

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

Réunion du lundi 21 mars 2016, 8h30-10h

salle Louis-Mourier, Siège de l'AP-HP

Étaient présents :

P^r Olivier BENVENISTE, Pitié-Salpêtrière, médecine interne
 P^r Jean-François BERGMANN, Lariboisière, médecine interne
 P^r Anne BOURGARIT, Jean-Verdier, médecine interne
 D^r Dominique BRUN-NEY, DOMU
 D^r Muriel CHAILLET, urgences, Saint-Antoine
 P^r Martin CHALUMEAU, pédiatrie, Necker
 P^r Bertrand GODEAU, Henri-Mondor, médecine interne
 P^r Olivier HÉLÉNON, radiologie, Necker
 M^{me} Bénédicte ISABEY, direction du pilotage de la transformation (DPT)
 P^r Richard ISNARD, Pitié-Salpêtrière, cardiologie
 D^r Florian LABOURÉE, Broca, gériatrie
 M^{me} Corinne LAMOUCHE, service social hospitalier, direction des patients, usagers, associations (DPUA)
 P^r Jacques POUCHOT, HEGP, médecine interne
 M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
 D^r Ingrid RHEINHARD, urgences, Saint-Antoine
 P^r Olivier STEICHEN, médecine interne, Tenon
 D^r Caroline THOMAS, Saint-Antoine, gériatrie

Objectifs et missions du groupe ([annexe 1](#))

Le groupe succède à celui mis en place par le P^r Loïc CAPRON et devient un groupe officiel de la CME présidé par le P^r Olivier BENVENISTE.

Son objectif principal est de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) des patients non programmés, dont environ 80 % proviennent des urgences. Dans les services qui les accueillent, la difficulté à obtenir les examens complémentaires et à trouver des lits d'aval accapare trop de temps médical et augmente la DMS.

D'après les statistiques présentées par le D^r BRUN-NEY ([annexe 2](#)) sur l'activité des services d'urgences et sur l'orientation des patients qui y sont accueillis, environ un tiers des patients admis en MCO à l'AP-HP viennent des urgences, et environ 15 % des patients accueillis aux urgences adultes sont transférés hors AP-HP. En diminuant la DMS des patients non programmés, nous serions donc aussi en mesure de prendre en charge une partie des patients aujourd'hui transférés.

Le D^r BRUN-NEY complètera ses données en s'efforçant notamment de préciser :

- la part des hospitalisations venant des urgences par spécialité (au jugé, le taux doit approcher 60 % en médecine interne et 80 % en gériatrie) ;
- les DMS des patients en distinguant les programmés et les non-programmés, afin de mieux cerner la marge de progression envisageable ;
- les taux de transferts depuis les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) par site afin de mieux distinguer les transferts évitables de ceux qui ne le sont pas en l'absence de la spécialité dans l'hôpital.

Pour diminuer la DMS dans les services d'accueil des patients en provenance des urgences le groupe a trois sous-objectifs :

- fluidifier le 2^e aval ;
- médicaliser le *bed management* ;
- fluidifier l'accès aux plateaux techniques pour les patients non programmés.

Fluidifier l'aval des services accueillant les patients venant des urgences

Les problèmes de 2^e aval concernent les soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés, les SSR pour les patients jeunes et l'hospitalisation à domicile (HÀD).

L'étude prospective menée par le P^r GODEAU dans le service de médecine interne – diabétologie – endocrinologie de Henri-Mondor ([annexe 3](#)) entre le 18 février et le 22 avril 2013 montre que si les séjours prolongés médicalement injustifiés (SPMI) n'ont concerné qu'un petit nombre de malades, ils ont fait perdre 10 % de l'activité. Il s'agit de patients le plus souvent âgés, entrés dans le service en hospitalisation non programmée (90 % des cas) et que les familles ne veulent pas reprendre chez elles.

Pour les patients jeunes, l'Agence régionale de santé (ARS) a organisé un appel d'offres qui doit permettre la création d'unités spécialisées.

En revanche, la politique de développement de l'hospitalisation de jour en SSR apparaît inadaptée à la réalité des malades relevant des SSR pris en charge à l'AP-HP. De plus, les services de SSR sont incités à diminuer leur DMS pour accompagner leur passage à la tarification à l'activité (T2A), mais eux aussi rencontrent des problèmes d'aval. Un chiffrage des problèmes rencontrés pour placer les patients en SSR est nécessaire pour ensuite faire remonter ces messages à l'ARS.

En pédiatrie, il existe des problèmes majeurs d'aval en pédopsychiatrie et de sortie des patients hospitalisés avec une co-morbidité psychiatrique. Un autre problème concerne les enfants étrangers venant se faire soigner en France mais qui ne peuvent ensuite être transférés en SSR faute de prise en charge.

M^{me} LAMOUCHE propose de relancer les études « un jour donné » réalisées par les services sociaux pour repérer les patients qui ne sortent pas pour des raisons médico-sociales. Les difficultés budgétaires des conseils généraux font entrevoir des problèmes à venir pour l'aide sociale, à laquelle pourtant de plus en plus de personnes âgées doivent recourir en raison du coût très élevé des établissements d'hébergement pour personnes âgées (ÉHPAD). Les établissements de SSR demandent désormais dès l'entrée une solution de sortie du patient, ce qui exclut les patients en situation irrégulière. Ces problèmes doivent être objectivés et le P^r BENVENISTE se rapprochera de M^{me} LAMOUCHE pour y travailler.

Pour l'aval vers les SSR pédiatriques, un travail institutionnel du siège avec les directions de la petite dizaine de SSR pédiatriques en Île-de-France permettrait de transférer rapidement les patients en attente de clarification de leurs droits sociaux (droits qui sont *in fine* toujours obtenus via l'aide médicale d'État).

Pour l'aval en pédopsychiatrie, il serait intéressant de conduire un travail test (pour un mémoire de stage par un élève cadre ou un élève directeur) avec recherche réelle de place pour les situations cliniques suivantes : état d'agitation avec hétéro-agressivité chez un adolescent de 14 ans hospitalisé en aval des urgences dans un service de pédiatrie générale, anorexie mentale chez une adolescente avec bradycardie à 35 dans le sommeil. Cela permettrait au groupe de travail de visualiser certaines difficultés spécifiques à la pédiatrie.

Médicaliser le *bed management*

Les logiciels de gestion des lits (AGHATE)

Ils peuvent être une aide, mais maintenir un accord médical entre médecins urgentistes et services d'accueil est impératif.

En outre, l'AP-HP doit avoir un langage clair sur le problème de la responsabilité médicale des patients dits « hébergés » : les patients sont sous la responsabilité médicale du service où ils sont accueillis. Dangereux, le terme « hébergé » devrait même être proscrit (exemple de la charte de pôle mise en place à Necker).

Fluidifier l'accès aux plateaux techniques pour les patients non programmés

Les logiciels de programmation

Le P^r BERGMANN fait état de l'expérience d'informatisation des demandes de scanner pour les malades non programmés à Lariboisière. Le logiciel a bien fait gagner environ deux jours pour obtenir le scanner demandé, mais le service spécialisé continue de l'obtenir 2 jours avant celui de médecine

interne. Le service spécialisé peut en effet avoir un correspondant dans le service de radiologie, ce qui n'est pas le cas de la médecine interne qui a besoin d'un plateau technique de spécialités très large.

Enquête de la collégiale des internistes (annexe 1, dernière page)

Réalisée sur 6 services, elle montre l'importance des délais pour obtenir les examens et leur interprétation, mais aussi la grande variabilité de ces délais. 25 % des patients de ces services occupent ainsi des lits d'hospitalisation dans l'attente d'un examen complémentaire qui subordonne leur prise en charge (décision de sortie, décision thérapeutique, décision pronostique...)

La validation des demandes d'examen, l'étendue des plages horaires consacrées aux patients externes et l'absence de priorisation des examens pour les patients en MCO sont des facteurs d'allongement des délais.

Les délais d'obtention des examens d'imagerie peuvent être réduits si les radiologues admettent que la validation de la demande n'est pas nécessaire (exemple de l'HEGP). Toutefois, les demandes doivent être remplies correctement : la qualité et l'exhaustivité des informations portées dans les demandes réduisent le temps de programmation de l'examen. Les demandes remplies en ligne peuvent ainsi aboutir plus vite.

Les services d'imagerie et d'endoscopie ont des objectifs d'activité imposés qu'ils ne peuvent tenir qu'avec les patients programmés. Dans le même temps, ils doivent contribuer à diminuer la DMS des patients hospitalisés non programmés. Une solution est de leur réserver des plages horaires, mais leur remplissage est aléatoire. Cependant, des plages horaires décalées (tôt le matin ou tard le soir) pourraient contribuer à réduire les délais d'obtention des rendez-vous.

De l'étendue des plages horaires pour la réalisation des scanners dépend aussi la charge de travail pour l'interprétation des résultats. Mais investir en nombre de machines ou en effectifs pour augmenter les plages horaires permettrait d'augmenter le nombre de patients non programmés pris en charge dans les services et donc diminuer le nombre de transferts hors AP-HP, ce qui pourrait être bénéfique médicalement et budgétairement parlant.

Poursuite des travaux

Les trois prochaines réunions du groupe seront consacrées à approfondir les discussions engagées sur :

1. le problème des *bedblockers*, des SSR et le rôle des services sociaux ;
2. la programmation des hospitalisations (*bed management*) ;
3. la programmation des examens complémentaires.

Prochaine réunion (bedblockers)

Elle aura lieu le 25 avril à 8h30, salle Louis-Mourier.

Pr Olivier BENVENISTE
20 avril 2016