire technologique de confiance pour le réseau de la santé

Depuis 1982, LGI Solutions Santé participe à la transformation du secteur de la santé et des services sociaux par la recherche, le développement et le déploiement de systèmes d'information de nouvelle génération.

Avec un peu plus de 40 ans de dévouement et d'expérience dans la création de projets technologiques innovants et de premier ordre, LGI Solutions Santé est dans une position unique pour aider les établissements de santé ainsi que les universités partenaires à intégrer l'innovation dans une approche durable et mesurable.

40

ans d'expérience en santé

450

employés dévoués

320 K

utilisateurs du système de la santé

6 M

de patient soutenus

« La plateforme LGI Éducation (MedSIS 3C) a permis à notre faculté de médecine de répondre à de nombreux critères et d'obtenir une accréditation exceptionnelle et reconnue. Nous avons reçu une accréditation sans précédent avec une conformité aux 132 normes. »

DOYEN ASSOCIÉ
Programme de médecine
Université de l'Alberta

« Un enregistrement précis des arrivées et des départs des employés nous permet de respecter nos obligations en plus de réduire les pertes de temps chez notre personnel infirmier tentant d'organiser des remplacements. »

GILLES VERRIER
Directeur général par intérim,
Lions Housing Centres

« C'est toujours un plaisir de travailler avec cette équipe. Ils répondent rapidement à nos questions et font toujours un suivi pour veiller à ce que le produit fonctionne de la façon dont nous en avons besoin. »

ESTHER BRIAND
Coordonnatrice des archives médicales et de la centrale de rendez-vous, CISSS de Laval