

Aval des urgences à l'AP-HP :
Charte des groupes hospitaliers (GH) pour mieux
gérer les flux de malades et les séjours

Adoptée par vote de la CME de l'AP-HP le 8 octobre 2013

Les services d'accueil des urgences (SAU) contribuent de façon importante à l'accès aux soins, y compris pour des patients suivis dans des services de spécialité; plus du tiers des hospitalisations complètes à l'AP-HP concernent des patients passés par les urgences. L'amélioration de l'organisation des admissions doit concerner simultanément les séjours non programmés et les séjours programmés. Le *premier aval* des urgences se définit comme la partie de l'hôpital où l'on alite les malades reçus aux urgences.

L'insuffisance du premier aval de l'hôpital entraîne plusieurs inconvénients: détérioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des patients; séjour allongé des malades aux urgences; exaspération des personnels soignants qui consacrent un temps excessif à la recherche de lits; transferts des malades vers d'autres hôpitaux ou cliniques; perturbation des activités programmées, etc.

Principes de progrès

- ***L'aval des urgences est le problème de tout l'hôpital, pas seulement celui du SAU***

La gestion de l'aval concerne l'ensemble des équipes hospitalières: direction, et équipes soignantes du SAU et de l'ensemble des services, cliniques et médico-techniques. Ce document fait des propositions sur les règles d'organisation au sein du GH et le rôle de chacun des intervenants, afin que les patients puissent être pris en charge dans le service approprié le plus rapidement possible. Il doit pouvoir être approfondi et adapté à la situation de chaque site. Une attention spécifique doit être prêtée à la filière de chirurgie d'aval, notamment viscérale et traumatologique osseuse.

- ***Les activités programmées et non programmées ne sont pas concurrentes, mais complémentaires***

Les flux de patients non programmés sont prévisibles, ils fluctuent selon un cycle saisonnier globalement reproductible d'une année sur l'autre. Au sein de chaque GH, chaque discipline (médecine, chirurgie, obstétrique) doit analyser ce cycle, anticiper les pics habituels et moduler le volume de l'activité programmée en fonction de leur ampleur.

- ***Pour améliorer l'aval, il faut le rendre plus accessible et plus fluide***

Toute fermeture significative de lits (dépassant 7 jours) est soumise à l'approbation de la *Commission des admissions et consultations non programmées* de l'hôpital ou du GH.

Les services composant le plateau médicotechnique (notamment les blocs opératoires et l'imagerie) s'organisent pour pouvoir répondre prioritairement aux demandes concernant les patients non programmés (qu'ils soient aux urgences ou hospitalisés dans un service de premier aval).

- ***La vigilance doit être quotidienne***

La durée de séjour en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD, ancien « service porte ») ne doit pas dépasser 24 h ; ce qui implique idéalement de libérer quotidiennement la totalité de ses lits.

Chaque GH doit analyser quotidiennement les indicateurs disponibles pour détecter précocement toute situation de tension aux urgences. Dans une telle situation (épidémie d'ampleur inhabituelle par exemple), les mesures du plan *Hôpital en tension* sont mises en œuvre de façon graduée.

Dispositifs et calendrier d'actions

1 ***Connaissance des lits disponibles***

- À défaut d'un outil informatisé fiable, la direction de l'hôpital communique aux urgences 2 fois par jour (avant 9h30 et avant 18h), par mail ou par fax, la disponibilité et la prévision de disponibilité en lits des services

Octobre
2013

- Chaque GH se dote d'un outil informatisé partagé permettant à chaque acteur d'avoir une vision précise et fiable, en temps réel, des lits disponibles dans chaque service de spécialité du GH Décembre 2013
 - Chaque service d'hospitalisation développe les préadmissions pour ses hospitalisations programmées et détermine à l'entrée du patient la date probable de sortie du malade, qui est régulièrement réévaluée au cours de son séjour afin de prévoir la disponibilité des lits à court terme Décembre 2014
- 2 Décision médicale d'hospitalisation**
- Chaque service ou pôle dispose d'un médecin référent pour le SAU, joignable tous les jours par téléphone (DECT, *digital enhanced cordless telephone, appareil dédié à cet usage, que les directions doivent prioritairement mettre à la disposition des services impliqués*). Le référent médical connaît la disponibilité en lits et répond le plus rapidement possible sur l'admission éventuelle demandée par le SAU, pour l'ensemble du service ou du pôle, idéalement dans un délai de 30 minutes. Octobre 2013
 - Le SAU dispose d'un médecin référent pour les services d'aval, joignable tous les jours par DECT. Octobre 2013
 - Chaque matin, le SAU adresse à chaque service de spécialité les informations concernant les patients qui doivent y être hospitalisés. Octobre 2013
 - Chaque service, notamment l'unité de gériatrie aiguë (UGA), s'organise pour réaliser les admissions et les sorties des patients tous les jours, y compris les samedis, dimanches et jours fériés. Décembre 2013
 - En cas de saturation du service de la spécialité dont il relève, le patient peut être accueilli dans un autre service, en fonction de règles fixées dans d'une charte signée par les chefs des services concernés. Les conditions garantissant la sécurité des patients sont décrites :
 - pour les principales catégories pathologiques, les services capables d'accueillir de patients peuvent être hiérarchisés (thésaurus des maladies);
 - le patient qui est hospitalisé hors du service qui lui correspond le mieux est sous la responsabilité médicale du spécialiste dont il relève, mais est inclus dans la visite médicale du service qui l'accueille et qui veille à ce que son état clinique ne se dégrade pas; le service de spécialité approprié doit s'efforcer de recevoir dans les 24 à 48h ce patient hospitalisé ailleurs;
 - la nuit, le SAU s'engage à hospitaliser prioritairement les patients en UHCD, et à n'hospitaliser dans les services que des patients stables, sauf situation extrême de saturation des urgences, et en respectant les accords passés avec chaque service.
 - Il arrive qu'un patient consultant dans un service de spécialité requière des soins urgents. Il ne peut être adressé au SAU qu'après entente préalable avec le médecin urgentiste référent pour les services d'aval, joignable par DECT. En cas de conflit, un recours est mis en place (chef de service ou son représentant) Octobre 2013
 - Par principe, les patients transférés d'un autre établissement vers un service de spécialité de l'hôpital devraient être admis directement dans ce service, sans passer par le SAU, sauf organisation prévue dans le cadre de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES). Le cas échant, le patient ne peut être adressé au SAU qu'après entente avec le médecin urgentiste référent, dans les conditions de l'alinéa précédent Octobre 2013
- 3 Gestion opérationnelle des séjours**
- Chaque GH développe un dispositif de gestion des séjours programmés et non programmés avec mise en place d'une cellule de régulation, dans le cadre du projet prioritaire engagé par l'AP-HP en 2012. Selon calendrier institutionnel (joint en annexe)

- Dans l'attente du dispositif complet, le SAU peut, en cas de difficulté concernant une admission, avoir recours au directeur du site ou à son représentant, joignable par DECT. Ce dernier connaît la disponibilité en lits et peut organiser l'orientation du patient dans un délai raisonnable. Octobre 2013
- 4 Hôpital en tension**
- Chaque GH formalise un plan Hôpital en tension sur la base du plan AP-HP, qui prévoit la mise en place d'une cellule de crise dans un délai inférieur à 24h, et la gradation des mesures à mettre en place en fonction des niveaux de tension Novembre 2013
 - Le cas échéant, dans l'attente du plan spécifique élaboré par le GH, le plan général Hôpital en tension de l'AP-HP s'applique (présenté en annexe) Octobre 2013
- 5 Pilotage**
- Les règles organisant l'aval des urgences au sein de chaque GH doivent être incluses dans les contrats passés entre le pôle du SAU et les autres pôles Juin 2014
 - Chaque établissement doit être doté d'une *Commission des admissions et consultations non programmées* dont les missions doivent être élargies à la structuration et au pilotage de l'aval des urgences *au niveau du GH* Octobre 2013
 - Chaque établissement dispose d'indicateurs de suivi de l'activité et des tensions hospitalières (lits disponibles, patients en attente d'un lit d'hospitalisation, transferts, taux d'occupation des urgences et de l'UHCD, durée de séjour en UHCD, etc.) analysés quotidiennement par la direction Octobre 2013

Comités de suivi

Dans chaque GH et au niveau central un comité de suivi veillera régulièrement à l'application de cette charte et y apportera les adaptations qui pourraient s'avérer nécessaires.