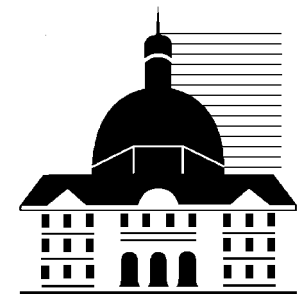


Comment se préparer à l'ultimatum du 15 octobre 2013 ?

Pr. Bruno RIOU

*Service d'Accueil des Urgences, CHU Pitié-Salpêtrière,
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Université Pierre et Marie Curie, Paris*



Les couloirs de la honte



Les conséquences pour les patients

- Inhumanité des conditions d'accueil
- Maltraitance (Marisol Touraine, Juin 2013)
- Augmentation du risque d'erreurs médicales
- Augmentation de la morbidité
- Augmentation de la mortalité

Les conséquences pour les urgences (PM, PNM)

- Augmentation de la charge de travail
- Multiplication des risques d'erreurs
- Humiliation pluri-quotidienne
- Sentiment de burn out exacerbé
- Fuite des urgentistes, fuite des jeunes, cercle vicieux

The Growing Role of Emergency Departments in Hospital Admissions

Jeremiah D. Schuur, M.D., M.H.S., and Arjun K. Venkatesh, M.D., M.B.A.

Growing use of U.S. emergency departments (EDs), cited as a key contributor to rising health care costs, has become a leading target of health care reform. ED visit rates increased by more than a third between 1997 and 2007, and EDs are increasingly the safety net for underserved patients, particularly adult Medicaid beneficiaries.¹ Although much attention has been paid to increasing ED use, the ED's changing role in our health care system has been less thoroughly examined. EDs serve as a hub for prehospital emergency medical systems, an acute diagnostic and treatment center, a primary safety net, and a 24/7 portal for

rapid inpatient admission. Approximately a quarter of all acute care outpatient visits in the United States occur in EDs, a proportion that has been growing since 2001.² We examined the proportion of hospital admissions that come through the ED, hypothesizing that use of the ED as the admission portal had increased across conditions.

We analyzed data from the Nationwide Inpatient Sample (NIS), the largest all-payer database of U.S. inpatient care, from 1993 to 2006 (the most recent year for which the ED admission data are available on HCUPnet, an interactive Web-based tool that uses data from the Healthcare Cost and

Utilization Project of the Agency for Healthcare Research and Quality). The NIS contains data from approximately 8 million hospital stays each year and is weighted to produce national estimates. We used HCUPnet to query the NIS regarding trends in the 20 clinical conditions for which patients were most frequently admitted to the hospital in 2006. Clinical Classifications Software was used to group the conditions into clinically meaningful categories. We excluded two conditions for which patients are rarely admitted through the ED (osteoarthritis and back problems), one psychiatric condition that was not consistently coded in claims data



- Etude USA

	1993	2006	
Admissions à l'hôpital (millions de patients)	34,3	39,5	+15%
Admissions via SU (millions de patients)	11,5	17,3	+50%

•Schuur et al.. N Engl J Med 2012

Et si on changeait de paradigme:

Ann. Fr. Med. Urgence (2013) 3:1-2
DOI 10.1007/s13341-013-0280-z

ÉDITORIAL / *EDITORIAL*

Les urgences : une solution et non un problème !¹

Emergency: a solution, not a problem!

B. Riou

© SFMU et Springer-Verlag France 2013

Les urgences sont devenues une préoccupation importante des politiques, des médias, des administrateurs de la santé et des experts de l'organisation de la santé. Cet intérêt croissant pourrait satisfaire les urgentistes s'il ne prenait une

inacceptables et qui constituent sur le plan médical une véritable perte de chance, surtout pour les plus âgés, ce qui n'empêche pas les hôpitaux de facturer cette « prestation » au prix fort. L'énergie que dépensent les équipes des urgen-

Ultimatum du 15 octobre 2013

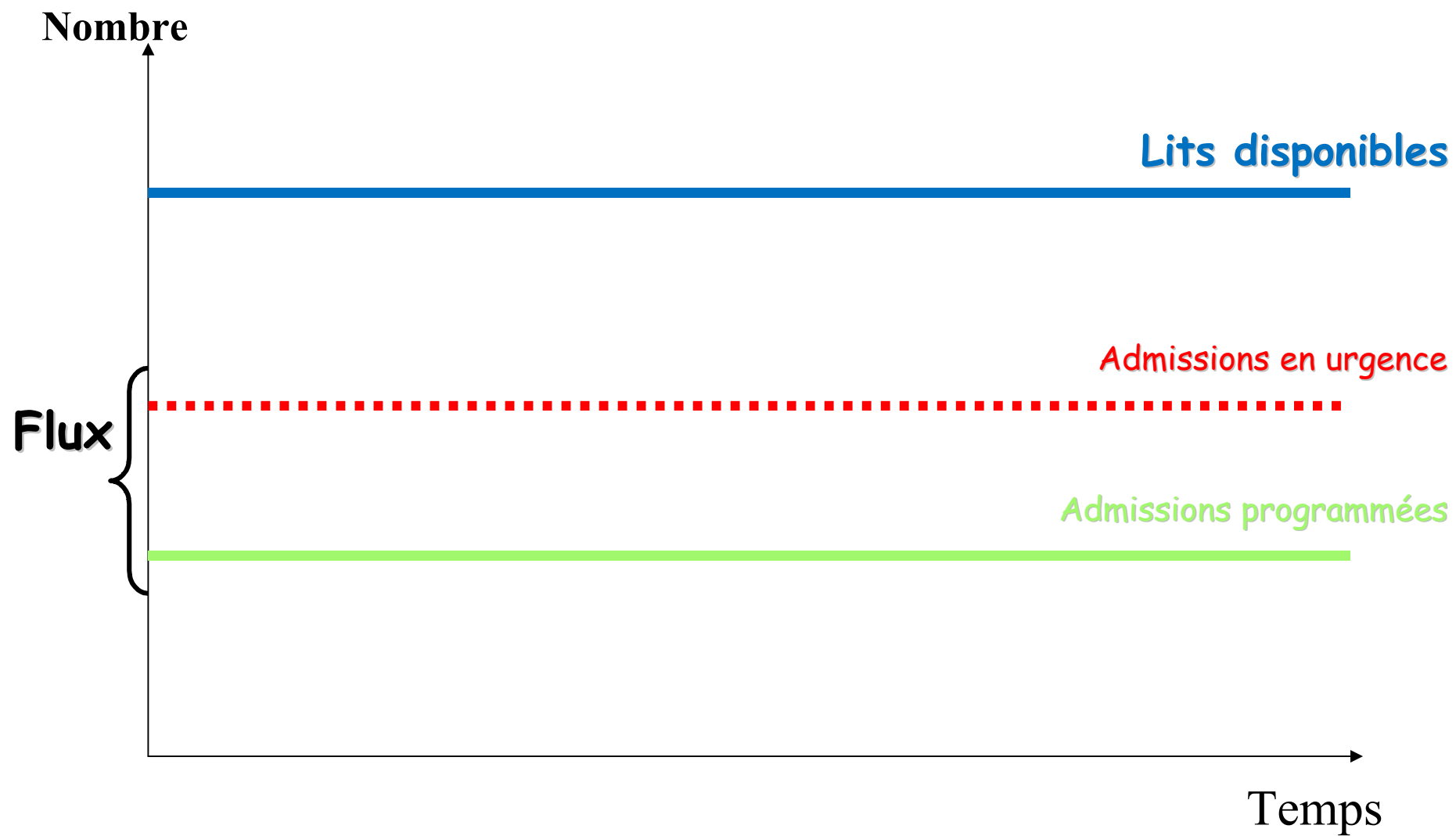
- Les urgentistes constatent leurs incapacité chronique à gérer la recherche de lits d'aval
- Les urgentistes considèrent que ce n'est pas leur mission mais celle de l'établissement
- Ultimatum de Samu et Urgence de France: 15 oct 2013
- Soutenu par l'AMUF, la SFMU, le CNMU, la CNUMU
- Le problème est reconnu par la Ministre (Congrès Urgence 2013) qui parle de « maltraitance ».

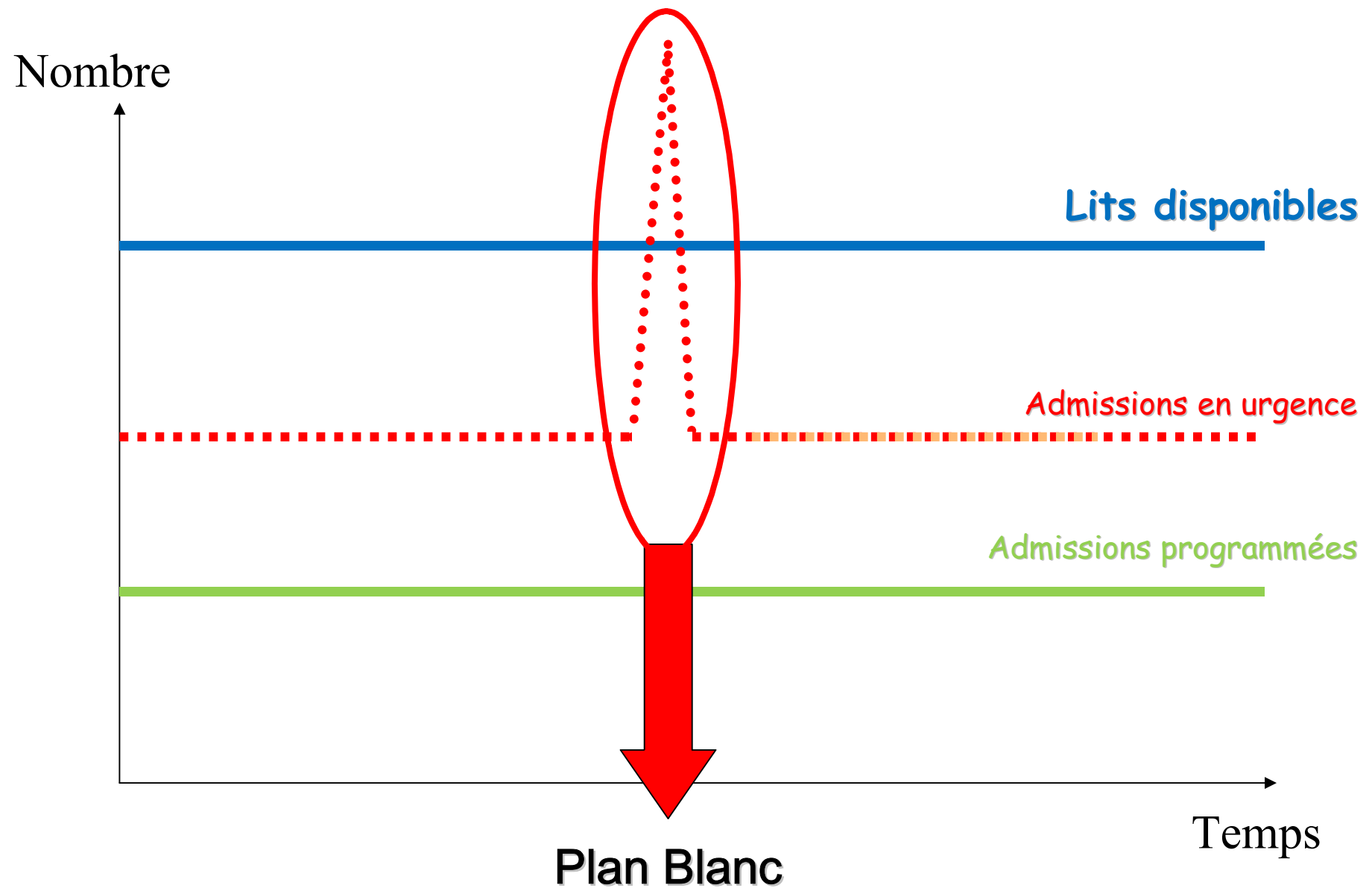
Ultimatum du 15 octobre 2013

- Les discussions s'engagent avec de nombreux partenaires:
 - CNUH (Pr. Carli) qui est missionné sur ce sujet
 - DGOS
 - ARS
 - FHF
 - Présidents de CME (CHU et CH)
 - Conférences des Doyens et MESR (DES)
- Mobilisation importante des urgentistes
- Les urgentistes considèrent que ce n'est pas eux de mettre en oeuvre les solutions.

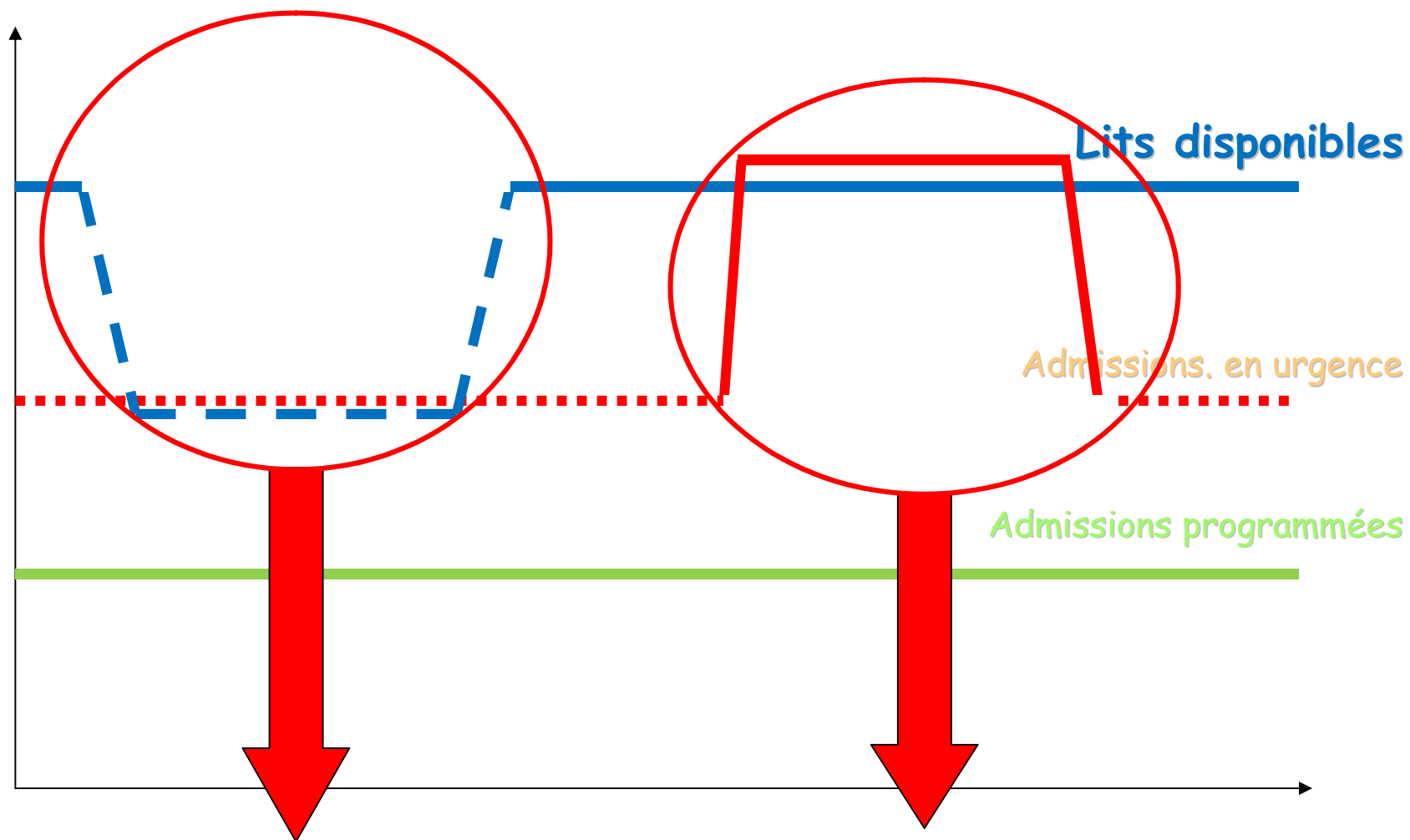
Les points hors sujet !

- L'amont: il y a trop de patients aux urgences, ce ne sont pas des urgences, il s'agit de bobologie, cela coûte trop cher
- Les services d'aval reçoivent beaucoup d'urgences directement
- C'est dur pour tout le monde !
- C'est le problème de l'aval de l'aval !
- C'est un problème de moyens !





Nombre

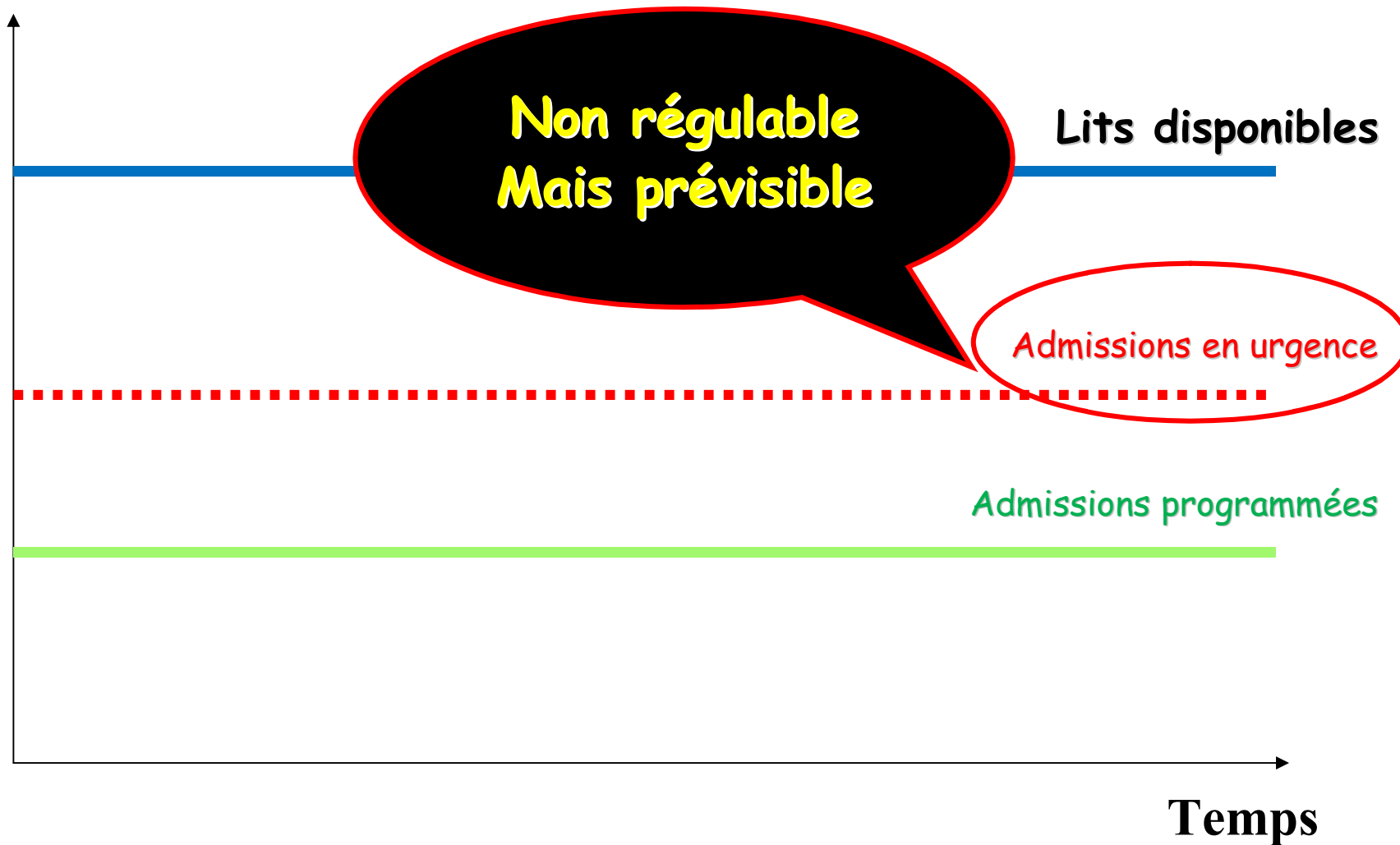


Hôpital plein

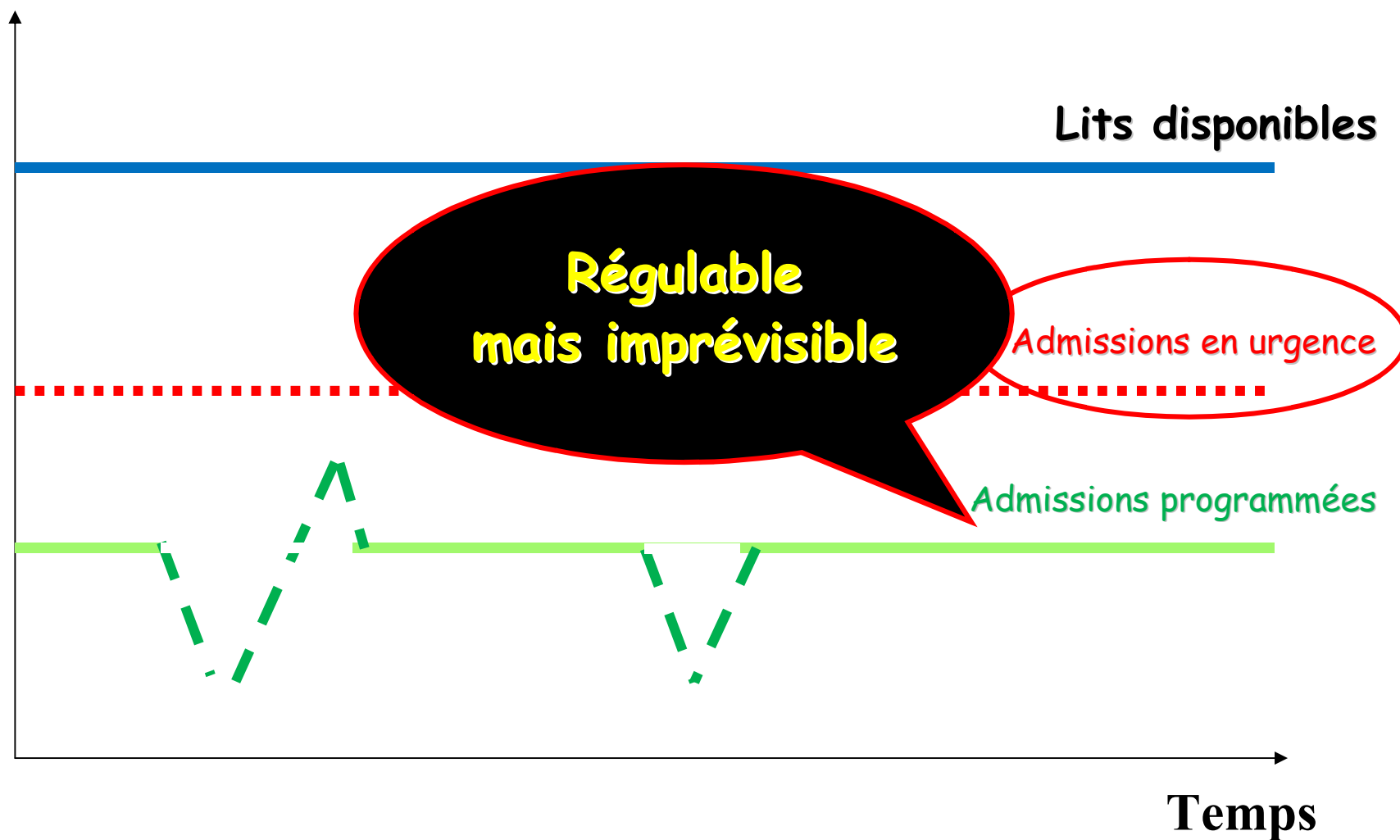
Hôpital plein

**Temp
s**

Nombre

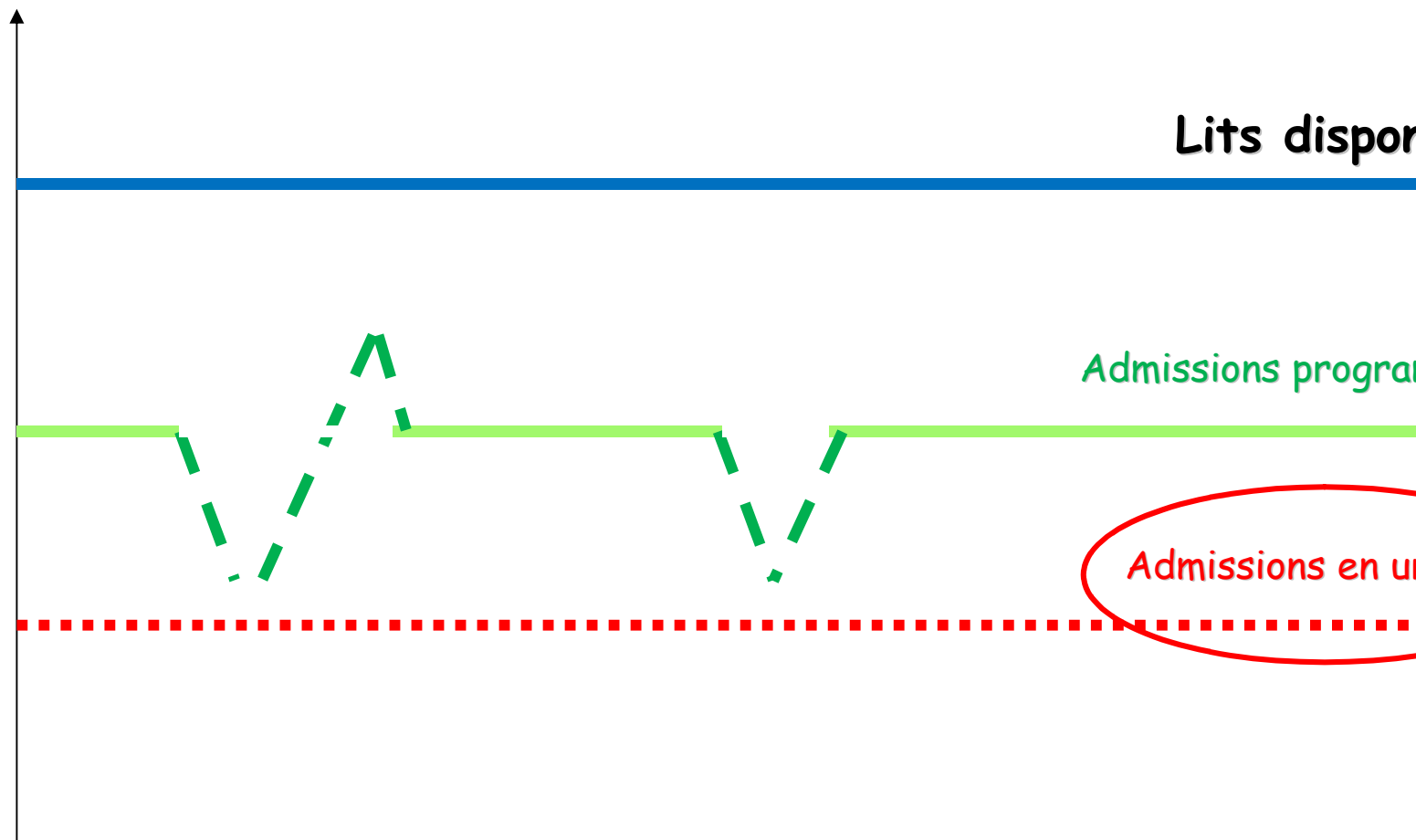


Nombre



Temps

Nombre



Lits disponibles

Admissions programmées

Admissions en urgence

Temps

Quelles solutions proposer ?

**Assises de l'urgence (SUDF)
Assises Hospitalo-Universitaires
CNUH (groupe de travail ad hoc)
DGOS (instruction du 27 juin 2013)
CPCME (CHU, CHG)**

1. Mieux organiser l'amont

- Privilégier les admissions urgentes directes via le SAMU-Centre 15
- Prévenir les hospitalisations inutiles via les urgences (EPAHD, fins de vie)

2. Mieux organiser les urgences

- Médecin régulateur
- Mise en place des circuits courts
- Ne plus tolérer les lits-brancards, les hospitalisations de plus de 24h en UHCD, la recherche de lits (Ultimatum)
- Mettre en place des consultations post-urgence
- Mettre en place des circuits ambulatoires d'urgence

Mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire en urgence

Ambulatory surgery in emergency

F. Le Saché · A. Birenbaum · S. Delerme · F. Khiami · C. Tresallet · O. Langeron · B. Riou

Reçu le 24 mai 2012 ; accepté le 23 juin 2012
© SFMU et Springer-Verlag France 2012

Résumé *Objectif* : En France, l'augmentation de la part des séjours en hospitalisation ambulatoire est un objectif de santé publique afin de réduire la durée des séjours hospitaliers. Nous rapportons ici la faisabilité de la mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire d'urgence au sein du service des urgences.

Matériel et méthodes : Une étude observationnelle prospective de cette activité a été conduite au sein de notre hôpital. Les caractéristiques des patients, le descriptif de l'acte chirurgical, la durée de séjour, les rappels téléphoniques et les réadmissions ont été colligés. Les résultats sont exprimés en

moment de la sortie et 2 (2,8 %) pour nausées-vomissements. Le rappel téléphonique d'un patient a eu lieu pour analgésie insuffisante. La durée médiane de séjour a été de 11,2 [8,7–12,2] heures.

Conclusion : La mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire en urgence évitant une hospitalisation est possible après une formation auprès des anesthésistes, des chirurgiens et des urgentistes. Cette filière est compatible avec la prise en charge sûre des patients. Cette activité doit être envisagée dans le cadre des urgences et non plus exclue de principe.

3. Changer de paradigme

- Fluidifier le parcours en adaptant les hospitalisations programmées au flux prévisible des admissions programmées et non l'inverse
- Ne plus parler de patients des urgences, mais de patients de l'établissement actuellement hospitalisés aux urgences
- L'organisation de l'aval des urgences, c'est le problème de tout l'hôpital, direction et communauté médicale

Profils de poste du « bed manager »

Profils de poste du « bed manager »



Profils de poste du « bed manager »



Profils de poste du « bed manager »



Profils de poste du « bed manager »



4. « Bed management »

- Mettre en place une gestion globale en fonction de flux prévisibles et de la conjoncture
- Organiser une responsabilité par pôle ou groupe de service
- Optimiser les durées moyennes de séjour
- Mettre en place des services de gériatrie aigu et des services de médecine polyvalente post urgence
- Favoriser les sorties le matin (salon de sorties)
- Favoriser l'HDJ et l'ambulatoire pour réserver des lits d'HC

4. « Bed management »

- Mettre en place un système d'information efficient
- Organiser la mise à disposition des lits pour les urgences
- Imposer la coopération entre les services (règle des 24 h)
- Réviser annuellement le nombre de lits par pôle/service
- Mettre en place une procédure d'hôpital en tension

Rien ne sera possible si le Directeur général et le Président de la CME s'en désintéressent

Rien ne sera possible si les Directeurs et les Président de CMEL s'en désintéressent

Eviter d'isoler les urgences (ghetto)

**Vivement le
15 octobre !**

% de patients UHCD > 24 h

Mauvais		Médian		Bon	
Jean Verdier	42 %	Lariboisière	23 %	HEGP	22 %
Ambroise Paré	32%	Louis Mourier	23 %	Hôtel Dieu	22%
Beaujon	32 %			Pitié-Salpêtrière	19%
Bicêtre	31 %			Antoine Béclère	16%
Bichat	26%			Henri Mondor	13%
Tenon	28%			Cochin	9%
St Louis	25%				

URGENCES ADULTES (m=22%)

% de patients UHCD > 24 h

Mauvais		Bon	
Jean Verdier	19 %	Necker	3 %
Bicêtre	16 %	Louis Mourier	3%
Trousseau	13 %	Robert Debré	3%
		Ambroise Paré	1%

URGENCES PEDIATRIQUES (m=6%)

**Vivement le
15 octobre !**

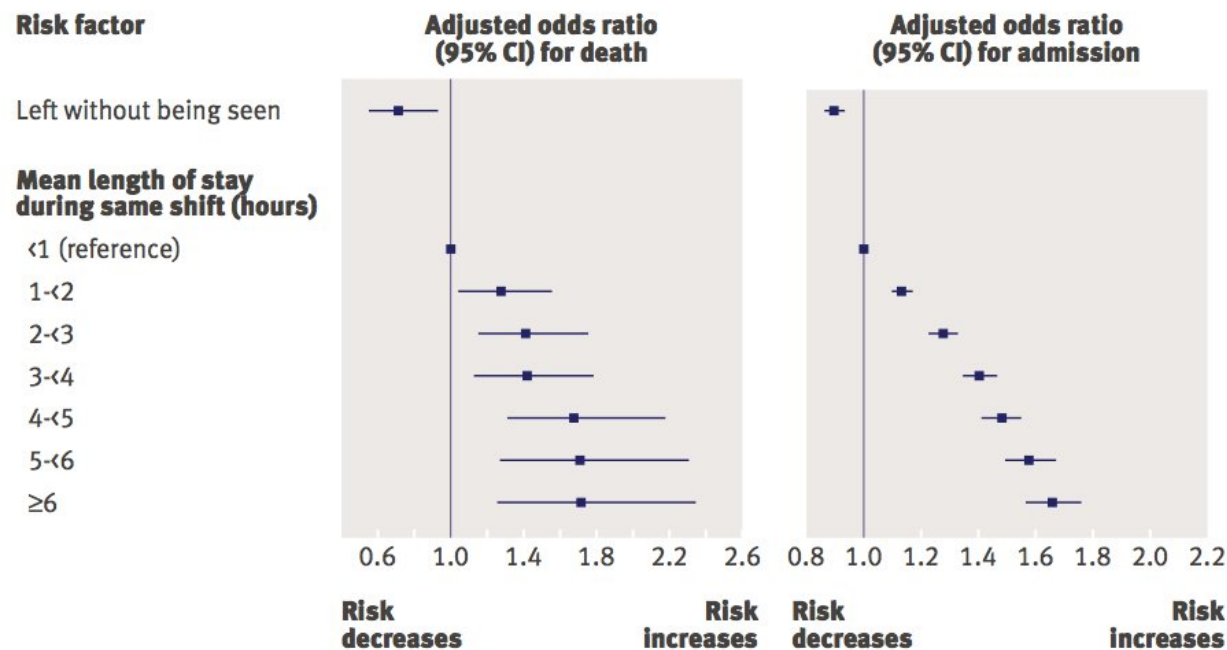


Fig 2 | Adjusted odds ratios (95% confidence intervals) for death and admission to hospital within seven days of emergency department visit among all non-admitted (seen and discharged and left without being seen) low acuity patients (Canadian triage and acuity scale levels 4 to 5). Odds ratios adjusted for triage level, age group, sex, calendar month, income fifth, urban/rural community, No of visits to emergency department in previous year, chief complaint, time/day of shift



ELSEVIER

The
American Journal of
Emergency Medicine

www.elsevier.com/locate/ajem

Review

ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature

Anne-Claire Durand MPh^{a,*}, Stéphanie Gentile MD, PhD^a,
Bénédicte Devictor PhD^a, Sylvie Palazzolo MPh^a, Pascal Vignally PhD^a,
Patrick Gerbeaux MD, PhD^b, Roland Sambuc MD, PhD^a

^aLaboratoire de Santé Publique, Faculté de Médecine, Equipe de recherche EA 3279

“Evaluation hospitalière-Mesure de la santé perçue”13005, Marseille, France

^bService d'Accueil des Urgences, Hôpital de La Conception 13005, Marseille, France

Comparison of Presenting Complaint vs Discharge Diagnosis for Identifying “Nonemergency” Emergency Department Visits

Maria C. Raven, MD, MPH, MSc

Robert A. Lowe, MD, MPH

Judith Maselli, MSPH

Renee Y. Hsia, MD, MSc

WITH INCREASING MEDICAL care costs, policy-makers have turned to emergency department (ED) utilization as a potential source for cost savings. Although the assumptions driving this policy approach are unproven,¹ recent attempts to reduce ED use have occurred in Medicaid programs.²⁻⁶ If implemented for patients in Medicaid programs, it is likely that such practices may result in similar policies

Importance Reduction in emergency department (ED) use is frequently viewed as a potential source for cost savings. One consideration has been to deny payment if the patient's diagnosis upon ED discharge appears to reflect a “nonemergency” condition. This approach does not incorporate other clinical factors such as chief complaint that may inform necessity for ED care.

Objective To determine whether ED presenting complaint and ED discharge diagnosis correspond sufficiently to support use of discharge diagnosis as the basis for policies discouraging ED use.

Design, Setting, and Participants The New York University emergency department algorithm has been commonly used to identify nonemergency ED visits. We applied the algorithm to publicly available ED visit data from the 2009 National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS) for the purpose of identifying all “primary care–treatable” visits. The 2009 NHAMCS data set contains 34 942 records, each representing a unique ED visit. For each visit with a discharge diagnosis classified as primary care treatable, we identified the chief complaint. To determine whether these chief complaints correspond to nonemergency ED visits, we then examined all ED visits with this same group of chief complaints to ascertain the ED course, final disposition, and discharge diagnoses.

Raven et al., JAMA 2013