

# Désengorgement des urgences : les réponses du terrain

**Annoncée fin avril par la ministre de la Santé, la création de postes de gestionnaires de lits d'aval dans 150 hôpitaux est le résultat d'une expérimentation réussie au groupe hospitalier Paris Saint-Joseph. Focus sur trois autres initiatives, destinées à remédier à la saturation des urgences.**

## Gaëlle Desgrées du Lou

Le casse-tête dure depuis des années. Comment réduire à la fois les délais d'admission des patients dans les services, les transferts des urgences vers les autres hôpitaux, le report des interventions programmées, le temps passé (et l'énergie dépensée) par les équipes à trouver des lits d'hospitalisation ? Si l'opinion s'est longtemps focalisée sur le flux des patients qui se présentent aux urgences, le problème essentiel est de trouver des lits d'hospitalisation en aval. « *Le scandale, c'est tous ces patients qui passent parfois 24 à 48 heures sur un brancard aux urgences dans des conditions inhumaines et qui constituent sur le plan médical une véritable perte de chance, surtout pour les plus âgés, ce qui n'empêche pas les hôpitaux de facturer cette "prestation" au prix fort* », déclarait ainsi en 2012, aux premières Assises de l'urgence, le Pr Bruno Riou, du service d'accueil des urgences au CHU de La Pitié-Salpêtrière (Paris). Au centre hospitalier de Roanne (Loire), à l'hôpital Bichat (Paris) et au CHU de Nantes (Loire-Atlanti-

que), les solutions mises en place, intra- et extrahospitalières, ont permis d'améliorer l'organisation des flux.

### La filière gériatrique de l'hôpital de Roanne

En partant du principe que la problématique du premier recours doit être intégrée dans la réponse hospitalière, Véronique Bourrachot, directrice du centre hospitalier de Roanne, a choisi de travailler en priorité sur l'amont des urgences et sur les relations avec les médecins généralistes pour construire des circuits de prise en charge. Objectif : éviter les hospitalisations non programmées et non coordonnées des personnes âgées. Des plages horaires ont été aménagées spécifiquement pour permettre des bilans hospitaliers réguliers, l'intervention des équipes mobiles en établissement et à domicile s'est développée, et le suivi de la personne âgée polypathologique après sa sortie d'hôpital va bientôt démarrer. « *La difficulté est que chaque professionnel veut souvent rester maître de sa prise en charge* », souligne néanmoins Véronique Bourrachot. Des lignes dédiées entre les médecins généralistes et médecins hospitaliers ont été mises en place, en cardio-

logie et en gastro-entérologie. Et depuis 18 mois, une astreinte téléphonique a été créée afin que les généralistes puissent joindre un gériatre à tout moment. « *Nous souhaitons également développer les plages dédiées pour les hospitalisations courtes et les consultations spécialisées, en les réservant aux médecins généralistes* », indique la directrice de l'hôpital, qui, depuis plusieurs mois, rencontre la cinquantaine de généralistes des secteurs des environs, privilégiant la proximité et les liens directs. Autre levier d'action : l'embauche par l'hôpital de médecins généralistes salariés pour rejoindre la maison de santé de Régny et un cabinet médical à Belmont, des structures qui pratiquent le tiers payant. Un accord a été passé avec la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) pour

## Une annonce insuffisante, selon la FHF

La Fédération hospitalière de France (FHF) estime que la décision de créer 150 postes de gestionnaires de lits est une « *réponse partielle aux réelles difficultés rencontrées par les équipes d'urgentistes face à l'afflux croissant des patients et aux difficultés de les orienter rapidement, notamment lorsqu'ils sont âgés, vers une unité d'hospitalisation adaptée* ». Elle appelle à « *revoir les modalités de participation des médecins libéraux à la permanence des soins* » et à stopper la politique de fermeture des lits « *afin de préserver en période aiguë des capacités d'accueil des patients, en particulier des plus âgés, en médecine comme en soins de suite* ». « *Non, les libéraux ne sont pas la variable d'ajustement d'un hôpital public qui a les yeux plus gros que le ventre. [...] Non, les médecins libéraux ne peuvent pas travailler jour et nuit* », répond la Fédération des médecins de France (FMF)

« Ce n'est pas un coup de baguette magique ! »

Trois questions au Pr Pierre Carli, président du Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH), chargé par Marisol Touraine d'une mission sur les services d'urgences



**Alors que la ministre de la Santé vous a confié une mission pour « identifier les services les plus en difficulté et auxquels il faut apporter des réponses rapides », quel est votre diagnostic sur la situation des urgences ?**

L'hiver a été long, difficile, et la mise sous tension des services d'urgences a mis en évidence le problème de l'aval des urgences, c'est-à-dire le manque des lits d'hospitalisation pour les patients polypathologiques, qui est lié de manière plus globale au problème de l'organisation des lits à l'hôpital. Demander à une aide-soignante de trouver des lits d'aval ne résoudra pas la question. Ce n'est pas un coup de baguette magique ! Il faut mettre en place une dynamique impulsée par la direction de l'hôpital et le patron de la CME pour créer une mission de gestion des lits. Tout le monde veut éviter que les gens ne viennent en trop grand nombre aux urgences, mais là n'est pas la question majeure. Le problème consiste avant tout à hospitaliser les personnes qui en ont besoin. Il faut aussi savoir que la création de maisons médicales de garde adossées aux urgences n'allège que très peu les urgences, car la zone de recouvrement de patients entre les deux structures est de 5 à 10 % au maximum. Ces maisons améliorent donc la PDSA (permanence des soins ambulatoires) mais très partiellement la prise en charge des urgences.

**Quelles sont les propositions majeures du rapport que vous remettez courant juin à Marisol Touraine ?**

Il faut des mesures d'action rapide. Parmi elles : la création d'une commission des soins non programmés qui réunisse les représentants de tous les pôles de l'hôpital pour assurer l'aval des urgences, la structuration des pôles incluant l'aval des urgences et un plan de « secours », le Plan « hôpital plein ». La mise en place de circuits d'hospitalisation des patients qui ne passent pas par les urgences et sont directement admis dans les services est aussi importante. Un circuit peut ainsi permettre à un EHPAD de faire hospitaliser ses patients directement en gériatrie ou d'accéder à des consultations non programmées spécialisées.

**La création de postes de gestionnaires de lits d'aval dans 150 hôpitaux ne suffit-elle donc pas ?**

Si on limite l'action à quelques gestionnaires de lit d'aval, nous allons être déçus ! C'est la « gestion des lits » tout au long du parcours de soins qu'il faut développer, c'est un problème d'organisation qui dépasse le simple aval des urgences. Plusieurs mesures doivent donc s'appliquer simultanément : engagement de la gouvernance, réduction des DMS, mutualisation de lits, sorties anticipées dans la journée... Il y a encore du travail mais l'action du gouvernement va dans le bon sens.

que le remboursement des consultations réalisées par ces médecins revienne à l'hôpital, leur activité étant assimilée à des soins externes et des consultations hospitalières. « *Tout le dispositif mis en place ne peut fonctionner que si nous avons suffisamment de médecins généralistes, et nous avons tous un rôle à jouer pour cela. J'ai été appelée fin 2011 par le maire de Régny, et j'ai recruté un médecin qui cherchait un exercice salarié* », raconte-t-elle, persuadée qu'avant d'envoyer partout des gestionnaires de lits, il faut régler le problème

de la coordination des acteurs de santé en amont... mais aussi en aval. Aussi, depuis 9 mois, le CH de Roanne a mis en place une cellule de gestion des sorties complexes, composée d'un cadre de santé à plein temps, d'une assistante sociale à mi-temps et d'un médecin qui consacre une demi-journée par semaine à des tâches de coordination.

**Le tri sélectif à l'hôpital Bichat-Claude-Bernard**

Les délais d'attente et le temps total de passage ont nettement diminué aux urgences de l'hôpital

Bichat. Ce bilan d'une étude menée auprès de 11 150 patients confirme l'utilité de la mise en place d'une orientation non plus fondée sur la typologie du motif de consultation (médecine ou chirurgie) mais sur le tri des patients par une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) et sur la mise en place de circuits prédéfinis. Organisation, encadrement, culture de l'efficacité et suivi des indicateurs qualité sont les maîtres mots de la réorganisation du service d'accueil des urgences, menée depuis 2006 par le Pr Enrique Casalino, chef des urgences du GH des hôpitaux universitaires Paris-Nord Val-de-Seine (HUPNVS). Le fonctionnement repose sur une conception architecturale fondée sur des zones fonctionnelles, sur une conception des distributions des personnels médicaux et paramédicaux basée sur une mobilité permanente et sur une traçabilité des intervenants. Cinq catégories correspondent à différents codes couleurs. Pour les patients allongés (circuit rouge, catégories 1, 2 et 3 : urgences absolues, relatives et consultations), le circuit est long. Il existe deux circuits courts, l'un pour les patients assis pour lequel un passage aux urgences est justifié (bleu, catégorie 4), l'autre en blanc qui invite les patients à repartir après un examen fait par un médecin. La part des patients en circuit court a ainsi grimpé de 28 à 62 % depuis 2006. Aujourd'hui pourtant, malgré ces améliorations, le service fonctionne en permanence en flux tendu. Le chef des urgences réclame avant toute chose un renforcement des effectifs.

**L'« ordonnancement » de la gestion du circuit du patient au CHU de Nantes**

Ingénieur des Mines, Dominique Dejean a créé en 2008 le ca-

binet de conseil Effigen, dont l'un des métiers est l'optimisation de la gestion des lits et l'« ordonnancement » du circuit du patient, un terme venu du monde de l'industrie. Après la mise au point du concept et des techniques associées dans l'établissement privé des Nouvelles Cliniques nantaises et le suivi du projet pendant huit ans, il a travaillé pour la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) et piloté le projet de mise en place de la cellule de gestion des lits pour le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph. C'est aujourd'hui dans le cadre du programme conçu par l'Agence nationale d'appui

à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) qu'il mène un projet similaire au CHU de Nantes, dans une dizaine de spécialités. « Nous sommes en train de monter une cellule d'ordonnancement de trois personnes qui travaillera sur la coordination du bloc opératoire, la gestion des lits et la capacité à répondre aux médecins généralistes correspondants. Le projet remet en cause une organisation qui date de deux siècles », indique-t-il. Ordonner la gestion du circuit patient signifie « gérer de manière décloisonnée et coordonnée l'ensemble des ressources

qui concourent à la production des soins (notamment consultations, lits, imagerie et bloc) pour fluidifier le circuit patient dans sa globalité », selon le cabinet Effigen. En attendant la mise en place du DMP, un système d'information hospitalier provisoire a été créé et mis en place dans les établissements concernés. Les bénéfices de la technique d'ordonnancement ? « Une admission plus rapide pour les entrées directes, une réduction des temps d'attente aux urgences, une hausse du temps médical et une augmentation de l'activité de 16 % », assure Dominique Dejean. •

## Brèves de nos régions

### L'Aquitaine élue pour les expérimentations PAERPA

L'Aquitaine est une des huit régions sélectionnées par la ministre de la Santé pour mener des expérimentations sur le parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Le territoire de Bordeaux, qui regroupe près de 20 000 personnes de plus de 75 ans, sera le terrain privilégié de cette ex-

périmentation, qui débutera en janvier 2014. Plusieurs initiatives visant à favoriser le décloisonnement et la fluidité des parcours de soins ont déjà été mises en place, parmi lesquelles les téléconsultations entre Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et établissements de santé et un dispositif d'accès téléphonique à des médecins gériatres pour les médecins libéraux.

### Le Valenciennois-Quercitain aussi ...

Le projet du Nord-Pas-de-Calais a également été retenu parmi les 19 candidatures comme pilote national PAERPA grâce à l'utilisation de nouveaux modes d'organisation des soins avec la prise en compte des dimensions sociales et médico-sociales. La dynamique est engagée depuis 2011 avec

l'appui des 52 Ehpad de la région et des cinq centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Elle a permis la création d'une MAIA (Mission pour l'autonomie et l'intégration des établissements et services au bénéfice des personnes âgées) et d'une plateforme de répit.

### Toulouse : partenariat public/ privé en cancérologie

Le CHU de Toulouse et l'Hospitalisation à domicile (HAD) de la clinique Pasteur, établissement privé lucratif, ont conclu une convention de coopération pour la prise en charge à domicile d'enfants atteints d'un cancer nécessitant une chimiothérapie. Pour les 150 à 180 nouveaux jeunes patients de 0 à 18 ans soignés chaque année dans l'unité d'hématologie de l'hôpital des enfants du CHU, la chimiothérapie de l'enfant est désormais débutée le premier jour au centre de référence, le CHU, puis est poursuivie en HAD.

# 98 %

c'est la proportion des 420 établissements de santé franciliens qui utilisent l'outil sécurisé TRAJECTOIRE d'aide à l'orientation des patients hospitalisés au sein des services de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique, nécessitant des soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de l'hospitalisation à domicile.

(Source : ARS Île-de-France)

