

**AVAL HOSPITALIER**

**DES URGENCES MÉDICO-CHIRURGICALES D'ADULTES**

**À L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS**

**Rapport du Groupe de travail**

constitué en septembre 2001 à l'initiative  
de la Commission médicale d'Établissement  
et de la Direction de la politique médicale

**juin 2002**

## RÉSUMÉ

---

En 2000, à l'AP-HP, 625 000 adultes ont consulté aux urgences : 111 000 (18 %) ont été admis dans le même hôpital (dont 49 000, soit 44 %, ont séjourné dans un service porte) ; 21 000 (19 %) ont été transférés dans un autre hôpital ; deux tiers des patients âgés de plus de 79 ans admis à l'hôpital l'ont été par un circuit d'urgence (contre un tiers des patients plus jeunes).

Source d'une sollicitation croissante, la filière des urgences se caractérise par un gros point noir : l'engorgement des services de court séjour (1<sup>er</sup> aval). Le taux d'occupation inadéquate s'y situe entre 10 et 20 % des lits ; 10 % d'inadéquation représentent environ 860 lits de médecine et 450 lits de chirurgie de court séjour à l'AP-HP, soit *l'équivalent d'un hôpital grand comme la Pitié-la Salpêtrière*. La saturation du 1<sup>er</sup> aval a pour cause première l'insuffisance du 2<sup>e</sup> aval (soins de suite, surtout gériatriques, disponibles à l'hôpital et à domicile). Sa conséquence est une surcharge de l'amont (urgences) qui aboutit à des transferts de malades vers d'autres établissements, et à l'occupation inadéquate (plus de 24h) des lits porte. L'objectif est de réduire ces indices fiables de dysfonctionnement, qui serviront de critères pour juger les actions.

À court ou moyen terme, les solutions principales que le Groupe propose tiennent en 5 points.

1. ATTRIBUER AU 1<sup>er</sup> RECOURS HOSPITALIER (« PROXIMITÉ ») LA RECONNAISSANCE ET LE PRESTIGE QU'IL MÉRITE. Soigner les malades de son voisinage est une mission prioritaire de l'hôpital public au service de la population. La juger annexe incite ceux qui s'y consacrent à s'en détourner. C'est, au contraire, l'excellence hospitalo-universitaire qu'il faut y encourager, matériellement et moralement.
2. MIEUX ORGANISER LE 1<sup>er</sup> AVAL PAR REDÉPLOIEMENT, PLUTÔT QU'AGRANDIR LE SECTEUR DE COURT SÉJOUR. Les lits de court séjour accueillant les malades des urgences semblent en nombre insuffisant parce que leur 2<sup>e</sup> aval est trop petit et trop sélectif. Trop élargir le 1<sup>er</sup> aval c'est mal utiliser les deniers publics : financièrement et fonctionnellement, il ne convient pas de le transformer en dispositif déguisé de soins de suite. En attendant le renforcement du 2<sup>e</sup> aval, pour adapter l'offre à la demande de soins, chaque hôpital doit définir exactement la part que ses services de court séjour prennent dans la filière des urgences. Très sollicitée en 1<sup>er</sup> aval, la médecine interne polyvalente est à promouvoir.
3. DÉVELOPPER LE COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE. Le but est d'offrir un 1<sup>er</sup> aval spécialisé aux malades âgés, polypathologiques ou très vieux, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale, et qui ne relèvent pas en 1<sup>er</sup> recours d'un service spécialisé d'organe. Les lits encore à installer sont à redéployer à partir de l'existant en médecine et chirurgie. Un court séjour gériatrique doit être couplé en propre à chaque service d'accueil des urgences (SAU).
4. AGRANDIR VITE ET LARGEMENT LE 2<sup>e</sup> AVAL GÉRIATRIQUE, Y CRÉER ET FINANCER UN LABEL « 2<sup>e</sup> AVAL DES URGENCES ». En Île-de-France, un déficit de près de 5 000 lits de soins de suite et réadaptation est reconnu, soit 30 % de l'existant. Il faut donner une priorité absolue à l'ouverture de 300 lits de soins de suite qui est inscrite dans le Plan stratégique 2001-2004 de l'AP-HP. Pour ajouter la qualité à la quantité, il convient aussi de reconnaître la distinction entre soins de suite légers et lourds, et de mieux impliquer fonctionnellement et contractuellement la gériatrie de moyen séjour dans la filière d'aval des urgences.
5. DÉVELOPPER L'INTERVENTION DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) DANS L'AVAL DES URGENCES. Le retour assisté à domicile est insuffisamment exploité en 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, et 3<sup>e</sup> aval des urgences. Le projet de créer 200 places d'HAD dédiées aux soins de suite gériatriques est à réaliser et à organiser rapidement (critères d'admission, projet thérapeutique, tarification).

La limitation des ressources soignantes, déjà actuelle pour les personnels non médicaux et prochaine pour les médecins, ne peut pas être ignorée dans l'accomplissement de ces propositions. Pour les redéploiements qui vont être nécessaires et pour les créations de postes liées à l'aménagement du temps de travail, la filière d'aval hospitalier des urgences doit être prioritaire.

## LETTRE DE MISSION DU GROUPE

---

Paris, le 26 septembre 2001.

Pr Loïc CAPRON  
service de médecine interne  
l'Hôtel-Dieu de Paris

Monsieur le Professeur,

Nous souhaitons vous confier une mission visant à améliorer le fonctionnement des urgences des hôpitaux en offrant à la population des capacités d'hospitalisation adaptées, ainsi qu'une meilleure articulation de l'hôpital avec son environnement. À cette fin, nous vous demandons de bien vouloir animer un groupe de travail axé principalement sur l'aval hospitalier des urgences médico-chirurgicales d'adultes à l'AP-HP.

Vos travaux, qui privilégieront une meilleure utilisation des ressources existantes, pourront envisager aussi les formes de coopération utiles avec les acteurs du secteur sanitaire et social, situés tant en amont qu'en aval de l'hospitalisation.

Les services d'urgence des hôpitaux de l'AP-HP rencontrent fréquemment des difficultés pour trouver un lit aux patients nécessitant une hospitalisation. L'évolution de 19% du nombre de transferts sur la période 1995-2000 est à cet égard préoccupante.

Cette situation s'explique pour partie par le déficit majeur de lits de soins de suite installés en région Île-de-France, mais d'autres facteurs structurels et organisationnels doivent être pris en considération.

L'AP-HP en qualité de C.H.U. a vocation à constituer un pôle d'excellence, mais elle est soumise aux contraintes de service public qui lui imposent d'accueillir tout patient se présentant à elle. Par ailleurs, chaque hôpital de l'AP-HP autorisé à accueillir des urgences a l'obligation de mettre en œuvre les dispositions du schéma régional d'organisation sanitaire relatif à l'accueil et au traitement des urgences en Île-de-France (arrêté le 12 octobre 1998) qui limite, dans l'intérêt du patient, le recours aux transferts et la durée d'hospitalisation dans les zones de surveillance de très courte durée. Enfin, la prise en charge d'un nombre important de personnes âgées aux urgences accroît ces difficultés et ces contraintes.

Dans ce contexte, les missions dévolues à votre groupe de travail pourraient comporter les objectifs suivants :

- définir les structures médicales permettant de prendre en charge dans des conditions optimales les patients en aval des urgences ; dans la mesure du possible, la capacité de ces structures sera quantifiée ;
- proposer les améliorations souhaitables en matière d'organisation du séjour et d'organisation de la sortie des patients non programmés, de manière à réduire leur durée moyenne de séjour.

Vos réflexions auxquelles seront associés des professionnels non médicaux, hospitaliers ou non, devront faire ressortir des propositions de solutions à court et à moyen termes. Elle feront l'objet d'un rapport d'étape dans le courant du mois de février 2002.

Nous vous remercions de votre concours et de celui de tous les membres du groupe, et vous prions d'agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de notre considération distinguée.

Professeur Rolland PARC  
Président de la CME

Antoine DURRLEMAN  
Directeur général de l'AP-HP

## COMPOSITION DU GROUPE

---

### Médecins des hôpitaux : urgences

Dominique MEYNIEL	PH	Tenon
Dominique PATERON	PU-PH	Jean-Verdier
Bruno RIOU	PU-PH	la Pitié-la Salpêtrière

### Médecins des hôpitaux : médecine interne

Loïc CAPRON	PU-PH	l'Hôtel-Dieu (coordonnateur du Groupe)
Bertrand GODEAU	PU-PH	Henri-Mondor
Thomas PAPO	PU-PH	Bichat–Claude-Bernard

### Médecins des hôpitaux : gériatrie

Sylvie DEBRAY-MEIGNAN	PH	l'Hôtel-Dieu–la Collégiale
François PIETTE	PU-PH	Charles-Foix
Olivier SAINT JEAN	PU-PH	Georges-Pompidou

### Médecins des hôpitaux : autres spécialités

Stanislas CHAUSSADE	PU-PH	hépato-gastro-entérologie, Cochin
Marie-Caroline MEYOHAS	PU-PH	maladies infectieuses, Saint-Antoine
Christian RICHARD	PU-PH	réanimation médicale polyvalente, Bicêtre

### Chirurgiens des hôpitaux

Alain SAUTET	PU-PH	orthopédie, Saint-Antoine
Patrice VALLEUR	PU-PH	chirurgie générale, Lariboisière

### Radiologiste des hôpitaux

Paul LEGMANN	PU-PH	Cochin
--------------	-------	--------

### Service social

Dominique BURRE-CASSOU	Assist. soc. chef	Ambroise-Paré
------------------------	-------------------	---------------

### Administration

Marie-Laure LOFFREDO	Directrice	Ambroise-Paré
Françoise QUESADA	Directrice	Lariboisière
Patrice CAMPHIN	DPM	AP-HP
Jean-Michel DIEBOLT	DPM	AP-HP
Sylvie MICHENEAU	DPM	AP-HP
Pierre SOUTOU	DPM	AP-HP

DPM: Direction de la politique médicale

Le Groupe s'est réuni 6 fois, entre le 27 septembre 2001 et le 14 mars 2002.

### Le Groupe a accueilli pour avis :

Élisabeth FÉRY-LEMONNIER	PH	DPM, Cédit
Josiane HOLSTEIN	PH	DPM, Dime
Maria RODRIGUEZ	Directrice	Hospitalisation à domicile AP-HP

Cédit: Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques

Dime: Délégation à l'information médicale et à l'épidémiologie

*Par excellence*, c'est-à-dire «au plus haut degré» (Littré), les urgences et leur aval sont une mission que le service public hospitalier se doit de garantir avec le plus grand zèle. Ne pas se préoccuper du fait serait perdre notre légitimité, en reniant une mission première de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Ses personnels, qu'ils soignent ou qu'il administrent, constatent quotidiennement de multiples imperfections de la filière, authentiquement *essentielle* («qui appartient à l'essence ou nature propre d'une chose» *ib.*) pour notre Établissement.

Le Groupe de travail s'est assidûment attaché à analyser les problèmes présents, pour y trouver des recours.

La question des priorités ne se pose pas : nous touchons à l'une de nos raisons d'être, sans autre choix qu'attacher toute notre ardeur à perfectionner l'existant.

Ce rapport comprend 6 parties :

1. **DÉFINITION DESCRIPTIVE** de l'aval hospitalier des urgences médico-chirurgicales d'adultes (pp.4 et 5) ;
2. **ÉTAT DES LIEUX CRITIQUE**, visant à identifier les principales imperfections de la filière (pp.6-12) ;
3. **RECOMMANDATIONS DU GROUPE** pour améliorer les imperfections constatées, avec une conclusion en 5 priorités (pp.13-21) ;
4. **12 RÉFÉRENCES** (p.21) ;
5. **12 TABLEAUX** (pp.22-25) ;
6. **9 ANNEXES** (pp.26-54) :
  - ANNEXE 1 Activité des lits porte selon l'âge des patients (p.26),
  - ANNEXE 2 Patients des services de médecine et services porte en Île de France (p.32),
  - ANNEXE 3 Activité du SAU de l'Hôpital Beaujon (p.37),
  - ANNEXE 4 Occupation des lits par attente de 2<sup>e</sup> aval à l'Hôpital Saint-Antoine (p.40),
  - ANNEXE 5 Services d'urgences neurovasculaires (p.42),
  - ANNEXE 6 Court séjour gériatrique (rapport Piette, p.43),
  - ANNEXE 7 Organisation des soins gériatriques de court séjour (circulaire ministérielle, p.46),
  - ANNEXE 8 Soins de suite et de réadaptation à l'AP-HP (p.50),
  - ANNEXE 9 Patients de soins de longue durée à l'AP-HP (p.54).

## **ORGANISATION DE L'AVAL HOSPITALIER DES URGENCES MÉDICO-CHIRURGICALES D'ADULTES À L'AP-HP**

---

### **DÉFINITIONS**

URGENCES	ensemble formé par l'unité d'accueil et la zone de soins de très courte durée (ZSTCD, moins de 24h : service porte) des services d'urgences médico-chirurgicales ;
1 <sup>ER</sup> AVAL	destination immédiate des malades admis à l'hôpital après passage aux urgences – principalement des services de court séjour en médecine ou chirurgie, et beaucoup plus rarement un service de soins de suite et réadaptation (SSR), ou une hospitalisation à domicile (HAD) ;
2 <sup>E</sup> AVAL	destination secondaire des malades hospitalisés en 1 <sup>er</sup> aval, dont la condition ne permet pas un retour simple à domicile – principalement des services de SSR, des maisons de repos, ou une HAD ;
3 <sup>E</sup> AVAL	destination tertiaire de malades hospitalisés en 2 <sup>e</sup> aval dans un service de SSR – principalement des services de soins de longue durée (SLD), des maisons de retraite, et des retours à domicile avec ou sans HAD.

## **RESSOURCES HOSPITALIÈRES DISPONIBLES À L'AP-HP**

### Urgences

Dix-sept hôpitaux accueillent des urgences d'adultes : 14 services (SAU) et 3 unités de proximité (UP) d'accueil et de traitement des urgences. Tous ces services et unités sont dotés de lits porte, dont le nombre varie de 7 à 30 par structure, pour un total de 257 lits autorisés.

#### 1<sup>er</sup> aval : court séjour

Les taux d'équipement en Île-de-France (lits autorisés pour 1 000 habitants) se situent dans les fourchettes des indices ministériels de besoins (IMB) : 2,02 en médecine (IMB : 1,15 à 2,5) : 2,14 en chirurgie (IMB : 1,05 à 2,55).

Par rapport à la capacité totale d'hospitalisation de court séjour en Île-de-France, les lits autorisés à l'AP-HP (adultes et enfants) se répartissent comme suit (RÉF.1, pp.18 et 19) :

	Médecine		Chirurgie	
	N lits AP-HP	Part du total Île-de-France	N lits AP-HP	Part du total Île-de-France
Île-de-France hors Paris	3135	23%	1477	10%
Paris intra-muros	5449	83%	3063	46%
Total AP-HP	8584	42%	4540	21%

Sont prioritairement impliqués dans le 1<sup>er</sup> aval des urgences d'adultes, les services de médecine interne ayant une orientation polyvalente exclusive ou partielle (35 services, 1 387 lits, en 2001), de court séjour gériatrique («gériatrie aiguë» ou médecine gériatrique : 8 services, 170 lits), d'urgences neurovasculaires (3 services, 33 lits), de chirurgie générale (38 services, 1 218 lits), et de chirurgie orthopédique et traumatologie (17 services, 1 031 lits). D'autres services de spécialité médicale prennent aussi une part notable dans le 1<sup>er</sup> aval, en particulier : psychiatrie, réanimation médicale, pathologie infectieuse, neurologie, pneumologie, hépato-gastro-entérologie, cardiologie.

#### 2<sup>e</sup> aval : soins de suite et réadaptation

En 2000 le taux d'équipement en Île-de-France (1,5 lits autorisés pour 1 000 habitants) était inférieur de 12 % à l'IMB (1,7). Les lits de SSR autorisés à l'AP-HP étaient au nombre de 4 178 (+ 155 par rapport à 1996). Les lits ouverts étaient au nombre de 3 264 : 731 intra-muros (22 %) et 2 533 extra-muros (78 %). À 3 exceptions près (Bicêtre, 83 lits ; Bichat, 45 lits ; la Pitié-la Salpêtrière, 156 lits), ils se situaient dans des hôpitaux distincts des établissements de court séjour recevant des urgences. En 2001, on comptait 3 477 lits ouverts (+ 6,5 % par rapport à 2000), répartis en 2 886 pour les soins de suite et 591 pour la réadaptation.

#### 3<sup>e</sup> aval : soins de longue durée

En 2000, les lits de SLD autorisés à l'AP-HP étaient au nombre de 5 490 (- 953 par rapport à 1996). Il y avait 5 475 lits ouverts : 1 607 intra-muros (29 %) et 3 868 extra-muros (71 %). À 4 exceptions près (Bicêtre, 140 lits ; Bichat, 60 lits ; Louis-Mourier, 110 lits ; la Pitié-la Salpêtrière, 74 lits), ils se situaient dans des hôpitaux distincts des établissements de court séjour recevant des urgences.

#### Hospitalisation à domicile

En 2000, l'HAD de l'AP-HP, dotée de 820 places en médecine, a pris en charge 9 323 malades (durée moyenne de séjour : 16,9 j). En moyenne, 646 malades étaient soignés chaque jour (RÉF.2).

## ÉTAT DES LIEUX CRITIQUE : IDENTIFICATION DES PRINCIPALES IMPERFECTIONS

---

Étant donné leur impact quotidien sur l'activité hospitalière, il n'y a ni difficulté ni surprise à identifier les dysfonctionnements principaux de l'aval des urgences. Un dénominateur commun est la part qu'y tiennent les malades âgés de plus de 65 ans : telle est la conséquence naturelle de la démographie présente, et du fait que la fréquence et le poids des maladies graves et longues augmentent avec le vieillissement.

### **URGENCES**

Accueil des urgences : activité croissante, transferts

De 1995 à 2000, le nombre des adultes consultant aux urgences (TABLEAU I, p.22) a augmenté de 15 % (RÉF.3) ; 2 à 3 fois plus en périphérie (+ 20 à + 30 %) qu'à Paris (+ 10%). Le bond en avant correspond à un changement de comportement du public (consultation sans rendez-vous 24h/24), dont les causes multiples ont fait l'objet d'un récent rapport ministériel (RÉF.4).

Accompagnant la restructuration (SAU, UP), l'affectation de personnels aux urgences de l'AP-HP a augmenté durant la même période (TABLEAU II, p.22), avec une amélioration des compétences (« séniorisation médicale »).

Les motifs dominants de consultation (TABLEAU III, p.22) sont la médecine (56%) et la traumatologie (32%). L'afflux consiste principalement en une augmentation majeure des passages sans admission (+ 21 %, TABLEAU I). Cela retentit sur l'aval des urgences : les ressources des équipes d'accueil et du plateau d'imagerie s'en trouvent moins disponibles pour les malades qui ont besoin d'être hospitalisés. Le nombre de ceux-là est au contraire stable, voire en légère diminution si la tendance se confirmait en 2001 ; mais l'encombrement du 1<sup>er</sup> aval apparaît dès ce stade : si les admissions dans le même hôpital sont stables (- 4%), les transferts vers un autre hôpital se sont accrus de 12 %.

Les transferts sont analysés pp.22 et 23 (TABLEAU IV à TABLEAU VI). Leur taux global s'élève à environ 16,5 % des malades dont l'hospitalisation a été décidée aux urgences (TABLEAU IV).

- La part des transferts injustifiés (lit indisponible dans l'hôpital) dans le total des transferts est inégalement répartie par discipline : 48 % en médecine, 20 % en psychiatrie, 24 % en chirurgie générale, et 56 % en chirurgie orthopédique (TABLEAU V).
- Le taux observé en orthopédie (56 %, soit 3 169 patients en 2000) est spécialement préoccupant. Trop souvent, ces malades ne peuvent être accueillis sur place parce que les lits d'orthopédie sont occupés par des patients, souvent âgés, en attente de soins de suite et réadaptation. L'orthopédie est aussi la discipline où le taux des transferts vers le secteur privé (55 %) est de loin le plus élevé (TABLEAU VI). Malheureusement, ce sont actuellement un des rares volants disponibles pour régler le flux des urgences.
- Les transferts injustifiés sont essentiellement le résultat d'un encombrement du 1<sup>er</sup> aval, et donc, dans la plupart des cas, d'une indisponibilité du 2<sup>e</sup> aval.

Services porte : saturation matinale, inadéquation des séjours

Le Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) en Île-de-France (arrêté du 12 octobre 1998) énonce que :

« La zone de surveillance de très courte durée (lits porte) est l'élément régulateur du service d'urgence, à l'interface entre les urgences, les services d'hospitalisation d'aval, et le domicile du patient. Cette zone, partie intégrante du service d'urgence, est sous la responsabilité du chef de service ou du responsable de l'unité. Elle accueille des patients pour des hospitalisations inférieures à 24 heures. La surveillance clinique, la réalisation de gestes diagnostiques et/ou thérapeutiques, et le recours à l'avis de spécialistes pendant cette hospitalisation permettent une orientation adaptée à l'état du patient. L'équipe médicale et paramédicale du service d'urgence assure la surveillance et les soins des patients hospitalisés dans cette unité. En raison des flux très irréguliers des urgences, il est souhaitable que la capacité d'accueil soit largement dimensionnée. L'efficacité de la zone de soins de courte durée

## Aval hospitalier des urgences médico-chirurgicales d'adultes à l'AP-HP

exige le respect d'une durée d'hospitalisation inférieure à 24 heures pour chaque malade. Elle est un facteur sécuritaire important et permet de diminuer sensiblement le nombre d'hospitalisations complètes.»

Le séjour porte peut s'achever par (ANNEXE 1, p.31) :

- un retour au domicile (41,4% des cas) ;
- un passage dans un service de court séjour de 1<sup>er</sup> aval, par mutation (42,8%) quand il s'agit du même hôpital, ou par transfert (8,0%) quand il s'agit d'un autre établissement de soins ;
- un passage dans un service de psychiatrie (2,1%), de soins de suite et réadaptation (3,3%), de soins de longue durée (0,7%) ;
- ou un décès (1,8%).

Dans des conditions optimales de fonctionnement, le service porte doit être quotidiennement vidé en début d'après-midi, et se remplir durant les autres périodes de la journée. *Est donc à considérer comme inadéquat tout séjour porte dont la durée excède 24h.*

Les admissions dans l'hôpital à partir des urgences peuvent être directes, sans passage par le service porte. En principe, 2 situations le justifient : 1. quand l'état du malade impose sans délai des soins spécialisés (réanimation, chirurgie) ; 2. quand l'utilité d'une hospitalisation est établie, si un lit est libre dans un service adapté à l'état du patient, à une heure où le personnel soignant requis pour accueillir le malade est disponible – ce que seul un médecin est apte à juger si un administrateur veut imposer la mutation d'un patient.

Deux récentes enquêtes «un jour donné», réalisées à l'AP-HP en août 2001 et janvier 2002 (TABLEAU VII, p.23), montrent que les lits porte sont occupés à 92% le matin à 8h. Il y a regorgement : à 18h, pour ces 2 journées, une recherche de lit ailleurs qu'au service porte était en cours pour 56 et 90 patients. Il s'agissait pour plus des deux tiers (70% et 68%) de diagnostics médicaux. La cause du phénomène est la saturation du 1<sup>er</sup> aval. Sa conséquence est l'obligation de transférer dans un autre établissement (*v.supra*). Le taux d'inadéquation est élevé si on retient un séjour de plus de 24h comme critère : 63% et 71% à 18h ; 55% et 54% à 8h.

La coupe réalisée en mai-juillet 2001 par l'Assurance maladie d'Île-de-France (Amif, RÉF.5 ; ANNEXE 2, pp.32-36) a relevé un taux d'inadéquation des séjours porte à 39,2% pour l'AP-HP, proche du taux moyen régional de 40,1% (ANNEXE 2, *Patients inadéquats*, p.33). Le taux d'inadéquation augmente avec l'âge des patients : 27% pour les 16 à 39 ans, 48% pour les plus de 74 ans.

La détérioration récente et préoccupante de l'activité aux urgences de l'Hôpital Beaujon, relatée par leur chef de service (D<sup>r</sup> Patrick Werner, ANNEXE 3, pp.37-39), met concrètement en lumière les difficultés croissantes rencontrées par un SAU de l'AP-HP.

### Part des personnes âgées dans l'admission par les urgences

Dans les 2 enquêtes «un jour donné» (TABLEAU VII, p.23), selon la date et l'heure, entre 39% et 48% des lits porte étaient occupés par des patients âgés de plus de 80 ans ; ils représentaient entre 14% et 29% des patients pour qui une recherche de lit de 1<sup>er</sup> aval était en cours. L'enquête de l'Amif a trouvé que 93% des malades occupant les lits porte étaient âgés de plus de 75 ans (ANNEXE 2, p.33).

Une analyse (Dime) des données PMSI 2000 (RÉF.6) détaille l'impact majeur des personnes âgées sur l'activité des urgences et des lits porte à l'AP-HP (ANNEXE 1, pp.26-31). Les plus de 80 ans utilisent 2 fois plus souvent que les moins de 80 ans la filière des urgences pour accéder à l'hôpital (64 contre 32% des cas). Ils représentent 20% (23 397 sur 143 020) du total des entrées en urgence, soit près de 6 fois plus que leur part dans la population (3,5%).

### Fins de vie

Les soins palliatifs terminaux ne sont pas une mission adaptée aux ressources et à l'ambiance des services porte. Parce qu'il n'y a pas suffisamment de lits de soins palliatifs, mais aussi et surtout parce qu'ils ne sont pas prévus pour des maladies courantes comme l'accident vasculaire

cérébral grave, les patients, récusés partout, finissent par mourir au service porte après des séjours d'une durée notable et dans des conditions humaines parfois inacceptables.

## 1<sup>ER</sup> AVAL

Les besoins des urgences en 1<sup>er</sup> aval (TABLEAU III, p.22) se répartissent inégalement entre médecine (71 % des admissions), psychiatrie (2 %), chirurgie générale (11 %) et chirurgie orthopédique (16 %).

### Inadéquation des séjours et encombrement

En 1<sup>er</sup> aval, l'inadéquation n'est pas fondée sur un critère temporel aussi simple qu'au service porte (moins de 24h). Il s'agit d'une évaluation consensuelle entre l'enquêteur et le médecin qui a la charge du patient, centrée sur une question : le patient a-t-il encore besoin d'explorations ou de soins justifiant sa présence dans une unité de court séjour ?

Pour les lits de médecine l'enquête de l'Amif a conclu à une occupation inadéquate de 17,2 % des lits de la région, et de 16,3 % pour l'AP-HP (ANNEXE 2, *Patients inadéquats*, pp.33-36).

De champ plus restreint, mais considérant l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales, des enquêtes ont examiné l'occupation inadéquate des lits de court séjour à l'AP-HP.

- À l'Hôpital Saint-Antoine en février 2001 (RÉF.7, ANNEXE 4, p.40) on a relevé un taux moyen d'inadéquation de 12,3 %, frappant notamment les services de médecine interne (34 %), d'orthopédie (22 %), de neurologie (19 %), de maladies infectieuses (18 %), et de pneumologie (16 %).
- À l'Hôpital Ambroise-Paré un recensement a été mené chaque mercredi, du 19 septembre au 7 novembre 2001 (8 semaines), pour dénombrer les malades âgés d'au moins 60 ans qui n'ont plus besoin de soins aigus et sont en attente d'un 2<sup>e</sup> aval (TABLEAU VIII, p.24). L'occupation inadéquate des lits par les malades âgés de plus de 60 ans concernait surtout 3 structures de 1<sup>er</sup> aval : le post-porte, la médecine interne et la chirurgie orthopédique. Il est frappant de noter que durant les 8 semaines d'observation, les journées d'hospitalisation des plus de 60 ans devant être dirigés vers une structure d'aval à l'issue de leur séjour à Ambroise-Paré, étaient plus souvent inadéquates (attente de 2<sup>e</sup> aval) qu'adéquates (besoin de soins aigus) : 240 contre 141 journées.

À titre indicatif, 10 % d'inadéquation représentent environ 860 lits de médecine et 450 lits de chirurgie de court séjour à l'AP-HP, soit *l'équivalent d'un hôpital grand comme la Pitié-la Salpêtrière* ! L'inadéquation retentit sur l'activité programmée des services de médecine et de chirurgie. L'obligation d'héberger les patients arrivant aux urgences implique une déprogrammation de malades de médecine et de chirurgie, ce qui désorganise l'utilisation rationnelle des plateaux techniques (imagerie, bloc opératoire), provoque des tensions importantes entre les urgences et les services d'aval, et des retards dans la prise en charge de certains malades « programmés ». L'encombrement des services de 1<sup>er</sup> aval se traduit aussi par leur incapacité croissante à gérer l'admission en urgence de leur propres patients qui, dès lors, grossissent inéluctablement la charge des services d'urgences.

Selon l'enquête de l'Amif (RÉF.5), dans 40 % des cas l'inadéquation des séjours en 1<sup>er</sup> aval s'expliquait par l'indisponibilité du 2<sup>e</sup> aval SSR (ANNEXE 2, p.35). Le taux d'inadéquation augmentait avec l'âge (ANNEXE 2, p.34).

Si leur nombre est moindre que celui des personnes âgées, les personnes en situation précaire occasionnent souvent des difficultés encore plus critiques de 2<sup>e</sup> aval. Faute d'un codage qui leur soit spécifique, leur impact est difficile à évaluer exactement dans la surcharge du 1<sup>er</sup> aval. La moitié des malades jugés inadéquats dans l'enquête de l'Amif (ANNEXE 2, p.34) avait moins de 75 ans dans les services de médecine, et moins de 71 ans dans les services porte. Le grand âge n'est qu'une explication incomplète de l'inadéquation des séjours en 1<sup>er</sup> aval médical.

L'indisponibilité du 1<sup>er</sup> aval chirurgical due à l'encombrement des lits par des patients en attente de 2<sup>e</sup> aval est spécialement patente en orthopédie-traumatologie. La gériatrie assume l'essentiel

des séjours pour suites de fracture du col fémoral (ANNEXE 8, p.52). L'activité chirurgicale des services porte est faible (16% des admissions y aboutissent à une mutation en service de chirurgie). Les établissements privés à but lucratif assurent de moins en moins les urgences chirurgicales 24h/24. Les patients viennent donc dans les hôpitaux publics. Ils y reçoivent les premiers soins et premières explorations, puis, faute de place disponible, sont transférés vers les établissements qui n'ont pas pu les recevoir en dehors de leurs heures ouvrables.

### Spécialisation du 1<sup>er</sup> aval : urgences neurovasculaires et court séjour gériatrique

La pratique hospitalière quotidienne et certaines études (comme celle de la Dime sur l'activité gériatrique des unités porte, v. ANNEXE 1, pp.26-31) suggèrent que l'encombrement d'aval s'explique en partie par l'inadéquation entre les besoins médicaux des patients et l'activité des services qui les accueillent. Faute de compétence ou d'intérêt pour l'état pathologique du patient admis, le service d'accueil ne lui offre pas une qualité optimale de soins. La «perte de chance» qui en résulte peut alourdir le pronostic, et allonger la durée d'hospitalisation. Sans résumer toutes les situations, 2 profils pathologiques couramment rencontrés en 1<sup>er</sup> aval des urgences ont abouti à proposer des solutions spécifiques en créant des filières particulières de soins, avec une intention de plus grande efficacité :

- les *services d'urgences neurovasculaires* pour les accidents vasculaires cérébraux (RÉF.8, ANNEXE 5, p.42) ;
- les *services de court séjour gériatrique* pour la sollicitation croissante représentée par les malades âgés de plus de 75 ans (RÉF.9, ANNEXE 6 et ANNEXE 7, pp.43-49) ; 8 services de court séjour gériatrique totalisant 170 lits (98 extra-muros) sont actuellement en fonction à l'AP-HP (TABLEAU IX, p.24).

### Sélectivité contre non-sélectivité

Un dilemme est commun à tous les services de court séjour.

- La *sélectivité* consiste à n'admettre les patients venant des urgences que si : 1. le diagnostic a une relation établie avec la spécialité pratiquée dans le service ; 2. un lit est disponible, c'est-à-dire non réservé pour l'hospitalisation programmée d'un malade relevant de la spécialité du service.
- La *non-sélectivité*, ou *polyvalence*, consiste à admettre tout patient venant des urgences sous la seule et unique condition qu'un lit soit disponible pour l'accueillir. Telle est en principe la mission des services de chirurgie générale et de médecine interne.

La médecine interne est la spécialité la plus sollicitée en 1<sup>er</sup> aval. Le rapport Luton (RÉF.10) a distingué en 1998 (sur la base de leur activité par groupes homogènes de malades) 39 services de médecine interne de l'AP-HP en 3 groupes : 19 étaient polyvalents, sans sous-spécialité ; 12 avaient un pôle d'activité orientée coexistant avec une polyvalence ; 8 avaient une orientation quasi exclusive de sous-spécialité (TABLEAU X, p.24).

Choisir la polyvalence en médecine interne répond à la mission hospitalière de service public, mais se solde par un engorgement préoccupant si la filière de 2<sup>e</sup> aval est défaillante. Deux exemples l'illustrent.

1. Dans le service de médecine interne de l'Hôtel-Dieu :
  - en 1996, il existait une activité programmée de gastro-entérologie représentant environ 10 % des admissions ; il n'y avait pas de service porte dans l'hôpital ; la durée moyenne de séjour était de 7,3 j ;
  - en 2001, l'activité de gastro-entérologie avait été séparée et un service porte de 12 lits avait ouvert dans l'hôpital ; la polyvalence était devenue complète ; la durée moyenne de séjour avait doublé, à 14,5 j.
2. Créé en 2000 sur le même principe de non-sélectivité, le département d'aval des urgences médicales (Daum), qui occupe 60 des 90 lits de médecine interne du Groupe hospitalier

Bichat–Claude-Bernard, affichait en 2001 une durée moyenne de séjour à 20 j. Le Daum n'a en rien amélioré le fonctionnement du service porte puisque de 1999 à 2001, la durée moyenne de séjour y a été multipliée par 4 : de 0,9 à 3,6 j. Dans la même période, la répartition des lits d'accueil a été modifiée : de 8 lits porte et 12 lits « post-porte », à 12 lits porte et 20 lits de court séjour gériatrique (v. TABLEAU IX, p.24).

S'ils reflètent la présence des 2 chefs de service concernés dans le Groupe de travail (L.C. et T.P.), ces 2 témoignages n'en traduisent pas moins la préoccupation générale des internistes polyvalents de l'AP-HP.

Les autres disciplines médicales ont la réputation de ne participer au 1<sup>er</sup> aval que modestement, et souvent contre leur gré : même s'il relève exactement de la spécialité du service, le patient à problème potentiel de 2<sup>e</sup> aval (maladie grave et durable, jointe à un âge avancé ou à une précarité sociale) est accueilli avec réticence ; quand les médecins ne parviennent pas à s'entendre, l'Administration est souvent menée à forcer le passage en fixant des quotas ou en imposant l'admission, sans toujours pouvoir prendre en compte les impératifs de compétence exigible ; un malade médical peut ainsi se trouver dans un service de spécialité chirurgicale (ophtalmologie, ORL...), avec un risque réel de diminuer sa chance d'être soigné de manière adaptée à son état. Dans les faits, cependant, la répartition selon la catégorie diagnostique des séjours post-porte entre médecine interne et autres spécialités médicales (ANNEXE 1, pp.28 et 29) ne confirme que partiellement cette analyse ; mais les chiffres ne montrent qu'un résultat, sans refléter les conditions dans lesquelles il a été acquis.

#### « Excellence » contre « proximité »

Accepter un déclin des performances (diminution du nombre des admissions par encombrement, qui passe pour une chute d'activité quand il s'agit de maintenir les moyens) n'est pas le seul désavantage d'une option polyvalente vouée au 1<sup>er</sup> aval des urgences.

Les urgences et leur aval, qu'on nomme « missions de proximité », sont régulièrement opposés aux « missions d'excellence » d'un regroupement d'hôpitaux universitaires tel que l'AP-HP. La distinction, plus marquée en médecine qu'en chirurgie, crée un gradient de noblesse et d'estime au profit des secondes missions, jugées plus académiques (qualité des enseignements, des recherches, des publications). Cela sous-tend un état d'esprit qui peut avoir un lourd impact dans l'attribution des soutiens matériels et – ce qui est plus conséquent encore – dans l'attribution des encouragements moraux.

*Proximité* et *excellence* sont des mots en vogue dont le mariage, à l'hôpital, est un contresens à corriger : *proximité* a pour contraire éloignement, mot qui ne contient pas la notion d'excellence ; *excellence* a pour contraire médiocrité, sans la notion de proximité. La réalité du terrain est autre : 2 modes d'accès coexistent à l'hôpital. 1. *L'accès immédiat ou direct* correspond en partie au mot *proximité* parce que le rayon d'action couvre le proche voisinage ; il concerne des malades venant en 1<sup>er</sup> recours, sans intermédiaire qui les destine à une fonction orientée (dite de pointe) de l'établissement – technique (réanimation, exploration) ou savoir (spécialité d'organe ou de système). 2. *L'accès médiat ou indirect* est improprement dénommé *excellence* sur l'idée qu'il nécessite un lourd investissement humain et matériel devant se solder par un haut niveau de performance ; il concerne des malades vivant près ou loin, et venant après avoir été destinés à une fonction orientée de l'établissement par l'intervention d'intermédiaires – consultation spécialisée, Samu, hospitalisation de 1<sup>er</sup> recours, etc. Vue sous l'angle médical, toute activité immédiate devient médiante dès que l'hôpital met ses compétences au service du malade, et l'hôpital se doit de garantir l'excellence à tous les malades qui le sollicitent directement et indirectement. Nul ne peut nier la réalité des besoins de « proximité », liés aux usagers voisins de l'hôpital, mais on doit réfuter celle de « la proximité », en tant qu'exercice spécial, exclusif, et implicitement médiocre, de médecins et chirurgiens hospitaliers.

## **2<sup>E</sup> AVAL, SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION**

Une analyse des données 2000 du PMSI pour les SSR de l'AP-HP, réalisée par la Dime, est présentée en ANNEXE 8, pp.50-53.

### **Une carence de 30 % en lits et places**

La Consultation des conférences sanitaires d'Île-de-France, organisée par l'Arhif (Agence régionale d'hospitalisation d'Île-de-France) en novembre 2001 (citée ici en italique), constate que *le besoin en lits de médecine est lié aussi à l'insuffisance actuelle en capacité d'accueil en soins de suite :*

- *le déficit lié à la carte sanitaire en SSR est de 2 324 lits et places ;*
- *sur les 16 294 lits et places autorisés en soins de suite, 2 583, soit 16 %, ne sont pas installés,*
- *et 51 % de ces lits et places non installés [soit 1 318] ont fait l'objet d'une autorisation récente entre juin 2000 et août 2001.*

Le manque de lits de SSR se monte donc à 4 907, soit 30 % de l'existant. Ils se répartissent pour environ 90 % en soins de suite, et 10 % en réadaptation.

- *Les capacités autorisées qui restent à installer en SSR sont nombreuses sur le centre de la région : à Paris (près de 900 lits et places), dans les Hauts-de-Seine (500), et en Seine-Saint-Denis (400).*
- *Toutefois, le taux d'installation des lits et places est élevé, 84 % en 2001.*

### **Inadéquation des moyens aux besoins : SSR lourds et légers**

Une inadéquation qualitative s'associe au déficit quantitatif flagrant.

En soins de suite et en long séjour pour personnes âgées, le nombre moyen d'agents par lit installé est de 1,37 (avec disparités importantes entre hôpitaux), quand il est de 3,03 en court séjour d'adultes (*Projet de rapport social 2000 de l'AP-HP*).

La définition actuelle des SSR n'est pas satisfaisante : pour les agences régionales d'hospitalisation, elle inclut la notion de retour possible au domicile, avec une durée moyenne de séjour idéale de 21 j – ce qui porte faussement à croire que les malades légers y prédominent, alors que les SSR ne s'adressent pas tous à des catégories similaires de patients (pronostic, besoins en personnels et en moyens). En tentant une identification des soins lourds et des soins avec complexité médicale, les données PMSI 2000 (ANNEXE 8, pp.50-53) montrent que les soins de suite gériatriques de l'AP-HP endurent une lourde charge par comparaison avec les autres SSR (plutôt apparentés à la convalescence).

### **Recrutement et répartition géographique**

Les admissions en soins de suite gériatriques de l'AP-HP proviennent pour 65 % d'hôpitaux de l'AP-HP ; 11 % sont des admissions directes, et 24 % proviennent d'autres hôpitaux (ANNEXE 8, pp.52 et 53). Ce dernier taux connaît de sensibles variations géographiques : il est plus élevé dans les hôpitaux de la 2<sup>e</sup> couronne situés à distance des SAU (Essonne 30 %, Val d'Oise 44 %, Oise 37 %) qu'à Paris (14 %) et en 1<sup>re</sup> couronne (Val-de-Marne 18 %, Seine-Saint-Denis 18 %, Hauts-de-Seine 25 %).

Les lits SSR de l'AP-HP sont installés à 78 % extra-muros (*v.supra* p.5). Pour les familles et les proches des patients, la proximité relative des services de SSR est une requête légitime. L'éloignement géographique du parent ou de l'ami malade est souvent une contrainte qui devient rapidement insupportable, et source de plaintes récurrentes. L'isolement résultant peut nuire à la santé du patient.

### **Sélectivité des admissions**

La mission de service public de l'AP-HP impose au 1<sup>er</sup> aval d'être non sélectif : tout malade dont l'hospitalisation est décidée par les urgences doit trouver une place dans un service hospitalier

correspondant à ses besoins (et, dans toute la mesure du possible, sans transfert vers un autre établissement). À cela s'oppose souvent la sélectivité du 2<sup>e</sup> aval qui est une cause majeure d'encombrement du 1<sup>er</sup> aval (*v.supra* pp.8 et 9). De nombreuses situations pathologiques courantes, médicales et chirurgicales, suscitent la réticence du 2<sup>e</sup> aval (qu'il soit ou non hospitalier). Le nombre insuffisant de lits et la sous-dotation en personnel sont les arguments légitimes que les SSR opposent principalement à l'admission d'un malade de 1<sup>er</sup> aval. On aboutit au paradoxe que plus un malade est lourd, plus il a besoin des SSR, et moins aisément ce secteur lui sera accessible. Son incapacité à retourner chez lui allonge alors indûment son séjour en 1<sup>er</sup> aval qui perd sa vocation de court séjour. L'énergie et le temps dépensés par le service social et les médecins pour chercher des solutions ne se comptent plus, tout comme les surcoûts pour l'assurance maladie.

### **3<sup>E</sup> AVAL, SOINS DE LONGUE DURÉE**

Le dernier tableau de l'ANNEXE 8 (p.53) décrit l'issue des séjours en SSR. En gériatrie, qui représente la plus grosse part des séjours analysés (63 %), les transferts vers un établissement de long séjour concernent 21,4% des patients. Ce sont ceux dont la durée moyenne de séjour en SSR est la plus longue: 112 j. Blocage potentiel ultime de l'aval hospitalier des urgences d'adultes, 21 hôpitaux long séjour de l'AP-HP ont participé à l'enquête AMS en juin 2001 (RÉF.11; ANNEXE 9, p.54). Une très forte prévalence de démence et de dépendance caractérise notamment les malades séjournant dans ces établissements.

### **HOSPITALISATION À DOMICILE**

L'HAD peut principalement intervenir en 2<sup>e</sup> aval, à l'issue d'une hospitalisation de court séjour; mais aussi: en 1<sup>er</sup> aval, si elle peut être organisée très rapidement, comme issue d'un séjour en service porte; et en 3<sup>e</sup> aval, en prolongement d'une hospitalisation en SSR. De fait, vue des urgences, l'HAD n'est pratiquement jamais une solution utilisable en 1<sup>er</sup> aval: soit le patient est jugé trop lourd, ou pas assez; soit le délai de réponse est inadapté aux urgences (très habituellement supérieur à 48h). Lorsque le patient est jugé insuffisamment lourd par l'HAD, le recours aux infirmières libérales est, malgré tout, le plus souvent impossible.

#### **Sélectivité des admissions**

Les caractéristiques des malades pris en charge en 2000 par l'HAD de l'AP-HP (RÉF.2) sont résumées (p.25) selon leurs catégories diagnostiques (TABLEAU XI) et leurs âges (TABLEAU XII). Ces patients ne correspondent pas aux catégories polyvalentes qui composent principalement l'aval médico-chirurgical des urgences: 87% des admissions concernaient des activités hautement spécialisées (obstétrique, pédiatrie, onco-hématologie, sida), et 83 % des patients âgés de moins de 70 ans.

#### **Contribution aux besoins actuels, carence en HAD-SSR**

La place de l'HAD comme substitut ou comme prolongement des soins de suite gériatriques est actuellement très modeste. L'AP-HP prévoit dans un proche avenir d'y consacrer 200 places d'HAD, sous conditions que les personnels nécessaires soient disponibles, et que ce recours s'avère authentiquement efficace.

## RECOMMANDATIONS DU GROUPE POUR AMÉLIORER LES PRINCIPALES IMPERFECTIONS

---

Pour résumer ce qui vient d'être détaillé, la filière des urgences se caractérise par un gros point noir : l'engorgement du 1<sup>er</sup> aval (court séjour hospitalier). Pour moitié au moins, sa cause est l'insuffisance du 2<sup>e</sup> aval (soins de suite, principalement gériatriques, disponibles à l'hôpital et à domicile). Sa conséquence est une surcharge de l'amont (urgences) qui aboutit à des transferts de malades vers d'autres établissements (pour autant que l'embouteillage de l'ensemble les rende encore longtemps possibles), et à l'occupation inadéquate des lits porte (plus de 24h).

Les solutions potentielles sont à chercher dans 3 directions : 1. diminuer le débit d'amont ; 2. améliorer le volume et le fonctionnement du 1<sup>er</sup> aval ; 3. améliorer le volume et le fonctionnement du 2<sup>e</sup> aval.

Sauf à se laisser aller à l'utopie, dans le choix des remèdes structureaux – diminuer ci, augmenter ça –, il est crucial de prendre en compte la mentalité des acteurs.

### CONTEXTE

#### État des esprits

Pour entamer du bon pied la réflexion, il convient d'accepter que la crise de l'aval, parmi bien d'autres, crée des situations difficiles à vivre pour les malades et affecte la nécessaire coopération entre les 2 forces qui animent l'AP-HP : le corps soignant et le corps administratif. Chacune suspecte l'autre de ne pas tout faire pour améliorer l'existant qui, dès lors, ne peut que se détériorer sans répit.

Les soignants accusent l'Administration de gérer à trop courte vue, posant des « rustines » là où ça n'est plus tolérable, sans réflexion de fond et d'ensemble. Des moyens supplémentaires sont alloués avec parcimonie aux médecins qui protestent le plus véhémentement, souvent prélevés sur des secteurs qui, à leur tour, se voient forcés de réagir s'ils veulent subsister. La flamme est attisée par certaines réalisations coûteuses, dont les médecins mettent en doute l'opportunité. Voulant légitimer ses options, l'Administration enfle pour collecter des données d'activité et produire des indices objectifs, mais toujours contestables, d'activité médicale. L'intérêt direct des malades, il est vrai, n'y retrouve pas toujours son compte.

Jugés puis soumis à ces verdicts qu'ils peuvent estimer injustes, les médecins se rebiffent. Il se réfèrent souvent à des modèles d'organisation et de fonctionnement hérités de leurs prédécesseurs, mais qui ne sont plus adaptés aux évolutions de la pratique hospitalière, déterminée avant tout par la demande changeante du public. Le souhait d'accomplir une belle carrière hospitalière est légitime et désirable, car il crée la dynamique qui engendre le progrès de l'Institution. Le mérite s'évalue sur la promotion des individus (grades hospitaliers, titres universitaires), et sur le volume et la dotation (personnels, budget) des unités de soins. Le succès hospitalier se juge aussi suivant 2 gradients d'activité qu'il convient peut-être de moderniser. Le *premier gradient, quantitatif*, va du long séjour (soins de longue durée), au moyen séjour (soins de suite), puis au court séjour hospitalier (soins aigus prodigués en plus et moins de 24h). L'activité ultracourte de passage aux urgences forme une exception, difficile à situer sur l'échelle de prestige, car le domaine est en plein remaniement. Le *second gradient est qualitatif*, allant de la pratique polyvalente à la pratique la plus spécialisée ou, suivant une autre sémantique, de « la proximité » à « l'excellence » (*v. supra*, p.10). Il n'y a pas à contester l'utilité de structures telles que, par exemple, les hôpitaux de semaine n'accueillant qu'une catégorie extrêmement sélectionnée de patients. Beaucoup voient cela comme le sommet de l'art, encouragés par des indices administratifs d'activité parmi les plus incitatifs. Force est pourtant d'admettre que le service public hospitalier ne survivrait pas à une monopolisation de ses ressources par de telles options de pointe, même si elles sont réputées être les plus génératrices de progrès médical.

Tout médecin tend à juger l'autre et à être jugé par référence à sa position sur chacun de ces 2 gradients. N'est-il pas opportun de moduler l'ordre des valeurs en prenant mieux en compte la qualité et l'utilité du service direct authentiquement rendu aux malades et à la collectivité hospitalière?

Confiance et collaboration sont à restaurer entre l'Administration et le corps médical. Certains repères qualitatifs sont à revoir. Souplesse et ouverture de tous les esprits sont les ingrédients les plus nécessaires pour évoluer.

Un impératif reste à ne jamais perdre de vue : au sens le plus large, un malade n'est bien soigné que s'il l'est par une équipe qui l'accueille avec intérêt professionnel et détermination à donner le meilleur d'elle-même.

### Contingences aggravantes

Déjà préoccupante, la situation actuelle peut encore se dégrader à court terme sous diverses influences.

- Fruit du progrès socio-économique, le vieillissement exponentiel de la population aboutira à une surcharge croissante des urgences et des services de 1<sup>er</sup> aval, médecine et chirurgie, notamment orthopédique. C'est la justification de filières gériatriques dédiées ; mais l'ensemble des personnels soignant des adultes doit simplement reconnaître comme conforme à ses mission la part de plus en plus importante que les personnes âgées prennent dans son activité.
- La réduction du temps de travail, en diminuant la disponibilité des personnels soignants, va obliger à répartir autrement les ressources, qui plus est, dans un contexte de démographie médicale et infirmière déclinante. On voit mal alors comment élargir un secteur, comme les urgences ou le 2<sup>e</sup> aval, sans nécessairement réduire les capacités d'un autre, comme le 1<sup>er</sup> ou le 3<sup>e</sup> aval : comment « habiller Pierre sans déshabiller Paul » ? comment ne rien résoudre en déplaçant simplement les lacunes d'un ensemble ?
- Le progrès médical accroît sans cesse l'obligation de moyens et de résultats pour tous les composants de la filière des urgences. La crainte des plaintes et des actions en justice peut aggraver l'encombrement des urgences en augmentant les précautions prises : examens complémentaires, demandes d'avis spécialisés, hospitalisations pour surveillance... En dehors du progrès médical validé comme la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, il ne convient pas de créer de nouvelles filières hospitalières qui suscitent une offre de soins concurrente de ce qui est convenablement fait dans le secteur privé. Les hôpitaux publics sont trop sollicités pour se permettre de déborder ainsi le cadre de leurs missions premières. L'avenir de telles activités déjà installées pourrait même être à reconsidérer, car elles consomment des moyens qu'on pourrait plus utilement placer ailleurs.
- La réforme législative de l'hospitalisation sous contrainte va obliger à garder dans les services porte ou dans un 1<sup>er</sup> aval inadapté (non psychiatrique) des malades relevant d'une telle hospitalisation, mais qui ne pourra être prononcée qu'après un délai de plusieurs jours.

### ***DIMINUER LE DÉBIT D'AMONT : NON***

La réforme des urgences est un succès. Alors que le nombre des passages y augmente notablement, les décisions d'hospitaliser sont stables. Cela reflète la qualité du travail accompli par les équipes d'urgence, bénéfice de l'investissement conséquent qui y a été accompli (TABLEAU II, p.22). Le Groupe donne tout leur intérêt aux solutions proposées pour diminuer le nombre des passages (partenariats avec la médecine libérale, les centres de santé, les acteurs médico-sociaux, ou les collectivités locales) car elles peuvent alléger la charge des urgences, mais il les a considérées comme sortant de son champ direct de réflexion. Promue par la Cramif et l'Arhif, la création de réseaux ville-hôpital pour détourner des hôpitaux une partie des urgences a jusqu'ici échoué (RÉF.12).

Diminuer le nombre des admissions décidées aux urgences n'apparaît ni utile, ni désirable.

- Ça n'est pas utile parce que la quasi totalité des décisions d'hospitaliser sont pertinentes. Le 1<sup>er</sup> aval ne constate que rarement des admissions injustifiées. Quand il s'en produit, le malade sort rapidement, et ne participe donc pas à l'encombrement du 1<sup>er</sup> aval.
- Ça n'est pas désirable parce que les recours disponibles sont d'efficacité marginale : pratique d'imagerie (urgence d'orientation) immédiate (trauma crânien bénin), chirurgie ambulatoire d'urgence, dérivation systématique de la chirurgie orthopédique d'urgence vers le secteur privé, etc. En outre, un risque majeur y est associé : la plainte légitime après une décision erronée de ne pas hospitaliser.

Le tri est correctement accompli. Il le restera si le personnel soignant conserve la disponibilité requise pour le faire, c'est-à-dire s'il n'est pas accaparé au delà du raisonnable par la tâche harassante de rechercher une place de 1<sup>er</sup> aval pour les patients à hospitaliser.

L'objectif « zéro transfert » est-il encore à considérer comme réaliste ? En attendant une meilleure disponibilité du 1<sup>er</sup> aval, il peut être raisonnable d'accepter une part modérée de transferts, sous condition qu'elle ne s'obtienne pas au désavantage des malades. Des contrats équitables de coopération entre les urgences d'un hôpital et les établissements voisins non-AP-HP peuvent être une solution. Le risque est ici de transformer le transfert en une sélection des malades les plus légers (jeunes, vitre rentrés chez eux, etc.) qui réserverait les malades les plus lourds au 1<sup>er</sup> aval local.

L'enjeu véritable des urgences est de parvenir à respecter la destination des lits porte : coucher un malade durant moins de 24h pour établir un premier diagnostic autorisant à décider s'il peut rentrer chez lui, ou s'il doit être muté *sans délai* dans une structure de 1<sup>er</sup> aval. Transformer les lits porte en lits d'attente, de soins courts, polyvalents ou gériatriques, ou de soins palliatifs terminaux est un non-sens qui traduit une anomalie préoccupante de l'organisation hospitalière.

### **AMÉLIORER LE VOLUME ET LE FONCTIONNEMENT DU 1<sup>ER</sup> AVAL : OUI, EN PRIORITÉ**

Face à un débit stable d'amont, le 1<sup>er</sup> aval s'avère très insuffisant, c'est-à-dire engorgé (envol des durées moyennes de séjour, taux élevé d'occupation inadéquate), et même regorgeant (obligation des urgences à transférer, et des lits porte à conserver les malades bien au delà des 24h de principe). La solution principale, envisagée plus loin (p.17), consiste à désobstruer le 2<sup>e</sup> aval. Ce recours n'étant ni immédiat ni illimité, il faut aussi examiner si le 1<sup>er</sup> aval en lui-même ne peut pas être amélioré, dans sa taille et dans son fonctionnement.

#### **Réorganiser le 1<sup>er</sup> aval plutôt qu'agrandir le secteur de court séjour**

De nombreux lits de court séjour ont fermé à l'AP-HP pour répondre aux objectifs du Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) : 1 525 entre 1996 et 2000, répartis en 705 lits de spécialités médicales (- 7,9%), 559 lits de spécialités chirurgicales (- 10,9%), et 261 lits de spécialités coûteuses (- 9,3%) (RÉF.1, p.20). Le *Plan stratégique 2001-2004 de l'AP-HP* prévoit d'en fermer encore quelque 250. Ces fermetures restent concevables, sous la stricte condition qu'elles libèrent des moyens pour des redéploiements utiles, notamment vers les soins de suite dont la carence est manifeste, et qui pourraient même élargir leur implantation dans les hôpitaux recevant des urgences (*v.infra* p.18). Il convient cependant de réserver une partie raisonnable des ressources redéployées pour renforcer le 1<sup>er</sup> aval : les 82 lits de médecine prévus dans ce sens par le Plan représentent une saine base de départ. Trop élargir le 1<sup>er</sup> aval c'est mal utiliser les deniers publics : financièrement et fonctionnellement, il ne convient pas de le transformer en dispositif déguisé de soins de suite. En revanche, il convient d'être vigilant dans la transformation de lits d'hospitalisation conventionnelle en lits d'hôpital de jour ou de semaine, car il s'agit de fait d'une réduction du 1<sup>er</sup> aval. L'impact de telles transformations sur les urgences doit être évalué avant décision.

Tout en continuant à diminuer le volume du court séjour, il semble difficile d'en aménager brutalement la répartition : vouer au 1<sup>er</sup> aval des lits de spécialité aujourd'hui profitablement consacrés aux activités programmées, c'est-à-dire non liées aux urgences. En dehors de rares cas où

la sous-occupation des lits programmés est flagrante, une telle redistribution est une source prodigieuse de conflits entre chefs de service ; tout comme forcer les services actifs d'hospitalisation programmée à consacrer, sans restriction qualitative, une part de leurs lits au 1<sup>er</sup> aval (quota réservé aux urgences).

D'autres options sont à promouvoir :

- chaque service peut établir un contrat de collaboration avec les urgences, définissant le nombre et la qualité des malades qu'il s'engage à recevoir de manière régulière en 1<sup>er</sup> aval ;
- les renouvellements de chef de service peuvent être systématiquement mis à profit pour réévaluer l'adéquation entre projet, moyens et besoins de chaque service, et aboutir quand c'est opportun à des accords de redéploiement en faveur du 1<sup>er</sup> aval, notifiés dans le nouveau projet de service et dans la fiche de structure et de mission ;
- la communauté hospitalière, administrative et soignante, doit attribuer à toute activité qui se voue au 1<sup>er</sup> aval une reconnaissance et un soutien spécifiques et incitatifs, non seulement moraux, mais aussi matériels (attribution de personnels, bonus de points Isa, entretien et modernisation des locaux, planification des travaux et des congés garantissant contre les fermetures temporaires excessives de lits).

Outre les services porte, désormais correctement dotés, les lits gagnés par redéploiement sont à répartir entre 3 catégories d'activités majoritairement liées au 1<sup>er</sup> aval des urgences : la médecine interne polyvalente, la chirurgie orthopédique, les nouvelles filières spécialisées de 1<sup>er</sup> aval (gériatrie de court séjour, unités de soins intensifs neurovasculaires).

### Médecine interne polyvalente

En médecine interne, l'option polyvalente est à promouvoir. Ça n'est pas un pis-aller que les moins brillants doivent se résigner à adopter. C'est une discipline qui s'enorgueillit du passé le plus lumineux : la révolution anatomo-clinique française au début du XIX<sup>e</sup> s. n'eût pas existé sans elle, qui devint ensuite la mère de toutes les autres spécialités médicales. C'est toujours une spécialité emplie d'attrait et d'avenir.

Son attrait n'échappe que si le regard s'arrête aux apparences : derrière le vieillard qui chute, le vagabond qui convulse, le migrant qui a la fièvre, ou l'employé éreinté, il y a le défi, toujours ardu et sans cesse renouvelé, du diagnostic, de l'écoute, et du soin adaptés. À l'AP-HP, centre hospitalo-universitaire, en découle une mine intarissable d'enseignement pour les plus jeunes, médecins et infirmiers, qui la plébiscitent pourvu qu'on leur en révèle les richesses avec la diligence qui convient.

L'avenir de la médecine polyvalente est garanti par l'obligation de service public que l'AP-HP se doit de remplir, sauf à perdre une grande part de son essence. Il est aussi dans la promotion prochaine de la médecine générale au rang de discipline hospitalo-universitaire – ce qui, comme l'impose tout enseignement, doit s'assortir d'un accroissement de la recherche productive : en unissant leurs ressources, les « axes de proximité » que détient notre Établissement ont à développer le nombre de leurs investigations innovantes sur des thèmes authentiques de santé publique – diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques.

Tout ce domaine n'est pas immédiatement menacé par la concurrence. Il mérite une reconnaissance et un soutien affichés, qui donnent aux meilleurs soignants, médecins et non-médecins, l'envie d'investir dans une tâche utile et captivante.

Un tiers des services de médecine interne à l'AP-HP (12 sur 39 au recensement effectué en 1998, TABLEAU X, p.24) exercent une activité mixte, combinant de manière équilibrée la polyvalence et une sous-spécialité (maladies polysystémiques, auto-immunes, ou orphelines, en particulier). Cela n'est certainement pas à décourager, bien au contraire, dans la mesure où il n'y a pas dérive progressive au profit de la sous-spécialité, et aux dépens de la polyvalence.

## Chirurgie

### *Orthopédie et traumatologie*

L'ensemble couvre la chirurgie des affections malformatives, dégénératives, inflammatoires et traumatiques de l'appareil locomoteur. La traumatologie, en très grande partie urgente, représente 30 à 40% de l'activité des services à l'AP-HP, et s'y singularise par le taux le plus élevé de transferts pour lit indisponible : 56% des blessés dont l'hospitalisation est décidée aux urgences. Plus de la moitié (55%) sont orientés vers le secteur privé (*v.supra*, p.6). Ils concernent essentiellement les patients jeunes, en bonne santé, n'ayant qu'un membre atteint, et jouissant d'une solide couverture sociale (excluant la couverture maladie universelle). Une sélection des malades plus lourds, avec des séjours plus longs et devenant volontiers inadéquats, s'opère donc en défaveur des services de l'AP-HP : ils perdent des points Isa et diminuent leur capacité à former les jeunes chirurgiens aux opérations les plus courantes. Comme toute spécialité impliquée dans le 1<sup>er</sup> aval, la traumatologie doit tirer bénéfice de filières mieux dotées et mieux organisées de 2<sup>e</sup> aval (*v.infra*). Dans l'immédiat il convient de lui ouvrir plus largement l'accès aux services porte pour augmenter le nombre des opérations pratiquées le lendemain de l'admission dans l'hôpital de 1<sup>er</sup> accueil. La réduction des transferts traumatologiques va s'imposer car, faute des moyens techniques requis 24h/24, un nombre croissant de cliniques privées ferment la nuit.

### *Chirurgie générale*

Digestive pour 75% de son activité, la chirurgie générale rencontre à moindre échelle les mêmes difficultés que la traumatologie. Causes et effets y sont de nature similaire. La vigilance est de mise car il reste possible de prévenir une dégradation qui s'annonce probable.

## Imagerie

L'afflux croissant de consultants aux urgences met les plateaux techniques d'imagerie à rude épreuve. La priorité qu'il faut donner aux demandes des urgences (pour ne pas retarder les décisions concernant les patients qui y sont reçus) oblige à retarder les examens demandés par les autres services de l'hôpital. Cela mène souvent à allonger indûment les séjours des patients hospitalisés en 1<sup>er</sup> aval. Les dotations des services d'imagerie en équipements et en personnels sont à prendre en compte au même titre que les moyens médico-chirurgicaux des SAU, et à rehausser en conséquence.

## Autres spécialités

Les spécialités d'organe ou de système contribuent largement au 1<sup>er</sup> aval des urgences (*v. ANNEXE 1, pp.28 et 29*). Leur effort, comme ceux de tous les partenaires des urgences, doit être reconnu et gratifié, de manière à encourager les coopérations bien construites : d'un côté, sans profondément désorganiser leur programme d'admissions directes, les services de spécialité inscrivent dans leurs missions les besoins des urgences qui leur correspondent ; de l'autre côté, les services d'urgence se fixent pour obligation de refuser la mutation d'un patient dans un service qui n'a pas vocation de l'accueillir, sous le seul prétexte qu'un lit y est disponible (accident vasculaire cérébral en hépato-gastro-entérologie ou en ORL, par exemple).

## Nouvelles filières spécialisées de 1<sup>er</sup> aval

### *Court séjour gériatrique*

Huit unités de court séjour gériatrique sont installées à l'AP-HP (TABLEAU IX, p.24). Deux le sont dans un hôpital ayant un SAU (Bichat-Claude-Bernard, Hôpital européen Georges-Pompidou). Les 6 autres le sont dans des hôpitaux gériatriques, où elles collaborent étroitement avec les hôpitaux sièges de SAU, et appartiennent à des services pratiquant les soins de suite et de longue durée. Les unités de court séjour gériatrique accueillent des « malades âgés, polyopathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service spécialisé d'organe » (ANNEXE 7, p.48). Elles sont sous la direction médicale d'un gériatre. À la lumière de l'expérience déjà acquise, les

propositions contenues dans le rapport Piette (ANNEXE 6, pp.43-45) sont à examiner soigneusement. Les principales décisions à arrêter concernent :

- la proportion des lits de court séjour gériatrique qu'il convient de consacrer par contrat à l'aval des urgences, en visant plutôt le haut de la fourchette préconisée (60 à 90 %), car il serait contraire à l'objectif de donner trop de place à une nouvelle offre de soins (court séjour gériatrique à recrutement direct programmé) qui contribuerait à encombrer plus encore le 1<sup>er</sup> aval ; la filière d'admission gériatrique directe pourrait cependant réduire le nombre des malades âgés hospitalisés par le canal des urgences (ANNEXE 7, pp.47 et 48) ;
- le plan du développement de la spécialité (nombres globaux d'unités et de lits souhaitables à l'AP-HP, en examinant la proposition de 250 lits supplémentaires figurant dans l'ANNEXE 6, p.44, à prélever sur les ressources présentes du court séjour, mais en aucun cas sur celles du moyen séjour) et de son implantation hospitalière (hôpitaux de court séjour recevant des urgences, ou autres hôpitaux, *ib.* p.45) ;
- l'organisation administrative des lits de court séjour gériatrique, selon la situation locale, en service autonome, unité fonctionnelle du service de gériatrie d'un autre hôpital, d'un service d'urgence ou de médecine interne ;
- le rôle des équipes mobiles de gériatrie (ANNEXE 7, p.49) ;
- l'incitation à fédérer les ressources principales de 1<sup>er</sup> aval médical, médecine interne et court séjour gériatrique, quand elles coexistent dans un même hôpital.

#### *Unités de soins intensifs neurovasculaires*

Le rapport résumé en ANNEXE 5 (p.42, RÉF.8) déclare l'ambition d'offrir un accueil spécialisé à toutes les victimes d'accident artériel cérébral, dont le nombre annuel est estimé à 9 000 pour l'AP-HP – sur la base des admissions actuelles, mais sans prendre entièrement en compte l'effet d'appel que va probablement susciter la création d'une telle offre spécifique de soins. Il s'agit d'organiser convenablement cette nouvelle filière spécialisée, mise en œuvre d'un progrès médical (non limité au traitement thrombolytique des ictus ischémiques dont l'efficacité est encore débattue). Il convient notamment d'en prévoir les conséquences sur l'activité des urgences. Déjà le flux des patients se réoriente de la périphérie vers le centre (l'AP-HP et Sainte-Anne en Île-de-France) qui dispose seul de l'imagerie appropriée (résonance magnétique) et des premières unités de soins intensifs neurovasculaires. Il s'agit d'un nombre élevé de malades, en majorité âgés, obligatoirement hospitalisés avec la nécessité d'un 1<sup>er</sup> aval (neurologie ; mais aussi médecine interne, sur la base d'un volontariat qui doit être strictement défini), et très souvent d'un 2<sup>e</sup> aval (soins de suite spécialisés ou à spécialiser) : les 74 lits d'urgence neurovasculaire prévus en Île-de-France doivent s'assortir en propre de 218 lits de 1<sup>er</sup> aval et de 254 lits de soins de suite (RÉF.8). Préalablement à toute ouverture d'unité neurovasculaire, il est indispensable d'avoir structuré son aval complet, en respectant la congruence entre le besoin mieux couvert pour les victimes d'ictus et les ressources restant disponibles pour les autres malades qui sollicitent l'aval des urgences. L'âge moyen des patients et la lourdeur des séquelles interdisent d'assimiler exactement la problématique des soins intensifs neurovasculaires à celle des soins intensifs cardiologiques, aujourd'hui bien résolue.

#### **AMÉLIORER LE VOLUME ET LE FONCTIONNEMENT DU 2<sup>E</sup> AVAL : OUI, EN PRIORITÉ**

Plein, trop petit, et doté de moyens insuffisants, le 2<sup>e</sup> aval est le responsable principal de l'encombrement croissant de la filière des urgences. Deux composantes doivent y retenir toute l'attention : les soins de suite gériatriques ; l'hospitalisation à domicile. Dans l'immédiat, la précarité reste difficile à analyser, et la réflexion à son sujet doit encore être mûrie.

#### **Soins de suite gériatriques**

En Île-de-France, un déficit de près de 5 000 lits de soins de suite et réadaptation est reconnu, soit 30 % de l'existant. La moitié consiste en lits autorisés, mais non encore installés. Il y a urgence à les ouvrir, mais on ne peut ignorer le manque de personnel nécessaire. À l'obstacle

quantitatif s'ajoute un obstacle qualitatif: le peu d'attrait des postulants pour les soins de suite gériatriques. Ce défaut d'image subsiste malgré les remèdes qu'on n'a pas cessé de lui opposer (primes de pénibilité, horaires aménagés, etc.).

En dépit du besoin impérieux, entre 1996 et 2000, le nombre des lits de SSR est passé seulement de 4 023 à 4 178 (+ 3,9%) à l'AP-HP. Pour le millier qu'il faudrait ajouter au total, le Groupe propose de prendre divers éléments en compte :

- établir des critères fiables de distinction entre soins de suite légers et soins de suite lourds (majoritairement assurés par les services de l'AP-HP), pour mieux répartir les moyens, et pour que le personnel soignant cesse d'être découragé par leur insuffisance ;
- insérer les soins de suite dans une dynamique authentique de coopération motivante avec les hôpitaux de court séjour, en incitant à rédiger des contrats de collaboration, et en créant des indices validés de performance qui soient pris en compte dans l'attribution de moyens (label «2<sup>e</sup> aval des urgences»); le projet de «soins de suite polyvalents» de l'Agence régionale d'hospitalisation d'Île-de-France (novembre 2001) va dans ce sens ; la qualification professionnelle des gériatres ne les destine cependant pas à soigner des malades de tous âges ;
- parvenir ainsi à ôter ses raisons d'être à la sélectivité du 2<sup>e</sup> aval, qui contraste avec la non-sélectivité du 1<sup>er</sup> aval ; et décider, notamment pour les soins de suite situés dans Paris ou en 1<sup>re</sup> couronne, s'il reste opportun que 35% des admissions en soins de suite à l'AP-HP ne proviennent pas de ses propres hôpitaux ;
- promouvoir le développement du court séjour gériatrique (*v.supra* p.17) de manière à plus incorporer les personnels gériatriques dans le secteur de court séjour où leur collaboration ne cesse de prendre de la valeur (que ces unités soient ou non installées dans les hôpitaux de court séjour) ;
- envisager, dans le même esprit de motivation, d'augmenter le nombre des lits de SSR installés dans les hôpitaux recevant des urgences, lits qu'on y gagnerait de la même manière que les lits de 1<sup>er</sup> aval (*v.supra* p.15).

La réflexion sur le 2<sup>e</sup> aval doit aussi prendre en compte le 3<sup>e</sup> aval hospitalier qu'il alimente en bonne partie : avec la création des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éphad), le secteur est en remaniement ; si on n'y prend garde, la diminution très régulière des lits de soins de longue durée peut retentir lourdement sur la filière des urgences.

À court terme, pour soulager l'encombrement croissant du 1<sup>er</sup> aval, le Groupe conseille de :

- donner une priorité absolue à l'ouverture de 300 lits de soins de suite qui est inscrite dans le Plan stratégique 2001-2004 de l'AP-HP ;
- développer des partenariats entre hôpitaux sur la base de conventions négociées qui engagent les 2 parties, en fixant des objectifs quantitatifs (flux de malades) ;
- créer, sur le même principe que le Samu (bien qu'il s'agisse d'un contexte tout différent), une cellule AP-HP de régulation pour l'accès aux soins de suite gériatriques, travaillant quotidiennement à recenser les demandes du 1<sup>er</sup> aval et à y apporter une solution rapide et adaptée dans un 2<sup>e</sup> aval dont l'offre est exactement recensée, en particulier pour les malades difficiles à transférer ou refusés dans le cadre des partenariats habituels ;
- réduire la longueur des séjours en soins de suite gériatrique par l'amélioration de l'accès au 3<sup>e</sup> aval, notamment en y donnant une place plus importante à l'hospitalisation à domicile.

### Hospitalisation à domicile

L'HAD de l'AP-HP est très peu impliquée dans les soins polyvalents chez les personnes âgées (TABLEAU XII, p.25). Elle représente cependant une ressource à développer en 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> aval, pour les soins de suite gériatriques et pour les soins palliatifs, si une volonté est encouragée et si des aménagements sont apportés.

- En 1<sup>er</sup> aval, comme mode de sortie des services porte, il faut augmenter la réactivité et la souplesse de la procédure d'admission en HAD. À l'Hôpital européen Georges-Pompidou, le

## Aval hospitalier des urgences médico-chirurgicales d'adultes à l'AP-HP

Carrefour HAD-HEGP, qui coordonne les interventions des 4 HAD d'Île-de-France (AP-HP, Croix-Saint-Simon, Santé-Service, François-Xavier Bagnoud) est une action dans ce sens qui porte déjà des fruits, en collaboration notamment avec le service de court séjour gériatrique.

- En 2<sup>e</sup> aval, comme mode de sortie des services de court séjour, une structure telle que le Carrefour HAD-HEGP a aussi prouvé son intérêt, en permettant d'économiser des transferts en soins de suite.
- En 3<sup>e</sup> aval, comme mode de sortie des soins de suite, une volonté de participation est marquée par le projet HAD-Bretonneau qui pourrait servir de modèle à d'autres expériences de collaboration organisée.
- L'HAD élabore des critères d'admission, un projet thérapeutique et une tarification spécifiques des soins de suite gériatrique.
- L'HAD de l'AP-HP prévoit de créer 200 places dédiées aux soins de suite gériatrique à domicile. Ce projet demande des moyens importants, mais doit être considéré comme tout à fait prioritaire et urgent. L'objectif étant le maintien à domicile, aucune limitation de principe ne doit être imposée à la durée de séjour. Le développement complémentaire des réseaux gériatriques ville-hôpital et des soins de suite infirmiers à domicile (Ssiad) est aussi à promouvoir dans le même esprit.

### Précarité

Évidente dans l'activité quotidienne des urgences et du 1<sup>er</sup> aval, la part dévolue aux patients démunis est mal identifiée par les statistiques d'activité (ANNEXE 1, pp.27 et 28). Les personnes dont le statut social et économique est précaire posent souvent des problèmes très ardues de soins de suite, notamment quand leur âge est inférieur à 60 ans et quand elles sont atteintes de maladies graves et souvent combinées (infections requérant des soins prolongés comme le sida ou les hépatites virales chroniques; séquelles d'atteinte cérébrale organique; dépendances toxiques; affections malignes; etc.). Contrairement à ce qu'on a fait pour les personnes âgées, on ne peut humainement envisager de créer des filières dédiées à leur aval hospitalier. Il convient cependant de consacrer au sujet une réflexion institutionnelle – médicale, sociale et administrative.

## **MODALITÉS DES ACTIONS**

### Moyens requis

Une nouvelle répartition des moyens disponibles (redéploiement) doit contribuer en partie à la réalisation des propositions du Groupe. Y parvenir à moyens strictement constants tient cependant de la gageure, car les ressources qu'on peut redistribuer sont insuffisantes par rapport aux besoins identifiés: à la nécessité incontestable de préserver raisonnablement les activités liées aux spécialités et sous-spécialités d'organe et de système qui demeurent une mission prioritaire d'un centre hospitalo-universitaire tel que l'AP-HP, s'ajoute la réduction des ressources que le nombre déclinant des personnels soignants et l'aménagement du temps de travail des personnels soignants vont imposer dans un très proche avenir à l'ensemble des hôpitaux.

### Coopération avec les autres structures impliquées dans l'aval des urgences

Dans une zone géographique donnée et au sein de l'AP-HP, il faut établir des conventions de partenariat entre les hôpitaux accueillant les urgences et les autres hôpitaux consacrés majoritairement aux SSR. De même, il convient aussi d'identifier les autres acteurs de la zone considérée impliqués dans les urgences (urgences hors AP-HP), dans le 1<sup>er</sup> aval, ou dans le 2<sup>e</sup> aval, pour leur proposer toute forme de coopération, à condition qu'elle soit équilibrée et susceptible d'apporter des facilités réelles de fonctionnement aux 2 partenaires. Fondés sur une vocation commune de service public, ces partenariats devraient être recherchés d'abord avec les hôpitaux publics n'appartenant pas à l'AP-HP, avant d'envisager des coopérations directes avec le secteur privé.

## CONCLUSION EN 5 PRIORITÉS

---

1. Attribuer au 1<sup>er</sup> recours hospitalier («proximité») la reconnaissance et le prestige qu'il mérite.
2. Mieux organiser le 1<sup>er</sup> aval par redéploiement, plutôt qu'agrandir le secteur de court séjour.
3. Développer le court séjour gériatrique.
4. Agrandir vite et largement le 2<sup>e</sup> aval gériatrique, y créer et financer un label «2<sup>e</sup> aval des urgences».
5. Développer l'intervention de l'hospitalisation à domicile dans l'aval des urgences.

## RÉFÉRENCES

---

- 1 Assistance publique-hôpitaux de Paris. *Rapport d'activité 2000*.
- 2 Assistance publique-hôpitaux de Paris, Hospitalisation à domicile. *Rapport d'activité 2000*.
- 3 Assistance publique-hôpitaux de Paris, Direction de la politique médicale, Département des projets médicaux. *Les urgences, urgences porte et urgences spécialisées organisées en garde générale. Activité et moyens, données chiffrées 2000*.
- 4 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Rapport des groupes de travail sur les urgences (mars 2001)*.
- 5 Assurance maladie, service médical de la région Île-de-France. Étude des patients hospitalisés dans les services de médecine adulte et les zones de surveillance de très courte durées des services d'urgence d'Île-de-France (octobre 2001).
- 6 Assistance publique-hôpitaux de Paris, Direction de la politique médicale, Département de l'information, de la recherche, de l'évaluation et de la qualité, Délégation à l'information médicale et à l'épidémiologie. *Les séjours dans les services porte à l'AP-HP: données PMSI, année 2000*.
- 7 Caron S, Chevrel N, Schmitt A. *Hôpital Saint-Antoine: étude sur l'occupation des lits par des patients en attente d'une prise en charge d'aval*. AP-HP, Centre de formation aux techniques administratives, organisation d'une unité de travail (promotion 2000-2001).
- 8 Synthèse du Groupe de travail DPM-CME. *La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux aigus à l'AP-HP* (2 vol., avril 2000).
- 9 Piette F *et al.* *Les filières d'hospitalisation à l'AP-HP via les urgences pour les octogénaires*. Document établi sous l'égide du Syndicat des médecins des hôpitaux de Paris, avril 2001.
- 10 Rapport du Groupe de travail DPM-CME. *La médecine interne à l'AP-HP* (septembre 1998).
- 11 Assistance publique-hôpitaux de Paris, Direction de la politique médicale, Délégation à l'information médicale et à l'épidémiologie. *Enquête Aggir-Morbidité-Soins, 11-17 juin 2001. Description épidémiologique des patients de soins de longue durée*. Janvier 2002, IE02C007.
- 12 Caisse régionale d'assurance maladie et Agence régionale d'hospitalisation d'Île-de-France. *Cahier des charges de réseau ville-hôpital de prise en charge des urgences*. Février 2001.

## TABLEAUX

TABLEAU I

Évolution de l'activité des urgences d'adultes AP-HP, 1995-2000 (RÉF.3, p.29)

	1995		2000		Variation 2000/1995
	N malades	(% total)	N malades	(% total)	
Soignés non admis	407032	(75%)	492264	(79%)	+ 21%
Admis dans l'hôpital	115389	(21%)	110879	(18%)	- 4%
Transférés	18814	(4%)	21113	(3%)	+ 12%
<b>Total</b>	<b>541235</b>	<b>(100%)</b>	<b>624616</b>	<b>(100%)</b>	<b>+ 15%</b>
Paris	346659	(64%)	381301	(61%)	+ 10%
Périphérie	92	(16%)	109346	(18%)	+20%
	93	(7%)	53035	(8%)	+ 32%
	94	(13%)	80934	(13%)	+ 28%

TABLEAU II

Évolution de la dotation en personnel des urgences, 1995-2001 (RÉF.3, pp.6 et 7)

Personnel soignant	1995	2001	Variation 2001/1995
<b>Médical</b>			
N médecins permanents	37	82	+ 121%
N vacations	978	1130	+ 16%
N équiv temps plein	135	195	+ 45%
N gardes senior	15	36	+ 137%
<b>Non médical</b>			
N cadres infirmiers	100	103	+ 3,3%
N infirmières diplômées	615	743	+ 20,8%
N aides-soignantes	431	462	+ 7,1%

TABLEAU III

Ventilation diagnostique et destination de 584833 adultes consultants des urgences de l'AP-HP en 2000 (RÉF.3, p.24)

Catégorie	N consultants	% total général	N admis	N admis/ total admis	N admis/ N consult.	N transferts	N tranferts/ N consult.
Médecine	324852	56%	71040	70,8%	22%	8311	3%
Psychiatrie	16863	3%	2181	2,2%	13%	4795	28%
Chirurgie générale	56828	10%	11497	11,4%	20%	1534	3%
Orthopédie	186290	32%	15658	15,6%	8%	4972	3%
<b>Total général</b>	<b>584833</b>	<b>100%</b>	<b>100376</b>	<b>100%</b>	<b>17%</b>	<b>19612</b>	<b>3%</b>

Données de l'Hôpital Henri-Mondor exclues (répartition par catégories non disponible): 27779 patients en 2000.

TABLEAU IV

Ventilation des malades adultes transférés par discipline : évolution 1999-2000, AP-HP (RÉF.3, pp.39-42)  
A + T, total des patients admis ou transférés ; T, nombre de patients transférés

	1999			2000			Écart T-2000/T-1999
	(A+T)	T	T/(A+T)	(A+T)	T	T/(A+T)	
Médecine	64017	6913	10,8%	78979	8295	10,5%	+ 20,0%
Chirurgie générale	13308	1112	9,8%	13030	1533	11,8%	+ 37,9%
Orthopédie	21218	4494	21,2%	20646	4988	24,2%	+ 11%
Psychiatrie	7003	4883	69,7%	6977	4796	68,7%	- 1,8%
<b>Total</b>	<b>105546</b>	<b>17402</b>	<b>16,5%</b>	<b>119632</b>	<b>19612<sup>1</sup></b>	<b>16,4%</b>	<b>+ 12,7%</b>

1 Total différent du Tableau I (21113) car l'activité de l'Hôpital Henri-Mondor n'est pas comptabilisée ici

**TABLEAU V****Transferts (T) pour lits indisponibles (LI) selon la discipline : AP-HP 2000 (RÉF.3)**

Discipline	Total T <sup>1</sup>	T pour LI	LI/T
Médecine	9837	4690	47,7%
Psychiatrie	4799	978	20,4%
Chirurgie générale	2810	674	24,0%
Orthopédie	5736	3196	55,7%
Total	23182	9538	41,1%

1 Les calculs ont été effectués par la sommation des tableaux des pp.45-48 du rapport présentant les données par zones (est, nord, ouest, sud) pour les enfants et les adultes. Cela explique pourquoi les nombres de cette colonne sont plus élevés que dans le TABLEAU IV.

**TABLEAU VI****Destination de 23182 transferts (T) par catégorie d'établissement d'accueil selon la discipline : AP-HP 2000 (RÉF.3)**

Discipline	Total T <sup>1</sup>	AP-HP	Public non-AP <sup>2</sup>	Privé
Médecine	9706	51,3%	25,8%	22,8%
Psychiatrie	4799	3,2%	86,3%	10,5%
Chirurgie générale	2789	48,0%	28,1%	23,9%
Orthopédie	5888	33,4%	11,9%	54,7%
Total	23182	36,4%	35,1%	28,4%

1 Les calculs ont été effectués par la sommation des tableaux des pp.50-53 du rapport présentant les données par zones (est, nord, ouest, sud). En raison d'un mode de saisie différent, les nombres de cette colonne sont un peu différents de ceux du TABLEAU V.

2 Inclut les établissements privés participant au service public hospitalier

**TABLEAU VII****Enquêtes « un jour donné » sur l'activité des services porte AP-HP (P. Camphin, DPM)**

le jeudi 2 août 2001 : 265 lits autorisés, 226 ouverts (85%)

	jeudi 02.08.01, 18h		vendredi 03.08.01, 8h	
	N	taux	N	taux
Lits occupés	126	56%	208	92%
diagnostic médical	108	86%	166	80%
diagnostic chirurgical	6	5%	9	4%
diagnostic indifférencié	12	9%	33	16%
Lits occupés depuis plus de 24h mais moins de 48h	32	25%	58	28%
Lits occupés depuis plus de 48h	48	38%	57	27%
Lits occupés par patients > 80 ans	61	48%	81	39%
Nombre de patients non hospitalisés au service porte, pour qui une recherche de lit est en cours	56		24	
diagnostic médical	39	70%	17	71%
diagnostic chirurgical	9	16%	3	12%
diagnostic indifférencié	8	14%	4	17%
âge > 80 ans	16	29%	5	25%

le lundi 21 janvier 2002 : 257 lits autorisés, 215 ouverts (84%)

	lundi 21.01.02, 18h		mardi 22.01.02, 8h	
	N	taux	N	taux
Lits occupés	140	65%	198	92%
diagnostic médical	124	89%	175	88%
diagnostic chirurgical	5	2%	9	5%
diagnostic indifférencié	11	8%	14	7%
Lits occupés depuis plus de 24h mais moins de 48h	35	25%	42	21%
Lits occupés depuis plus de 48h	65	46%	65	33%
Lits occupés par patients > 80 ans	63	45%	86	43%
Nombre de patients non hospitalisés au service porte, pour qui une recherche de lit est en cours	90		49	
diagnostic médical	61	68%	34	69%
diagnostic chirurgical	13	14%	6	12%
diagnostic indifférencié	4	4%	2	4%
âge > 80 ans	22	24%	7	14%

TABLEAU VIII

Occupation inadéquate (occ. inad.) des lits de court séjour  
 par des malades âgés de 60 ans et plus, en attente de 2<sup>e</sup> aval  
 Hôpital Ambroise Paré, 19 septembre-7 novembre 2001 (D. Burre-Cassou)

Service	N lits	19-09	26-09	03-10	10-10	17-10	24-10	31-10	07-11	Total	Moyenne hebdomadaire	
											Lits occ. inad.	% occ. inad.
Chir orthopédique	70	5	2	4	4	6	4	2	11	38	4,75	6,79%
Chir digestive	41	2	0	1	2	1	2	0	0	8	1	2,44%
Cardiologie	50	1	0	1	2	1	2	1	1	9	1,13	2,26%
Méd interne 4	43	8	11	5	10	4	4	7	10	59	7,38	17,16%
Méd interne 5	33	4	6	4	2	3	3	1	6	29	3,63	11%
Rhumatologie	37	2	2	2	4	3	0	3	1	17	2,13	5,76%
Pneumologie	26	1	3	2	0	2	0	0	0	8	1	3,85%
Post-réanimation	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,13	1,63%
Service porte	18	0	0	1	0	0	0	2	0	3	0,38	2,11%
Post-porte	12	3	9	6	10	6	9	10	9	62	7,75	64,58%
Chir vasculaire	22	0	1	1	0	1	0	0	3	6	0,75	3,41%
Total	360	27	34	27	34	27	24	26	41	240	30	8,33%

TABLEAU IX

Activité des 8 services de court séjour gériatrique de l'AP-HP  
 enquête menée par S. Debray-Meignan, décembre 2001

Hôpital	N lits	% des malades venus du SAU <sup>1</sup>	DMS	Âge moyen	Décès	Retours domicile	Soins de suite	Maison de retraite
Vaugirard	10	50%	28 j	86	3%	61%	31%	ND
Charles-Foix (1)	20	60%	ND	86	10%	70%	15%	5%
Charles-Foix (2)	52	45%	18 j	84	10%	57%	25%	ND
Fernand-Widal	16	80-90%	34 j	ND	14%	51%	35%	ND
Émile-Roux	16	67%	18,5 j	ND	3,5%	51%	39%	ND
René-Muret	10	81%	19 j	83	27%	31%	43%	ND
Bichat	20	37%	13 j	ND	7%	50%	27%	3%
Georges-Pompidou	26	90%	11,6 j	86	12%	75%	10%	ND
Fourchettes	10-52	37 à 90%	11,6-34 j	83-86	3-27%	31-75%	10-43%	3-5%

1 Le rapport Piette (RÉF.9, ANNEXE 6) recommande 60 à 90%.  
 ND, donnée non disponible

TABLEAU X

Services de médecine interne de l'AP-HP: Indices (1997) suivant l'activité pratiquée (RÉF.10)

Activité du service	N services	DMS <sup>1</sup>	Taux d'occupation <sup>1</sup>	Proportion de malades	
				Âge > 65 ans <sup>1</sup>	Origine hors Île-de-France <sup>1</sup>
Polyvalence	19	11 j	90%	52%	4%
Polyvalence & sous-spécialité	12	8,8 j	89%	42,5%	6%
Sous-spécialité	8	7,25 j	70,5%	40%	11%
Cumul	39	9,3 j	86%	46% <sup>2</sup>	7%

- Les valeurs sont des médianes, sauf pour la ligne cumul qui fournit la moyenne globale.
- Globalement, la proportion des séjours concernant des malades âgés de plus de 75 ans était de 28% pour la médecine interne, contre 15% pour l'ensemble de l'AP-HP.  
 DMS: durée moyenne de séjour

**TABLEAU XI**

**Hospitalisation à domicile AP-HP**  
**Répartition des admissions et journées en 2000 selon l'indication (RÉF.2)**

Maladie	Admissions		Journées	
	N	% total	N	% total
Post-partum	5446	39,10%	16419	6,96%
Chimiothérapie	2107	15,13%	17054	7,22%
Cancérologie	1886	13,54%	46783	19,82%
Ante-partum	807	5,79%	19213	8,14%
Pédiatrie	772	5,54%	11171	4,73%
Autres maladies	727	5,22%	32708	13,86%
Hématologie	528	3,79%	13732	5,82%
Neurologie	462	3,32%	25142	10,65%
Cardiovasculaire	447	3,21%	34815	14,75%
Chronothérapies	233	1,67%	1226	0,52%
Sida	207	1,49%	8108	3,43%
Orthopédie	125	0,90%	6239	2,64%
Pré et post-greffe	95	0,68%	3155	1,34%
Transfusions	81	0,58%	245	0,10%
Mucoviscidose	4	0,03%	60	0,03%
<b>Total</b>	<b>13927</b>	<b>100,00%</b>	<b>236070</b>	<b>100,00%</b>

**TABLEAU XII**

**Hospitalisation à domicile AP-HP**  
**Répartition des admissions en 2000 selon l'âge (RÉF.2)**

Âge	N	% du total	Cumul
0 à 10	725	5,21%	5,21%
11 à 20	279	2,00%	7,21%
21 à 30	3174	22,80%	30,01%
31 à 40	3419	24,55%	54,56%
41 à 50	1019	7,32%	61,88%
51 à 60	1379	9,90%	71,78%
61 à 70	1546	11,10%	82,89%
71 à 80	1648	11,84%	94,72%
81 à 90	548	3,94%	98,66%
91 à 105	187	1,34%	100,00%
<b>Total</b>	<b>13924</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

# Annexe 1

## Activité des lits porte selon l'âge des patients Données PMSI 2000 AP-HP (RÉF.6)

Délégation à l'information médicale et à l'épidémiologie (Dime)  
D<sup>r</sup> Josiane Holstein

Le PMSI ne couvre que le champ de l'hospitalisation, il n'y a donc pas de recueil concernant les consultations aux urgences. Le recueil PMSI ne commence que lorsque le patient est admis à l'hôpital, soit dans un service de spécialité, soit au service porte.

### Entrées à l'hôpital en urgence (origine Gilda 2000)

Ce préambule ne concerne pas l'analyse des données PMSI. Il s'agit du mode d'entrée dit en urgence dans le serveur d'identité hospitalier Gilda. Théoriquement cet indicateur devrait correspondre aux nombre de séjours hospitaliers pour lesquels il y a eu, avant l'admission, passage aux urgences. C'est le cas ici, mais le chiffre est légèrement surestimé car certaines secrétaires hospitalières codent dans Gilda « entrée en urgence » lorsque le patient arrive de manière non programmée à l'hôpital, même s'il n'est pas passé par les urgences. Malgré ce biais, ces chiffres donnent une bonne estimation des hospitalisations précédées d'un passage aux urgences.

#### Approximation du nombre d'entrées avec passage par les urgences

Modes d'entrée Gilda :

- transfert entre hôpitaux de l'AP-HP,
- transfert d'un autre centre hospitalier,
- transfert d'une structure non sanitaire,
- entrée directe (en urgence / non en urgence).

Classe d'âge	Séjours avec entrée en urgence	
	Nombre	%
Tous âges confondus	176892	36,6%
< 16 ans	33872	50,2%
16 à 79 ans	119623	31,5%
80 ans et plus	23397	64,0%

Comme c'est classique, les patients âgés entrent majoritairement à l'hôpital en urgence. Les causes de ces entrées en urgence sont multiples, et correspondant à la fois au mode de présentation de la pathologie du sujet âgé qui décompense souvent une insuffisance d'organe à l'occasion d'une affection intercurrente (« pathologie en cascade »), mais aussi parfois un problème de dysfonctionnement des filières.

#### Part d'entrées en urgence selon le pôle d'activité du séjour

Pôle d'activité du séjour	80 ans et plus		16 à 79 ans	
	%	n	%	n
Système nerveux	82,6%	n=3883 <sup>1</sup>	43,2%	n=13043
Psychiatrie, intoxications	82,6%	n=507	63,2%	n=4508
Pneumologie	81,3%	n=3247	47,8%	n=10320
Maladies infectieuses	80,2%	n=357	48,9%	n=2434
Traumatismes multiples	75,8%	n=25	59,0%	n=357
Cardiologie	67,8%	n=4262	33,5%	n=91676

1

Le diagnostic est une démence dans 1 cas sur 2.

On a analysé ici, à partir des séjours notés « entrée en urgence » dans Gilda, le pôle d'activité du séjour, c'est-à-dire la grande catégorie de morbidité dans laquelle sera classé le séjour hospitalier à son issue. Pour rappel, les pôles d'activité sont des groupements de GHM (groupes homogènes de malades) du PMSI, qui permettent un classement par grandes catégories cliniques aisément lisibles pour les cliniciens.

Ici les parts d'entrée en urgence sont classées par ordre décroissant de pôles d'activité des séjours. On voit que chez les octogénaires, c'est la pathologie du système nerveux (par exemple les accidents artériels cérébraux), de psychiatrie ou intoxications (les accidents iatrogéniques sont très fréquents chez les sujets âgés), de pneumologie, maladies infectieuses ou cardiologie (les décompensations cardiaques ou pulmonaires étant très fréquentes chez les sujets âgés à l'occasion de maladies intercurrentes).

La pathologie neurologique est la plus fréquente pour les entrées en urgence chez les sujets âgés. Il s'agit d'une démence près d'une fois sur deux. Il peut s'agir dans ce cas d'un dysfonctionnement des filières de soins des sujets âgés si la démence est isolée (car elle ne requiert pas alors une prise en charge par l'intermédiaire des urgences), soit d'une pathologie associée à la démence qui peut aggraver celle-ci ou lui donner une présentation aiguë (syndrome confusionnel par exemple).

## Différences entre séjours débutant ou non dans les unités porte

*Patients de 80 ans et plus (N = 39 985)*

		Début du séjour au porte			
		Oui		Non	
		N=11567 (29%)		N=28328 (71%)	
Morbidity	Nombre de diagnostics associés	2,6		2,7	
	CMA (comorbidité associée)	45,3%	n=5240	47,0%	n=13323
	CMA sévère (CMAS)	18,8%	n=2175	12,4%	n=3514
	Syndrome démentiel	13,1%	n=1511	4,1%	n=1168
	Syndrome démentiel et CMA ou CMAS	5,4%	n=623	2,0%	n=569
Contexte social	Contexte de précarité sociale	1,5%	n=171	0,8%	n=220
	Problème d'hébergement	7,5%	n=868	3,5%	n=982
	Attente de placement	3,3%	n=381	1,8%	n=512
Mode de sortie de l'hôpital	Retour à domicile	46,1%	n=5332	56,4%	n=15977
	SSR, maison de retraite, long séjour	23,0%	n=2660	24,0%	n=6799
	Transfert en court séjour	17,4%	n=2013	10,1%	n=2861
	Décès	12,8%	n=1480	8,9%	n=2521

La comparaison de morbidité entre les patients entamant leur séjour hospitalier par le service porte et ceux qui sont admis dans un autre service montre que : le nombre de diagnostics associés est identique ; les comorbidités associées (CMA, liste fermée de maladies associées définie par le PMSI, par exemple insuffisance cardiaque, pleurésie, etc.) sont un peu plus fréquentes pour les séjours ne débutant pas aux lits porte ; mais les comorbidités associées sévères (CMAS, liste fermée de maladies associées graves extraite de la liste des CMA, par exemple choc septique, nécrose myocardique, etc.) sont un peu plus fréquentes chez les octogénaires commençant leur séjour aux lits porte (écart statistiquement significatif).

La démence est 2 fois plus fréquente dans le « groupe porte », ainsi que la coexistence d'une démence et d'une comorbidité type CMA ou CMAS.

Pour le contexte social, on a analysé ici les codes Z de la CIM10 (Classification internationale des maladies), qui peuvent servir à repérer la précarité. Ces codes sont encore trop peu utilisés par les cliniciens, mais il se dégage quelques tendances. Nous avons divisé ici la précarité en 3 catégories :

- précarité sociale (problèmes sociaux de type chômage, SDF...);
- problème d'hébergement signifie problème social en rapport avec le logement, soit antérieur à l'hospitalisation (p. ex., la personne hébergeante n'est plus disponible), soit à l'issue de l'hospitalisation (p. ex., impossibilité de trouver une place en maison de retraite);
- attente de placement représente la sous-partie de la classe précédente, et ne concerne que les problèmes d'hébergement après l'hospitalisation, type attente de maison de retraite ou de place en SSR (soins de suite et de rééducation).

Bien que sous-codés par rapport à la réalité, les problèmes d'hébergement sont plus fréquents chez les octogénaires qui passent au service porte.

Pour le mode de sortie hôpital, le retour à domicile est plus fréquent chez les patients qui ne passent pas aux lits porte, et les transferts en court séjour sont plus fréquents chez les « patients porte » (il s'agit souvent de transfert en court séjour gériatrique); le taux de décès est aussi plus important. Les passages en SSR ou long séjour sont équivalents dans les 2 groupes.

## Patients de 16 à 79 ans (N = 399 484)

		Début du séjour au porte	
		Oui N=34704 (8,7%)	Non N=364780 (91,3%)
Morbidité	Nombre de diagnostics associés	2,1	2,2
	CMA (comorbidité associée)	34,5% n=11973	35,2% n=128403
	CMA sévère (CMAS)	10,3% n=3575	8,4% n=30642
	Syndrome démentiel	1,6% n=559	0,3% n=1042
	Syndrome démentiel et CMA ou CMAS	0,7% n=230	0,14% n=528
Contexte social	Contexte de précarité sociale	2,5% n=850	0,9% n=3505
	Problème d'hébergement	1,5% n=533	0,6% n=2510
	Attente de placement	0,7% n=249	0,3% n=1173
Mode de sortie de l'hôpital	Retour à domicile	76,9% n=26687	85,9% n=15977
	SSR, maison de retraite, long séjour	7,5% n=2603	5,5% n=20063
	Transfert en court séjour	10,3% n=3575	5,3% n=19334
	Décès	3,1% n=1076	2,1% n=7661

Même commentaire que pour les octogénaires quant au mode de sortie et au contexte de précarité ; pour la morbidité, seule la présence d'un syndrome démentiel est significativement différente entre les 2 groupes.

## Part d'hospitalisations à partir des unités porte selon l'âge

Classe d'âge	Part d'hospitalisation à partir des unités porte	
< 16 ans	47,7%	n=3604
16 à 79 ans	39,3%	n=13349
80 ans et plus	49,5%	n=5446
Tous âges	42,7%	n=22399

Concordance entre le pôle d'activité du séjour hospitalier et la spécialité du service de 1<sup>er</sup> aval

On compare ici la spécialité du service qui prend en charge le patient après les lits porte avec le pôle d'activité du séjour : globalement, la concordance est bonne, c'est-à-dire que les patients vont dans la spécialité qui leur convient à l'issue du séjour au service porte, et les services de chaque spécialité (cardiologie, pneumologie...) prennent en charge des patients qui leur correspondent, et sont peu « encombrés » par des séjours d'autres spécialités. La médecine interne est majoritaire pour les octogénaires. Les spécialités de 1<sup>er</sup> aval les plus fréquentes (séjours médicaux) ont été :

Spécialité	16 à 79 ans (n=11979)	> 80 ans (n=5100)
Médecine interne	30,0% n=3588	53,1% n=2709
Maladies infectieuses	11,8% n=1409	9,0% n=461
Gastro-entérologie	8,7% n=1042	4,8% n=246
Neurologie	8,3% n=997	4,0% n=206
Pneumologie	8,0% n=959	5,0% n=256
Cardiologie	5,1% n=615	6,8% n=348

Prise en charge de 1<sup>er</sup> aval en médecine interne selon le pôle d'activité du séjour (séjours médicaux)

## 16 à 79 ans

Part des séjours du pôle pris en charge	en médecine interne		dans la spécialité corresp	
Système nerveux	31,9%	752 / 2357	38,1%	899 / 2357
Cardiologie	22,5%	205 / 912	48,9%	447 / 912
Hématologie	34,3%	182 / 531	36,7%	195 / 531
Psychiatrie, toxico, intoxic, alcool	51,0%	273 / 535		0
Pneumologie	27,3%	658 / 2414	51,7%	1248 / 2414
Digestif	19,0%	253 / 1335	63,3%	845 / 1335

**80 ans et plus**

Part des séjours du pôle pris en charge	en médecine Interne		dans la spécialité corresp	
Système nerveux	60,4%	705 / 1168	16,3%	190 / 1168
Cardiologie	48,6%	451 / 1928	29,4%	272 / 928
Hématologie	52,9%	83 / 157	23,6%	37 / 157
Psychiatrie, toxico, intoxic, alcool	72,7%	88 / 121		0
Pneumologie	49,7%	54 / 1091	18,9%	206 / 1091
Digestif	38,8%	146 / 376	44,2%	166 / 376

Pour les moins de 80 ans, dans toutes les spécialités, la médecine interne ne prend pas majoritairement en charge les séjours post-porte. Pour les octogénaires, on observe la phénomène inverse (sauf pour l'hépatogastro-entérologie) : dans chaque pôle d'activité, la médecine interne reçoit le patient à l'issue des unités porte plus souvent qu'un service dont la spécialité correspond au motif du séjour.

**Caractéristiques des séjours médicaux avec prise en charge de 1<sup>er</sup> aval en médecine interne contre autre prise en charge***Patients de 16 à 79 ans*

	Médecine interne (n=3588)		Autre type de service (n=8391)	
Nombre de diagnostics associés	1,4		1,4	
CMA (comorbidité associée)	28,9%	n=1037	29,0%	n=2434
CMA sévère	7,8%	n=280	7,4%	n=621
Présence d'une démence	2,2%	n=79	0,7%	n=59
Contexte de précarité sociale	3,3%	n=118	2,9%	n=244
Problèmes d'hébergement	2,9%	n=104	3,1%	n=260

Fréquence accrue de la démence en médecine interne

*Patients de 80 ans et plus*

	Médecine interne (n=2709)		Autre type de service (n=2391)	
Nombre de diagnostics associés	1,6		1,5	
CMA (comorbidité associée)	30,2%	n=818	32,3%	n=773
CMA sévère	10,0%	n=271	10,1%	n=241
Présence d'une démence	8,5%	n=230	5,2%	n=124
Contexte de précarité sociale	2,0%	n=54	1,2%	n=28
Problèmes d'hébergement	9,5%	n=257	11,4%	n=273

Fréquence accrue de la démence et de la précarité en médecine interne

**Durées de séjour dans les unités porte***Durées moyennes de séjour (DMS)*

Âge	DMS (durée maxi)
< 16 ans	0,8 j (11 j)
16 à 79 ans	1,1 j (37 j)
80 ans et plus	1,2 j (38 j)

*Durées de séjour longues*

Pourcentage de séjours	> 48h		> 4 j	
< 16 ans	0,9%	76 / 8100		0
16 à 79 ans	9,7%	3354 / 34704	1,9%	660 / 34704
80 ans et plus	23,1%	2673 / 11567	7,5%	868 / 11567

### Caractéristiques selon la durée de séjour aux lits porte Patients de 80 ans et plus

Durée du séjour porte	< 4 j (n=10669)	≥ 4 j (n=868)
Nombre moyen de diagnostics associés	0,9	1
Comorbidité associée (CMA)	31,0% n=3317	32,0% n=278
CMA sévère	9,9% n=1059	12,0% n=104
Présence d'une démence	6,3% n=674	14,0% n=122
Contexte de précarité sociale	1,5% n=161	2,0% n=18
Problèmes d'hébergement	9,4% n=1006	19,1% n=166
DMS hôpital	16,8 j	21,8 j

Influence de la démence et des difficultés d'hébergement sur la fréquence des séjours longs

### Patients de 16 à 79 ans

Durée du séjour porte	< 4 j (n=34044)	≥ 4 j (n=660)
Nombre moyen de diagnostics associés	1,4	1,6
Comorbidité associée (CMA)	28,5% n=9702	38,5% n=254
CMA sévère	7,0% n=2383	11,0% n=73
Présence d'une démence	1,0% n=341	4,8% n=32
Contexte de précarité sociale	2,8% n=953	3,9% n=26
Problèmes d'hébergement	2,7% n=920	11,9% n=79
DMS hôpital	13,1 j	23,2 j

Influence de toutes les variables retenues sur la fréquence des séjours longs

## Mode de sortie des unités porte

### Tous âges confondus

Séjour porte	≤ 48h		> 48h	
Retour au domicile	42,7%	20615	31,0%	1891
Mutation court séjour	42,2%	20346	47,5%	2898
Transfert court séjour	8,0%	3861	8,4%	513
Passage en SSR	2,9%	1402	6,1%	371
Passage en long séjour	0,5%	261	1,7%	101
Passage en psychiatrie	2,2%	1072	1,1%	67
Décès	1,5%	711	4,3%	262
Total	100%	48268	100%	6103

### 16 à 79 ans

Séjour porte	≤ 48h		> 48h	
Retour au domicile	47,0%	14747	36,0%	1209
Mutation court séjour	38,3%	12022	48,7%	1632
Transfert court séjour	7,5%	2360	6,6%	223
Passage en SSR	2,6%	825	4,1%	136
Passage en long séjour	0,3%	104	0,8%	27
Passage en psychiatrie	3,3%	1035	1,9%	63
Décès	0,8%	257	1,9%	64
Total	100%	31350	100%	3354

### 80 ans et plus

Séjour porte	≤ 48h		> 48h	
Retour au domicile	22,9%	2035	23,7%	634
Mutation court séjour	50,5%	4488	46,4%	1241
Transfert court séjour	13,3%	1183	10,8%	288
Passage en SSR	6,4%	566	8,8%	235
Passage en long séjour	1,7%	153	2,8%	74
Passage en psychiatrie	0,2%	19	0,1%	3
Décès	5,1%	450	7,4%	198
Total	100%	8894	100%	2673

**Mode de sortie des unités porte**

	Tous âges confondus		16 à 79 ans		80 ans et plus	
Mutation court séjour	23244	42,8%	13654	39,3%	5729	49,5%
Transfert court séjour	4374	8,0%	2583	7,4%	1471	12,7%
Passage en SSR	1773	3,3%	961	2,8%	801	6,9%
Passage en long séjour	362	0,7%	131	0,4%	227	2,0%
Passage en psychiatrie	1139	2,1%	1098	3,2%	22	0,2%
Retour au domicile	22506	41,4%	15956	46,0%	2669	23,1%
Décès	973	1,8%	321	0,9%	648	5,6%
Total	54371	100%	34704	100%	11567	100%

## Annexe 2

### Étude des patients hospitalisés dans les services de médecine d'adultes et les services porte d'Île-de-France

Enquête de l'Assurance maladie d'Île-de-France (Amif)  
mai-juillet 2001 (RÉF.5)

### Objectif

Face à l'excédent en lits de médecine en Île-de-France au regard de la carte sanitaire, contrastant avec les difficultés exprimées par les professionnels de santé pour hospitaliser les patients dans les services de médecine, une étude a été réalisée afin d'apporter un éclairage médical sur l'adéquation ou non de l'offre de soins.

### Description

Il s'est agi d'une coupe transversale réalisée entre mai et juillet 2001 par les médecins-conseils des caisses d'assurance maladie sur les adultes hospitalisés dans les services de médecine et les services porte de 181 établissements, répartis comme suit :

Statut	Services de médecine				Services porte			
	Services		Lits installés		Services		Lits installés	
	N	% total	N	% total	N	% total	N	% total
AP-HP	196	39,4%	5501	38,0%	17	30,9%	150	32,6%
EPS	157	31,5%	4918	34,0%	25	45,5%	239	52,0%
PSPH	70	14,1%	1567	10,8%	5	9,1%	32	7,0%
Privé	75	15,1%	2479	17,1%	8	14,5%	39	8,5%
Total	498	100%	14665	100%	55	100%	460	100%

Pour chaque malade hospitalisé le jour du passage des enquêteurs, l'adéquation du séjour a été examinée. Une inadéquation a été prononcée :

- pour les services de médecine, sur des critères cliniques, par consensus entre médecin le conseil et le responsable médical du service ;
- pour les services porte, si le séjour dépassait 24h.

### Lits autorisés et lits installés

Il existait, par rapport à l'inventaire Drassif du 23.04.2001, une différence entre les nombres de lits de médecine autorisés et effectivement installés. Pour l'ensemble, elle s'élevait à environ 2 000 lits, dont un millier pour Paris, majoritairement à l'AP-HP. La raison principale évoquée par les établissements était le manque de personnel.

### Patients examinés

Le statut de 12 949 patients a été analysé : 12 557 dans les services de médecine, et 392 dans les services porte.

Statut	Services de médecine		Services porte		Tous services	
	N	% total	N	% total	N	% total
AP-HP	4957	39,5%	204	52,0%	5161	39,9%
EPS	4326	34,5%	154	39,3%	4480	34,6%
PSPH	1291	10,3%	26	6,6%	1317	10,2%
Privé	1983	15,8%	8	2,0%	1991	15,4%
Total	12557	100%	392	100%	12949	100%

**Taux d'occupation effectif des lits au moment de l'étude**

Taux occupation instantané	Nombre de services, part du total de colonne (%)									
	AP-HP		EPS		PSPH		Privé		Total	
≥ 100%	72	36,7%	35	22,3%	14	20,0%	14	18,7%	135	27,1%
90 à < 100%	55	28,1%	50	31,8%	16	22,9%	15	20,0%	136	27,3%
80 à < 90%	36	18,4%	31	19,7%	18	25,7%	12	16,0%	97	19,5%
60 à < 80%	27	13,8%	33	21,0%	16	22,9%	19	25,3%	95	19,1%
< 60%	6	3,1%	8	5,1%	6	8,6%	15	20,0%	35	7,0%
Total	196	100%	157	100%	70	100%	75	100%	498	100%

Le taux d'occupation instantané était plus élevé dans les services de l'AP-HP et des EPS que dans les services des établissements PSPH et des cliniques privées.

**Part des patients âgés de 75 ans et plus**

Dépt	Hospitalisation en service de médecine			Hospitalisation en service porte		
	Total	≥ 75 ans		Total	≥ 75 ans	
	NT	N75+	N75+/NT	NT	N75+	N75+/NT
75	3550	1084	30,5%	55	51	92,7%
77	1033	446	43,2%	10	4	40,0%
78	1198	539	45,0%	25	4	16,0%
91	1154	519	45,0%	22	7	31,8%
92	1580	630	39,9%	25	18	72,0%
93	1409	493	35,0%	55	20	36,4%
94	1366	528	38,7%	45	24	53,3%
95	1267	505	39,9%	17	10	58,8%
Total	12557	4744	37,8%	254	138	54,3%

Dans les services de médecine, 63 % des patients (7 905) étaient hospitalisés à Paris (75) ou en petite couronne (92, 93, 94); 35 % d'entre eux (2 735) étaient âgés d'au moins 75 ans. Dans les services porte, 71 % des patients (180) étaient hospitalisés à Paris ou en petite couronne; 68 % d'entre eux (113) étaient âgés de 75 ans ou plus

**Motif d'hospitalisation**

	Services de médecine		Services porte		Tous services	
	N	%	N	%	N	%
1 <sup>er</sup> bilan ou traitement d'une affection	6109	48,7%	247	63,0%	6356	49,1%
Bilan ou traitement d'une affection connue décompensée	5796	46,2%	129	32,9%	5925	45,8%
Affection au stade terminal	427	3,4%	9	2,3%	436	3,4%
Séjour en vue d'un placement	212	1,7%	6	1,5%	218	1,7%
Donnée manquantes	13	0,1%	1	0,3%	14	0,1%
Total	12557	100%	392	100%	12949	100%

**Nombre de jours de présence au moment de la coupe**

	Services de médecine		Services porte		Tous services	
	N	%	N	%	N	%
< 7j	6336	50%	383	98%	6719	52%
7 à 13j	3085	25%	9	2%	3094	24%
14 à 20j	1395	11%	0	0%	1395	11%
21 à 27j	682	5%	0	0%	682	5%
> 27j	1057	8%	0	0%	1057	8%
dont > 59j	264	2%	0	0%	264	2%
Total	12555 <sup>1</sup>	100%	392	100%	12947	100%

1 Deux données manquantes

**Patients inadéquats**

Le nombre de patients considérés comme inadéquats par le médecin conseil était de 2 323, soit 17,9 % du total, répartis en :

- 2 323 dans les services de médecine, taux d'inadéquation à 17,2 %,
- 157 dans les services porte, 40,1 %.

**Inadéquation (inadéq.) et statut de l'établissement**

Statut	Services de médecine		Services porte		Tous services	
	N patients	% inadéq.	N patients	% inadéq.	N patients	% inadéq.
AP-HP	4957	16,3%	204	39,2%	5161	17,2%
EPS	4326	14,1%	154	46,8%	4480	15,3%
PSPH	1291	11,3%	26	19,2%	1317	11,5%
Privé	1983	30,3%	8	0,0%	1991	30,1%
Total	12557	17,2%	392	40,1%	12949	17,9%

**Inadéquation et âge**

Tous services confondus, l'âge moyen des patients inadéquats (inadéq.) était de 70,3 ans (médiane 74 ans, extrêmes 8 à 103 ans) : 70,7 ans (médiane 75) dans les services de médecine, et 65,6 ans (médiane 71) dans les services porte.

Âge	Services de médecine		Services porte		Tous services	
	N patients	% inadéq.	N patients	% inadéq.	N patients	% inadéq.
16 à 39 ans	1282	10,5%	85	27,1%	1367	11,5%
40 à 59 ans	3087	13,2%	97	38,1%	3184	14,0%
60 à 74 ans	3436	15,5%	71	43,7%	3507	16,0%
≥ 75 ans	4744	23,0%	138	47,8%	4882	23,7%
Total	12549	17,2%	391	40,1%	12940 <sup>1</sup>	17,9%

1 Neuf malades âgés de moins de 16 ans, non pris en compte

**Inadéquation et mode d'entrée à l'hôpital**

Mode d'entrée du malade	Part du total des inadéquations	
	Médecine	Porte
Adressé par le médecin traitant	24,1%	34,4%
Venu de lui-même	7,0%	24,2%
SOS-médecin, pompiers, Samu	9,0%	39,5%
Programmé par l'hôpital	10,8%	0,0%
Entré par mutation	20,9%	1,3%
Entré par transfert	28,2%	0,6%
Total	100%	100%

**Inadéquation et diagnostic**

Catégorie diagnostique CIM10	Part du total des inadéquations	
	Médecine	Porte
Pathologie infectieuse	3,4%	3,2%
Cancérologie	8,4%	3,8%
Hématologie	0,6%	0,6%
Endocrinologie	7,8%	5,7%
Psychiatrie	8,5%	9,6%
Neurologie	11,9%	5,7%
Cardiologie & angiologie	14,0%	19,1%
Pneumologie	5,2%	10,8%
Hépatogastro-entérologie	2,6%	7,0%
Dermatologie	1,7%	0,0%
Rhumatologie	4,0%	3,2%
Uronéphrologie	1,5%	3,2%
Symptômes	4,4%	12,7%
Accidents et traumatismes	5,4%	7,0%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	20,2%	6,4%
Autres	0,5%	1,9%
Total	100%	100%

**Orientation souhaitable des patients inadéquats**

Orientation souhaitable	Part du total des inadéquations	
	Médecine	Porte
Autre service d'hospitalisation complète	11,5%	82,8%
Hospitalisation partielle	1,8%	0,6%
Soins de suite et de rééducation	45,9%	5,7%
Longue durée et Ehpad <sup>1</sup>	16,7%	3,2%
Domicile sans aide à organiser	4,7%	0,6%
Domicile avec aide à organiser	9,5%	1,9%
Hospitalisation à domicile	0,8%	0,0%
Autre	9,0%	5,1%
Total	100%	100%

1 Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Dans les services de médecine, l'orientation souhaitable la plus fréquente était un transfert en SSR, avec des variations selon le statut de l'établissement

Statut	Part des inadéquations expliquées par un transfert en SSR
AP-HP	39,7%
EPS	41,2%
PSPH	34,9%
Privé	61,7%

Selon les départements, la distribution des orientations souhaitables des patients inadéquats hospitalisés en médecine se distribuait de la manière suivante :

Département	75	92	93	94	Pet couronne	77	78	91	95	Total général
N inadéquats	508	305	333	254	1400	107	185	183	291	2166
Autre service d'aigu	17,1%	9,5%	17,4%	15,4%	15,2%	11,2%	8,6%	7,7%	11,7%	18,3%
SSR	33,9%	48,2%	39,0%	37,0%	38,8%	39,3%	54,1%	64,5%	65,6%	45,9%
LD et Ehpad	24,0%	17,7%	13,2%	18,1%	19,0%	25,2%	15,1%	7,7%	9,3%	16,7%
Domicile	8,3%	13,4%	21,3%	4,8%	15,5%	16,8%	11,9%	15,8%	7,6%	14,2%
Autre dont HAD	16,7%	11,1%	9,0%	4,7%	11,5%	7,5%	10,3%	4,4%	5,8%	9,8%

La répartition des catégories diagnostiques chez 1 003 patients en attente d'une place en soins de suite et rééducation était :

Catégorie diagnostique CIM 10	N patients	Part du total
Pathologie infectieuse	35	3,5%
Cancérologie	60	6,0%
Endocrinologie	76	7,6%
Psychiatrie	65	6,5%
Neurologie	122	12,2%
Cardiologie & angiologie	166	16,6%
Pneumologie	50	5,0%
Hépatogastro-entérologie	28	2,8%
Dermatologie	16	1,6%
Rhumatologie	54	5,4%
Symptômes	35	3,5%
Accidents et traumatismes	82	8,2%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	199	19,8%
Autres	15	1,5%
Total	100%	100%

**Motifs du maintien dans les services des patients inadéquats**

Motif	Services de médecine		Services porte	
	N	% total	N	% total
Attente d'une place dans un service ou une structure appropriée	1429	70,6%	137	87,3%
Attente d'examens ou d'actes thérapeutiques	140	6,9%	14	8,9%
Attente d'une organisation permettant le retour à domicile	216	10,7%	3	1,9%
Refus de sortir du patient ou de son entourage	0	11,8%	3	1,9%
Autre	238 <sup>1</sup>	0%	0	0%
Total	2023	100%	157	100%

1 Principalement des patients relevant d'un SSR et qui étaient hospitalisés dans un service de médecine fonctionnant déjà comme un service de SSR.

**Sous-analyse de 4 882 patients âgés de 75 ans et plus**

Service	N patients	% inadéquation	Principales orientations souhaitables
Médecine	4150	24%	SSR (49%) LD & Éhpad (22,5%)
Gériatrie	594	16%	SSR (43%) LD & Éhpad (32%)
Porte	136	48%	Autre service de court séjour (73%)
Total	4882	23,7%	—

**Propositions concluant l'étude**

Quatre propositions visent à améliorer les conditions de prise en charge des patients.

***Installer les lits autorisés en médecine, mais non installés***

Environ 2 000 lits de médecine autorisés ne sont pas installés, le plus souvent en raison d'un manque de personnel. L'installation de l'ensemble des lits autorisés, tout particulièrement dans les établissements siège d'un SAU ou d'une UP devrait faciliter l'hospitalisation des patients à partir des urgences.

***Privilégier les autorisations dans les secteurs sanitaires périphériques, en cas de création de lits de médecine***

Les secteurs sanitaires Paris-Sud (n°2) Paris-Nord (n°4) étant les mieux dotés d'Île-de-France, ils ne devraient pas faire l'objet de créations de lits de médecine. Certains secteurs ayant des taux d'occupation corrigés élevés (prenant en compte l'adéquation des malades occupant les lits), pourraient être considérés comme prioritaires pour l'attribution de lits de médecine : Essonne-Sud (n°8), Val d'Oise-Ouest (n°11), Seine et Marne-Sud (n°14).

***Augmenter la capacité en lits de SSR***

Il apparaît nécessaire d'augmenter les capacités d'accueil en SSR des patients dépendants, requérant des soins paramédicaux importants.

***Développer des structures hébergeant les patients dépendants pour de longues périodes***

La coupe a identifié 99 patients présents dans les services de médecine depuis au moins 99 j (0,8 % du total des patients étudiés) : leur âge moyen était de 59,4 ans (médiane 58 ans, extrêmes, 19 et 95 ans) ; 51 (52 %) étaient hospitalisés à l'AP-HP ; 88 (89 %) étaient inadéquats ; 47 (53 %) des inadéquats étaient atteints d'une maladie touchant le système nerveux. Il existe de notables difficultés pour placer des patients souvent âgés de moins de 60 ans et présentant dans plus de 50 % des cas des affections invalidantes du système nerveux.

## Annexe 3

### Activité des urgences de l'Hôpital Beaujon (Clichy)

#### Données et analyse du D<sup>r</sup> Patrick Werner (28 février 2002)

Beaujon est un hôpital universitaire appartenant à l'AP-HP implanté dans « le bassin de vie n°10 ». Il a reçu le label service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) en 1999 et doit, à ce titre, assurer l'accueil de proximité pour une population qui n'a cessé de croître, alors même que l'offre de lits d'hospitalisation y diminuait. L'hôpital compte 613 lits de court séjour d'adultes autorisés : 266 en médecine, 192 en chirurgie, 54 en gynéco-obstétrique, 41 en neurochirurgie, 12 en psychiatrie, 36 lits de semaine, et 11 places de jour. Sur les 576 lits ouverts officiellement, 557 le sont réellement du fait de travaux.

Pratiquement tous les services cliniques sont spécialisés : il n'existe pas de lits de chirurgie générale ; seuls les lits de médecine interne (actuellement 26 ouverts sur les 46 prévus) et les 10 du service porte sont susceptibles d'accueillir directement les patients médicaux des urgences. La grande qualité de ses services alliée à l'excellence de son plateau technique font la renommée de l'établissement, et expliquent la très forte demande d'admissions directes provenant ou non du bassin de vie, auxquelles s'ajoutent celle d'urgences très spécialisées, non faisables ailleurs (transplantations hépatiques et pulmonaires, polytraumatismes, fractures du rachis).

Il va donc falloir trouver un équilibre entre la nécessaire et obligatoire prise en charge des malades de proximité et le maintien des pôles d'excellence des services de spécialité qui doivent répondre également à leurs missions de formation, d'enseignement et de recherche.

### Données d'activité

**Tableau 1 :** Évolution de l'activité du SAU 2000-2001

Année	N total admis Beaujon	Accueil				Service porte			Transferts	
		N Passages	N admis	N admis Beaujon	% <sup>1</sup>	N admis	N journées	DMS Jours	N <sup>2</sup>	% <sup>3</sup>
2000	23910	24855	5768	4171	17,4%	1517	2344	1,56	1597	27,7%
2001	25500	26938	5530	3769	14,8%	1578	3180	2,02	1761	31,8%
01/02 (%)	+ 6,6%	+ 4,4%	- 4,2%	- 9,6%	- 13,0%	+ 4,0%	+ 35,7%	+ 29,5%	+ 10,3%	+ 14,8%

1 N admis accueil / N total admis Beaujon

2 Transferts vers un autre hôpital depuis les urgences : après décision d'admission prise à l'accueil (transferts primaires) et dans les 48h suivant une admission au service porte (transferts secondaires)

3 N transferts / N admis accueil

Les transferts doivent être appréciés sur le nombre des patients dont la décision d'admission a été prise à l'accueil, en ajoutant aux transferts immédiats (primaires) les transferts (secondaires) effectués à partir du service porte dans les 48h suivant l'admission puisqu'ils traduisent également une carence de lits dans l'hôpital.

Une consultation sans rendez-vous a été mise en place pour répondre à la demande de la population de voisinage. Son activité augmente tous les ans. Elle concerne les soins de suite chirurgicaux et les malades se présentant spontanément, sans médecin traitant ou en situation de précarité. Plus de 5000 actes ont ainsi été réalisés en 2001 et ne sont pas pris en compte dans les indicateurs d'activité du SAU, alors qu'ils y engendrent des dépenses de personnel soignant, de matériel, de secrétariat et d'archivage.

**Tableau 2 :** Évolution de l'activité du SAU au mois de janvier, de 2000 à 2002

Janvier	passages N	Admis				Service porte		
		Total N	Beaujon N	Transfert <sup>1</sup>		N lits	N admis	DMS jours <sup>2</sup>
2000	2121	520	347	173	33,3%	6	101	1,58
2001	2197	564	404	160	28,4%	10	176	2,02
2002	2184	429	271	158	36,8%	10	34	9,35

1 N est la somme des transferts primaires et secondaires. Le taux (%) est N transferts / N total admis

2 Durée moyenne de séjour pour l'année en 2000 et 2001, pour le mois en 2002

Entre janvier 2000 et 2002, les passages sont restés relativement stables (+ 3%). Par contre, le taux de transfert, qui avait baissé entre janvier 2000 et 2001 (de 33% à 28%), alors même que le nombre d'admis augmentait (de 520 à 564), remonte nettement en janvier 2002 (37%), malgré la baisse du nombre des malades à admettre (429).

La DMS du service porte de 1,58 j en 2000, a commencé à croître à partir de l'été 2001 pour atteindre 2,02 j sur l'ensemble de l'année. Elle atteint une durée inquiétante en janvier 2002 : 9,35 j avec seulement 34 admissions par rapport 130 mensuelles habituelles.

**Tableau 2 :** Nombre des patients présents dans le SAU (10 lits) à 8h30 et leur ventilation par catégories durant la 2<sup>e</sup> quinzaine de janvier 2002

Date	À hospitaliser	Présents au SAU depuis > 12h	Hospitalisés au SAU depuis > 24h	Total
lu 14	6	4	2	12
ma 15	6	2	0	8
me 16	7	6	0	13
je 17	10	5	4	13
ve 8	7	2	2	14
sa 19	8	4	4	16
di 20	4	1	0	12
lu 21	13	6	2	20
ma 22	12	8	0	20
me 23	7	9	4	17
je 24	2	1	1	4
ve 25	8	4	1	13
sa 26	4	2	0	6
di 27	4	4	0	8
lu 28	11	10	10	22
ma 29	6	4	0	11
me 30	5	4	0	18
je 31	4	4	0	9
Moyenne	6,9	4,4	1,8	13,1

## Discussion

2001 fut une année de grâce où l'accroissement de la demande d'hospitalisation a été satisfaite par celui du nombre de lits porte (6 en janvier, 8 en mars et 10 en octobre) et par la participation très active des services de médecine interne et de neurologie à l'aval des urgences. Le taux de transfert a donc baissé notablement.

Janvier 2002 est un mois noir : le nombre des passages n'a pas varié mais l'offre de lits dans Beaujon a diminué : nous sommes à 507 lits ouverts (transfert de la neurologie à Bichat, travaux dans l'établissement, fermeture de lits pour les congés); on hospitalise à tout va, n'importe où dans l'établissement, particulièrement des patients de médecine en chirurgie. On devine la qualité de la prise en charge de ces patients et le non-sens de cette situation qui aboutit au transfert de malades relevant de l'orthopédie vers des établissements privés, trop heureux de les accueillir.

Le voisinage hospitalier, lui-même sans lits vacants, rend les transferts, surtout des personnes âgées mais pas uniquement, très longs et difficiles, dans des structures toujours plus lointaines et pas toujours adaptées. En conséquence, les demandes d'admission ont diminué : 520 en 2000, soit 24,5% de la totalité des passages ; 564 en 2001 soit 26% ; et seulement 429 en 2002 soit 19,5%. La tendance présente est à moins hospitaliser, avec les risques pour les malades que cela comporte.

En janvier 2002, le service porte est bloqué par 10 personnes âgées.

Le taux des transferts va quand même s'envoler, mais au prix d'une stagnation majeure au SAU, où une hospitalisation sauvage dans des conditions déplorables deviendra nécessaire : prise en charge médicale sans surveillance ; inconfort sur des brancards dans des couloirs ou, pire, dans une zone de « parking » sans aération convenable ni intimité ; absence d'hygiène ; difficultés de restauration... Les personnels totalement submergés quelquefois par des tâches annexes, administratives notamment, prenant énormément de temps et effectuées au détriment de leurs fonctions médicales ou soignantes sont obligés de faire face, en plus de l'accueil des urgences, à la charge d'une unité entière d'hospitalisation dans des structures qui ne s'y prêtent pas. Ces malades hospitalisés au SAU, n'existant pas administrativement, le surcroît d'activité n'est pas comptabilisé.

Les conditions d'hospitalisation et de prise en charge des patients, particulièrement des personnes âgées, sont iniques en 2002. Déontologie et éthique médicales se doivent de le refuser et dénoncer avec force.

Les soignants sont épuisés, stressés à l'extrême, agressés par les patients et leurs accompagnants. Ils finissent par se démotiver, viennent travailler la peur au ventre, et envisagent d'abandonner tant la situation les dépasse.

## Conclusion

L'absence de lits de soins de suite, de long et de moyen séjours (la fondation Roguet, mitoyenne de Beaujon, ferme 38 lits de long séjour sans espoir de les rouvrir) et l'absence de possibilités d'hospitaliser des personnes âgées pour évaluation et orientation spécifiques (court séjour gériatrique) bloquent l'aval de Beaujon et donc du SAU. Il manque actuellement une cinquantaine de lits dans l'hôpital : les 20 en travaux de la médecine interne et 30 d'une unité de court séjour gériatrique à créer.

Au vu des réunions et autres données existantes, la situation du SAU de Beaujon est partagée par la plupart des structures françaises accueillant des urgences et plus particulièrement celles d'Île-de-France. Cette situation est dénoncée régulièrement depuis plusieurs années dans de nombreuses instances, éventuellement par médias interposés, et pourtant rien ou presque ne bouge. Quelques saupoudrages ont été faits ici ou là pour calmer tel ou tel, mais aucune politique d'envergure n'a été amorcée.

Nier le fait en se fondant sur des statistiques globales, c'est ne pas être venu sur le terrain, par exemple un samedi soir, pour voir ce qui se passe, et changer alors forcément de regard sur le problème.

## Annexe 4

### Étude sur l'occupation des lits par les patients en attente d'une prise en charge en aval

#### Hôpital Saint-Antoine (RÉF.7)

L'enquête a porté sur la période du 21 au 27 février 2001. Dans chacun des 16 services de l'hôpital ont été recensés les patients dont la sortie était médicalement désirée, mais se trouvait retardée par une indisponibilité du 2<sup>e</sup> aval. Leur nombre total était de 113, dont 36 (32%) avaient un âge supérieur à 80 ans, et 73 (65%) un âge supérieur à 70 ans.

Ces 113 sorties retardées concernaient une semaine où 561 malades sont sortis de l'hôpital. Elles ont occupé l'équivalent de 73,6 lits (12% des lits de l'hôpital), représentant 515 journées d'hospitalisation. Le motif d'hospitalisation était médical dans 65% des cas, et chirurgical dans 35%. Le malade était entré à l'hôpital par le service des urgences dans 50% des cas. Pour l'autre moitié, il s'agissait d'un séjour programmé (19%), d'un transfert externe (14%), d'un transfert interne (8%) ou d'une urgence directe du service d'accueil (9%).

La répartition des 113 malades et de leurs séjours selon les services était la suivante :

Service	N	p.100	N lits ouverts	N journ. dispon <sup>1</sup>	N journ. inadéq. <sup>2</sup>	Taux occ. inadéq.
Médecine interne	24	21%	54	378	127	34%
Orthopédie	23	20%	70	490	108	22%
Chir. digestive	11	10%	103	721	38	5%
Pneumologie	7	6%	32	224	36	16%
Cardiologie	7	6%	29	203	22	11%
Hématologie	7	6%	31	217	33	15%
Maternité	7	6%	45	315	28	9%
Neurologie	5	4%	16	112	21	19%
Oncologie	5	4%	43	301	33	11%
Endocrinologie	5	4%	17	119	13	11%
Mal. infectieuses	4	4%	18	126	23	18%
ORL	2	2%	27	189	14	7%
Hépatologie	2	2%	45	315	8	3%
Urgences	2	2%	20	140	5	4%
Rhumatologie	1	1%	32	224	3	1%
Réa. médicale	1	1%	14	98	3	3%
Total	113	100%	596	4172	515	12,3%

1 Nombre de journées disponibles = nombre de lits ouverts multiplié par 7

2 Nombre de journées inadéquates passées dans le service par les malades qui auraient pu être sortants

À la fin de l'étude (27 février), 91 des 113 patients recensés avaient quitté l'hôpital. En moyenne globale, la durée du retard (décalage entre le jour de sortie du malade et le jour où il avait été déclaré sortant) était de 10 j. Les services dont la moyenne de retard était la plus longue étaient : la neurologie (17 j); l'orthopédie (16 j); l'ORL et les maladies infectieuses (14 j); la médecine interne, l'oncologie et la pneumologie (12 j).

Les destinations effectives des 91 malades sortis ont été :

Soins de suite	43	44%	Maison de retraite	2	2%
Retour au domicile	15	15%	Soins palliatifs	2	2%
Maison de repos	14	14%	Retour dans l'hôpital d'origine	1	1%
Moyen séjour	10	10%	Psychiatrie	1	1%
Hospitalisation à domicile	4	4%	Foyer d'hébergement	1	1%
Aide à domicile	3	3%	Samu social	1	1%

Pour les 135 patients, le motif du retard de sortie était :

Manque de place dans les structures d'accueil	67	50%
Refus des structures d'accueil pour raison médicale	17	13%
Environnement du patient	13	10%
Refus de l'aval proposé, par la famille du patient	11	8%
Attente d'examens et de résultats	9	7%
Manque d'un justificatif de couverture sociale	7	5%
Assistante sociale non prévenue	5	4%
Fiche médicale manquante	4	3%
Famille injoignable	2	1%

## Annexe 5

### **Services d'urgences neurovasculaires Rapport du groupe CME-DPM AP-HP, avril 2000 (RÉF.8)**

**D<sup>r</sup> Élisabeth Féry-Lemonnier**

Les progrès diagnostiques et thérapeutiques modifient profondément la manière de considérer les accidents vasculaires cérébraux. Forte de constats jugés convaincants, la communauté neurologique internationale prône désormais une attitude beaucoup plus rapide et active à l'égard des victimes de tels accidents. À l'instar du mouvement lancé il y a plus de 30 ans pour les accidents cardiaques aigus avec la création des unités de soins intensifs cardiologiques, dont nul ne conteste aujourd'hui l'immense utilité, des unités de soins intensifs neurovasculaires (UsiNV) se développent.

On estime aux alentours de 9000 le nombre annuel de séjours hospitaliers à l'AP-HP pour les victimes d'accident vasculaire cérébral. En comptant une durée moyenne de séjour de 3 j en UsiNV, il faudrait une centaine de lits pour les y accueillir toutes. L'Île-de-France compte actuellement une vingtaine de lits d'UsiNV (la Pitié-la Salpêtrière, Lariboisière, Sainte-Anne). La création de 74 lits supplémentaires est donc prévue.

La fonction des UsiNV groupe 3 activités principales : 1. assurer un diagnostic exact, complet et rapide de l'accident 24h sur 24 ; 2. lui opposer dans le plus bref délai la thérapeutique qui augmente les chances de récupération (non limitée à la thrombolyse des accidents ischémiques, mais incluant un ensemble de soins infirmiers et médicaux visant à éviter les complications précoces) ; 3. ouvrir au patient une filière adaptée de soins complémentaires dans un service de 1<sup>er</sup> aval (neurologie ou médecine interne), lui garantissant en 10 à 12 j l'accès à un 2<sup>e</sup> aval correspondant à son état : unité de soins de suite et rééducation dans 30 à 40 % des cas, domicile dans 60 à 70 % des cas. Le nombre des lits requis est estimé à 218 pour le 1<sup>er</sup> aval, et à 224 pour le 2<sup>e</sup> aval. La spécialisation en pathologie neurovasculaire des soins de suite et de réadaptation (SSR) s'annonce difficile si elle se fait à moyens constants. Une organisation détaillée de ces filières a été proposée pour les hôpitaux Tenon (780 patients/an, 6 lits d'UsiNV), Bichat (650 patients/an, 6 lits), Henri-Mondor (750 patients/an, 7 lits), Lariboisière (1 300 patients/an, 12 lits) et la Pitié-la Salpêtrière (992 patients/an, 10 lits).

## Annexe 6

### **Les filières d'hospitalisation à l'AP-HP via les urgences pour les octogénaires Court séjour gériatrique (gériatrie aiguë)**

**Rapport Piette, avril 2001  
Syndicat des médecins des hôpitaux de Paris (RÉF.9)**

Le rapport analyse en détail les justifications de créer des services de court séjour gériatrique, et émet des vœux quant aux besoins requis pour le faire. Le groupe de travail, dirigé par François Piette, comprenait des internistes (Michel Thomas, Loïc Guillevin, Pierre Galanaud), des urgentistes (Joëlle Brochen, Jean-Louis Lejonc, Dominique Pateron) et des gériatres (Marc Verny, Sylvie Debray-Meignan, Michel Roger, Georges Sebbane). Les passages en italique sont des citations directes du rapport.

### Définition et missions

Trois situations, relevant de 3 types d'offre de soins, résument les besoins des octogénaires consultant aux urgences (p.2 du rapport).

1. Des patients *relèvent clairement d'un service de spécialité médicale d'organe précise qui assure sa mission en leur apportant les soins techniques nécessaires pendant les premiers jours ; [...] cette mission n'est que partiellement assurée pour la population d'octogénaires.*
2. Des patients *peuvent être soignés dans un service de médecine interne qui assure sa mission en les soignant rapidement et en les renvoyant rapidement et dans de bonnes conditions à leur domicile, sauf évolution, non prévisible au départ, des malades vers la catégorie suivante.*
3. Des patients sont *en situation fragile, où une hospitalisation complexe est d'emblée envisagée avec nécessité par exemple les 8-12 premiers jours de moyens importants (court séjour) puis relais par un service de suite. Ces patients devraient donc aller initialement dans un service de court séjour gériatrique mais, de fait, vont en spécialité médicale d'organe ou en médecine interne par défaut de lits de gériatrie, et alourdissent les listes d'attente en SSR. Il est clair qu'un grand nombre de lits de spécialité médicale d'organe (voire de spécialité chirurgicale) et un certain nombre de lits de médecine interne assurent ainsi, éventuellement contre leur gré, une prise en charge de malades âgés fragiles qui relèvent clairement de la gériatrie.*

Contrairement aux UsiNV qui se fixent pour objectif d'accueillir tous les malades victimes d'un accident vasculaire cérébral (v. ANNEXE 5), les services de court séjour gériatrique ne se proposent de recevoir qu'une partie des malades âgés qui entrent à l'hôpital par les urgences. La catégorie 3 ci-dessus en fournit une définition par inclusion (situation fragile) et par exclusion (non-appartenance aux catégories 1 et 2). Par *situation fragile*, on peut entendre : la coexistence de plusieurs états pathologiques, très fréquente chez les octogénaires ; ou l'existence d'un déclin cognitif. Plus loin (p.6), le rapport précise : *Les malades des urgences ayant une pathologie aiguë et un état chronique conduisant à un probable placement ultérieur doivent être hospitalisés en gériatrie aiguë pour soigner leur pathologie aiguë puis en SSR pour stabiliser ou améliorer les états chroniques, et enfin doivent être placés si nécessaire. Ils ne doivent pas être « refusés ». Les rares malades des urgences ayant uniquement des états chroniques conduisant à un probable placement ultérieur peuvent être pris directement en SSR puis doivent être placés si nécessaire. Le gériatre est, par contre, évidemment habilité à refuser d'admettre dans la filière gériatrique aiguë (ou parfois SSR) les malades à l'évidence ne relevant pas de la gériatrie, comme ceux qui ont moins de 65 ans, et les malades relevant de la technicité de diverses spécialités médicales d'organe ou de la réanimation.*

L'offre gériatrique aiguë peut varier d'un hôpital à l'autre suivant les particularités locales. Elle doit faire l'objet d'un contrat entre les médecins des urgences, ceux du service de court séjour gériatrique, et ceux des autres spécialités.

## Justification

Le rapport (pp.2 et 3) développe ensuite les arguments justifiant les unités de court séjour gériatrique.

*Dans le cas actuel le plus fréquent, ces octogénaires fragiles [catégorie 3, ci-dessus] sont mis au service porte puis au terme de 24 h (ou plus longtemps) vont habituellement dans les services de médecine interne ou de spécialité médicale d'organe, voire de spécialité chirurgicale, où ils ne sont pas localisés dans des unités spécifiques. Cette dispersion des octogénaires a quelques avantages : ainsi un octogénaire n'est pas, au départ, catalogué comme gériatrique et son voisin de chambre peut avoir 20 ans, et éventuellement le remotiver. Mais ces avantages doivent être mis en balance avec les inconvénients : il y a l'absence d'affichage comme objectif prioritaire du service de la prise en charge de ces patients. Ainsi, les responsables médicaux ont exceptionnellement acquis une compétence théorique en gériatrie (Desc, Capacité) et les équipes soignantes ont exceptionnellement suivi une formation spécifique comme l'école de gérontologie, par exemple. Il n'y a certes pas de superposition absolue entre formation et performance mais il y a d'habitude quelques corrélations. Un marqueur de volontarisme spontané des services (marqueur parmi d'autres) pourrait être la part des thèmes gériatriques parmi les publications émanant du service. Ce marqueur, quand il est actuellement recherché, est, sauf exception, très bas, voire absent.*

*En outre, si on en croit diverses publications randomisées nord-américaines, cette absence de formation et de labellisation de gériatrie aboutit à des résultats moins bons de l'hospitalisation avec des durées plus longues, des taux de retour à domicile plus faibles, voire des chances de survie plus faibles. Sans vouloir faire un plaidoyer pro domo de l'efficacité de la gériatrie aiguë, on peut sans doute postuler qu'elle sera au moins meilleure que ce que peuvent réaliser nos collègues ORL, ophtalmologistes, chirurgiens, etc.*

*C'est probablement la balance inconvénient/avantage qui a amené la Collégiale des internistes à préconiser dans un document de réflexion de 1998 sur l'avenir de la médecine interne à l'AP-HP [RÉF.10] la création d'unités gériatriques aiguës sur chaque site SAU. On peut regretter qu'en 3 ans seuls les hôpitaux Bichat et HEGP aient suivi ces recommandations.*

## Besoins estimés en volume et en moyens

Le rapport (pp.5 et 6) estime à au moins 500 le nombre de lits de court séjour gériatrique dont l'AP-HP doit disposer. Leur nombre actuel n'est que de 250. Il est donc demandé de le doubler dans les 5 à 10 ans à venir, en y recrutant 20 PH supplémentaires (pour arriver à 1 PH pour 12 à 15 lits). La taille minimale de chaque unité doit être de l'ordre de 20 lits, avec une « culture de court séjour » pouvant accueillir tous les jours des malades octogénaires, y compris des malades lourds, avec une continuité de service assurée, ayant un objectif de DMS courte, de l'ordre de 8 à 10 j (et donc des filières d'aval en SSR et au domicile avec entre autres la nécessaire définition de l'activité HAD-SSR) contractualisant une part majoritaire (par exemple 60 à 90%) de leur activité pour l'accueil de l'aval des urgences. Une note précise ici : *La persistance d'une activité de gériatrie aiguë non dédiée à l'aval des urgences (de 10 à 40%) doit être préservée car elle permet une activité en réseau (avec les médecins libéraux, les Ssiad [soins de suite infirmiers à domicile], les Éhpad [établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes]) évitant autant de situations qui se dégradent et conduisent ou conduiraient un ou deux jours plus tard à une arrivée au SAU. Ces lits non dédiés permettent aussi de développer des activités thématiques (escarres, nutrition, troubles du comportement, etc.) à définir en fonction des compétences et des possibilités de filières d'aval (SSR) adaptées. Il n'y a pas de raison, a priori, d'imaginer que dans ces conditions ces lits non dédiés aient une DMS différente des lits dédiés.*

*Les moyens en médecins et infirmières de ces unités ne doivent pas être inférieurs à ceux d'unités d'adulte qui auraient les mêmes objectifs, tandis que les moyens en assistantes sociales et en kinésithérapeutes doivent être supérieurs. Les besoins en aides-soignantes doivent être ajustés sur la perte d'autonomie des octogénaires hospitalisés. Les moyens affectés à la gériatrie aiguë dédiée à l'aval des urgences doivent permettre d'accueillir dans l'idéal tous les malades relevant de la gériatrie aiguë selon les critères qui seront définis dans le contrat.*

## Manières d'obtenir les moyens

Le rapport propose (pp.6 et 7) de procéder essentiellement par redéploiement des moyens existants.

*Le gage par transformation de lits de médecine interne dont la majorité participe volontairement à l'aval des urgences ne paraît pas opportun ; il ne jouerait qu'à la marge en améliorant éventuellement la performance. Toutefois, l'exonération totale de la médecine interne vis-à-vis de l'effort de création, d'individualisation, ou de regroupement de lits de court séjour gériatrique paraît difficile à envisager ne serait-ce que pour pouvoir participer à l'évolution des carrières médicales ou pour entériner certaines situations de fait. À l'inverse, le gage de lits de spécialités médicales (et chirurgicales) selon des critères à affiner permettrait un gain double, à la fois en augmentant le « parc » des lits participant à l'aval des urgences, et en améliorant leurs performances. Les critères de transformation de lits sont à préciser mais pourraient tourner autour du faible coefficient d'occupation et des taux d'inadéquation (selon les données PMSI) entre la spécialité affichée et la réalité.*

*La bonne répartition entre le redéploiement des lits de médecine interne et le redéploiement des lits de spécialité médicale (et chirurgicale) d'organe reste à déterminer. Sur les 250 lits à créer, 1/5 [soit 50 lits] venant de la médecine interne, 4/5 [soit 200 lits] des spécialités médicales ou chirurgicales d'organe pourrait être une base de réflexion.*

*En tout cas, aucun lit de gériatrie aiguë ne doit venir de la transformation de lits de SSR puisque tout le monde s'accorde à dire que ces lits sont en nombre insuffisant et qu'ils constituent l'aval de l'aval des urgences. Si, architecturalement parlant, des lits de SSR de l'AP-HP devaient être transformés en lits de court séjour gériatrique, ils devraient être recréés dans le même secteur géographique du SAU concerné, soit par l'AP-HP, soit par une autre institution.*

- *Le recrutement de PH gériatres correspondant (soit une vingtaine supplémentaire, en plus du renouvellement des générations des gériatres actuels) peut s'envisager selon le schéma (grossier et approximatif) de base suivant.*
- *Par la formation initiale et la création de postes pour 25% environ, taux qui paraît envisageable actuellement compte tenu du développement lent de l'attractivité de la gériatrie dans le choix de carrière des internes. Il pourrait s'élever à 50% dans 3-4 ans.*
- *Par la reconversion de PH internistes et de spécialistes d'organe pour les 75% restant (éventuellement la moitié ensuite) avec une répartition entre eux au prorata de leur contribution au redéploiement de lits. Leur reconversion, au titre de la mobilité professionnelle, se ferait par obtention d'une formation spécifique.*

## Localisation des unités de court séjour gériatrique

Deux solutions se présentent: *in situ* et *ex situ*, selon que le court séjour gériatrique est installé dans un hôpital recevant des urgences ou n'en recevant pas.

Le rapport (pp.7 et 8) dit: *Les deux lieux d'implantation ne sont pas nécessairement antinomiques (exemples : Bichat & Bretonneau, la Pitié & Charles-Foix [avec installations à la fois in situ et ex situ]) mais une double localisation impose seulement une réflexion dès les urgences sur les besoins en plateau technique notamment d'imagerie lourde de chaque octogénaire. Il n'est pas certain que cette réflexion soit possible dans tous les cas, amenant certains gériatres à prôner la création de lits de court séjour gériatrique exclusivement sur les sites SAU [solution in situ]. Le groupe n'a pas souhaité aller jusque là dans sa réflexion. Le groupe pense que lorsque le choix existe, il vaut mieux créer sur le site où est placé le SAU pour des raisons d'accessibilité au plateau technique. Pour autant, le groupe ne veut en aucun cas porter un jugement négatif sur les lits existants de gériatrie aiguë [ex situ] à René-Muret, Émile-Roux ou Chales-Foix en liaison directe avec les SAU de proximité. En fait, le groupe pense que l'équipement en imagerie lourde (scanner, IRM) ne devrait plus être régié par un système aussi surréaliste que celui en vigueur qui aboutit à un équipement en IRM par habitant du niveau de la Turquie (!), et à une accessibilité nulle à l'IRM pour tous les malades hospitalisés en SSR ou SLD à l'AP-HP. Le groupe préconise que, pour des raisons d'efficacité médicale, de confort des malades, et d'éthique, tout hôpital gériatrique d'une taille suffisante (supérieure à 600 lits ou supérieure à 800 lits?) doit être équipé sur place d'un appareil d'imagerie moderne (scanner et/ou IRM) s'il en établit une demande argumentée.*

## Annexe 7

**Circulaire du ministère de la Santé  
sur l'organisation des soins gériatriques**  
(P<sup>r</sup> Lucien ABENHAÏM, Directeur général de la Santé, et M. Édouard COUTY,  
Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, mars 2002)

***Extraits concernant le court séjour gériatrique***

[Section 3 de la circulaire, pp.7-9]

### **Favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique**

Le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité. Cependant les personnes âgées entrent trop souvent dans ces services par défaut. Il importe donc de développer des unités de court séjour gériatrique destinées aux patients gériatriques et mieux adaptées à leurs besoins, c'est-à-dire à même d'apporter une approche globale, appropriée à leur polypathologie et/ou à leur risque de dépendance.

#### ***Développer le court séjour gériatrique***

Les patients gériatriques se caractérisent par un état de fragilité qui nécessite que leur prise en charge en milieu hospitalier soit assurée par des professionnels compétents en gériatrie. C'est pourquoi l'accent doit être mis durant les prochaines années, et ce dès l'année 2002, sur l'individualisation de services de court séjour gériatrique, au moins, dans un premier temps, au sein des centres hospitaliers disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU).<sup>1</sup> Leurs missions et leurs modalités de fonctionnement sont déclinées sous la forme d'un cahier des charges, en annexe 2 [v.infra]. L'expérience montre que c'est à partir des compétences réunies par de tels services que se diffusent progressivement les bonnes pratiques gériatriques tant en milieu hospitalier (délivrance d'avis gériatriques à la demande des services de spécialité) qu'en ville (structuration de l'interface ville-hôpital, actions de formation...). Ces services ont vocation à accueillir, entre autres, des personnes âgées souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées lorsque leur état justifie une hospitalisation de courte durée. La configuration des locaux sera adaptée en conséquence.

Pour aider les agences régionales de l'hospitalisation à amorcer ou développer les évolutions nécessaires dans ce sens, un crédit de 8,23 millions d'euros a été inscrit, au titre des mesures nouvelles, dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002. La répartition de ces crédits entre les régions sera effectuée en fonction de l'importance de la population de plus de 75 ans. Elle fait l'objet d'un tableau qui sera annexé à la circulaire budgétaire pour 2002 relative aux établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes.

Les ouvertures de services ou d'unités de court séjour gériatrique résulteront de la transformation de lits d'autres disciplines, avec les redéploiements de personnels induits par de telles opérations. Les crédits susvisés, au titre des mesures nouvelles, doivent donc permettre de financer quelques créations de postes de professionnels formés à la gériatrie (gériatre, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien, psychologue, assistant de service social)<sup>2</sup> au bénéfice de ces nouvelles unités ou pour renforcer celles qui ont besoin de l'être.

1 Dans les établissements de santé non sièges de SAU mais accueillant une forte proportion de personnes âgées polypathologiques, il est recommandé de structurer au sein des services de médecine polyvalente, des unités individualisées dédiées aux patients gériatriques et disposant d'un personnel formé à leur prise en charge.

2 Ces crédits participeront également au financement des postes d'infirmières de prévention identifiées dans les 50 établissements sièges de service d'accueil des urgences (SAU) disposant actuellement d'un service de court séjour gériatrique (cf. point 1 du programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles).

### ***Favoriser les admissions directes en court séjour gériatrique***

L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie, chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, *sans passage préalable par le service des urgences*. Cette procédure représente un bénéfice tel pour le patient qu'il est impératif qu'elle soit offerte dans tous les services de court séjour gériatrique.

Dans cette optique, le service s'organiserait pour répondre en permanence aux appels des médecins généralistes. La diffusion d'un numéro d'appel réservé aux médecins du secteur géographique desservi est de nature à faciliter cette coordination. Ainsi les médecins traitants pourront négocier l'admission directe de leurs patients résidents à domicile ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éphad) en évitant des passages indus aux urgences.

Dans l'immédiat, il apparaît indispensable de renforcer le partenariat entre les établissements de soins, plus spécialement les services de court séjour gériatrique, et les Éhpad, afin de faciliter la continuité de la prise en charge des personnes âgées. Le médecin coordonnateur sera un maillon important de cette coopération.

La capacité en lits du service de court séjour gériatrique et son organisation interne devront être pensées de manière à pouvoir concilier la gestion des flux d'admission en provenance des urgences et celui des admissions par la filière courte. Le service se fixera des objectifs chiffrés pour chacun des 2 modes d'admission, et tendra progressivement à privilégier la filière courte.

Toutefois, il reste des situations où le passage par le service des urgences ne peut être évité. C'est pourquoi il est indispensable d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans ces services. L'objectif de doter à terme tous les établissements hospitaliers sièges d'un SAU d'un service de court séjour gériatrique devrait permettre aux médecins urgentistes de faire appel à l'intervention précoce d'un gériatre ou d'un membre de l'équipe mobile gériatrique (*v.infra*). Celui-ci pourra ainsi procéder à une évaluation globale de l'état de santé du patient, souvent plus facile à réaliser au sein de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (lits porte) qu'aux urgences mêmes. Cette évaluation permettra de mieux orienter le patient. Des hospitalisations ou ré-hospitalisations pourront ainsi être évitées en organisant le retour à domicile du patient avec les aménagements et les aides nécessaires., éventuellement en faisant appel à un service d'«hospitalisation à domicile, tout en proposant, si nécessaire, un rendez-vous à l'hôpital de jour pour une évaluation gériatrique plus complète. L'admission du patient dans un service de gériatrie de court séjour ou son admission précoce en soins de suite et de réadaptation sera facilitée, lorsqu'elle s'avère nécessaire.

### ***Les équipes mobiles***

Dans les centres hospitalo-universitaires et centres hospitaliers régionaux, ainsi que dans les centres hospitaliers à forte capacité, il peut être utile de créer des équipes mobiles gériatriques. Toutefois, elles ne peuvent être mises en place que s'il existe un service de court séjour gériatrie dans l'établissement de rattachement. Ces équipes ont notamment pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences. L'annexe 3 [*v.infra*] énumère l'ensemble de leurs missions ainsi que leurs moyens et leurs modalités d'intervention.

### ***La prise en charge des patients gériatriques relevant aussi de la compétence psychiatrique***

Avec l'avancée en âge surviennent fréquemment des troubles psychiques et comportementaux nécessitant de faire appel à la compétence psychiatrique. Or, bien souvent, les polyopathologies qui caractérisent les malades âgés nécessitent qu'ils soient soignés autant pour leurs pathologies somatiques que psychiques. Lorsqu'ils sont hospitalisés en service de gériatrie, l'interaction des 2 types de pathologie rend obligatoire une étroite collaboration entre psychiatre et gériatre. Cette collaboration, inscrite dans la politique sectorielle, doit être fortement incitée, tant à l'intérieur d'un même établissement, dans le cadre d'un travail de liaison organisé entre les services, qu'entre plusieurs établissements de santé.

[Annexe 2 de la circulaire, pp.15 et 16]

## Les soins de courte durée gériatrique

### Définition

Le service de médecine gériatrique (au sens de soins de courte durée gériatriques) est celui qui admet des *malades âgés, polyopathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale* et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service spécialisé d'organe. Par conséquent, il dispose d'un savoir-faire gériatrique, permettant une prise en charge globale de la personne. Cette prise en charge est le fait d'une équipe pluridisciplinaire, volontaire et formée à la gérontologie.

### Missions

- Procéder à une *évaluation globale et individualisée* du patient âgé, à la fois médicale, psychologique et sociale ;
- établir les *diagnostics* utiles à la santé du malade et/ou au maintien de sa qualité de vie ;
- proposer des *traitements adaptés* à l'état des personnes ;
- envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation.

### Implantation

Les services de court séjour gériatriques doivent être développés au minimum *dans chaque hôpital disposant d'un SAU* (pour mémoire, dans les 207 établissements de santé autorisés à disposer d'un SAU en France, seulement 50 ont un service de court séjour gériatrique). Pour ces services, la qualité du plateau technique l'emportera sur la notion de proximité.

### Moyens humains

L'équipe est *pluridisciplinaire*: gériatre, neurologue, psychiatre, infirmière, aide soignant(e), kinésithérapeute, travailleur social, psychologue...

*La formation du personnel à la prise en charge de la personne âgée est essentielle.* Cette formation doit être adaptée à la spécificité de la population accueillie.

L'équipe gériatrique doit également pouvoir faire appel, pour bénéficier d'*avis spécialisés*, aux médecins des spécialités les plus impliquées dans les pathologies de la personne âgée, selon des modalités formalisées.

### Équipement

Le service de soins de courte durée gériatriques devra disposer d'un *plateau technique* comprenant au moins un équipement de radiologie conventionnelle, de scanographie, d'explorations ultrasonographiques et des locaux de rééducation fonctionnelle, kinésithérapie et ergothérapie.

Il doit aussi disposer d'un *matériel adéquat* permettant une bonne prise en charge du patient âgé (ex : lits à hauteur variable, fauteuil ergonomique...) ainsi que de locaux de rééducation.

### Place dans les filières

L'admission doit se faire soit par l'intermédiaire du médecin traitant, dont le cabinet est situé dans le territoire d'action de l'hôpital, sur simple appel téléphonique, soit par le biais du service d'accueil des urgences. *L'admission non organisée doit tendre à être minoritaire.*

Dans tous les cas, *la filière devra être la plus courte possible* pour diminuer les transferts successifs.

Dès le patient admis en service de soins de courte durée, il faut veiller à préparer *la sortie, pour qu'elle ait lieu dans de bonnes conditions*, en collaboration avec le patient, sa famille ou son entourage, le médecin traitant et les différents services d'aide (équipes médico-sociales, services de soins à domicile, services pour l'adaptation des logements...).

[Annexe 3 de la circulaire, p.17]

## **Les équipes mobiles gériatriques**

### *Missions*

L'équipe mobile gériatrique permet de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée.

Ses missions sont multiples :

- conseil, information et formation pour les équipes soignantes ;
- évaluation globale de la personne âgée, c'est-à-dire une évaluation médico-psycho-sociale pour une prise en charge adéquate de situations complexes ;
- participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie ;
- orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière ;
- orientation à la sortie d'hospitalisation ;
- participation à l'organisation de la sortie.

Toutefois, la prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service dans lequel il est hospitalisé.

### *Fonctionnement*

L'équipe mobile gériatrique intervient à la demande des services d'accueil des urgences et de l'ensemble des services hospitaliers. Elle doit être adossée à une activité gériatrique structurée et reconnue.

### *Implantation*

Il est souhaitable qu'une équipe mobile gériatrique soit développée au minimum dans les CHU.

### *Moyens humains*

L'équipe est constituée de professionnels ayant une expérience gériatrique incontestable. Elle est composée au minimum : d'un gériatre, d'un(e) infirmier(ère), d'une assistante sociale et d'un secrétariat accessible à tout moment.

## Annexe 8

### **Les soins de suite et réadaptation à l'AP-HP Analyse des données PMSI 2000**

**Délégation à l'information médicale et à l'épidémiologie (Dime)  
D<sup>r</sup> Josiane Holstein**

### Description

4 000 lits (3 300 en soins de suite, SS, 700 en rééducation, R), répartis en 73 services :

- gériatrie	48 services
- médecine physique et rééducation (MPR)	10 services
- rééducation pédiatrique	3 services
- polyhandicap	4 services
- rééducation cardiologique	3 services
- rééducation digestive	1 service
- soins de suite non gériatriques	4 services

Le PMSI-SSR a été mis en place en 1998 :

- un seul outil pour tout le secteur SSR
- groupage effectué chaque semaine
- résultat du groupage : 14 CMC (catégories majeures cliniques), subdivisées en 280 groupes homogènes de journées (GHJ), en fonction de l'âge, de la morbidité, de l'intensité de la rééducation et de la dépendance, de procédures cliniques lourdes.

Problèmes spécifiques résultants :

- le groupage hebdomadaire rend difficile la lisibilité du séjour ;
- les différents types de SSR (gériatrie, MPR, polyhandicap) rendent les résultats difficilement interprétables pour les cliniciens.

L'OAP-SSR (outil d'analyse du PMSI des SSR) est un outil informatique mis au point pour aider la lecture des données PMSI des SSR par les producteurs de l'information :

- assurer une lisibilité médicale,
- classer les séjours (étude des flux),
- stratifier l'analyse selon le type de SSR.

### Principe de classement de la morbidité avec OAP-SSR

En fonction des diagnostics de la première semaine d'admission, le résumé est orienté dans une ligne de produit à l'intérieur de sa CMC (catégorie majeure clinique).

Chaque ligne de produit est divisée en séjours lourds/non lourds et avec ou sans complexité médicale.

#### *Lourdeur des séjours*

Un séjour est considéré comme lourd lorsqu'il conjugue une dépendance physique importante et une rééducation individuelle importante.

On calcule l'intensité moyenne quotidienne de rééducation individuelle (mécanique, sensori-motrice, nutritionnelle, neuro-psychologique, uro-sphinctérienne) par jour ouvrable + la dépendance physique moyenne sur le séjour.

Différents seuils sont testés :

- dépendance physique moyenne > 8 (max=16) sur le séjour,

- rééducation individuelle d'au moins 30 min/j pendant tout le séjour.

### Complexité médicale des séjours

La comorbidité tient une place très importante : certaines comorbidités font partie d'intrications pathologiques favorisant une pathologie en cascade (source de décompensations viscérales).

Quand ces comorbidités sont signalées dans le premier rapport hebdomadaire d'activité (RHA), le séjour est dit complexe :

- insuffisance cardiaque,
- insuffisance respiratoire chronique,
- cancer, VIH,
- démence,
- retard mental,
- dénutrition sévère,
- dialyse rénale.

## Classement de 21 467 séjours par l'outil d'analyse du PMSI-SSR (2000)

Catégorie majeure clinique (CMC) PSM: poursuite de soins médicaux	Nb séjours	Part du total des CMC	% séjours lourds	% séjours avec complexité médicale
11: PSM cardiovasculaires & respiratoires	3172	14,7%	1,9%	22,9%
12: PSM neuro-musculaire	6826	31,5%	19,1%	24,9%
13: PSM santé mentale	3150	14,6%	1,5%	20,0%
14: PSM sensoriel et cutané	945	4,4%	1,8%	29,0%
15: PSM viscéral	1550	7,2%	1,8%	24,8%
16: PSM rhumato/orthopédie	1241	5,7%	4,2%	10,6%
17: PSM post-traumatique	2716	12,5%	5,6%	23,7%
18: PSM amputations	55	0,3%	5,5%	27,3%
40: Réadaptation & réinsertion	410	1,9%	2,7%	22,0%
50: PSM nutrition	544	2,5%	1,3%	21,1%
60: Autres situations	858	4,0%	5,8%	40,9%
Total général	21467	100%	8,1%	23,6%

Quatre CMR représentent 60,9 % du total des séjours : cardiovasculaire & respiratoire (14,7 %), neuro-musculaire (31,5 %), santé mentale (14,6 %), et post-traumatique (12,5 %). Les séjours classés lourds (moyenne, 8,1 %) sont les plus fréquents en neuro-musculaire (19,6 %). Le taux des séjours avec complexité médicale (moyenne, 23,6 %) varie entre 10,6 et 40,9 %.

## Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) en SSR

En 2000, pour l'AP-HP :

- 2 191 séjours,
- représentant 32,1 % de la CMC neuro-musculaire (6 826 séjours),
- avec 23,2 % des 2 191 séjours AVC classés lourds,
- et 14,2 % classés avec complexité médicale.

Répartition dans les services SSR suivant les caractéristiques :

Séjours AVC	Total 2191 (100%)	Lourds 508 (23,2%)	Avec complexité médicale 311 (14,2 %)
SSR cardiologie	0,1%	0,4%	0,0%
SS gériatrie	47,8%	26,8%	88,5%
MPR	39,5%	57,1%	7,1%
SSR polyhandicap	0,6%	0,0%	1,0%
SS hors gériatrie	12,0%	15,7%	3,5%

Gériatrie et médecine physique rééducation (MPR) se partagent à peu près également les séjours pour AVC. Les séjours lourds sont plus fréquents en MPR qu'en gériatrie, mais l'inverse est vrai pour les séjours avec complexité médicale.

## Prise en charge des patients après fracture du col fémoral en SSR

En 2000, pour l'AP-HP :

- 1 356 séjours,
- représentant 49,9 % de la CMC post-traumatique (2 716 séjours),
- avec 5,2 % des 1 356 séjours pour fracture du col classés lourds (contre 25 % à Saint-Maurice, et 50 % à Plaisir),
- et 29,7 % classés avec complexité médicale (contre 8 % à Saint-Maurice, et 23 % à Plaisir).

Répartition dans les services SSR suivant les caractéristiques :

Séjours pour fract col fémoral	Total 1356 (100%)	Lourds 71 (5,2%)	Avec complexité médicale 403 (29,7%)
SS gériatrie	85,9%	58,6%	94,0%
MPR	12,6%	37,1%	4,7%
SSR polyhandicap	0,3%	1,4%	0,2%
SS hors gériatrie	1,1%	2,9%	0,7%

La gériatrie assume l'essentiel des séjours pour suites de fracture du col fémoral.

## Activité SSR AP-HP (2000) : mode d'entrée

### Par séjours

Type de service SSR	N séjours	Transfert d'hôpitaux AP-HP	Entrées directes	Transfert d'hôpitaux hors AP-HP
Gériatrie	13963	63,7%	12,1%	24,2%
MPR	4011	45,0%	36,9%	18,1%
Pédiatrie	607	3,1%	96,5%	0,3%
cardiologie	1984	67,2%	12,1%	20,7%
Gastro	545	52,1%	12,1%	35,8%
Polyhandicap	1586	33,4%	45,4%	21,1%
Suite hors gériatrie	923	72,6%	15,2%	12,1%
Total	23619	57,3%	20,9%	21,8%

### Par patients

Type de service SSR	N patients	Transfert d'hôpitaux AP-HP	Entrées directes	Transfert d'hôpitaux hors AP-HP
Gériatrie	11452	64,9%	11,3%	23,7%
MPR	2643	56,4%	21,8%	21,8%
Pédiatrie	129	10,9%	87,6%	1,6%
cardiologie	1721	69,0%	11,0%	19,9%
Gastro	477	52,8%	10,5%	36,7%
Polyhandicap	1160	39,1%	36,5%	24,2%
Suite hors gériatrie	745	78,5%	8,3%	13,0%
Total	18327	62,3%	14,8%	22,9%

## Activité SSR Année 2000 : mode d'entrée en soins de suite gériatriques

Dépt	Hôpital	N séjours	Transf. d'hôp. AP-HP	Entrées directes	Transf. d'hôp. hors AP-HP
75	Bichat	206	89,3%	1,9%	8,7%
75	Broca	798	75,2%	7,8%	17,0%
75	Fernand-Widal	227	94,7%	3,1%	2,2%
75	La Pitié-La Salpêtrière	267	82,4%	12,7%	4,9%
75	Rothschild	101	89,1%	10,9%	0,0%
75	Sainte-Périne	832	57,9%	7,5%	34,6%
75	Vaugirard	309	58,6%	7,1%	34,3%
	Cumul 75	2740	72,0%	7,4%	14,4%
94	Bicêtre	355	78,6%	19,7%	0,8%
94	Albert-Chenevier	242	95,9%	1,2%	2,9%
94	Émile-Roux	2130	39,9%	28,6%	31,5%
94	Charles-Foix	1302	87,3%	3,8%	8,9%
94	Paul-Brousse	789	77,9%	12,3%	9,8%
	Cumul 94	4818	64,6%	17,2%	18,1%
91	Dupuytren	1323	60,4%	11,7%	27,9%
91	Georges-Clémenceau	1220	52,0%	20,7%	27,2%
91	Joffre	685	53,9%	8,8%	37,4%
	Cumul 91	3228	55,9%	14,5%	29,6%
92	Corentin-Celton	691	69,2%	5,5%	25,3%
93	René-Muret	1042	70,1%	11,4%	18,5%
95	Charles-Richet	1105	56,0%	0,0%	44,0%
60	Villemin-Paul-Doumer	339	53,1%	10,3%	36,6%
	Cumul général	13963	63,7%	12,1%	24,2%

## Activité SSR Année 2000 : issue du séjour en SSR selon le type de service

Type de SSR	Effectif total	Retour au domicile	Transf. SSR	Transf. long séjour	Transf. mais. retr.	Transf. court séjour	HAD	Décès
SS gériatrie	10339	39,2%	1,4%	21,4%	17,2%	7,2%	0,3%	13,3%
DMS	72 j	57 j	56 j	112 j	83 j	47 j	68 j	56 j
MPR	2517	81,4%	4,8%	2,1%	2,0%	7,9%	0,5%	1,3%
DMS	53 j	45 j	76 j	119 j	107 j	71 j	54 j	180 j
R. cardio	1712	78,7%	3,4%	0,1%	0,5%	12,9%	3,6%	0,8%
DMS	23 j	23 j	34 j	6 j	33 j	21 j	34 j	15 j
R. digestive	477	65,8%	10,3%	0,2%	0,6%	10,7%	0,0%	12,4%
DMS	39 j	34 j	50 j	22 j	112 j	47 j		46 j
Polyhandicap	621	75,4%	5,8%	1,3%	0,2%	13,5%	0,0%	3,9%
DMS	254 j	108 j	815 j	669 j	43 j	626 j		830 j
SS hors gériatrie	696	75,1%	2,4%	4,6%	4,5%	10,6%	0,1%	2,6%
DMS	76 j	48 j	162 j	315 j	163 j	84 j	43 j	194 j
Cumul	16491	53,8%	2,6%	14,0%	11,3%	8,3%	0,6%	9,3%
DMS	70 j	50 j	127 j	117 j	84 j	84 j	46 j	71 j

## Annexe 9

### **Description épidémiologique des patients de soins de longue durée à l'AP-HP Enquête Aggir-Morbidité-Soins (AMS)**

11-17 juin 2001 (RÉF.11)

#### Description

Pendant la semaine du 11 au 17 juin 2001, 4 791 patients hospitalisés en unité de soins de longue durée dans 21 hôpitaux (46 services) de l'AP-HP ont été évalués à l'aide du questionnaire AMS. Rapporté au nombre de lits, le taux de réponse a été de 90,3%. Les 3 quarts des malades séjournaient dans un établissement situé à Paris ou en petite couronne (92, 93, 94).

Établissement	N patients	Établissement	N patients
Albert Chenevier	94	Joffre	264
Bicêtre	94	La Collégiale	75
Bichat	75	La Rochefoucauld	75
Broca	75	Louis-Mourier	93
Charles-Foix	94	Paul-Brousse	94
Charles Richet	95	La Pitié-la Salpêtrière	75
Corentin-Celton	92	René-Muret	93
Dupuytren	91	Sainte-Périne	75
Émile-Roux	94	Vaugirard	75
Fernand-Widal	75	Villemin Paul-Doumer	60
Georges-Clémenceau	91	Total général	4791

#### Synthèse

<b>Âge moyen: 83,6 ans</b>	hommes (24,8%), 77,6 ans; femmes (75,2%), 85,6 ans	
<b>Origine (dernier lieu de résidence)</b>	Paris	51,5%
	1 <sup>re</sup> couronne	37,8%
	2 <sup>e</sup> couronne	8,2%
	Hors Île-de-France	2,5%
<b>Ancienneté du séjour</b>	< 3 mois	9,3%
	3-6 mois	4,5%
	6 mois-2 ans	32,8%
	> 2 ans	53,3%
<b>Groupe isoressources (GIR)<sup>1</sup></b>	GIR1	40,8%
	GIR2	36,4%
	GIR3	9,7%
	GIR4	7,7%
	GIR5	2,6%
	GIR6	2,8%
	cumul	40,8%
		77,2%
		86,9%
		94,6%
		97,2%
		100,0%
<b>Démence</b>	71,9% des patients	
<b>Morbidité</b>	6 diagnostics chroniques par patient en moyenne	
	84,4% des patients ont au moins un trouble mental parmi leurs maladies	
	63,7% des patients ont au moins une maladie de l'appareil circulatoire	
	24% des patients présentaient au moins une maladie aiguë pendant la semaine de l'enquête	

1 Indice de dépendance avec gradation de 1 à 6:

GIR1 correspond à une personne confinée au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées;  
GIR6 correspond à toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.