

Urgences ambulatoires et Tarmed 2018

Drs DANIELLE BONJOUR^a, NICOLAS PERONE^b, HERVÉ SPECHBACH^c et CÉCILE DELÉMONT^a

Rev Med Suisse 2018; 14: 1811-7

Le recours à la consultation d'urgence, ou sans rendez-vous, est en constante augmentation dans le paysage médical suisse. Les centres d'urgences sont des partenaires du système de santé qui accueillent sans rendez-vous et sur des horaires étendus des urgences médico-chirurgicales variées. Ils sont affiliés à la médecine de premier recours et la tarification des prestations se base sur celle d'un cabinet de médecine générale. Avec la révision du Tarmed 2018 et ses limitations, la facturation de certaines prestations délivrées dans un centre d'urgences ambulatoires devient problématique, en particulier pour les cas nécessitant des soins longs ou une surveillance prolongée.

Ambulatory emergencies and Tarmed on 2018

The practice of consulting with emergency medical centers without an appointment as an alternative to visiting one's doctor has been steadily increasing in Switzerland. Fully integrated in the Swiss health system and attending without appointment to late hours, these establishments can deal with a wide variety of medical and surgical emergencies. However, considered first recourse medical centers, they apply billing rates based on those of general practitioner offices. With the 2018 overhaul of the Tarmed, the billing of some services provided in an emergency center become intricate, particularly those involving time-consuming care or extended observation.

LA CONSULTATION D'URGENCE AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ

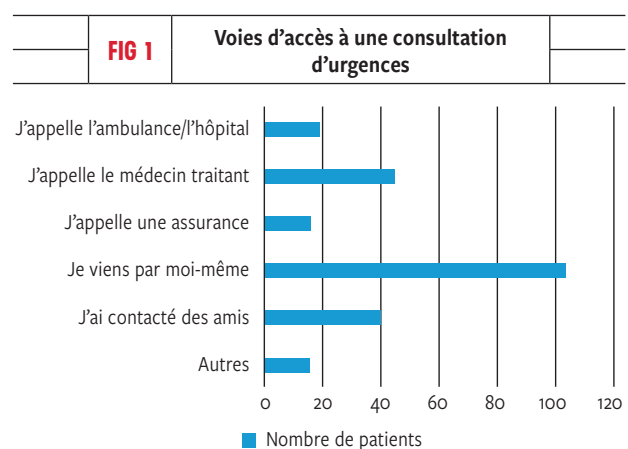
Le recours à la consultation d'urgence, ou sans rendez-vous, est en constante augmentation, correspondant à une demande tant des patients désireux d'une prise en charge immédiate et complète sur place, que des médecins généralistes ou spécialistes référant certains de leurs patients pour des investigations, prises en charge ou surveillances plus poussées (figure 1).^{1,2} Dans l'étude de Müller, faite à l'hôpital de l'Île à Berne en 2012, une majorité des patients définit l'urgence comme un état nécessitant une prise en charge rapide ou bien une situation clinique mettant la vie en danger et 25% des patients ayant tenté de consulter leur médecin traitant en urgence se sont vus adressés sur un centre d'urgences.¹

Sous forme d'urgences hospitalières ambulatoires, de centres d'urgences ambulatoires indépendants ou de simples consultations d'urgence d'un cabinet médical, ce mode de consulta-

tion correspond à une évolution de la société et s'intègre dans le paysage médical comme une collaboration forte avec les autres partenaires du système de santé. En effet, des centres d'amont permettent de limiter le recours aux urgences lourdes hospitalières souvent engorgées ou de faciliter l'hospitalisation directe de patients dont le bilan complet est pratiqué dans le centre d'urgences d'amont.³⁻⁵ Ils permettent également aux patients de consulter en dehors de leurs heures de travail et de regrouper sur place la consultation médicale et d'éventuels examens complémentaires nécessaires. Ce sont prioritairement les facilités d'accès, la confiance inspirée et la recommandation d'un tiers (médecin traitant ou famille) qui encouragent à la consultation dans un centre d'urgences.⁶

Les centres d'urgences ambulatoires du canton de Genève suivent également cette tendance avec une progression constante du nombre de consultations sur les sept dernières années (figure 2). La casuistique de patient regroupe environ deux tiers de cas médicaux et un de cas traumatologiques (figure 3). Environ 10 à 15% sont des urgences graves ou potentiellement graves de degré 1 ou 2 selon l'échelle suisse de tri (EST) nécessitant une prise en charge immédiate, 50 à 60% sont des urgences de degré 3 nécessitant une prise en charge rapide et les 30% restants sont des urgences de degré 4, assimilées à des consultations sans rendez-vous (figure 4). Les patients consultent majoritairement d'eux-mêmes, la partie des patients amenés en ambulance dans un centre d'urgences ambulatoires est marginale sur le canton de Genève. Cette diversité de pathologies rencontrées impose un niveau de compétence médicale élevé et un plateau technique disponible sur les heures d'ouverture du centre.

La médecine d'urgence en Suisse n'est pas une spécialité à part entière et à ce titre se rattache dans sa pratique à la médecine de premier recours et à son modèle de facturation. Ceci implique l'utilisation de positions tarifaires destinées à

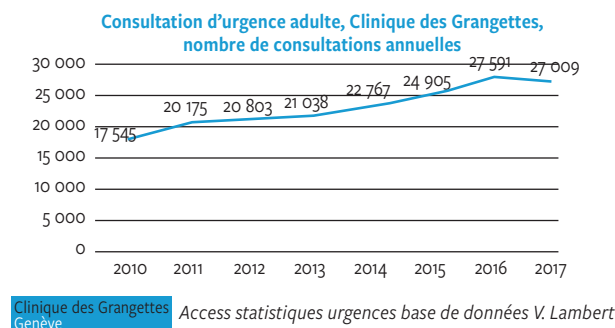
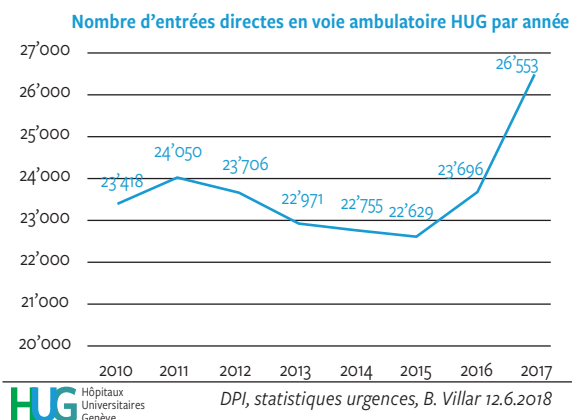


(D'après réf. 1).

^a Consultation d'urgence adulte, Clinique des Grangettes, Chemin des Grangettes 7, 1224 Chêne-Bougeries, ^b Service de médecine de premier recours, Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, HUG, 1211 Genève 14, ^c Unité d'urgences ambulatoires, Service de médecine de premier recours, Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, HUG, 1211 Genève 14
cybernushka@gmail.com | nicolas.perone@hcuge.ch
herve.spechbach@hcuge.ch | cecile.delemont@grangettes.ch

FIG 2 Nombre de consultations d'urgence annuelles de 2010 à 2017

Situation pour les urgences ambulatoires des HUG et à la consultation d'urgence adulte de la Clinique des Grangettes.



une médecine de cabinet. Si ce mode de facturation convient pour une grande partie des motifs de consultations d'urgence, certaines consultations, plus complexes et nécessitant une période d'investigations et de surveillance plus longues, mais restant ambulatoires, deviennent difficiles à facturer. Nous allons illustrer par les cas cliniques ci-après, des prises en charge médicales classiques d'une consultation d'urgences ambulatoires et les limitations imposées par la tarification Tarmed 2018.

TARMED 2018 ET LA CONSULTATION D'URGENCES AMBULATOIRES

Rappelons tout d'abord quelles sont les modifications que la révision Tarmed 2018 a apportées à la médecine de premier recours. Elles sont regroupées dans le **tableau 1**. Cette nouvelle version de Tarmed ne s'applique qu'aux cas LAMAL, la LAA l'ayant refusée.

Bien qu'en complexifiant la tarification avec la multiplication des positions tarifaires (prestations en l'absence, enfant de moins de 6 ans, patient de plus de 75 ans ou patient nécessitant plus de soins), la révision du Tarmed a permis d'apporter plus de précisions et de visibilité aux différents actes médicaux. L'ensemble d'une prise en charge médicale se répartit donc sur différentes positions tarifaires et pour un motif de consultation simple, le système permet de facturer adéquatement les prestations fournies, comme dans le cas de la vignette 1.

FIG 3 Typologie de patients selon le motif de consultation

Situation pour les urgences ambulatoires des HUG et à la consultation d'urgence adulte de la Clinique des Grangettes.

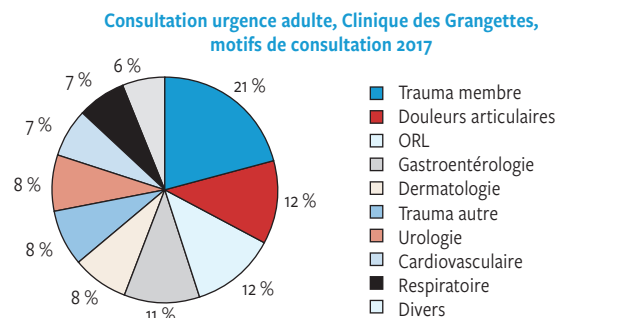
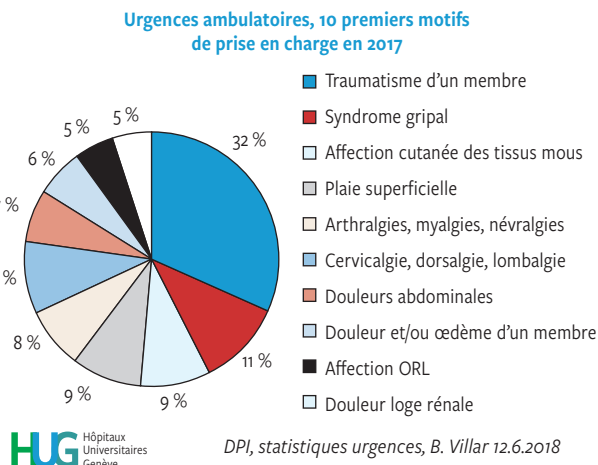
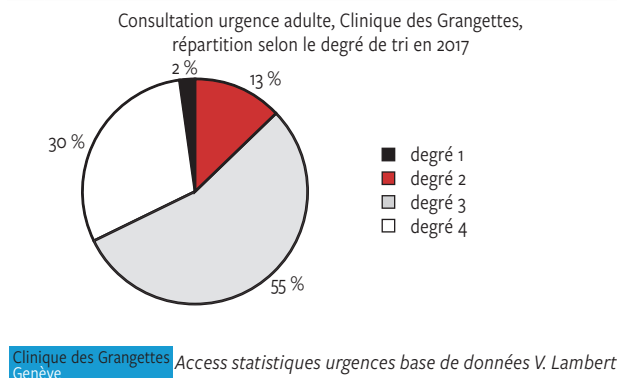


FIG 4 Répartition des consultations selon le degré de gravité à la consultation d'urgence adulte de la Clinique des Grangettes



Vignette 1

Patiente de 17 ans qui consulte en raison d'une odynodysphagie fébrile depuis 3 jours avec un discret rash cutané. Le streptotest rapide est négatif; des sérologies pour le virus d'Epstein-Barr (EBV) et le VIH sont pratiquées et seront négatives. Un diagnostic d'angine virale

est retenu. Le **tableau 2** indique la facturation de la prise en charge.

Pour ce cas, la tarification Tarmed 2018 permet de facturer les prestations fournies. En revanche, on trouve des situations médicales plus complexes dans la médecine d'urgence ambulatoire où les limitations de la nouvelle version du Tarmed posent problème, nous l'illustrons dans les vignettes 2 et 3.

Vignette 2

Patiente de 55 ans, en bonne santé habituelle, fumeuse, connue depuis l'âge de 30 ans pour des épigastralgies récurrentes jamais traitées. Elle se présente aux urgences avec une douleur épigastrique constante irradiant dans la gorge depuis 1h30. Après un bilan complet et exclusion d'un syndrome coronarien, un probable reflux gastro-œsophagien est retenu et la suite des investigations est organisée avec un gastroentérologue. Le **tableau 3** indique la facturation de la prise en charge

Si le patient est considéré comme ayant besoin «de plus de soins» ou «complexe» selon Tarmed 2018, on pourrait alors remplacer la position 00.0020 par la position 00.0026 permettant d'ajouter 10 minutes de temps de consultation et la position 00.1370 par la position 00.1376 permettant d'ajouter 60 minutes de surveillance. Toutefois, la définition du patient nécessitant plus de soins n'est toujours pas établie.

D'autres positions tarifaires de médecine de premier recours sont disponibles (00.610, 00.510) pour permettre de compenser les limitations imposées de durée de consultations (00.0020) mais ne sont pas toujours adéquates dans le contexte.

Vignette 3

Patiente de 76 ans, amenée par sa famille à 20h30, après un malaise avec une chute et entorse de la cheville. Le bilan montre également une décompensation cardiaque globale modérée. La radiographie montre une fracture de cheville de type Weber B, non déplacée, dont le traitement est conservateur. Un traitement diurétique permet une amélioration de la dyspnée. Après une tentative infructueuse de retour à domicile, des démarches sont entreprises en vue d'une hospitalisation. Le **tableau 4** indique la facturation de la prise en charge.

Dans ce cas, la patiente est arrivée à 20h30. La question de la valorisation du travail médical effectué en dehors des heures classiques de consultation se pose également. Des positions tarifaires d'urgence existent mais, paradoxalement, leur utilisation par des centres d'urgences n'est pas évidente, en particulier concernant la position 00.2505, «indemnité forfaitaire de dérangement en cas de consultation ou visite pressante F/visites en dehors des heures régulières de consultation», qui ne devrait en général pas être utilisée pour le traitement de

patients sans rendez-vous. Comment alors facturer les surcoûts engendrés par l'ouverture extensive d'une consultation d'urgence (salaire du personnel, astreinte de garde d'un cadre superviseur)?

DÉFIS DU FUTUR AUTOUR DE LA TARIFICATION DE L'URGENCE

A l'heure actuelle, des positions tarifaires spécifiques à l'urgence ambulatoire n'existent pas et l'utilisation de positions tarifaires alternatives génère une insatisfaction et des demandes croissantes de justification par les assurances.

En quoi les consultations d'urgences ambulatoires diffèrent-elles d'un cabinet?

Les problèmes de facturation liés aux consultations d'urgences, comme nous l'avons vu dans les vignettes, concernent essentiellement la durée de consultation, le temps de status, le temps de surveillance médicale et le travail hors des heures ouvrables.

L'accès aux consultations d'urgences ambulatoires doit-il être mieux défini?

Le caractère urgent ou non d'une consultation n'est pas toujours évident a priori et la perception de l'urgence par le patient souvent faussée.⁷ Il semble essentiel de laisser au patient la liberté de s'adresser à une consultation d'urgence s'il en ressent le besoin car bénéficier d'un tri médical avec un outil reconnu permet d'optimiser l'accès rapide aux soins pour les cas potentiellement graves.⁸ Par ailleurs, l'identification de cas moins graves, degré 4 selon l'EST, pourrait permettre de les rediriger sur un médecin généraliste, en particulier si des plages de consultation disponibles sont facilement identifiables.

La question de l'économicité des soins est également au cœur du débat. Des études ont investigué l'impact économique de la prise en charge des cas d'urgence.^{9,10} Elles montrent que des généralistes dans des centres d'urgences ambulatoires utilisent moins de ressources qu'un service d'urgence hospitalier pour la prise en charge des petits cas d'urgence, à cas équivalent, tout en restant sécuritaires. En revanche, les coûts générés par les cas complexes d'urgence sont généralement plus importants et supérieurs au revenu généré. Pour pérenniser l'offre de soins des centres d'urgences, il faut leur permettre de facturer les prestations effectivement réalisées et de couvrir les frais de fonctionnement d'une telle structure hors horaires habituels, tout en évitant que des consultations au final non urgentes, faites dans un centre d'urgence reconnu, sur un horaire de soir ou de week-end, ne génèrent un surcoût, d'où l'importance du tri des patients.

Quels sont les atouts d'un centre d'urgence ambulatoire?

La qualité des soins au sein d'une consultation d'urgence ambulatoire est essentielle et doit également être un garant d'économicité, en appliquant les recommandations de bonnes pratiques (guidelines, *choosing wisely*), en employant des médecins qualifiés et/ou supervisés permettant d'éviter la

TABLEAU 1

Prestations de médecine de premier recours 2017 et 2018

MPR: médecin de premier recours; max: maximum; suppl: supplémentaire.

Codes tarification 2017			Code tarification 2018			
Prestation code 2017	Si facturation «électronique»	Tarmed 2017	Prestation code 2018		Tarmed 2018	Limites 2018
00.0010	Première 5 min max 1 x/séance	17.76	00.0010		18.61	
00.0015	Supplément pour la médecine de famille max 1 x/jour	10.00	00.0015		10.88	1 x/jour
00.0020	Supplément de consultation Pas de limite	17.76	00.0020 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans	18.61	Max 10 min par séance
			00.0025 par 5 min	Pour < 6 ou > 75 ans	18.61	Max 20 min par séance
			00.0026 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans avec plus de soins	18.61	Max 20 min par séance
00.0030	Dernière 5 min max 1 x/séance	8.88	00.0030		9.31	
00.0050	Entretien d'information du spécialiste avant une intervention Pas de limite	17.76	00.0050 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans	18.61	Max 30 min par cas
			00.0055 par 5 min	Pour < 6 ou > 75 ans	18.61	Max 60 min par cas
			00.0056 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans avec plus de soins	18.61	Max 60 min par cas
00.0510	Consultation spécifique par le spécialiste de premier recours Pas de limite	17.76	00.0510		18.61	Max 30 min par 3 mois
			00.0515 par 5 min	Pour < 6 ou > 75 ans	18.61	Max 60 min par 3 mois
			00.0516 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans avec plus de soins	18.61	Max 60 min par 3 mois
00.0520	Consultation psychothérapeutique ou psychosociale par le MPR max 12 x/séance	17.76	00.0520		18.61	Max 60 min par séance
00.0610	Instruction par le spécialiste Pas de limite	18.91	00.0610 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans	18.61	Max 15 min par séance et 30 min par 3 mois
			00.0615 par 5 min	Pour < 6 ou > 75 ans		Max 30 min par séance et 60 min par 3 mois
			00.0616 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans avec plus de soins		Max 30 min par séance et 60 min par 3 mois
00.0060	Visite, première 5 min max 1x/séance	33.08			35.28	Max 1 x par séance
00.0070	Supplément de visite, par 5 min Pas de limite	17.76		Pour > 6 et < 75 ans	18.61	Max 15 min par séance
			00.0075 par 5 min	Pour < 6 ou > 75 ans	18.61	Max 30 min par séance
			00.0076 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans avec plus de soins	18.61	Max 30 min par séance
00.0080	Visite, dernière 5 min	8.88			9.31	

Prestation code 2017	Si facturation «électronique»	Tarmed 2017	Prestation code 2018		Tarmed 2018	Limites 2018
	max 1 x/séance					
00.0095	Indemnité de déplacement, par 5 min Pas de limite	17.76	Par 5 min		18.61	Pas de limitations
00.0110	Consultation téléphonique, par 5 min max 1 x/séance	17.76	00.0110		18.61	
00.0120	Consultation téléphonique, par 5 min en plus Pas de limite	17.76	00.0120 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans	18.61	Max 10 min par séance
			00.0125 par 5 min	Pour < 6 ou > 75 ans	18.61	Max 20 min par séance
			00.0126 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans avec plus de soins	18.61	Max 20 min par séance
0.0130	Consultation téléphonique, dernière 5 min max 1 x/séance	8,88	0.0130		9.31	
0.0140	Prestation en l'absence du patient, par 5 min Pas de limite	17.76				
			00.0141 à 6 par minute	Pour > 6 et < 75 ans	3.72	Max 30 min par 3 mois
			00.0131 à 6 par minute	Pour < 6 ou > 75 ans	3,72	Max 60 min par 3 mois
			00.0161 à 6 par minute	Pour > 6 et < 75 ans avec plus de soins	3,72	Max 60 min par 3 mois
00.2110	Consilium par le spécialiste, par période de 5 min	21.98			18.61	Max 120 min
00.0410	Petit examen par MPR	56.71				
			00.0415 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans	19.76	Max 15 min par séance et 30 min par 3 mois
			00.0416 par 5 min	Pour < 6 et > 75 ans	19.76	Max 30 min par séance, 60 min par 3 mois
			00.0417 par 5 min	Pour > 6 et < 75 ans avec plus de soins	19.76	Max 30 min par séance, 60 min par 3 mois
00.0420	Examen complet par le MPR Max 2 x/3mois	94.51	00.0425 par 5 min		19.76	Max 25 min par séance, 50 min par 3 mois
00.0490	Bilan cognitif et conseil, par le gériatre max 1 x/séance	249.79			236.98	Max 1 x par séance
00.2205	Rapport médical sur formulaire	31.97	00.2206 par 5 min		18.61	Max 10 min par séance
00.2285	Rapport rédigé sans formulaire, 11-35 max 1 x/séance	39.07	00.2285		40.93	
00.2295	Rapport rédigé, par 35 lignes suppl.	31.97	00.2295		33.49	
00.2505	Indemnité forfaitaire de dérangement Max 1 x/séance	45.00	00.2505		45.00	
00.1370	Prise en charge, suivi et surveillance au cabinet médical Pas de limite		00.1370	Pour > 6 et < 75 ans		Max 60 min par séance
			00.1375	Pour < 6 et > 75 ans		Max 120 min par séance
			00.1376	Pour > 6 et < 75 ans avec plus de soins		Max 120 min par séance

TABLEAU 2 Tarification du cas de la vignette 1		
	Temps imparti (minutes)	Position tarifaire relative
Anamnèse	15	00.0010 (1 x) 00.0020 (1 x) 00.0030 (1 x)
Status	10	00.0415 (2 x)
Interprétation des examens	5	00.0020 (1 x)
Discussion des résultats, prévention et établissement d'ordonnance	5	00.0510 (1 x)
Rédaction de rapport (11-35 lignes)		00.2285
Appel à la patiente pour les résultats de sérologie, le jour suivant	5	00.0120 (1 x)

TABLEAU 3 Tarification du cas de la vignette 2		
	Temps imparti (minutes)	Position tarifaire relative
Anamnèse complète	15	00.0010 (1 x) 00.0020 (1 x) 00.0030 (1 x)
Petit status	15	00.0410 (3 x)
Interprétation ECG, labo	5	00.0020 (1 x)
Appel au médecin traitant+ gastro-entérologue pour compléments d'anamnèse	10	00.0144 (10 x)
Discussion des résultats avec la patiente et explication du traitement, de la suite de la prise en charge ambulatoire	15	Manque 15 minutes de temps de consultation, maximum de 2x 00.0020 atteint
Rédaction du rapport		00.2285
Surveillance du patient (scope, perfusions)	1 h 30	00.1370 (4 x). Manque 30 minutes de surveillance, maximum de 4 x 00.1370 atteint

multiplication des examens complémentaires et en implémentant un système qualité permettant une amélioration continue. L'implémentation de restriction sur les examens de laboratoire inutiles en est un exemple, permettant un gain de temps et d'argent.¹¹ L'utilisation de positions tarifaires spécifiques à l'urgence, si elles sont créées, devrait être conditionnée à ces critères de qualité du centre prestataire.

Quelles sont les propositions d'avenir?

Les pistes à envisager seraient donc soit l'adaptation des limitations Tarmed pour des situations d'urgences à définir et/ou la création de positions tarifaires spécifiques à l'urgence dont l'utilisation serait conditionnée à la certification du centre d'urgences sur des critères de qualité. Par ailleurs, un système d'aiguillage du patient, selon le tri initial et le degré d'urgence, permettrait la prise en charge immédiate ou la réorientation du patient sur des consultations du cabinet lorsque la situa-

TABLEAU 4 Tarification du cas de la vignette 3		
	Temps imparti (minutes)	Position tarifaire relative
En rouge les dépassements de limite.		
Anamnèse actuelle, antécédents et comorbidités	20	00.0010 (1 x) 00.0025 (2 x) 00.0030 (1 x)
Examen complet	25	00.0425 (5 x)
Radiographie (demande et interprétation)	5	00.0025 (1 x)
Status cardiopulmonaire après diurétique	10	Manque 10 min de status, maximum de 5 x 00.0425 atteint et le petit status n'est pas cumulable avec l'examen complet
Discussion des résultats avec la patiente et explication du traitement, de la suite de la prise en charge ambulatoire	15	00.0025 (1 x) Manque 10 min de consultation, maximum de 4x 00.0025 atteint
Instruction pour attelle et les cannes anglaises	10	00.0615 (2 x)
Discussion avec la famille	15	00.0133 (15 x)
Appel aux divers centres pour un transfert	20	00.0134 (20 x)
Rédaction du rapport (11-35 lignes)		00.2285

tion le permet. L'efficacité de ces mesures reste encore à prouver par de nouvelles études.⁷

Il pourrait être intéressant d'agir également en amont avec un prétriage par le biais d'un système de téléconsultation. Plusieurs études se sont intéressées dans ce contexte à la télé-médecine, pour évaluer une possible diminution des consultations en urgence. Les résultats sont disparates avec des études inhomogènes. Autant la télémédecine semble diminuer les consultations en urgence pour les personnes âgées, autant elle semble favoriser une deuxième consultation.^{12,13} Une récente revue de la littérature a mis en évidence que le triage téléphonique était la mesure la mieux évaluée en termes de sécurité et de satisfaction des patients, avec un impact coût/efficacité incertain.¹⁴ Il s'agit certainement d'une piste à investiguer à l'avenir.

CONCLUSION

L'évolution des habitudes de société vers un accès aux soins plus rapide et sur des horaires plus larges est une réalité, comme l'est également l'engorgement chronique des urgences hospitalières. L'offre de soins des centres d'urgences ambulatoires se positionne comme un maillon indispensable de la chaîne de santé permettant en particulier de soulager les urgences hospitalières. Toutefois, la tarification actuelle ne permet pas de valoriser correctement les prestations effectuées dans un centre d'urgences, risquant de prêter cette offre, en particulier sur les horaires de soir et de week-end.

Mieux définir le recours aux centres d'urgences ambulatoires, mettre en place un système de certification basé sur des critères de qualité de ces centres et développer des positions tarifaires spécifiques sont les axes essentiels à développer.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'utilisation des positions tarifaires de médecine de premier recours, en particulier avec les limitations imposées par la révision du Tarmed 2018, posent problème pour les cas d'urgence complexes
- Afin de ne pas prêter le partenaire essentiel qu'est le centre d'urgences dans le paysage médical, une réflexion sur le recours à la consultation en urgence, la qualité des prestations et la tarification est nécessaire

1 Müller U, Winterhalder R, Businger A, Zimmermann H, Exadaktylos AK. Why do walk-in patients prefer a busy urban emergency department during office hours? A pilot survey of 200 consecutive patients from Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2012;142:w13565.

2 Huber CA, Rosemann T, Zoller M,

Eichler K, Senn O. Out-of-hours demand in primary care: frequency, mode of contact and reasons for encounter in Switzerland. *J Eval Clin Pract* 2011;17:174-9.

3 Chan CL, Lin W, Yang NP, Huang HT. The association between the availability of ambulatory care and non-emer-

gency treatment in emergency medicine departments: a comprehensive and nationwide validation. *Health Policy* 2013;110:271-9.

4 OBSAN bulletin 3/2013. Consultations dans un service d'urgence en Suisse.

5 **Yarmohammadian MH, Rezaei F, Haghshenas A, Tavakoli N. Overcrowding in emergency departments: a review of strategies to decrease future challenges. *J Res Med Sci* 2017;22:23.

6 Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. *Acad Emerg Med* 2017;24:1137-49.

7 *Turner J, et al. What evidence is there on the effectiveness of different models of delivering urgent care? A rapid review. *Health services and delivery research* 2015;3.

8 Rutschmann OT, et al. Reliability of the revised Swiss emergency triage scale: a computer simulation study. *European Journal of Emergency Medicine* 2017.

9 Murphy AVV, et al. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome and comparative cost. *BMJ* 1996;312:1135-42.

10 *Uthman OA, et al. General

practitioners providing non-urgent care in emergency department: a natural experiment. *BMJ Open* 2018;8.

11 Venkatesh AK, et al. Reducing unnecessary blood chemistry testing in the emergency department: implementation of choosing wisely. *Am J Med Qual* 2018;33:81-5.

12 Gillespie SM, Shah MN, Wasserman EB, et al. Reducing emergency department utilization through engagement in telemedicine by senior living communities. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association* 2016;22:489-96.

13 Steventon A, Ariti C, Fisher E, Bardsley M. Effect of telehealth on hospital utilisation and mortality in routine clinical practice: a matched control cohort study in an early adopter site. *BMJ Open* 2016;6:e009221.

14 **Ismail SA, Gibbons DC, Gnani S. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners* 2013;63:e813-20.

* à lire

** à lire absolument