

## Groupe de la CME sur le premier aval des urgences à l'AP-HP

**Réunion du lundi 19 septembre 2016, 8h30-10h**

salle Louis-Mourier, Siège de l'AP-HP

Étaient présents :

P<sup>r</sup> Olivier BENVENISTE, Pitié-Salpêtrière, médecine interne  
 P<sup>r</sup> Jean-François BERGMANN, Lariboisière, médecine interne  
 P<sup>r</sup> Anne BOURGARIT, Jean-Verdier, médecine interne  
 D<sup>r</sup> Dominique BRUN-NEY, DOMU  
 P<sup>r</sup> Martin CHALUMEAU, pédiatrie, Necker  
 D<sup>r</sup> Matthieu DE STAMPA, président du comité consultatif médical (CCM) de l'hospitalisation à domicile (HÀD),  
 M. Benjamin GAREL, direction du pilotage de la transformation (DPT),  
 P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU, Henri-Mondor, médecine interne  
 P<sup>r</sup> Cécile GOUJARD, Bicêtre, médecine interne,  
 M. Étienne GRASS, DPT,  
 D<sup>r</sup> Sylvie HAULON, Émile-Roux, gériatrie,  
 P<sup>r</sup> Pierre HAUSFATER, Pitié-Salpêtrière, urgences,  
 P<sup>r</sup> Olivier HÉLÉNON, radiologie, Necker  
 M<sup>me</sup> Corinne LAMOUCHE, service social hospitalier, direction des patients, usagers, associations (DPUA)  
 M<sup>me</sup> Laurence NIVET, directrice de l'HÀD,  
 P<sup>r</sup> Thomas PAPO, Bichat, médecine interne,  
 P<sup>r</sup> Dominique PATERON, Saint-Antoine, urgences,  
 P<sup>r</sup> Jacques POUCHOT, HEGP, médecine interne  
 M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME  
 P<sup>r</sup> Olivier STEICHEN, médecine interne, Tenon  
 M<sup>me</sup> Catherine TARDY, DPT,  
 D<sup>r</sup> Namik TARIGHT, DOMU,  
 P<sup>r</sup> Laurent TEILLET, Ambroise-Paré, gériatrie,  
 D<sup>r</sup> Caroline THOMAS, Saint-Antoine, gériatrie

### Gestion des lits : la vision du Siège ([diaporama](#))

La direction du pilotage de la transformation (DPT, MM. Étienne GRASS et Benjamin GAREL) présente les deux modèles de gestion des lits qui existent à l'AP-HP.

- 1) La gestion centralisée des lits :
  - « tour de contrôle des lits » gérant le programmé et les urgences, elle décide de l'affectation des patients. Ce ne sont plus les médecins et cadres qui affectent les lits, mais les règles d'hébergement sont discutées avec les médecins ;
  - la gestion des lits se fait sur un large périmètre et permet de diminuer les lits vides et d'augmenter les taux d'occupation ;
  - demande un système d'information adapté ;
  - exemples : HEGP, NCK (chirurgie), PSL (chirurgie).
- 2) La gestion des lits post-urgences :
  - le gestionnaire de lits propose les patients des urgences dans les services ;
  - adapté pour la gériatrie, la médecine interne, ou les hébergements plus difficiles ;
  - modèle le plus développé à l'AP-HP ;
  - exemple : Bichat (arrivée d'une gestionnaire de lits post-urgences en mars ; périmètre : uniquement médecine). Elle a permis de diminuer les transferts alors que les passages aux urgences ont augmenté.

La DPT accompagne les cellules déjà en place (formation, informatique...) et souhaite étendre son action en promouvant la mise en place :

- de cellules de programmation des séjours hospitaliers pour condenser les rendez-vous du patient en un minimum de jours (examens, bloc) ;
- de cellules de gestion des sorties médico-sociales ;
- d'une alerte des médecins quand la durée moyenne de séjour (DMS) dépasse la prévision sur le modèle de l'algorithme développé aux Hospices civils de Lyon (HCL).

### **Commentaires du groupe**

- La décision d'admettre dans un service ne peut être que médicale ; elle ne peut relever d'un gestionnaire de lits ; elle relève de la responsabilité du médecin.
- Un bureau centralisé facilite le dialogue avec les urgences (exemple : le système mis en place entre Émile-Roux et Henri-Mondor) et représente un gain de temps, mais il faut ensuite un échange entre médecins et une validation médicale.
- La conception très centralisée de la gestion des lits passe à côté du problème de l'aval de l'aval ; à ce niveau, un gestionnaire de lits peut être utile pour aider à placer les patients présentant des problèmes médico-sociaux ou sociaux.
- Des indicateurs d'admissions dans les services de spécialité le week-end seraient utiles.

Le débat pose la question savoir si l'on doit continuer à fonctionner par services, comme aujourd'hui, ou avec des plateaux de médecine.

### **Chiffres affinés sur les durées moyennes de séjour des patients d'aval des services d'accueil des urgences (SAU) ou de réanimation (non programmés) et hors départements d'aval des urgences (DAU) (diaporama)**

Les données présentées par le D<sup>r</sup> Namik TARIGHT (DOMU) sont en partie contre-intuitives (voir lignes en rouge) :

- la durée moyenne de passage (DMP) dans les structures de médecine interne en aval des urgences est inférieure à celle des autres séjours, en particulier dans les hôpitaux disposant d'un département d'aval des urgences (DAU) ;
- si l'on enlève les séjours d'aval dans les DAU, les DMP des unités de médecine internes sont inférieures d'un jour dans les hôpitaux avec DAU par rapport aux hôpitaux sans DAU.

### **Commentaires du groupe**

- 1) De nombreux facteurs influent sur la DMP : typologie des patients (âge, lourdeur des pathologies, conditions sociales, charge en soins...), médicalisation du transfert du SAU vers la médecine interne, efficacité du circuit gériatrique (gériatrie aiguë, filière de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> aval gériatrique), accès au plateau technique, densité en personnel (personnel médical et non médical, assistantes sociales), importance des admissions directes urgentes adressées par les généralistes, etc.
- 2) De plus en plus d'explorations sont faites aux urgences et les patients qui en proviennent ne restent donc pas toujours plus longtemps dans les services. En revanche, les examens pour les patients des urgences sont réalisés prioritairement à ceux demandés pour les patients admis directement dans les services à la demande des généralistes.
- 3) Globalement, les situations contre-intuitives présentées par le Dr Taright représentent environ 1/3 des situations. Dans les 2/3 des cas, les patients non programmés ont une durée de séjour plus longue que celle des patients programmés.

### **L'hospitalisation à domicile (HàD) : pour quels patients ? (diaporama)**

Jusqu'ici l'HàD représente une part minime des sorties des services de médecine interne et les problèmes de délai de prise en charge rendent souvent impossible de lui adresser les patients.

Le D<sup>r</sup> Matthieu DE STAMPA (président du comité consultatif médical de l'HàD) et de M<sup>me</sup> Laurence NIVET (directrice) ont entamé une politique de développement de l'HàD qui devrait nous permettre de faire appel plus souvent à cette forme de prise en charge (l'HàD s'engage, par exemple, à prendre les patients en moins de 36 heures et prend désormais les personnes vivant seules).

### Prochaine réunion

**Elle aura lieu en présence du président de la CME le 13 décembre de 8h00 à 10h00 à Necker, (bâtiment Laennec, aile E, 2<sup>e</sup> étage, salle de staff ORL, bureau E 206).**

L'ordre du jour sera le suivant :

1. La prise en charge sociale, quel recours ? (M<sup>me</sup> Corinne LAMOUCHE)
2. Point de synthèse des réflexions du groupe en vue d'une présentation et de recommandations à la CME fin 2016 / début 2017 (P<sup>r</sup> Olivier BENVENISTE)
3. Discussion libre, élaboration du plan d'action avec la DOMU (M<sup>me</sup> Christine WELTY) et la DPT (M. Étienne GRASS)

P<sup>r</sup> Olivier BENVENISTE  
13 octobre 2016