

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

Réunion du lundi 2 février 2015, 8h-10h
salle Louis Mourier, Siège de l'AP-HP

Étaient présents :

D^r Élisabeth ASLANGUL, Louis-Mourier, médecine interne
 P^r Thierry BÉGUÉ, Antoine-Béclère, orthopédie-traumatologie
 P^r Olivier BENVENISTE, Pitié-Salpêtrière, médecine interne (président de la collégiale)
 P^r Jean-François BERGMANN, Lariboisière, médecine interne
 P^r Anne BOURGARIT-DURAND, Jean-Verdier, médecine interne
 D^r Dominique BRUN-NEY, DOMU
 D^r Delphine CANTIN, urgences, l'Hôtel-Dieu
 P^r Loïc CAPRON, président de CME
 P^r Ricardo CARBAJAL, Armand-Trousseau, SAU pédiatrique
 D^r Jean-Paul FONTAINE, Saint-Louis, SAU
 P^r Bertrand GODEAU, Mondor, médecine interne
 P^r Gilles GRATEAU, Tenon, médecine interne
 P^r Philippe HERMAN, ORL, Lariboisière
 D^r Florian LABOURÉE, Broca, gériatrie
 P^r Fabrice MÉNÉGAUX, Pitié-Salpêtrière, chef du pôle de chirurgie
 P^r Jacques POUCHOT, HEGP, médecine interne
 M^{me} Catherine RAVIER, chef de cabinet du président de la CME
 D^r Alexis RÉGENT, Cochin, médecine interne
 D^r Antonio TEIXEIRA-RIBEIRO, Lariboisière-Fernand-Widal, gériatrie
 D^r Caroline THOMAS, Saint-Antoine, gériatrie

Étaient excusés :

P^r Enrique CASALINO, Bichat, SAU
 P^r Olivier FAIN, Saint-Antoine, médecine interne
 P^r Albert FAYE, Robert-Debré, pédiatrie
 P^r Pierre-Jean GUILLAUSSEAU, Lariboisière, médecine interne
 P^r Philippe LABRUNE, Antoine-Béclère, pédiatrie (président de la collégiale)
 P^r Claire LE JEUNNE, Cochin, médecine interne
 P^r Isabelle MAHÉ, Louis-Mourier, médecine interne
 P^r Alfred MAHR, Saint-Louis, médecine interne
 P^r Jean-Jacques MOURAD, Avicenne, médecine interne
 P^r Thomas PAPO, Bichat, médecine interne
 P^r Dominique PATERON, Saint-Antoine, SAU (président de la collégiale)
 P^r Patrick PLAISANCE, Lariboisière, SAU
 P^r Loïc DE PONTUAL, Jean-Verdier, SAU pédiatrique
 P^r Anne-Sophie RIGAUD, Paul-Broca, gériatrie
 P^r Bruno RIOU, Pitié-Salpêtrière, SAU
 P^r Marc VERNY, Pitié-Salpêtrière, gériatrie
 P^r Philippe WIND, Avicenne, chirurgie viscérale

Élargissement du groupe

Pédiatres et chirurgiens sont désormais membres du groupe pour élargir sa réflexion et sa portée :

- pédiatres – P^{rs} Loïc DE PONTUAL (jvr) et Ricardo CARBAJAL (trs) urgentistes, et Albert FAYE (rdb) et Philippe LABRUNE (abc) internistes ;
- chirurgiens – P^{rs} Thierry BÉGUÉ (orthopédie, abc), Philippe HERMAN (ORL, lrb) Fabrice MÉNÉGAUX (viscéral, psl) et Philippe WIND (viscéral, avc).

Postes de praticiens hospitaliers contractuels (PHC) attribués pour favoriser le 1^{er} aval médical des urgences

Le directeur général et le président de la CME avaient lancé un appel à candidatures pour l'attribution de trois postes de PHC temps plein de médecine (gériatrie aiguë ou médecine interne) en 2015. Sept demandes ont été soumises.

Le jury s'est réuni le 19 novembre 2014, composé des P^{rs} et D^{rs} Thierry BÉGUÉ (président de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux, s-CTEM, de la CME), Olivier BENVENISTE (président de la collégiale de médecine interne), Loïc CAPRON (président de la CME) Gérard CHÉRON (président de la sous-commission des structures de la CME), Sophie CROZIER (vice-présidente de la s-CTEM de la CME), Anne GERVAIS (vice-présidente de la CME), Marie-France MAUGOURD (présidente de la collégiale des gériatres) et Georges SEBBANE (gériatre, CME).

Après concertation avec la direction des organisations médicales et des relations avec les universités (DOMU) et avec le directoire, le directeur général a retenu trois créations de poste :

Hôpital/spécialité	Densité médicale	Taux aval SAU 2013	DMS (j) 2013
egp/méd. interne	0,29	74%	9,4
spr/gériatrie aiguë	0,63	81%	14,0
lrb/méd. interne	0,43	72%	9,2

Les postes de PHC attribués en 2015 seront transformés en postes de PH titulaire en 2017 si l'engagement pris de diminuer la DMS d'une journée est atteint dans les deux prochaines années, sans diminution du taux d'admissions provenant directement du SAU.

Le président de la CME sollicitera une mesure similaire pour la révision 2016, avec possibilité de l'étendre à la chirurgie et à la pédiatrie.

Réorganisation des urgences de l'Hôtel-Dieu

D. CANTIN a fait un point bref de la situation. Le nombre des passages est stable autour de 80 consultations/jour, avec des variations liées aux échos médiatiques. Après régulation par le SAMU, quelques ambulances ont amené des malades pour mise en observation dans le service de psychiatrie encore actif à l'Hôtel-Dieu (D^r Nicolas DANTCHEV). Durant le semestre en cours (novembre-avril), il y a eu partage des internes avec le centre de diagnostic incluant les trois postes de DES de médecine générale (MG) aux urgences qui avaient été attribués et choisis (au lieu de six auparavant). Pour le prochain semestre (mai-octobre), l'agrément de MG a été retiré aux urgences, mais on espère l'attribution de trois postes du DES complémentaire de médecine d'urgence.

L. CAPRON anime le groupe de la CME qui travaille sur le projet médical de l'Hôtel-Dieu depuis le 21 novembre 2014 et qui doit soumettre ses propositions à l'avis de la CME le 14 avril 2015. Le GH *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* y y est largement représenté et contribue de manière constructive aux réflexions du groupe.

Les SAU des hôpitaux du centre de Paris (Cochin, Saint-Antoine, Pitié, Saint-Louis, Lariboisière) et leurs services d'aval ont convenablement absorbé la nouvelle répartition des urgences que l'évolution des urgences de l'Hôtel-Dieu a provoquée (notamment pour l'accueil des malades et blessés transportés par les ambulances de la Brigade des sapeurs-pompiers).

L'équipe soignante du SAU de Cochin a traversé une période difficile. Le recrutement d'un nouveau chef de service semble en mesure de stabiliser rapidement la situation.

Aval des urgences en chirurgie

Chirurgie viscérale et ORL

En moyenne et approximativement, l'activité liée au premier aval des urgences, dite non programmée, représente 20 % des admissions dans les services de chirurgie viscérale. Ce taux est de 30 % dans le service d'ORL de Lariboisière qui assure seul la garde de la spécialité adulte pour Paris et la petite Couronne (avec aussi parfois des malades lourds venant de la grande Couronne) ; les médecins de tous les services d'ORL adulte de l'AP-HP participent au tour de garde, mais les malades hospitalisés sont soignés sur place. Plus généralement et quelle que soit la spécialité, il n'est pas réaliste de penser que quand une garde de chirurgie est partagée entre plusieurs services, les malades puissent être traités et suivis ailleurs que sur place.

Les principales préoccupations sont :

- le respect des activités programmées, tant en disponibilité des lits que des chirurgiens, car elles forment le substrat de la production académique du service (formation et recherche) ;
- le 2^e aval dont l'indisponibilité peut être une source de séjours indûment prolongés, surtout pour les patients précaires (isolement social, faibles ressources) ; mais de moins en moins désormais pour les malades âgés (bonne efficacité des parcours gériatriques) ;
- les malades en fin de vie créent surtout un souci (partagé avec la médecine interne et la gériatrie) s'il s'agit de patients dont le cancer a atteint un stade palliatif dès leur première consultation, ou abandonnés par l'équipe qui les suivait jusqu'alors.

Orthopédie-traumatologie

La spécialité partage les deux premières des trois préoccupations que les viscéraux ont exprimées ci-dessus.

La répartition idéale et consensuelle des activités entre programmé (orthopédie froide) et non programmé (traumatologie) tourne autour de 50/50, mais cet équilibre peut beaucoup varier d'un hôpital de l'AP-HP à l'autre. Dans le privé lucratif, il est plutôt à 20/80, voire 10/90 : ce secteur interviendrait moins qu'on ne croit dans les transferts secondaires de traumatologie depuis nos SAU.

Les enjeux de 2^e aval en lien avec la grande précarité sont particulièrement lourds en traumatologie. Les soins de suite et de réadaptation (SSR) non gériatriques sont à développer résolument à l'AP-HP : la demande dépasse largement l'offre ; les quelques unités existantes sont affligées de saturation chronique. *Nota bene* : Sauf mesure particulière décidée par l'Agence régionale de santé (ARS), le budget des SSR de l'AP-HP, quel qu'en soit le type, est contraint par la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) ; leur spécialisation pour une catégorie particulière de patients non gériatriques ne peut donc se faire qu'au détriment des SSR gériatriques.

Questions chirurgicales partagées

La question des blocs opératoires dédiés aux urgences devra être spécifiquement détaillée lors de la prochaine réunion.

Pour les vieillards, plusieurs de nos hôpitaux ont adopté et adapté le modèle d'UPOG (unité périopératoire de gériatrie) que la Pitié-Salpêtrière a lancé. La plus grande part de l'activité y est traumatologique. La discussion porte sur l'intervention gériatrique préopératoire avec d'un côté ceux qui la jugent indispensable pour préparer le malade à la chirurgie, et de l'autre, ceux qui estiment (publications à l'appui) que tout délai préopératoire dégrade le pronostic postopératoire à moyen et long terme. Il faut éviter que, sauf survenue d'une complication particulière, les malades pris en charge par l'UPOG ne revoient pas leur chirurgien, ce qui supprimerait l'interaction normale entre l'opérateur et l'opéré. Le P^r Jacques BODDAERT (psl) doit mettre en place un groupe AP-HP sur les UPOG.

Dans toutes les spécialités chirurgicales, mais peut-être plus en orthopédie-traumatologie qu'ailleurs (en raison du nombre des malades impliqués), se pose la question plus large de la médecine périopératoire : les anesthésistes n'ont généralement plus le temps d'assurer la surveillance et les prescriptions médicales des opérés ; ce qui compromet la qualité et la sécurité des soins et peut allonger indûment les séjours (avec moindre disponibilité des lits pour l'aval des urgences). Ce problème est bien identifié, mais n'a jamais fait l'objet d'une réflexion institutionnelle avec discussion structurée sur des solutions comme l'attribution de temps médical spécifiquement dédié à cette tâche, qu'on la qualifie d'« hospitaliste » ou plus banalement, d'interniste ou gériatrique.

Un bref échange a concerné l'outil informatique TRAJECTOIRE pour aider à organiser le parcours de soins des personnes âgées une fois la phase aiguë passée ; on a insisté sur : la fréquente absence de date précise pour les transferts en 2^e aval ; l'inutilité de l'outil quand il s'agit d'une place dans un SSR du même GH.

La programmation des urgences est possible dans certaines situations chirurgicales :

- en traumatologie, tout patient capable de marcher peut être opéré après un délai de 24-48 heures, généralement dans le cadre d'un hôpital de jour ;
- en chirurgie viscérale, le recours plus ordinaire est l'hôpital de semaine (dont aucun service d'orthopédie-traumatologie ne dispose à l'AP-HP) ;
- une solution intermédiaire intéressante serait l'hôpital de moins de 24 heures qui permet d'allonger la surveillance postopératoire (classique exemple du drain qu'on peut ou non retirer), mais cette modalité n'est pas reconnue comme ambulatoire par l'Assurance maladie.

Aval des urgences en pédiatrie

L'**annexe** fournit les nombres de passages aux urgences pour les adultes et pour les enfants, de 2011 à 2014.

Les urgences pédiatriques sont assurés par 8 SAU pédiatriques universitaires de dimensions variables. Tous :

- assurent des missions de proximité et de recours,
- doivent faire face à une forte augmentation d'activité (+6,5%), deux fois plus élevée que celle des adultes,
- présentent des difficultés d'aval, en particulier au moment des épidémies hivernales (*v.infra*),
- sont dans des hôpitaux comportant au moins un service de pédiatrie générale d'aval ; Robert-Debré, Necker, Trousseau et Bicêtre ayant en outre des services de pédiatrie spécialisée et une réanimation pédiatrique.

Les urgences sont médicales pour env. 75 % et chirurgicales pour env. 25 % (traumatologie 16 à 18 % et viscéral 10 à 12 %).

Les variations saisonnières sont très marquées : pics des épidémies hivernales en médecine (bronchiolites et gastro-entérites, de mi-octobre à fin février), et de traumatologie à la belle saison. Le gradient entre zénith hivernal et nadir estival atteint 2 voire 3, ce qui pose un gros problème d'organisation pour les services d'aval, et de saturation pour les unités d'urgence et de réanimation. Les urgences procurent environ 90 % des admissions dans les services d'aval médical (médecine interne pédiatrique).

L'offre privée est quasi nulle.

La chirurgie viscérale urgente ne crée guère de souci. En revanche, en orthopédie-traumatologie, l'AP-HP, outre ses bassins directs de population, draine un bon nombre des urgences graves de toute l'Île-de-France pour les enfants de moins de 10 ans ou de moins de 30 kg (réticences des chirurgiens à les opérer ou des anesthésistes à les endormir).

Prochaine réunion

Le **15 juin 2015** à 8h, dans une salle du siège de l'AP-HP (à déterminer).

Outre les sujets liés à l'actualité, il est prévu d'aborder les questions suivantes :

- opportunité de renouveler pour la révision 2016 l'appel à candidature pour des postes de PHC dédiés à renforcer l'aval des urgences ;
- point de vue des internistes pédiatres (qui n'ont pu être représentés lors de cette réunion) ;
- blocs opératoires dédiés aux urgences ;
- création d'un groupe de travail AP-HP sur les UPOG ;
- organisation permettant de programmer certaines urgences médicales d'adultes pour alléger la tâche des SAU ;
- maintien de la capacité d'hospitalisation complète en SSR face au développement des hôpitaux de jour dans ce secteur et face au souhait de le spécialiser dans l'accueil de certaines catégories de patients adultes.

L. CAPRON
6 février 2015

Annexe

Passages dans les SAU de l'AP-HP pour urgences générales (hors urgences spécialisées)

Source GILDA-OPALE corrigée pour Lrb¹ et Psl²

DOMU, département urgences-réanimations

Adultes	2011	2012	2013	2014	Évolution 2013-2014	
					N	%
Apr	35 393	34 810	34 591	35 342	751	2,2%
Abc	29 811	29 933	31 011	31 280	269	0,9%
Avc	39 804	40 970	39 519	39 532	13	0,0%
Bjn	28 640	29 523	28 676	28 884	208	0,7%
Bct	43 994	46 024	48 341	51 320	2 979	6,2%
Bch	69 625	72 124	76 199	78 414	2 215	2,9%
Cch	44 458	43 710	44 465	50 894	6 429	14,5%
Egp	49 261	48 550	48 858	48 907	49	0,1%
Hmn	46 596	45 944	46 051	46 568	517	1,1%
Htd	43 530	43 453	36 669	26 852	-9817	-26,8%
Jvr	26 711	27 897	28 377	29 453	1 076	3,8%
Lrb	71 924	72 131	70 777	68 906	-1 871	-2,6%
Lmr	25 870	26 465	25 734	26 920	1 186	4,6%
Psl	55 346	57 471	57 268	58 823	1 555	2,7%
Sat	50 436	49 811	51 927	57 199	5 272	10,2%
Sls	35 163	35 244	34 810	36 325	1 515	4,4%
Tnn	40 741	43 002	45 618	44 063	-1 555	-3,4%
Total Adultes	737 303	747 062	748 891	759 682	10 791	1,4%

Enfants	2011	2012	2013	2014	Évolution 2013-2014	
					N	%
Apr	20 113	20 020	19 815	20 461	646	3,3%
Abc	20 888	20 801	22 195	23 445	1 250	5,6%
Bct	30 710	32 633	34 077	34 710	633	1,9%
Jvr	28 026	28 664	29 402	31 838	2 436	8,3%
Lmr	28 768	30 394	29 922	33 033	3 111	10,4%
Nck	65 964	63 727	64 332	68 557	4 225	6,6%
Rdb	778 870	78 472	80 992	85 688	4 696	5,8%
Trs	46 604	46 525	45 847	50 000	4 153	9,1%
Total Enfants	318 960	321 236	326 582	347 732	21 150	6,5%

Adultes & enfants	2011	2012	2013	2014	Évolution 2013-2014	
					N	%
Total général	1 056 263	1 068 298	1 075 473	1 107 414	31 941	3,0%

1 Lrb : depuis 2005 le périmètre GILDA englobe les urgences céphalées, la policlinique et une part des urgences ORL.

2 Psl : de 2007 à sept 2013 le périmètre GILDA a englobé les urgences dentaires.