

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

Réunion du lundi 15 juin 2015, 8h-10h  
salle Louis Mourier, Siège de l'AP-HP

Étaient présents :

D<sup>r</sup> Élisabeth ASLANGUL, Louis-Mourier, médecine interne  
 P<sup>r</sup> Jean-François BERGMANN, Lariboisière, médecine interne  
 P<sup>r</sup> Anne BOURGARIT-DURAND, Jean-Verdier, médecine interne  
 D<sup>r</sup> Dominique BRUN-NEY, DOMU  
 P<sup>r</sup> Loïc CAPRON, président de CME  
 D<sup>r</sup> Hélène CHAPPUY, Trousseau, urgences  
 P<sup>r</sup> Olivier FAIN, Saint-Antoine, médecine interne  
 P<sup>r</sup> Albert FAYE, Robert-Debré, pédiatrie  
 P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU, Mondor, médecine interne  
 P<sup>r</sup> Gilles GRATEAU, Tenon, médecine interne  
 P<sup>r</sup> Philippe HERMAN, ORL, Lariboisière  
 D<sup>r</sup> Florian LABOURÉE, Broca, gériatrie  
 P<sup>r</sup> Fabrice MÉNÉGAUX, Pitié-Salpêtrière, chef du pôle de chirurgie  
 P<sup>r</sup> Jean-Jacques MOURAD, Avicenne, médecine interne  
 P<sup>r</sup> Jacques POUCHOT, HEGP, médecine interne  
 M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, chef de cabinet du président de la CME  
 P<sup>r</sup> Anne-Sophie RIGAUD, Paul-Broca, gériatrie  
 D<sup>r</sup> Caroline THOMAS, Saint-Antoine, gériatrie  
 P<sup>r</sup> Marc VERNY, Pitié-Salpêtrière, gériatrie  
 P<sup>r</sup> Philippe WIND, Avicenne, chirurgie viscérale

### **Temps de travail des urgentistes**

Pour donner suite à la circulaire que le ministère en charge de la Santé a publiée le 23 décembre 2014, la DOMU (direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités) a constitué un groupe de travail avec des représentants des syndicats d'urgentistes, de la collégiale des urgences des hôpitaux de Paris, du SAMU et de la CME. Une 4<sup>e</sup> réunion est prévue le 3 juillet avec l'espoir d'un accord sur les textes de mise en application (encore attendus), visant à instituer les 48 heures hebdomadaires réparties en 39h de travail dit posté et 9h non postées. Cela ne devrait pas avoir d'incidence sur l'organisation et le fonctionnement du premier aval.

### **Révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH)**

La révision 2016 des effectifs de PH, en cours d'élaboration dans les groupes hospitaliers (GH), sera discutée par la CME au 4<sup>e</sup> trimestre, puis votée le 8 décembre après validation par le directeur général. La procédure a été revue pour donner plus de place aux décisions du GH, mais sans allègement des mesures d'efficience. Il n'y aura pas, comme pour la révision 2015, d'enveloppe réservée pour la création de PH contractuels (titularisables après deux ans) pour le premier aval des urgences.

### **Réorganisation des urgences de l'Hôtel-Dieu**

L'activité du SAU de l'Hôtel-Dieu a été stable depuis notre réunion du 2 février 2015. L'impact de son nouveau mode de fonctionnement (mis en œuvre en novembre 2014) sur les urgences du centre de Paris est maintenant bien défini.

- Les réorientations d'ambulances ont principalement augmenté les nombres de passages à Cochin et Saint-Antoine. Comme on l'avait initialement prévu, les répartitions de personnels soignants devront être revues en conséquence.
- Concernant directement l'aval, pour les malades âgés habitant le secteur de l'Hôtel-Dieu accueillis à Saint-Antoine, la Pitié ou même Lariboisière, notre groupe avait mis en place un transfert

privilegié vers Broca, en gériatrie aiguë (premier aval) et en soins de suite (2<sup>e</sup> aval). Il conviendrait de faire un bilan exact des flux supplémentaires que cela a engendrés, pour vérifier l'efficacité des circuits et moyens mis en œuvre. Les gériatres de Broca devraient être en mesure de présenter leurs données lors de la prochaine réunion du groupe.

## Charte des patients « hébergés » du GH psl/cfx

Bruno RIOU a fait parvenir au groupe la « Procédure pour l'hébergement de patients admis en urgence » (v. **annexe**) que le GH Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix a mise en application. Cette charte est une réponse structurée à l'encombrement des urgences par défaut de lits en premier aval. Elle modernise et vise à sécuriser l'intervention de l'administrateur de garde dans le placement des malades « dans les étages ». Elle ne peut cependant pas se substituer à la bonne volonté et au volontarisme du service d'accueil, qu'il faut susciter par tous les moyens, incitatifs comme coercitifs. Un principe fondamental est que le malade soit bienvenu dans le service qui le reçoit pour le soigner, ce que la notion d'*hébergement* ne garantit pas absolument. La commission des admissions non programmées du GH devra rester très vigilante sur ce point.

La discussion a dérivé sur le *bed management*: la charte des urgences AP-HP recommande à tous les GH d'examiner l'opportunité de mettre en place un *bed manager* pour faciliter l'accès des malades au premier aval des urgences. L'unanimité des médecins de premier aval est loin d'être faite sur ce point. Sans évaluation objective du procédé, on peut s'interroger sur le bon emploi des ressources qu'on y consacre.

Une régulation médicale bien organisée peut sembler préférable, fondée sur le dialogue direct entre médecin d'aval et urgentiste : plusieurs services de médecine interne confient chaque jour à l'un de leurs médecins les relations directes avec les urgences. Des services et départements d'aval des urgences, rattachés à la médecine interne, se sont installés dans divers hôpitaux (sat, abc, hmn) ; il faudrait voir si, du point de vue du malade, ils n'apportent pas une meilleure solution que les hébergements régulés ou le *bed management*.

## Rôle de la pédiatrie générale dans l'aval des urgences

Absent lors de la précédente réunion, Albert FAYE (pédiatrie générale à rdb) a confirmé les préoccupations d'aval en pédiatrie recensées dans le précédent compte rendu en insistant sur :

- la part massive (80 à 90 %) des urgences dans l'activité des services de pédiatrie générale (sauf à Necker où elle est moindre) ;
- le pic hivernal d'activité qui peut amener à des coopérations entre hôpitaux (rdb et trs par exemple), et entre services polyvalents et de spécialités d'organe ; les surspécialités pédiatriques ont toutefois des taux d'occupation élevés en rapport avec les décompensations hivernales des patients chroniques qu'ils suivent, ou avec la difficulté de reporter des séjours programmés ;
- la nécessité de prendre en compte la gravité potentielle des infections pédiatriques en période hivernale motivant un projet ARS (en cours) qui consiste à mettre en place des unités de surveillance continue (USC) dans certains hôpitaux, appartenant ou non à l'AP-HP, ecevant des urgences pédiatriques ; ces unités étant adossées à une réanimation pédiatrique polyvalente référente qui assure la formation des personnels médicaux et paramédicaux ;
- L'importance du rôle d'une bonne séniorisation de l'aval (nécessitant donc l'attribution du temps médical suffisant) afin d'assurer une sortie rapide des patients en toute sécurité ;
- les difficultés à trouver un 2<sup>e</sup> aval adéquat pour un petit nombre de malades (moins de 5 %), qui toutefois peuvent occuper des lits de manière prolongée, en lien avec des soucis médicaux (nutritionnels, respiratoires, etc.) souvent intriqués à des soucis sociaux.
- Des pistes sont à explorer pour optimiser la sortie des patients :
  - intérêt de différer certaines hospitalisations à partir des urgences, en accueillant plus rapidement des malades en hôpital de jour ;
  - place de l'hospitalisation à domicile dans le raccourcissement de certains séjours de premier aval des urgences (exemple de l'HÀD « bronchiolite » du dernier hiver en particulier à rdb).

## Blocs opératoires dédiés aux urgences

Les urgences opératoires ne font pas toujours bon ménage avec l'activité programmée des services de chirurgie. Une solution séduisante et efficace consiste à dédier des salles d'opération aux urgences,

dont le nombre est adapté aux besoins des urgences. Fabrice MÉNÉGAUD a fait état des bons résultats obtenus à la Pitié (2 salles + une additionnelle possible) ou à Avicenne (deux salles). L'activité s'étale sur 24 heures sans interruption avec des anesthésistes et des paramédicaux dédiés. Le rapport des coûts à l'efficacité n'a pas été formellement mesuré, mais semble inférieur à 1.

Le groupe juge intéressante l'extension de cette organisation à l'ensemble de nos hôpitaux recevant des urgences chirurgicales et souhaite un état des lieux détaillé, hôpital par hôpital.

### Unités périopératoires de gériatrie (UPOG)

Convaincus que les UPOG améliorent la qualité des soins et le pronostic des malades opérés (principalement en traumatologie, avec forte prévalence des fractures du col fémoral, entre 60 et 90 % des actes), les gériatres souhaitent la généralisation de cette organisation. Cinq hôpitaux ont aujourd'hui mis en œuvre ce parcours de soins : Pitié-Salpêtrière (depuis 2009), Saint-Antoine, HEGP, Bichat, Mondor.

Les chirurgiens craignent pourtant un effet d'aspiration qui déséquilibrerait leur activité au profit de la traumatologie gériatrique, mais aux dépens de leurs activités d'orthopédie programmée. Tant pour l'occupation des lits que pour la valorisation tarifaire de cette activité, il est crucial de déterminer si elle doit s'implanter au sein ou en dehors des services d'orthopédie.

Après avoir rencontré Loïc CAPRON le 2 juillet, le P<sup>r</sup> Jacques BODDAERT (gériatrie psl) est d'accord pour faire partie de notre groupe et viendra présenter son expérience des UPOG lors de notre prochaine réunion.

### Accueil direct des urgences dans les services de premier aval

Beaucoup défendent l'accueil direct, après contact téléphonique avec le médecin de ville, dans le service polyvalent (médecine interne, gériatrie aiguë, pédiatrie générale) ou spécialisé (cardiologie, pneumologie, etc.) qui convient le mieux au patient.

Cette solution a des avantages :

- désencombrer les urgences en les court-circuitant,
- améliorer l'accueil et la prise en charge des patients en leur évitant des temps d'attente inutile,
- répondre à une demande appuyée des médecins traitants,
- favoriser les relations ville-hôpital, et donc la qualité et la sécurité des soins ;

mais aussi des inconvénients :

- risquer une hospitalisation inopportune si on n'a pas pris la précaution d'organiser une consultation de préadmission dans le service d'accueil,
- perdre les garanties diagnostiques et thérapeutiques d'un passage aux urgences si le malade n'arrive pas dans le service d'accueil aux heures de sa pleine activité médicale,
- organiser une hospitalisation non programmée avec ses vicissitudes (obtenir les rendez-vous d'imagerie sans bénéficier de la priorité « SAU », etc.),
- trier les malades (en faveur des moins compliqués) et abuser de cette dérivation pour diminuer le nombre d'admissions venant des urgences, ce qui revient, avec un grand sourire sournois, à aggraver plutôt qu'à améliorer la fluidité du premier aval.

Le sujet mérite une discussion structurée, précédée d'un recensement des pratiques dans les services de premier aval polyvalent (médecine interne, gériatrie aiguë, pédiatrie générale) que la DOMU pourrait effectuer.

### Avenir du groupe de travail

Une nouvelle CME sera installée en janvier 2016. Sans doute faudra-t-il poursuivre alors une réflexion centrale médicalisée sur l'aval des urgences, avec un président de CME qui pourra ne pas être aussi intéressé au sujet que son prédécesseur.

L. CAPRON a donc incité les membres du groupe à agir pour que les collégiales de médecine interne, de gériatrie, de pédiatrie, de chirurgie viscérale et d'orthopédie-traumatologie inscrivent dans leurs réflexions la représentation électorale de praticiens ouverts et compétents sur le sujet.

## Prochaine réunion du groupe

Le lundi 14 décembre 2015 à 8h, dans une salle du siège (avenue Victoria) qui sera précisée ultérieurement. L'ordre du jour comportera les points suivants :

- bilan des gériatres de Broca sur leurs admissions supplémentaires venues des SAU du centre de Paris depuis la réorganisation des urgences de l'Hôtel-Dieu (novembre 2014) ;
- état des lieux DOMU sur les blocs opératoires dédiés aux urgences dans les hôpitaux de l'AP-HP ;
- vertus et vices des UPOG (Jacques BODDAERT) ;
- enquête DOMU sur les admissions directes non programmées dans les services de premier aval (médecine interne, gériatrie aiguë, pédiatrie générale).

L. CAPRON  
2 juillet 2015

Provisoire

## Annexe

# PROCÉDURE POUR L'HÉBERGEMENT DE PATIENTS ADMIS EN URGENCE AU GH PITIÉ-SALPÊTRIÈRE / CHARLES FOIX

version finale validée en comité exécutif local le 10 février 2015

## Préambule

L'hébergement d'un patient dans un service dont la spécialité n'est pas totalement appropriée à sa pathologie, après sa prise en charge dans le service des urgences, est un phénomène fréquent du fait du flux de patients hospitalisés en urgence d'une part, et du taux d'occupation élevé de l'ensemble des services du GHr d'autre part. Par ailleurs, l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du service des urgences ne lui permet pas d'assurer, dans toutes les situations, l'hospitalisation temporaire de tous les patients admis par les urgences. Cet hébergement est décidé par l'administrateur de garde sur requête du service des urgences. Néanmoins, cette procédure nécessaire doit être considérée comme une procédure dégradée et tout doit être entrepris pour en limiter les conséquences délétères pour le patient et pour la limiter dans le temps. C'est l'objet de la présente procédure.

L'hébergement d'un patient est susceptible de faire l'objet de plainte notamment en cas de défaut de prise en charge, dont la jurisprudence montre que le chef de service où le malade est hébergé est le plus souvent en première ligne. Cette procédure vise également à obtenir un meilleur partage des responsabilités et à faciliter la coopération entre les services du GH.

## Procédure

La procédure d'hébergement de patients au sein du GH Pitié-Salpêtrière / Charles Foix comprend les éléments suivants.

1. La décision d'hébergement est prise par l'administrateur de garde sur requête du médecin des urgences. Le choix du service d'hébergement est proposé par le médecin des urgences en fonction des services où un lit est disponible, de la pathologie principale et des pathologies accessoires présentées par le patient, et de son niveau de gravité.
2. Cette procédure d'hébergement suppose que l'UHCD est totalement occupée ou en passe de l'être, en raison des admissions prononcées ou prévisibles à court terme.
3. Pendant la période nocturne, le patient hébergé reste sous la responsabilité du médecin des urgences via l'interne de garde d'intérieur pour tous les services qui ne disposent pas d'un médecin de garde. Lorsque le service où le patient est hébergé dispose d'un médecin de garde, il est sous sa responsabilité et ceci concerne notamment les réanimations, soins intensifs, et soins continus.
4. Le médecin des urgences indique au service hébergeur et à l'administrateur de garde, le service de médecine ou de chirurgie approprié à la prise en charge du patient.
5. Le lendemain, le médecin référent du service hébergeur informe le service approprié pour la prise en charge du patient qu'il dispose de 24 à 48 heures pour transférer le patient dans celui-ci. En attendant, le patient reste sous la responsabilité conjointe du service hébergeur et du service approprié pour sa prise en charge.
6. Si le service désigné par le médecin urgentiste comme approprié pour la prise en charge du patient, considère que cette décision est indue, il saisit l'administrateur de garde qui contacte le médecin référent ou le chirurgien référent de la commission des admissions non programmées, qui soit valide la proposition du médecin urgentiste,

soit l'infirmier et désigne, de manière définitive, le service approprié à la prise en charge du patient. L'administrateur de garde informe alors de la décision finale le service concerné qui reprend en charge sans délai le patient.

7. L'administration conserve les principales données concernant les patients hébergés et les communique, de manière mensuelle, à la commission des admissions non programmées.
8. La commission des admissions non programmées désigne le médecin référent et le chirurgien référent appelés en recours éventuel de la proposition du médecin urgentiste. La commission des admissions non programmées décide de la durée de cette mission, de son renouvellement éventuel, et de sa continuité en désignant, si nécessaire, un médecin ou un chirurgien référent adjoint, susceptible de pallier à l'absence des premiers.
9. La commission des admissions non programmées analyse l'ensemble des hébergements et leurs résolutions, dans le cadre de son rapport annuel, qui est communiqué à l'ensemble de la communauté médicale.