

Aval des urgences à l'AP-HP

Dr Dominique Brun-Ney
DMA

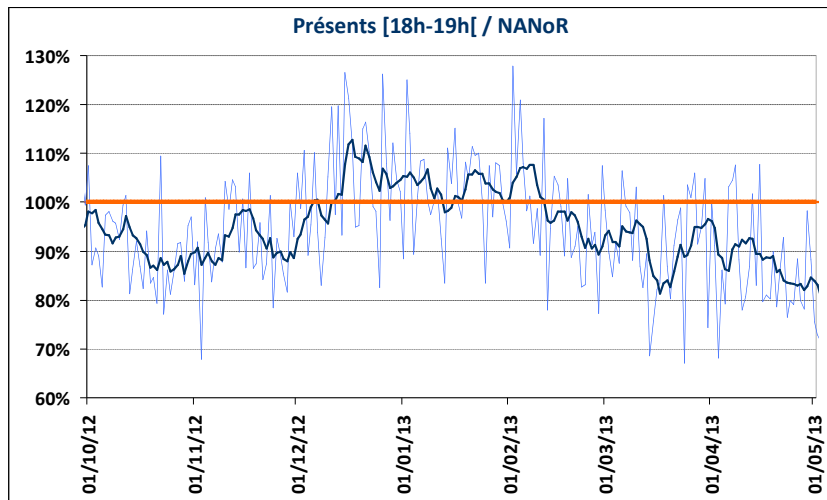
Aval des services d'accueil des urgences

- 36% des admissions en hospitalisation complète à l'APHP
- Principale difficulté de fonctionnement pour les SAU
- Tensions récurrentes sur la disponibilité en lits à court terme
- Risques documentés liés aux périodes de saturation
- Projet prioritaire APHP « Fluidification de l'aval des urgences » depuis 2011 : recommandations de bonnes pratiques, projets pilotes et accompagnement de sites

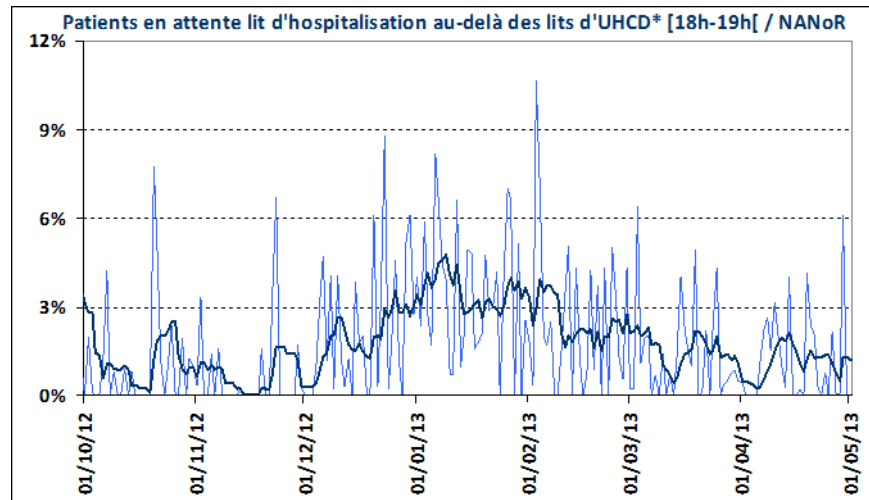
Hiver 2012 2013

Epidémie de grippe d'ampleur habituelle, mais prolongée
Tension documentée par les indicateurs suivis

Taux d'occupation standardisé



Patients en attente d'un lit au-delà des places d'UHCD



CERVEAU - SAU adultes (APR, BCT, CCH, EGP, RMB, TNN)

- **Formalisation d'un Plan APHP « hôpital en tension »**
- **Travail sur l'aval des urgences (Plateforme Urgences)**

Rencontres avec les GH - Septembre 2013 (SAU adultes)

Pilotées par le Président de la CME et la Secrétaire Générale

➤ **Etat des lieux**

Aval quotidien des urgences

Gestion des lits et des séjours

Gestion des épisodes de tension

➤ **Solutions mises en œuvre dans les GH, et solutions qui fonctionnent**

➤ **Points à améliorer**

Propositions récentes : Conférences des PCME de CHU et des DG de CHRU (5/12)

- Gestion globalisée des lits à l'échelle du pôle et/ou de l'établissement
- Généraliser la commission des admission non programmées
- Mettre en place des unités de médecine polyvalente bien dimensionnées en aval
- Inclure l'organisation des parcours des patients programmés et non programmés dans les contrats de pôle.
- Contractualiser la responsabilité pour la prise en charge des patients hébergés, selon la typologie des patients

Aval des urgences à l'AP-HP

Projet de charte des GH pour mieux gérer les flux de malades et les séjours - Principes

- L'aval des urgences est le problème de tout l'hôpital
- L'amélioration de l'organisation des admissions doit concerner simultanément les séjours non programmés et programmés
- Pour améliorer l'aval, il faut le rendre plus accessible et plus fluide : fermetures de lits, services médico-techniques
- La vigilance doit être quotidienne

La durée de séjour en UHCD ne doit pas dépasser 24 h ce qui implique idéalement de libérer quotidiennement la totalité des lits (permet que le SAU s'engage à hospitaliser prioritairement les patients en UHCD durant la nuit)

Chaque GH doit analyser quotidiennement les indicateurs disponibles pour détecter précocement toute situation de tension
- **Proposition de calendrier (3 jalons → fin 2014)**

Aval des urgences à l'AP-HP

Projet de charte des GH- Dispositifs (1)

1 - Connaissance des lits disponibles

- au mieux par outil informatisé partagé, intégrant préadmissions et dates prévisionnelle de sortie
- à défaut, communiquée 2 fois/j au SAU par la direction

2 - Décision médicale d'hospitalisation

- médecin référent joignable (dans les services d'aval et le SAU)
- admissions et sorties tous les jours en UGA,
- en cas de d'hébergement dans une autre spécialité, les règles sont fixées dans d'une charte précisant les conditions garantissant la sécurité : services capables d'accueillir, responsabilité médicale, délai de 24 à 48h pour accueillir le patient
- si un transfert vers un SAU est nécessaire depuis un service ou un établissement, le médecin du SAU doit être informé

Aval des urgences à l'AP-HP

Projet de charte des GH- Dispositifs (2)

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
- 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 d'une heure

Aval des urgences à l'AP-HP

Projet de charte des GH- Dispositifs (3)

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

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

–Chaque établissement doit être doté d'une Commission des admissions et consultations non programmées

–Chaque établissement dispose d'indicateurs de suivi de l'activité et des tensions analysés quotidiennement

–Comité de suivi dans chaque GH et au niveau central