

Améliorer la Fluidité des parcours à l'hôpital :

Les 12 propositions

Concertation nationale sur les urgences hospitalières

Contribution

de la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU et

de la Conférence des Présidents de CME des CHU

L'hiver dernier a connu une aggravation de « l'engorgement » de la plupart des services d'urgences des établissements publics de santé, universitaires ou non. Cette situation concerne les sujets âgés polypathologiques, souvent en grande dépendance, stagnant sur des brancards dans l'attente d'un lit. Elle est responsable d'une morbi/mortalité aggravée indépendamment du motif d'admission ou de l'âge et d'une DMS très allongée. Elle aboutit également à des déprogrammations qui, outre les conséquences médicales, instituent ipso facto une inégalité d'accès aux soins.

Les services d'urgences occupent aujourd'hui une place centrale dans le fonctionnement des établissements hospitaliers, notamment universitaires. Lieu privilégié d'accueil de l'activité non programmée, ils constituent une vitrine de l'hôpital. Ils en sont également l'une des portes d'entrée pour les patients, et l'une des voies de recrutement des patients pour l'activité d'hospitalisation en aval.

En 15 ans, si leur nombre est resté stable – autour de **650 structures d'urgences**¹ – leur activité a progressé de plus de **65%**². Ainsi, en 2010, ce sont plus de **17,5 millions de passages** qui ont été enregistrés dans ces services sur l'ensemble du territoire national³.

Face à ce recours croissant aux urgences hospitalières, les moyens qu'y consacrent les établissements sont sans cesse plus importants. Ainsi, ce sont plus de **30 000 équivalents temps plein (ETP)** qui sont affectés aux services d'urgences, aux SAMU et aux SMUR, dont **plus de 5 000 ETP médicaux**. Les services d'urgences eux-mêmes concentrent la majorité de ces effectifs, avec plus de 23 000 ETP, dont près de 3 500 ETP médicaux⁴.

¹ Source : données SAE 2011.

² Calcul : base 100 en 1996 – Indice 166 en 2010.

³ Source : données SAE 2010.

⁴ Source : données SAE 2010.

Malgré ces moyens humains qui leur sont consacrés, les urgences continuent de **crystalliser le mécontentement**, tant des patients, qui se plaignent d'ailleurs davantage des délais d'attente et de l'accueil qu'ils y reçoivent que de la prise en charge qui leur y est offerte, que des professionnels. Ceux-ci, considèrent les moyens insuffisants pour prendre en charge correctement les patients, notamment les sujets âgés qui stagnent dans des conditions trop souvent inacceptables des heures sur des brancards dans l'attente d'un lit.

C'est dans ce contexte que la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé a lancé une **concertation nationale sur la thématique des urgences hospitalières**, invitant l'ensemble de la communauté hospitalière à se mobiliser et formuler des propositions d'actions visant à améliorer le fonctionnement de ces structures. Dans ce cadre, la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU et la conférence des Présidents de CME de CHU ont été associées par la Fédération Hospitalière de France au séminaire organisé le 24 mai 2013 avec des représentants de SAMU de France, le Président du Conseil National des Urgences Hospitalières et les autres conférences, lors duquel des retours d'expériences des centres hospitaliers ont été présentés.

C'est dans ce contexte que la conférence des DG de CHRU et la conférence des PCME de CHU, inspirées de ces expériences innovantes, des présentations lors des Assises Hospitalo-Universitaire de 2012 et de la littérature scientifique internationale, font des propositions concernant cinq domaines :

- l'amont des urgences et le parcours pré-hospitalier des patients ;
- l'organisation interne des services d'urgences et la structuration des filières de soins ;
- les flux de patients et l'aval et l'articulation de l'activité programmée et non-programmée ;
- l'approche territoriale de l'organisation des soins et du médico-social et l'évaluation des missions de permanence des soins hospitaliers par les ARS
- le financement de l'activité d'urgences ;
- les conditions de travail et la sécurité des personnels.

L'essentiel en 12 propositions

Un hôpital et son service d'urgences saturés sont responsables d'une morbi/mortalité aggravée indépendamment du motif d'admission ou de l'âge et d'une DMS très allongée. Ceci aboutit également à des déprogrammations qui, outre les conséquences médicales, instituent *ipso facto* une inégalité d'accès aux soins.

La FHF, associée à Samu-Urgences de France, le président du CNUH et la plupart des conférences des EPS, a organisé une journée de réflexion au cours de laquelle des expériences d'amélioration des flux et l'état de la littérature scientifique internationale ont été présentées.

Les causes de cet engorgement sont surtout dues à l'inadéquation entre le nombre de malades à hospitaliser et les lits disponibles d'une part, et les hospitalisations venant des urgences par rapport à celles programmées d'autre part. Afin d'améliorer le service rendu aux patients, la conférence des PCME CHU et la conférence des DG de CHRU proposent les recommandations suivantes :

Améliorer l'accessibilité aux structures d'hospitalisation :

1- Promouvoir la gestion globalisée des lits à l'échelle du pôle et/ou de l'établissement pour faciliter l'aval des urgences mais aussi maintenir les flux programmés. Celle-ci doit en effet tenir compte du flux prévisible des admissions non programmées afin de faciliter l'aval des urgences, de maintenir les flux programmés et les admissions directes et de diminuer les périodes de tension

2- Optimiser les durées moyennes de séjour au juste soin et au bon endroit (MCO vs SSR...) en facilitant la création de véritables parcours d'aval sur les territoires.

3- Favoriser l'hospitalisation de jour et l'ambulatoire et préserver les lits d'hospitalisation complète afin d'augmenter le nombre de lits disponibles pour les urgences sans altérer les capacités de prises en charge programmées.

4- Créer des espaces d'accueil des malades, type « salons de sorties » afin de libérer les lits le plus tôt possible, au mieux dans la matinée.

5- Généraliser les commissions d'admission non programmées (CANP) dans tous les établissements pour organiser la gestion prévisionnelle saisonnière des fermetures de lits et la coopération entre les différents services d'aval

Fluidifier les admissions en améliorant l'organisation des structures des urgences et les conditions de réception :

6- Privilégier les admissions urgentes directement dans la structure interne adéquate, grâce, notamment, à l'élaboration de filières de soins spécialisés en lien avec le Samu-Centre 15

7- Améliorer les organisations internes des services des urgences pour diminuer la morbidité et la mortalité liées à la surcharge des urgences et de l'hôpital :

- mise en place d'un médecin régulateur de l'accueil,
- création d'un circuit court,
- création de lits d'UHCD
- mise en place d'unités de médecine polyvalente bien dimensionnées
- renforcement de l'accès des médecins spécialistes (sénior) aux urgences

Impliquer la gouvernance des établissements :

8- Inclure l'organisation des parcours des patients programmés et non programmés dans les contrats de pôle.

9- Contractualiser la mise en responsabilité des pôles ou groupes de services selon la typologie des patients hospitalisés à partir des urgences (prise en charge des patients hébergés dans d'autres services par le service et/ou le pôle le plus adapté et compétent). Les malades hospitalisés dans un service inapproprié ont en effet une DMS allongée et un taux de réadmission significativement augmenté.

Favoriser l'organisation des flux à l'échelle du territoire de santé et ou de la région

10- Concernant l'amont, éviter l'envoi intempestif des sujets âgés aux urgences alors que des solutions plus programmées et d'admission directe auraient pu être tentées. Ceci passe par la mise en place des préconisations du rapport PAERPA, incluant notamment la création d'IDE d'astreinte dans les EHPAD, des équipes mobiles territoriales, l'optimisation des réseaux gériatriques ville-hôpital et « post-MCO »... Il en est de même pour la prise en charge des maladies chroniques.

11- Assurer la continuité des soins ambulatoires et la PDSA au juste coût afin d'éviter une surcharge supplémentaire dans les structures d'urgence en lien avec le Samu-Centre 15.

Au niveau national

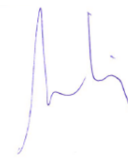
12- Universitariser la médecine d'Urgence qui est devenue une spécialité individualisée par la création d'un DESC de type 1, en promouvant l'évolution vers un DES de Médecine d'Urgence

Le Président de la Conférence
des Directeurs Généraux de CHRU



Philippe DOMY

Le Président de la Conférence
des Présidents de CME de CHU



Pr Guy MOULIN