

**Propositions de recommandations
de bonne pratique
facilitant l'hospitalisation des patients
en provenance des services d'urgences**

Rapport du Pr Pierre Carli
Président du CNUH

**Animateur du groupe de travail
« Aval des urgences »**



Septembre 2013

1. Rappel de la mission

La mission ministérielle porte sur la proposition par le président du CNUH de recommandations de bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation des patients en provenance du service des urgences.

Ces recommandations doivent concerner aussi bien les périodes de suractivité épisodiques (hôpital plein) que l'activité habituelle de l'établissement. Les recommandations doivent être partagées avec des représentants de l'ensemble de la communauté hospitalière. Cette demande s'inscrit dans le cadre d'un objectif national permettant de diminuer le temps d'attente aux urgences en améliorant l'aval.

2. Le contexte

L'encombrement des urgences est devenu une préoccupation nationale relayée par les médias. Plusieurs réunions professionnelles (notamment les « Assises de l'urgence » de SUDF en 2012) ont abordé ce sujet. Au cours de l'hiver 2012 – 13, une saturation importante et durable des structures d'urgence (ou services d'urgences) a été constatée. Cette tension perceptible partout a été critique dans certains services s'accompagnant d'un fort retentissement sur le fonctionnement des structures, et émaillé de multiples réactions des personnels et de démissions spectaculaires de chefs de services. Les médecins urgentistes et plus généralement les professionnels de l'urgence ont identifié la responsabilité majeure de l'aval des urgences dans ce phénomène. La prise de position de SUDF, assortie d'un préavis d'actions syndicales, fixant une date butoir au 15/10/2013 pour que des solutions soient trouvées, a confirmé la nécessité d'un plan d'action rapide.

3. La responsabilité de l'aval des urgences

Il est bien établi, notamment dans la littérature internationale, que la surcharge des services d'urgences est un facteur de non qualité provoquant une morbi-mortalité supplémentaire et allongeant la durée de séjour des patients. De même, des travaux internationaux objectivent une relation directe entre la surcharge des urgences et la saturation des lits d'aval. Il est donc admis que la saturation des urgences est avant tout la conséquence d'une saturation

de tout l'hôpital. Le manque de lits d'aval disponibles est imputable à des causes multiples. Il est souvent lié à une diminution saisonnière des sorties de l'établissement. Cette diminution n'est pas uniquement causée par la fermeture de lits mais surtout liée à la gravité des patients, à leur âge, aux poly pathologies dont ils souffrent et à des épidémies hivernales. Ces patients nécessitent une hospitalisation qui impose le plus souvent le passage par une structure d'urgence.

Le sujet de l'aval des urgences s'inscrit dans celui, plus large, du parcours de soins des patients qui va devenir le fil conducteur de la tarification des soins, et un moteur important de l'organisation hospitalière comme de la médecine ambulatoire. Les efforts réalisés sur la limitation des flux des patients se rendant aux urgences (PDSA, Régulation Médicale du SAMU Centre 15) ont leur importance, ils sont complémentaires de la réflexion sur l'aval, mais ils dépendent de paramètres qui ne sont pas du domaine d'action des professionnels hospitaliers. Le contrôle de « l'amont » en tentant d'empêcher la venue aux urgences de patients qui « n'en n'auraient pas besoin » est un lieu commun dont l'effet en pratique serait de toute façon limité (ne serait ce que par l'offre de soins ambulatoire existante). Cette notion est renforcée par des études récentes qui ont montré que l'arrivée supplémentaire de « malades légers » aux urgences influençait peu le temps de passage de l'ensemble des malades, montrant l'inutilité de diminuer leur arrivée aux urgences pour diminuer les délais d'attente. En conséquence, c'est principalement sur l'aval des urgences que la mobilisation des professionnels hospitaliers peut donner des résultats.

Le problème de l'aval des urgences dépasse largement la difficulté exprimée par les urgentistes de « trouver des lits ». Ce n'est pas un problème d'organisation ou une défaillance des équipes médicales d'urgence. La saturation des urgences est avant tout un problème de l'établissement de santé. Elle est le plus souvent la conséquence et non la cause d'un défaut d'organisation de l'établissement. Un parcours de soins intra hospitalier non optimisé, ayant pour conséquence une augmentation de la DMS, s'accompagnant par exemple d'une mauvaise gestion du plateau technique et de la sortie des patients, prédispose au manque de lits d'hospitalisation. Sous l'influence de facteurs externes, saisonniers ou conjoncturels, ce point de fragilité conduit à la mise en tension de l'hôpital et à la saturation du service d'urgence. Le dispositif qui doit être mis en place ne dépend donc

pas de l'organisation du service des urgences et de son Chef de Service mais de l'ensemble de la communauté médicale sous la direction du Directeur d'Etablissement (DG) et du Président de la CME (PCME). De ce fait, la gestion de l'aval des urgences présente aussi de nombreux intérêts pour l'ensemble de l'établissement. En effet, toutes les mesures qui amélioreront le flux d'aval des urgences sont en fait des mesures qui optimisent le fonctionnement de l'hôpital et l'accès aux soins. L'activité d'urgence est par définition non programmée mais son flux est parfaitement prévisible et tout particulièrement son flux d'aval. Elle peut donc être intégrée dans la gestion générale des lits de l'hôpital au même titre que l'activité programmée. De ce fait la gestion de l'aval des urgences bénéficie à l'ensemble de la collectivité médicale et pas seulement aux services d'urgences.

4. La méthodologie

La réflexion a été menée par le président du CNUH entouré d'un groupe de travail. Les propositions ont été largement commentées par des membres du CNUH et des experts extérieurs. En plus des entretiens et des commentaires des relecteurs, ces propositions ont aussi intégrées les données de la littérature internationale, ainsi que les travaux et les réflexions nationales disponibles notamment les actes des 1^{ères} assises de l'urgence de SUDF (Septembre 2012), les expériences exposées au cours du séminaire de la FHF sur l'aval des urgences (Mai 2013). Les objectifs, la méthodologie et les principales recommandations, ont été présentés aux réunions de la Conférence des présidents CME de CHU, des Directeurs généraux de CHU, à l'assemblée du CNUH ainsi qu'à l'assemblée des ARS. La version de septembre 2013 présentée a tenu compte des modifications et des commentaires adressés pendant l'été.

5. Le format des recommandations proposées

L'objectif de la mission est de formuler des recommandations simples et concrètes destinées à l'ensemble des établissements dont une partie au moins pourrait être mise en place avant octobre 2013.

A l'évidence il n'est pas possible de proposer « une recette » univoque et applicable à tous les établissements. Les réalités du terrain, l'avancement de la réflexion et de l'implication des communautés médicales, conduisent à proposer la création d'une stratégie locale, formalisée par un plan d'action adapté à l'établissement mais basé sur des mesures reconnues. Les recommandations mettent donc en exergue l'importance de l'implication de la gouvernance locale (DG, PCME) pour lancer et entretenir la dynamique ainsi que celle de l'ARS pour accompagner la démarche. Ces recommandations prennent la forme d'une « boîte à outils » explicitant les techniques qui permettent la construction de la stratégie locale.

La stratégie choisie doit en tout cas éviter des erreurs grossières qui peuvent être lourdes de conséquences :

- persister à croire que la saturation du service d'urgence n'est liée qu'à un dysfonctionnement de ce service et que la résolution du problème ne dépend que de cette structure.
- confier la recherche et la gestion des lits d'aval des urgences au service d'urgence ou à une structure qui lui serait exclusivement rattachée.
- mettre au premier plan une démarche coercitive pour l'hôpital, au bénéfice des seuls patients provenant du service d'urgence, ce qui attiserait un conflit déjà latent entre l'équipe des urgences et le reste de l'établissement.
- limiter la stratégie d'amélioration de l'aval des urgences au très médiatique « Bed Manager », ce qui peut être très décevant en termes de résultats en l'absence d'un cahier des charges strict, alors que c'est d'un « bed management » global dont l'établissement a besoin.

Enfin, les recommandations sont synergiques avec les aides et le développement de solutions qui bénéficient d'un support institutionnel. Ainsi, elles sont parfaitement compatibles avec une participation au programme de l'ANAP portant sur le programme national d'amélioration de la gestion des lits dans les établissements de santé lancé en Juin 2013. Elles sont aussi convergentes avec les « 15 propositions pour améliorer la fluidité des parcours à l'hôpital » présentées à la conférence des directeurs généraux de CHRU et à la conférence des présidents de CME de CHU en septembre 2013.

6. Les principales mesures permettant d'améliorer l'aval des urgences

La création d'outils concernant l'amélioration du fonctionnement des services d'urgence et de leur aval n'est pas une nouveauté. Le recensement et l'analyse des expériences fructueuses réalisées en France montrent que l'objectif actuel n'est pas d'entreprendre de nouvelles expériences. Il s'agit avant tout de diffuser largement les principes et les outils qui ont montré leur efficacité et leur pertinence pour la construction d'une stratégie locale de l'amélioration de l'aval des urgences. De même, certaines instructions réglementaires déjà existantes ont anticipé une partie de ces propositions, mais elles n'ont pas été totalement appliquées ou leur effet n'a pas eu l'amplitude escomptée. Leur mise à jour est donc d'actualité. C'est tout particulièrement le cas pour la CIRCULAIRE N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

6.1 La création d'une commission de l'admission et des soins non programmés

Cette commission (prévue par la circulaire 195 /DHOS/O1/2003/) a pour objectif de mettre en œuvre des mesures permettant d'anticiper les situations de saturation de l'hôpital et de gérer les situations de crise.

Elle rassemble le Directeur de l'Etablissement et le Président de la CME (ou leurs représentants), les principaux Chefs de Pôle et de services, (en 2003 les chefs de service seulement étaient concernés) notamment ceux qui participent à l'aval des urgences, les responsables du plateau technique et les directions fonctionnelles du personnel médical et paramédical ...

Elle concerne toute l'activité non programmée et édicte des règles claires, partagées par la communauté, concernant l'admission des patients dans les services en aval des urgences et éventuellement les modalités de soins des patients hébergés dans des services d'une spécialité différente de celle dont ils relèvent primitivement. Elle veille au respect de la « règle du jeu », ainsi mise en place dans les pôles. Grâce à ces préconisations, les déprogrammations de patients à cause du manque de lits pour les urgences sont strictement limitées et concernent des services qui ont été informés de cette éventualité.

Elle organise les fermetures de lits, notamment l'été. Elle peut demander au directeur de déclencher le plan « Hôpital Plein » ou « en tension » si la saturation de l'hôpital est complète.

Dans le cadre d'un dispositif de gestion des lits, dont nous verrons plus loin les caractéristiques le périmètre d'action de cette commission peut être élargi à l'ensemble des admissions aussi bien non programmées que programmées.

A l'heure actuelle cette commission n'existe pas dans tous les établissements. Dans beaucoup son efficacité est limitée car elle reste consultative et n'a pas d'autorité opérationnelle. Cette situation peut être améliorée, en renforçant sa légitimité affirmée par la gouvernance locale et en la dotant d'un tableau de bord de l'aval des urgences.

Recommandation proposée : la commission de l'admission et des soins non programmés doit devenir une commission statutaire obligatoire de la CME. Son autorité opérationnelle doit être affirmée par la gouvernance de l'établissement. Elle doit disposer d'un tableau de bord lui permettant d'évaluer l'efficacité des mesures concernant l'aval des urgences.

6.2 Le Plan « hôpital en tension »

Le plan hôpital en tension est décrit dans l'annexe « L'établissement de santé en tension : Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc » de la CIRCULAIRE N°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006

Les modalités de déclenchement et de fonctionnement de ce plan sont fixées clairement. Elles comprennent une cellule de veille (dépendante de la commission des soins non programmés) qui est activée dans les périodes de tension potentielle. Le plan « hôpital en tension » est la réponse à la saturation de l'établissement de soins. Ce plan permet d'imposer aux services cliniques des mesures coercitives sur l'admission des patients. Il constitue donc une situation d'exception : il permet de régler à chaud les situations particulièrement tendues. Le plan « hôpital en tension » est une variante du Plan Blanc hospitalier. Lorsque ce plan est déclenché, la déprogrammation reste souvent le seul moyen d'obtenir des lits. Cette déprogrammation est délétère pour l'accès aux soins des malades du secteur public et doit donc être évitée autant que possible. Le plan « hôpital en tension » est donc une arme lourde réservée à la gestion d'une situation grave et exceptionnelle.

Dans la gestion quotidienne de l'aval des urgences, ce plan constitue en fait une arme dissuasive. En effet, si la gestion de l'aval n'obtient pas un consensus il permet une déprogrammation autoritaire dont l'ensemble de la communauté médicale comprend le

danger. A ce titre tout doit être fait pour ne pas avoir à l'utiliser mais son élaboration doit être rendue obligatoire.

Chaque établissement devrait être doté d'un plan « hôpital en tension ». En pratique, cette mesure est loin d'être généralisée et elle reste souvent théorique. La mise en place dans tous les établissements qui ne disposent pas encore d'un tel plan peut être rapide.

Recommandation proposée : formaliser et rendre obligatoire à court terme le plan « hôpital en tension » en appui des mesures de gestion des lits. Incrire cette mesure dans la certification de l'établissement.

6.3 La mise en place de consultations spécialisées non programmées

Ce dispositif porte à la fois sur l'amont et l'aval des urgences. Il a pour objectif de proposer des possibilités de prise en charge spécialisée contournant les services urgences ou venant en appui de ces structures. Il permet d'éviter le passage systématique de toute consultation ou de toute hospitalisation non programmée par les urgences et /ou d'orienter rapidement les patients vers un autre parcours que celui du SAU. Ce contournement du service des urgences nécessite une meilleure disponibilité des spécialistes hospitaliers pour leurs correspondants de ville. En dehors des horaires de la PDSES (Permanence Des Soins des Etablissement de Santé), il comprend la possibilité d'admissions rapides dans les consultations spécialisées ou en hospitalisation programmée à court terme. C'est une mesure structurante qui engage l'ensemble de l'établissement et nécessite un certain temps pour être déployée.

Recommandation proposée : développer des parcours de soins, notamment pour les patients adressés par un médecin généraliste, permettant d'accéder à des consultations spécialisées et à une hospitalisation à court terme sans passage au SAU.

6.4 La structuration des pôles comprenant le service d'accueil des urgences et l'aval des urgences

Il est important que le pôle dans lequel le SAU est inscrit anticipe la nécessité de mobilisation de lits d'aval pendant les périodes de tension ou au quotidien. Ces pôles doivent comprendre les principaux services impliqués dans l'aval des urgences. Cette

intégration des urgences dans un pôle a de nombreux avantages. Elle facilite la fluidification de l'aval des urgences. Elle permet de créer des lits à affectation variable en fonction des besoins. Sur le plan de la formation, elle permet aux personnels médicaux et paramédicaux d'acquérir une expérience de l'ensemble du parcours de soins des patients. Elle a aussi des avantages hospitalo-universitaires (encadrement des étudiants, recherche clinique). L'intégration dans le pôle d'un service de médecine polyvalente d'urgence est fréquente. Elle permet une prise en charge de qualité des patients poly pathologiques par des équipes composées de médecins internistes et d'autres spécialistes en relation directe avec les services d'urgence.

Dans une telle configuration l'aval des urgences s'intègre naturellement dans les objectifs du contrat de pôle.

Recommandation proposée : favoriser l'intégration du service d'urgence et de ses principaux services d'aval dans un même pôle. Inscrire la gestion de l'aval des urgences dans le contrat de pôle.

6.5 L'incitation financière

Il peut être intéressant de valoriser en termes financiers l'aval des urgences par rapport à d'autres parcours de soins pour inciter les pôles à développer cette activité. Cette mesure nécessiterait une modification des règles de tarification mais pourrait s'inscrire dans le projet de financement de la Santé basé sur les parcours de soins.

En pratique, une valorisation indirecte peut être introduite en favorisant la dotation en personnels médical et paramédical au sein des pôles des services qui inscrivent l'aval des urgences dans leur contrat d'activité.

Recommandation proposée : valoriser la participation à l'aval des urgences par des mesures d'intéressement directes ou indirectes.

6.6 La création de lits polyvalents dans l'établissement

Compte tenu de l'aspect très prévisible des situations de tension aux urgences, il est possible d'identifier dans l'établissement des lits polyvalents pour s'adapter aux variations prévisibles (saisonniers) de l'aval des urgences. L'ouverture de tels lits peut faire partie d'un plan de

prévention des situations de tension notamment lorsqu'il y a des épidémies hivernales reproductibles. Cette unité spécifique doit être indépendante de la structure des urgences mais peut faire partie du même pôle. Ce dispositif fonctionne en pédiatrie par exemple pour l'épidémie de bronchiolite. Son dimensionnement doit tenir compte des périodes de tension prévisible et s'adapter aux besoins. Cette mesure ne peut pas être improvisée ou imposée aux équipes. Elle nécessite un consensus local. Elle comprend une formation adaptée, et un accompagnement médical et paramédical pour assurer l'adhésion des équipes, la qualité et la sécurité des soins.

Recommandation proposée : Inciter à la création, au sein du pôle incluant le service d'urgence, d'une unité polyvalente affectée à l'évolution prévisible (saisonnière) de l'aval des urgences.

6.7 Le dispositif de « Bed Management » ou de gestion des lits

Ce dispositif de « gestion des lits » est celui qui connaît la plus grande publicité à l'heure actuelle. Un dispositif d'accompagnement par l'ANAP d'une partie des structures est prévu (de l'ordre de 50 établissements par an pendant 3 ans). L'apport de ce dispositif dans la gestion de l'aval des urgences a été stigmatisé par les médias et résumé à la recherche de lits pour les patients provenant des urgences. Il est important de noter que ce dispositif ne peut en aucun cas se limiter au strict aval des urgences mais correspond à une mesure d'organisation générale de l'établissement de santé. En effet, l'objectif du « Bed Management » est l'optimisation de la disponibilité des lits dans tout l'établissement pour les activités programmées comme pour les activités non programmées des structures d'urgences ou des patients adressés par des médecins correspondants pour une hospitalisation rapide. Contrairement à une idée reçue, l'activité des urgences est très reproductible d'une année à l'autre, notamment en termes d'hospitalisation, et peut donc être anticipée. Cette gestion comporte aussi l'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire et de l'ensemble du plateau technique, tout particulièrement l'imagerie que nous verrons plu loin.

Les expériences réalisées indiquent certaines caractéristiques qui faciliteraient le succès du dispositif:

- le dispositif de gestion des lits doit être indépendant du service d'accueil des urgences. Il est localisé physiquement dans un endroit différent de l'hôpital et avec des professionnels qui sont à la disposition du service d'urgence mais aussi de l'ensemble des activités programmées notamment des activités chirurgicales. Cette indépendance est nécessaire pour que le dispositif soit à l'usage de l'ensemble de la communauté médicale et non pas limité à la filière urgence. Le flux des lits d'aval des urgences devient donc une des composantes des flux entrants dans l'hôpital.
- le dispositif se concrétise par une cellule de gestion des lits qui monitorise les lits disponibles, anticipe les entrées et sorties, et s'adapte très rapidement aux évolutions. Les membres de cette cellule (les « Bed Manager ») ont une autorité déléguée par la CME et la Direction. Ils représentent l'ensemble des activités. Ils ont des correspondants dans tous les pôles. Ces correspondants fournissent quotidiennement des informations opérationnelles sur les besoins (admissions prévues, urgences ...) et les disponibilités en lits (sorties, lits fermés ...). La cellule coordonne l'ensemble des admissions.

Les mesures suivantes concourent aussi à la gestion des lits :

- dès l'admission du patient, le parcours de soins est fléché dans l'établissement et permet de prévoir son entrée mais aussi son mode de sortie et sa durée moyenne de séjour. La pertinence des séjours et la durée de l'hospitalisation est analysée et optimisée pour chaque patient. La réduction de la DMS est un objectif pour tous les patients, elle s'accompagne d'une réflexion sur la réalisation des examens complémentaires à l'hôpital, l'accès au plateau technique, la réalisation des traitements en cours de l'hospitalisation.

Dans les services, la mise à disposition de lits pour des patients relevant d'une autre spécialité ou réciproquement la possibilité d'affecter des patients de la spécialité dans un autre service est organisée à l'avance. Elle fait l'objet de règles précises (type de patients, limites, sécurisation du suivi, liste des affectations ...). Ces mesures ont été élaborées avec les professionnels. Elles décroissent la notion de service tout en préservant la spécificité des prises en charge complexes et donc la qualité et la sécurité des soins.

- la dimension sociale du séjour est intégrée dès l'entrée dans l'établissement pour diminuer la durée de séjour en anticipant le devenir du patient, notamment pour les personnes âgées devenues dépendantes.
- l'accélération des sorties avec l'optimisation des horaires de sortie, le plus tôt possible dans la journée, avec des formalités simples et anticipées permet de gagner un temps précieux qui participe à la libération des lits et au désencombrement du service d'accueil des urgences (aval de l'UHCD par exemple).

Une décision institutionnelle d'une heure de sortie avancée (10h par exemple) est utile. La mise en place de « salon de sortie » facilitant une libération rapide de la chambre, tout en permettant au patient de quitter l'établissement à un horaire qui lui convient, participe à cette optimisation.

Le dispositif de gestion des lits est complexe. Il requiert une organisation qui dépasse largement le simple aval des urgences. Sa mise en place nécessite un consensus local, une pédagogie, et une conduite de projet. La création d'un guide de la gestion des lits permettrait de rassembler en une seule source les informations existantes. Elle aiderait les professionnels à comprendre le processus et faciliterait leur adhésion. Une mise en place progressive, ciblant d'abord certains pôles est possible. Mais en pratique une période de construction et de développement relativement prolongée est incontournable. Dans les expériences existantes un tel dispositif a nécessité en général une période de l'ordre d'un an pour être déployé.

Recommandation proposée : inciter l'ensemble des établissements disposant d'un service d'urgence à s'engager dans une politique de gestion des lits. Faciliter l'accès de ces établissements à des aides institutionnelles (ANAP) et à des informations organisationnelles pratiques (guide de gestion des lits, fiches de poste ...)

6.8 L'amélioration de l'accès au plateau technique

L'accès au plateau technique, qu'il s'agisse de la biologie, du bloc opératoire et tout particulièrement de l'imagerie a un double impact sur la gestion des lits.

Ainsi d'une part, l'activité du service d'urgence et de son aval immédiat est très dépendante de la possibilité et de la rapidité de réalisation des examens d'imagerie. D'autre part, l'attente d'un examen d'imagerie impacte la DMS des patients hospitalisés (qu'ils soient

originaires ou non du service d'urgence) et de ce fait diminue la disponibilité des lits de l'établissement et perturbe donc l'aval des urgences. Le dimensionnement et l'organisation des plateaux techniques d'imagerie des établissements assurant l'accueil des urgences doivent être optimisés pour faire face aux besoins du service d'urgence et de son aval, mais aussi à ceux des patients hospitalisés, et des patients externes. Une réflexion sur le financement des équipements dédiés partiellement ou totalement à l'urgence et à son aval est nécessaire. L'architecture des services et l'utilisation d'outils informatiques performants, sont des facteurs de cette optimisation de même que la juste prescription des examens d'imagerie en urgence.

Le dimensionnement et l'organisation des blocs opératoires répondent à la même nécessité.

Recommandation proposée : le dimensionnement et le fonctionnement des plateaux techniques, notamment d'imagerie, des établissements disposant d'un service d'urgence doivent être optimisés pour faciliter non seulement la prise en charge des urgences mais aussi celles des patients hospitalisés.

6.9 La fluidification de l'aval du MCO

L'amélioration de « l'aval de l'aval » est un élément essentiel de la réduction de la DMS à l'hôpital. Pour cela, les possibilités d'hospitalisation en SSR, en HAD ou en EPAD à la sortie de l'hospitalisation MCO doivent être protocolisées. Ce mode de sortie doit être anticipé dès l'admission du patient notamment pour les patients âgés poly pathologiques.

Les filières spécialisées conduisant très rapidement du service d'urgence et d'hospitalisation à l'extérieur d'un MCO doivent aussi être mises en place. La plus connue est la possibilité d'une filière rapide vers la gériatrie aigue. L'intégration de gériatres dans les services d'urgences et leur aval direct favorise l'admission rapide en dehors des MCO et l'anticipation de besoin en SSR. On peut rapprocher de ces mesures la création d'équipes mobiles de gériatrie pouvant intervenir en amont du service d'urgence soit pour qualifier la nécessité d'un passage en MCO ou au contraire permettre une admission directe en gériatrie aigue.

Les patients psychiatriques peuvent bénéficier, après une évaluation clinique de courte durée au SAU, d'un parcours de soins fléché vers les structures spécialisées. Ce parcours est aussi adapté à l'évolution de la loi du 11 juillet 2011 sur les soins sans consentement. Dans ce contexte, l'intervention des équipes psychiatriques de secteur auprès des équipes

d'urgences est appréciable. On en rapprochera le fonctionnement des structures de centre d'accueil permanent ou de centre de crise qui participent aussi bien à l'amont qu'à l'aval des urgences.

Plus généralement, la possibilité d'admission en HAD à partir du service d'urgence sans nécessité d'une hospitalisation intermédiaire en MCO ou en UHCD est aussi une piste d'organisation facilitant le fonctionnement de l'aval des urgences.

Recommandation proposée : inciter les services d'urgences et les services d'aval du pôle et de l'hôpital à développer des filières hors MCO, notamment dans le domaine de la gériatrie et de la psychiatrie.

6.10 L'articulation territoriale de l'aval des urgences

L'organisation au niveau du territoire de parcours fléchés permettant d'hospitaliser des patients dans des hôpitaux MCO publics ou privés différents de celui de la structure d'urgence doit être envisagée notamment dans le cadre filières spécialisées. Cette possibilité peut se révéler utile ponctuellement en cas de déclenchement du plan « hôpital en tension » par analogie avec le Plan Blanc élargi. Elle peut aussi être mise en place au quotidien compte tenu de la prévisibilité des flux d'aval et s'inscrire dans un schéma territorial d'articulation des services d'aval.

Recommandation proposée : identifier dans le territoire de santé les établissements MCO susceptibles de participer à l'hospitalisation de l'aval des SAU dans le cadre d'une articulation territoriale.

7. L'implication de la communauté médicale

L'encombrement des urgences n'est qu'un des symptômes d'un phénomène de saturation et de difficulté de gestion des lits qui touche tout l'hôpital. La gestion de l'aval de l'urgence incombe donc à l'ensemble de la communauté médicale. L'amélioration de cette gestion ne peut se faire qu'avec un soutien très fort de la Direction de l'Etablissement et du Président de la CME.

Ce dispositif doit être officiellement inscrit dans les attributions de la CME au titre de la qualité et de la sécurité des soins. La contribution à l'aval des urgences et l'organisation de la gestion des lits doivent être inscrits dans les contrats de pôle et dans le projet de l'établissement titulaire d'une structure d'urgence. Un plan local décrivant la stratégie avec laquelle l'établissement envisage de s'organiser doit rapidement être formalisé.

Un effort pédagogique est essentiel au niveau des services notamment les plus spécialisés pour démontrer les bienfaits potentiels pour la collectivité médicale d'une optimisation des possibilités d'hospitalisation qu'elles soient urgentes ou programmées. L'optimisation de l'utilisation des lits d'hospitalisation correspond à un objectif commun des structures de l'hôpital qui participent toutes directement ou indirectement au dispositif. L'implication de la communauté médicale est un enjeu essentiel. Opposer l'organisation de l'aval du service d'urgence et l'organisation de l'hôpital serait contre productif et potentiellement dangereux, mais une analyse par la gouvernance des points de blocage doit être menée pour y trouver des solutions. Une politique de communication et de mobilisation fait aussi partie des actions que doit mener la gouvernance. Cette mobilisation doit s'inscrire dans la durée. La gouvernance locale par l'intermédiaire de la commission de l'admission et des soins non programmés doit suivre l'évolution de la démarche et les progrès accomplis.

Enfin la préservation des capacités d'aval pour l'activité non programmée (dont celle des urgences) doit faire l'objet au quotidien d'une attention particulière de la communauté médicale : maintien de l'ouverture des lits et du plein effectif des équipes. Lors des restructurations (fusion de services, disparition d'activité...) une réflexion spécifique portant sur les conséquences pour l'aval des urgences doit être menée.

Recommandation proposée : la gouvernance de l'établissement doit être mobilisée et s'approprier la gestion de l'aval des urgences. La gestion des lits doit être inscrite dans le projet d'établissement. Un plan local décrivant la stratégie de l'établissement doit être rapidement formalisé. Au quotidien, en cas de restructuration des services, les capacités en lits de l'aval des urgences doivent faire l'objet d'une attention particulière.

8. Les indicateurs et l'évaluation

Pour évaluer l'amélioration de la gestion de l'aval des urgences par les différentes mesures que nous avons envisagées plus haut il est nécessaire de mettre en place des indicateurs. Ces indicateurs portent principalement sur des données recueillies dans la structure d'urgence. Leurs variations ne dépendent pas uniquement de l'aval des urgences mais ils permettent à la gouvernance et à la commission des admissions et soins non programmés une vision globale de l'évolution. Les paramètres suivants peuvent être retenus :

- le temps d'attente moyen entre la décision d'admission et l'admission dans un service d'aval ;
- le nombre de patients en attente de lit, présent sur un brancard à un horaire fixé ;
- le nombre de transferts hors établissement faute de lits

Recommandation proposée : mettre en place d'un tableau de bord permettant de suivre l'évolution de l'aval des urgences et l'effet des mesures mises en œuvre.

9. Le calendrier et l'organisation pratique

Il est illusoire de penser que l'ensemble des mesures facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences puisse être mis en œuvre avant octobre 2013. Cependant des avancées significatives peuvent être réalisées et témoigner d'un engagement irréversible vers la résolution de ce problème :

A court terme :

- instructions spécifiques destinées aux ARS, DG et Présidents de CME
 - les incitant à réaliser un état des lieux de l'existant ;
 - les mobilisant pour qu'un plan d'action et d'amélioration de l'aval des urgences soit établi dans chaque établissement et présenté à la CME ;
 - les obligeant à promouvoir l'action de la Commission des admissions et des soins non programmés dans l'analyse de l'état de la gestion de l'aval des urgences et dans la mise en place des indicateurs de suivi ;
 - les incitant à formaliser le plan « Hôpital en tension »

A moyen terme :

- modification des structures et des contrats de pôles ;
- formalisation dans le cadre du plan d'action d'une démarche de gestion des lits (sur une durée de 12 à 24 mois) incluant par étapes tout l'établissement. Inscription de cet objectif dans le projet d'établissement ;
- développement de filières spécialisées (gériatrie) hors MCO et réflexion sur la gestion territoriale de l'aval ;
- mise à jour des textes réglementaires

Une partie de ces actions a été débutée au cours de l'été 2013. De ce fait, compte tenu du calendrier très contraint de la mission et de la nécessité d'une mobilisation rapide des acteurs, une version préliminaire du rapport a été mise à la disposition de la DGOS en juillet 2013.

Enfin une réunion nationale associant notamment les représentants des conférences hospitalières, des ARS, du CNUH et des professionnels de l'urgence, permettra en septembre 2013 de faire le point sur les actions en cours et à venir et d'afficher l'engagement de l'ensemble des parties prenantes sous la forme d'une feuille de route nationale.