



Collaboration ville–aide médicale urgente–hôpital à l’épreuve de la crise Covid-19. L’expérience des Yvelines

Audrey Petit, Berton L., Bastard L. De, Ben Hellal A., Prudhomme F.,
Richard O.

► To cite this version:

Audrey Petit, Berton L., Bastard L. De, Ben Hellal A., Prudhomme F., et al.. Collaboration ville–aide médicale urgente–hôpital à l’épreuve de la crise Covid-19. L’expérience des Yvelines. Annales françaises de médecine d’urgence, 2020, 10 (4-5), pp.212-217. 10.3166/afmu-2020-0261 . hal-03501369

HAL Id: hal-03501369

<https://sciencespo.hal.science/hal-03501369>

Submitted on 27 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Collaboration ville–aide médicale urgente–hôpital à l’épreuve de la crise Covid-19, l’expérience des Yvelines

Cooperation between Community Medicine, Emergency Medical Communication Center and Hospital, during the COVID-19 Crisis, the Yvelines Experience

A. Petit · L. Berton · L. de Bastard · A. Ben Hellal · F. Prudhomme · O. Richard

Reçu le 26 juin 2020 ; accepté le 18 août 2020
© SFMU et Lavoisier SAS 2020

Résumé L’évolution actuelle de la demande de soins non programmés porte autant sur une augmentation de volume que sur sa nature. Les missions assurées par les structures d’urgence se sont décentrées vers la prise en charge des complications des pathologies chroniques et des problématiques médicosociales. Une démarche collaborative entre la médecine de ville et l’aide médicale urgente (AMU) a été initiée depuis deux ans dans les Yvelines, entre le Samu 78, l’hôpital de Versailles, le Conseil de l’ordre des médecins 78 et l’Association Plateforme territoriale d’appui 78. Ses objectifs visent, par un travail de coordination multidisciplinaire, à éviter les ruptures de parcours des patients complexes, à favoriser le maintien à domicile et à réorienter les patients vers la ville après un recours à l’hôpital. La crise sanitaire liée au Covid-19 a permis d’accélérer le processus de collaboration ville–AMU avec des objectifs propres à cette crise, notamment grâce à des outils numériques dédiés. Les principaux axes de travail ont été de répondre à l’urgence de la crise sanitaire en organisant une offre de soins sécurisée, d’organiser les

parcours des patients fragiles pendant le confinement puis de préparer et d’accompagner le déconfinement grâce à une cellule d’appui et de suivi des cas positifs et de leurs contacts. Les difficultés organisationnelles ou liées à l’acceptabilité de ces nouveaux outils de surveillance et de coordination ont trouvé leurs solutions grâce à un environnement institutionnel favorable et l’implication de leaders intéressés par la conduite de projets innovants. Cette expérience peut préfigurer le futur service d’accès aux soins (SAS).

Mots clés Covid-19 · Parcours patient · Approche collaborative · Médecine de ville · Aide médicale urgente · Hôpital.

Abstract The type and amount of the current demand for unplanned healthcare is evolving. Tasks of emergency services moved towards chronic diseases complications, and towards the increasing amount of medico-social issues. For two years, a collaborative approach between community medicine and emergency medical communication center in the Yvelines (78) has been undertaken. The stakeholders are the Samu 78, the Versailles Hospital, the Yvelines Medical Board and the territorial coordination association. This approach aims at preventing inappropriate hospitalization, promoting home care, and redirecting patients to community medicine after a hospital stay, thanks to multidisciplinary coordination teamwork. The health crisis due to COVID-19 boosted and strengthened community medicine—emergency medical communication center cooperation with specific goals, with the help of dedicated digital tools (among other things). The leading workstreams were to handle the health crisis urgency through the set-up of secured health care provision over the Yvelines area, to manage the course of the precarious patients during the lockdown period and finally to support the lifting of the lockdown with a dedicated backup team, and the follow-up of COVID-19 patients and their close relatives. Solutions to the organizational

A. Petit · L. de Bastard · F. Prudhomme
Association Plateforme Territoriale d’Appui du
département des Yvelines (APTA 78),
3, rue de Verdun, F-78590 Noisy-le-Roi, France

A. Petit
Centre de sociologie des organisations,
CNRS, UMR 7116, Sciences Po Paris, France

L. Berton · A. Ben Hellal · O. Richard (✉)
Samu 78, Centre hospitalier de Versailles,
177, rue de Versailles, F-78150 Le Chesnay, France
e-mail : orichard@ch-versailles.fr

L. de Bastard
Centre hospitalier privé de l’Europe,
9 bis, avenue de Saint-Germain, F-78560 Le Port-Marly, France

F. Prudhomme
Conseil départemental de l’Ordre des médecins des Yvelines,
1, rue de Verdun, F-78590 Noisy-le-Roi, France

issues and issues related to the acceptance of the new monitoring and coordination digital tools were found, thanks to a supportive institutional environment, and to the committed leaders interested in the innovative projects. This collaboration should be a model for the new access to healthcare system.

Keywords COVID-19 · Patient's course · Collaborative approach · Community medicine · Emergency medical communication center · Hospital.

Introduction

Le rapport du Pr Adolphe Steg [1] a conditionné depuis 1993 l'évolution de la médecine d'urgence par ses grandes orientations qui portaient notamment sur la professionnalisation médicale aux urgences, sur l'organisation de la régulation médicale, sur les « synergies » et échanges entre l'activité intra- et extrahospitalière, sur l'évaluation de la qualité des soins et sur la qualité de la formation des médecins. Vingt ans plus tard, le nombre de patients vus aux urgences est passé de 7 millions en 1992 à plus de 20 millions en 2017. L'activité des Samu a suivi la même évolution. Le nombre et la nature de la demande de soins non programmés ont évolué, tant pour des raisons sociétales que pour des raisons de démographie médicale qui impacte la médecine de ville. Comme le précise le rapport de Cohen et al. [2], les missions assurées par les structures d'urgence se sont décentrées vers la prise en charge des complications des pathologies chroniques et vers des problématiques d'ordre médicosociales de plus en plus prégnantes. Ce constat ne doit pas être subi comme une fatalité, les structures d'urgences ne peuvent pas continuer à être une orientation par défaut. Les acteurs existent, ils sont de tous horizons : personnels de l'hôpital, médecins et soignants de ville, structures médicosociales, réseaux de soins, hospitalisation à domicile (HAD).

L'objectif de cet article est de décrire, dans le département des Yvelines où cette démarche collaborative a été initiée bien avant l'épidémie de Covid-19, comment cette crise sanitaire a permis de consolider et d'accélérer le processus de collaboration ville-aide médicale urgente (AMU) ainsi que de mettre en évidence des enjeux communs pour les professionnels, les organisations et les institutions au bénéfice du patient.

Contexte

Il est nécessaire de préciser la démarche de collaboration avec la médecine de ville initiée dans le département des Yvelines afin de comprendre comment la crise a permis de renforcer ce travail. Ainsi, deux ans avant l'épidémie, avait

débuté un travail commun entre le Samu 78, le centre hospitalier de Versailles (CHV), le Conseil de l'ordre des médecins des Yvelines (CDOM 78) et l'Association Plateforme territoriale d'appui 78 (APTA 78¹).

L'objectif de cette démarche est bien d'améliorer le parcours du patient en luttant contre les ruptures de parcours. L'idée étant de mettre à disposition des soignants de ville une plateforme territoriale d'appui chargée de faciliter la coordination des différents acteurs des filières de soins (Fig. 1). Dans ce cadre, les notions d'anticipation et de temporalité sont essentielles. Toutes les problématiques sont concernées en commençant par l'axe médicosocial, pierre angulaire de tout lien entre la ville et l'hôpital. Ce travail a abouti à un projet commun déposé à l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France en novembre 2019 sous forme d'un article 51 cosigné par le directeur du CHV et le président du CDOM 78, et de l'APTA 78. Ce projet d'expérimentation, centré sur la pertinence du parcours de soin, ambitionne d'intégrer une plateforme de coordination ville-hôpital qui travaille en étroite collaboration avec le pôle de l'urgence du CHV et les médecins et soignants libéraux du département autour de quatre principaux objectifs : éviter les ruptures de parcours des patients complexes ; favoriser le maintien à domicile ; réorienter les patients ne nécessitant pas une hospitalisation vers des prises en charge en ville et/ou médico-sociales et stabiliser à terme le nombre de recours aux urgences.

Cette dynamique correspond à un travail de coordination multidisciplinaire qui a consisté à passer d'une organisation fonctionnelle des soins, construite autour d'une spécialisation disciplinaire à une coordination pluripartenariale, plurisectorielle et pluriprofessionnelle.

Répondre à l'urgence de la crise sanitaire

Le début de la crise sanitaire autour d'un virus peu connu par les professionnels de santé a justifié l'organisation d'une visioconférence Covid-19 par les médecins spécialistes du CHV, le Samu 78, le CDOM 78 et l'APTA 78 qui a permis de réaliser un état des lieux de l'évolution de l'épidémie et de répondre aux questions des professionnels du département.

À la suite de cette visioconférence, 13 centres de consultations ambulatoires Covid-19 ont été créés sur l'ensemble du département, avec l'appui indispensable des communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé (CPTS) en préfiguration et coordonnés par l'APTA 78 en lien avec l'ARS.

¹ L'Association Plateforme Territoriale d'Appui a pour objectifs de répondre aux besoins des professionnels libéraux du département en vue de faciliter la mise en œuvre des parcours de santé des patients du territoire, de promouvoir les dispositifs de coordination du territoire et d'accompagner les initiatives des acteurs locaux.

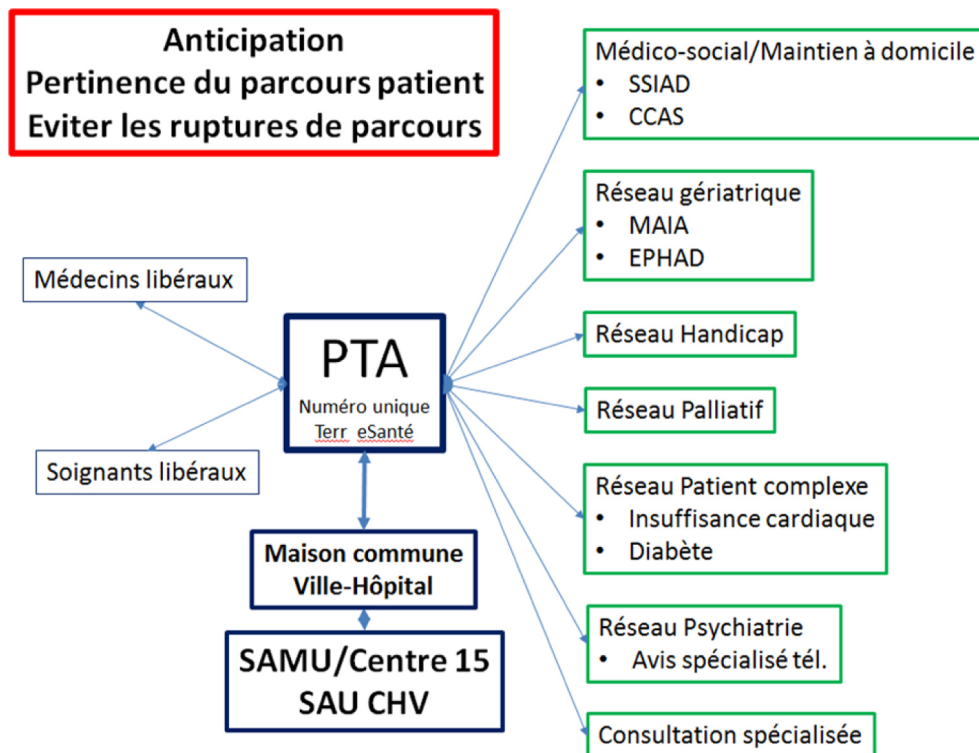


Fig. 1 Articulation entre la médecine de ville, la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) et le service d'aide médicale urgente (Samu)
SAU : service d'accueil des urgences ; CHV : centre hospitalier de Versailles ; SSIAD : service de soins infirmiers à domicile ; CCAS : Centre communal d'action sociale ; MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Ce maillage complet du département a contribué à fédérer les professionnels de santé de ville (600 professionnels sur le département) autour de centres Covid-19 et d'assurer un accès équitable à l'ensemble des usagers, de manière sécurisée et organisée (près de 4 000 consultations). Ces centres bénéficiaient d'agendas partagés entre le Centre 15 et les médecins généralistes du territoire, ce qui permettait aux régulateurs de prendre directement un rendez-vous pour les patients au plus proche de leur domicile. Les professionnels de ville sont également venus en renfort de la régulation, ce qui a permis de renforcer la connaissance réciproque entre la médecine d'urgence et la médecine de ville, certains d'entre eux ayant décidé de poursuivre l'expérience en régulation de la permanence des soins ; de même que des médecins hospitaliers ont pu assurer quelques vacations dans les centres Covid-19.

Organiser les parcours

Après la mise en place de ces centres est apparue la nécessité d'organiser le suivi à domicile ou en établissements médico-sociaux, des patients polypathologiques, fragilisés par le Covid-19 et isolés par le confinement. Ces patients avaient

ou non un médecin traitant opérationnel, avaient ou non bénéficié d'une prise en charge ambulatoire (en centre Covid-19 ou en cabinet de ville) ou étaient sortis d'hospitalisation ou des urgences. L'objectif pour ces patients était de les maintenir en toute sécurité dans le confinement en évitant les complications et le recours aux services d'urgence et à une éventuelle hospitalisation. Dans ce cadre, l'APTA 78, en lien avec le pôle stratégie de l'ARS et la délégation départementale (DD) ARS 78, a proposé à l'ensemble des dispositifs d'appui à la coordination des Yvelines (PTA Odyssée, Réseaux GRYN et REPY, MAIA YNOSA) et la fédération association locale de développement sanitaire (ALDS) de coconstruire un projet relatif à la coordination des prises en charge de ces patients dans le département. Les établissements sanitaires privés et publics du département (Groupe Vivalto, CHV, centre hospitalier de Poissy Saint-Germain-en-Laye), le conseil départemental des Yvelines et France Assos Santé se sont associés à cette démarche et ont permis d'aboutir à un projet et une doctrine ARS. Ce projet permettait de coordonner la prise en charge des patients via l'outil e.covid de Terr-eSanté (Terr-eSanté est la plateforme d'échange de partage et de services proposée par l'ARS Île-de-France, www.terr-esante.fr) et autour de plusieurs axes :

distincts à destination des professionnels de santé et des usagers (Fig. 3). Les professionnels libéraux, les médecins hospitaliers et les directeurs d'établissements se sont également rendus régulièrement à la cellule pour échanger sur l'activité de la cellule et l'évolution de l'épidémie. Dans ce cadre, l'APTA 78 en tant que représentant de la médecine de ville a eu un rôle facilitateur dans cette dynamique en favorisant l'interconnaissance entre les partenaires du département [3,4].

La cellule de télésurveillance permettait de gérer les alertes quotidiennes et de déclencher une téléconsultation ou une hospitalisation ou une orientation vers le Samu si nécessaire. Médecins et infirmiers volontaires pouvaient participer à la cellule de télésurveillance, après formation (outil e.covid), sur la base du forfait de vacation régulation auquel ont participé les médecins urgentistes. Cette plateforme de télésurveillance, au portage libéral, a été alimentée quotidiennement par le Centre 15 ainsi que les services d'urgence du département (Tableau 1). Aussi, le Centre 15 assurait un rôle de vigie sur les clusters du département, en lien avec la cellule qui se faisait alors le relais auprès de l'ARS dans la gestion de ceux-ci.

Pour accompagner l'appropriation de cette stratégie sanitaire, le centre d'enseignement des soins d'urgence (Cesu) 78 en partenariat avec l'APTA 78, le CDOM 78 et le conseil départemental des Yvelines a organisé plusieurs formations en visioconférence sur les deux thématiques suivantes : déconfinement Covid-19 contact tracing et déconfinement pédiatrie. Ces formations téléchargeables, comptant une trentaine de participants à chaque session, ont permis d'engager une communication entre les professionnels de ville et les professionnels hospitaliers.

Tableau 1 Bilan de la collaboration ville-aide médicale urgente-hôpital (données établies au 23 juin 2020)

Action	Nombre de patients
Télésurveillance sur la plateforme e.covid	490
Transmission par le Centre 15 pour la télésurveillance	1 025
Consultations réalisées dans les centres Covid	3 997
Prélèvements PCR réalisés dans les centres Covid	978

Enfin, la coordination ville-hôpital s'est concrétisée dans le cadre des campagnes de dépistage par prélèvement PCR grand public organisées sous l'égide de l'ARS, en partenariat avec les collectivités, l'AP-HP ou le CHV qui ont fourni les équipements de prélèvements et analysé les résultats. Les professionnels libéraux ont assuré les prélèvements dans certains territoires sous la coordination de l'APTA 78, et la cellule départementale a pu transmettre l'ensemble des résultats aux patients des différents territoires.

Discussion

Plusieurs leviers ont pu être identifiés. Sur le plan des outils d'abord, les agendas partagés centres Covid/médecins traitants/Centre 15 ont permis un adressage régulé des patients dans ces centres et un moindre engorgement des urgences ; la mise en place d'une fiche patient standardisée, suivie d'un questionnaire en ligne, a facilité le transfert des patients vers

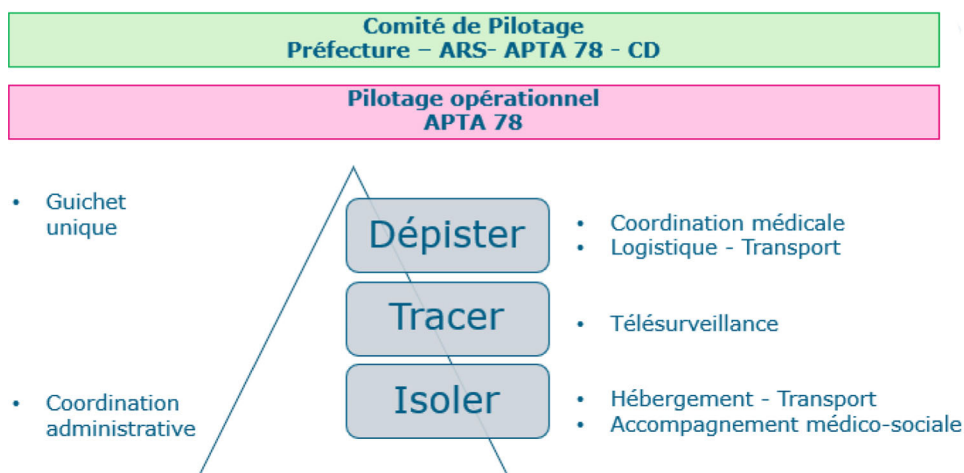


Fig. 3 Cellule départementale d'appui et de suivi des cas positifs et de leurs contacts ARS : Agence régionale de santé ; APTA : Association Plateforme Territoriale d'Appui ; CD : Conseil départemental de l'ordre des médecins

la ville. L'environnement institutionnel a également été un facteur contextuel indéniable favorisant la coordination entre les acteurs, la mutualisation des compétences et des moyens — notamment pour gérer les disponibilités des places en établissements et l'identification des clusters — de même que l'implication de leaders sur les différents territoires. Enfin, l'existence d'une entité permettant d'assurer une coordination à l'échelle départementale a permis d'organiser un maillage sur l'ensemble du territoire, à partir des initiatives des acteurs locaux.

Les difficultés rencontrées ont principalement résidé sur un plan politique dans l'articulation entre le niveau infrarégional et le niveau départemental. Sur un plan technologique, la mise en place de Terr-eSanté a suscité de nombreux questionnements de la part des médecins qui s'étaient appropriés l'outil Covidom bien que le choix de déployer un nouvel outil ait reposé sur la nécessité de proposer un outil permettant de coordonner les acteurs au-delà du simple suivi ponctuel et dans une logique pluriprofessionnelle. Aussi, ces outils ne permettent pas d'assurer la télésurveillance à l'ensemble des patients ; les patients âgés et/ou précaires n'étant pas nécessairement en mesure de se les approprier. Aussi, le renouvellement des équipes de télésurveillance a impliqué de devoir former de manière continue de nouvelles personnes à l'organisation.

Conclusion

La crise Covid-19 a été un accélérateur et un catalyseur de la coordination entre les acteurs du département. Elle a permis d'amorcer des dynamiques partenariales et de coordination et de déployer des outils numériques au service d'une meilleure organisation des parcours de soins des patients. Au demeurant, cette dynamique s'inscrit dans un contexte de relations de travail amorcées de longue date, d'un environnement institutionnel favorable et réside dans l'implication de leaders intéressés par la conduite de projets innovants. Plusieurs dispositifs pourront être maintenus au-delà de la crise Covid-19 : le guichet unique, les agendas partagés, les formations ville-hôpital en visioconférence et la coordination et l'anticipation de la sortie d'hospitalisation.

La coopération interprofessionnelle a favorisé l'émergence de nouveaux modes de communication et la constitution de nouveau collectif [5]. Cette coordination transversale représente une opportunité pour améliorer la continuité des soins et est préfiguratrice d'organisations à venir, comme le service d'accès aux soins (SAS) [6].

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Éléments remarquables

- Coordination départementale en appui aux propositions des effecteurs locaux
- Fluidité des outils numériques proposés
- Soutien des tutelles
- Très bonne adhésion des professionnels venus en appui
- Communication réactive, en temps réel, entre les différents acteurs et partenaires de la plateforme
- Coopération ville-hôpital, développée en période de crise, induisant des relations de travail pérennes

Pistes d'amélioration

- Communication et coordination entre les niveaux régional et départemental
- Acceptabilité, par les acteurs locaux, de nouveaux outils numériques en période de crise (accompagner le changement, faciliter l'appropriation)
- Plateforme : actions de formation initiales chronophages du fait du renouvellement rapide des équipes
- Difficultés d'accès aux outils numériques pour les populations âgées ou en difficulté sociale

Références

1. Steg A (1993) Commission nationale de restructuration des urgences (CNRU) : Rapport sur la médicalisation des urgences. CNRU, Paris
2. Cohen L, Génisson C, Savary RP (2017) Sénat : Rapport d'information n° 685 : Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf> (Dernier accès le 6 juillet 2020)
3. Bergeron H, Castel P, Nouguez E (2013) Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. *Rev Fr Sociol* 54: 263–302
4. Valentine MA, Edmondson AC (2014) Team scaffolds: How mesolevel structures enable role-based coordination in temporary groups. *Organ Sci* 31: 405–22
5. Bloch MA, Hénaut L (2014) Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médicosocial. Dunod, Paris
6. Mesnier T, Carli P (2019) Rapport pour un pacte de refondation des urgences. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf (Dernier accès le 6 juillet 2020)