

Premier aval des urgences à l'AP-HP groupe de réflexion animé par le président de la CME

Réunion du lundi 30 novembre 2015, 8h-10h
salle Louis Mourier, Siège de l'AP-HP

Étaient présents :

D^r Élisabeth ASLANGUL, Louis-Mourier, médecine interne
 P^r Olivier BENVENISTE, Pitié-Salpêtrière, médecine interne
 P^r Jean-François BERGMANN, Lariboisière, médecine interne
 P^r Jacques BODAERT, Pitié-Salpêtrière, gériatrie
 P^r Anne BOURGARIT-DURAND, Jean-Verdier, médecine interne
 D^r Dominique BRUN-NEY, DOMU
 P^r Loïc CAPRON, président de CME
 P^r Ricardo CARBAJAL, Trousseau, urgences
 D^r Muriel CHAILLET, Saint-Antoine, urgences
 P^r Olivier FAIN, Saint-Antoine, médecine interne
 P^r Bertrand GODEAU, Mondor, médecine interne
 P^r Gilles GRATEAU, Tenon, médecine interne
 D^r Florian LABOURÉE, Broca, gériatrie
 P^r Fabrice MÉNÉGAUX, Pitié-Salpêtrière, chef du pôle de chirurgie
 P^r Jacques POUCHOT, HEGP, médecine interne
 P^r Thomas PAPO, Bichat, médecine interne
 P^r Dominique PATERON, Saint-Antoine, urgences
 M^{me} Catherine RAVIER, chef de cabinet du président de la CME
 D^r Ingrid REINHARD, Saint-Antoine, DAU
 D^r Caroline THOMAS, Saint-Antoine, gériatrie
 P^r Marc VERNY, Pitié-Salpêtrière, gériatrie

Unités périopératoires de gériatrie (UPOG)

Jacques BODAERT a exposé l'expérience de Pitié-Salpêtrière en orthopédie : parcours efficace (médicalement et budgétairement) dédié aux personnes âgées, principalement atteintes de fracture du col fémoral ; avec des DMS de 48h en chirurgie/réveil, 10-12 jours en gériatrie aiguë et 4-6 semaines en SSR.

Les questions principales sont :

- adoption du modèle dans les autres hôpitaux (réalisations moins abouties à Henri-Mondor et à l'HEGP ; recensement détaillé à faire) ;
- implication et la motivation variables des chirurgiens (qui peuvent amener à tout remettre en cause après un changement d'équipe) ;
- codage T2A des actes entre les services partenaires ;
- diminution du nombre des lits dans les services d'orthopédie ;
- possibilité d'autres modalités de partenariat (comme le gériatre allant en orthopédie) ;
- extension du principe à d'autres chirurgies, mais avec l'enjeu d'une fréquence bien moindre.

Les réflexions en cours à la CME sur l'orthopédie devront sûrement prendre en compte ces évolutions potentielles.

Recommandations du groupe à la CME du 8 décembre

De riches échanges ont permis d'aboutir à la présentation jointe en annexe, avec deux points d'intérêt plus particulier.

1. La question du *bed management* a soulevé de multiples interrogations : une gestion non ou peu médicalisée des lits est en train de se mettre en place dans certains hôpitaux, avec mise en danger potentielle de la qualité et sécurité des soins si les malades sont conçus comme étant des entités administratives plutôt que médicales. Le groupe devra absolument y revenir.
2. Pour les DAU (départements d'aval des urgences), il convient de rester sur l'idée que c'est une organisation structurelle qui a fourni quelques preuves d'efficacité, mais qui n'est en rien

obligatoire et indispensable, dans la mesure où les services de médecine interne et de gériatrie aiguë peuvent tout à fait assurer cette fonction de tampon. Les deux principaux inconvénients des DAU sont « moraux » :

- donner la fausse impression à tout le reste de l'hôpital qu'il doit résoudre à lui tout seul tous les problèmes du premier aval des urgences ;
- exposer les personnels soignants qui y travaillent à la lassitude et à l'insatisfaction en les forçant à régler les soucis médicaux immédiats d'un maximum de patients dans un minimum de temps.

Avenir du groupe

La nouvelle CME qui sera installée le 12 janvier 2016 et la DOMU devront décider si elles demandent au groupe de poursuivre ses travaux, pour alimenter la réflexion sur le premier aval qui est une part essentielle du plan d'amélioration des urgences à l'AP-HP, dont le directeur général, M. Martin HIRSCH, a confié le pilotage au P^r Pierre CARLI et à la DOMU (M^{me} Christine WELTY). Les médecins qui participent aux relations quotidiennes entre le SAU et le reste de l'hôpital ont la meilleure compétence pour réfléchir aux manières de les améliorer : urgentistes, gériatres, internistes, chirurgiens.

Deux membres du groupe, les P^{rs} Olivier BENVENISTE (médecine interne) et Thierry BÉGUÉ (orthopédie) seront membres de la prochaine CME et devront lui proposer de continuer le groupe, dont le rayonnement exige le parrainage solide et assidu de la CME. En outre, le D^r Dominique BRUNNEY pourra sensibiliser la DOMU sur l'opportunité de maintenir le groupe.

L. CAPRON a chaleureusement remercié tous les membres du groupe pour leur implication au service d'une cause majeure pour l'avenir de l'AP-HP.

L. CAPRON
4 janvier 2016

Annexe

Groupe de réflexion sur le premier aval des urgences à l'AP-HP

- Réuni par le PCME (2013-2015)
- Deux phases
 1. Réorganisation du premier aval médical des urgences du centre de Paris après transformation du SAU de l'Hôtel-Dieu
 - avril 2013 à septembre 2014
 - 7 réunions
 - internistes, gériatres, urgentistes
 2. Question globale de l'aval médical & chirurgical en lien avec le *Plan Urgences de l'AP-HP*
 - décembre 2014 à novembre 2015
 - 4 réunions
 - idem + pédiatres et chirurgiens

08/12/2015

CME de l'AP-HP

1

Membres du groupe

SAU	Méd. interne	Gériatrie	Pédiatrie	Chirurgie
D ^r D. Brun-Ney Domru	D ^r É. ASLANGUL lmr	P ^r J. BODDAERT psl	P ^r R. CARBAJAL trs	P ^r T. BÉGUÉ abc
D ^r D. CANTIN ltd	P ^r O. BEIENISTE psl	D ^r F. LABOURÉE brc	P ^r A. FAYE rdb	P ^r P. HERMAN lrb
P ^r E. CASALINO bch	P ^r J.-F. BERGMANN lrb	P ^r A.-S. RIGAUD brc	P ^r P. LABRUNE abc	P ^r F. MÉNÉGAUX psl
D ^r M. CHAILLET sat	P ^r A. BOURGARIT jvr	D ^r A. TEIXEIRA lrb	P ^r L. DE PONTUAL jvr	P ^r P. WIND avc
D ^r J.-P. FONTAINE sls	P ^r O. FAIN sat	D ^r C. THOMAS sat		
P ^r D. PATERON sat	P ^r B. GODEAU hmn	P ^r M. VERNY psl		
P ^r P. PLAISANCE lrb	P ^r G. GRATEAU tnn			
P ^r B. RIDU psl	P ^r P.-J. GUILLAUSSEAU lrb			
	P ^r C. LE JEUNNE cch			
	P ^r I. MAHÉ lmr			
	P ^r J.-J. MOURAD avc			
	P ^r T. PAPO bch			
	P ^r J. POUCHOT egp			
	D ^r I. REINHARD sat			
				N = 36 (+ LC)

08/12/2015

CME de l'AP-HP

2

Recommandations générales (1)

1. Les urgences sont l'affaire de tous les services de l'hôpital et du GH : gratifier ceux qui s'y investissent (PM, PNM, travaux)
2. Coopération organisée (charte ou projet commun) entre le SAU et les autres services de l'hôpital ou du GH
3. Organiser une gestion médicalisée des lits
 - avec logiciel de recensement fiable des lits disponibles dans l'hôpital ou le GH
 - sans transformer le malade en chose/colis déposé/e là où il y a un lit
 - toujours garantir la qualité et sécurité des soins
4. Réunir régulièrement et au complet la commission des admissions non programmées

08/12/2015

CME de l'AP-HP

3

Recommandations générales (2)

5. Mobiliser rapidement la cellule de crise en cas de besoin
6. Améliorer le 2^e aval (SSR) : nombre de lits, densité du personnel soignant
 - pour les sujets âgés
 - mais aussi pour les adultes jeunes
7. Inciter au partage des ressources en SSR entre les GH
8. Donner aux assistantes sociales les moyens
 - de créer leurs dossiers dès les urgences
 - d'accompagner la totalité des séjours

08/12/2015

CME de l'AP-HP

4

Médecine interne & gériatrique aiguë

1. Les associer de préférence dans un même pôle incluant le SAU
2. Faciliter l'accès des malades non programmés au plateau technique et aux avis spécialisés
3. Développer avec discernement et loyauté des accès directs non programmés en MI et MGA
4. Préciser les missions des équipes mobiles de gériatrie
5. Mieux planifier les sorties (libération du lit avant midi, salons d'attente, ambulances, etc.)
6. Quand un patient suivi dans un service de l'hôpital doit être hospitalisé depuis les urgences, il doit l'être en priorité absolue dans le service qui le suit ; particulièrement si fin de vie
7. Évaluer le modèle DAU

08/12/2015

CME de l'AP-HP

5

Pédiatrie

1. Abréger les séjours en premier aval grâce à la séniorisation des médecins et avec l'aide de l'HàD
2. Attacher une unité de soins continus à chaque service d'urgence
3. Mieux gérer les pics saisonniers d'activité médicale (hiver) et chirurgicale (été)
 - structures interchangeables
 - bivalence des personnels soignants

08/12/2015

CME de l'AP-HP

6

Chirurgie

1. Blocs opératoires dédiés aux urgences H24
2. Programmation le lendemain, si possible en ambulatoire, des urgences qu'on peut différer
3. Rendre possible la chirurgie ambulatoire d'urgence, non programmée
4. Trouver dans chaque service le bon dosage entre activité urgente et activité programmée

08/12/2015

CME de l'AP-HP

7

Avenir des recommandations

- Inscription dans le cadre du Plan *Urgences* de l'AP-HP
- Groupe volontaire pour continuer à se réunir
- Premier sujet à reprendre : gestion des lits

08/12/2015

CME de l'AP-HP

8