



EHESP

Filière Directeurs d'Hôpital

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**Créer un service de médecine
polyvalente au centre hospitalier de
Dole : pertinence, limites et
préconisations**

Julie MATRAY

Remerciements

Je tiens à remercier M. MAMIE, Directeur du Centre Hospitalier Louis Pasteur, pour m'avoir permis de travailler sur ce sujet.

Je remercie également Mme BRASLERET, Directrice adjointe au Centre Hospitalier Louis Pasteur, maître de stage, pour son accompagnement.

Je remercie tout particulièrement M. le Dr MEYER, responsable du DIM au Centre Hospitalier Louis Pasteur, pour son implication et sa disponibilité.

J'adresse également mes plus sincères remerciements à Mme DEROME, Directrice des soins (ff) au Centre Hospitalier Louis Pasteur, pour ses conseils et ses remarques.

Pour leur disponibilité, leur accueil et leurs réflexions, je remercie toutes les personnes que j'ai rencontrées et interviewées dans le cadre de ce mémoire, et tout particulièrement M. le Dr CHANEL, Mme le Dr POTTIER, Mme le Dr SALVATORE et Mme le Dr LEMOUSSU.

Je remercie également Melle LEIBIG, grâce à qui j'ai pu rencontrer un grand nombre de personnes au Centre Hospitalier de La Rochelle.

Enfin, j'adresse un grand remerciement à Claire et Justine, pour leurs conseils avisés et leur relecture attentive.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 L'INTERET DE CREER UN SERVICE DE MEDECINE POLYVALENTE A L'HOPITAL DE DOLE.....	7
1.1 Le contexte, tant national que local, est favorable à l'émergence de la médecine polyvalente hospitalière	7
1.1.1 Au niveau national, les évolutions de la patientèle hospitalière plaident en faveur de la médecine polyvalente.....	7
1.1.2 An niveau local, le contexte est également propice à la mise en œuvre d'un service de médecine polyvalente au centre hospitalier Louis Pasteur de Dole	12
1.2 Les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) confirment l'intérêt de créer un service de médecine polyvalente au CHLP	15
1.2.1 Faire une simulation d'activité d'un service de médecine polyvalente est délicate.....	15
1.2.2 Néanmoins des éléments plaident en faveur de cette création	21
2 CONTRAINTES ET LEVIERS LIES A LA MISE EN ŒUVRE D'UN SERVICE DE MEDECINE POLYVALENTE	27
2.1 Dualité des contraintes.....	27
2.1.1 Freins internes aux établissements	27
2.1.2 Freins externes.....	30
2.2 Savoir utiliser les opportunités et les atouts de chacun.....	33
2.2.1 Une opportunité : la fermeture du service de gastro-entérologie du CHLP	33
2.2.2 Des atouts réciproques à faire valoir	35
3 PRECONISATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE UNITE DE MEDECINE POLYVALENTE	40
3.1 L'installation du service doit respecter trois pré-requis.....	40
3.1.1 Le redéploiement et la localisation des lits	40
3.1.2 La composition de l'équipe médicale et soignante.....	42
3.1.3 Prêter une attention particulière à la préparation des sorties du service.....	48

3.2 Des règles de fonctionnement partagées, validées et respectées qui légitiment la place de la médecine polyvalente dans l'établissement.....	50
3.2.1 La rédaction du règlement intérieur doit permettre aux différents acteurs hospitaliers de se positionner sur le projet.....	50
3.2.2 Le règlement intérieur doit fixer à la médecine polyvalente ses objectifs et son rôle dans la filière des soins non programmés.....	51
3.2.3 Le règlement intérieur doit protocoliser les relations de la médecine polyvalente avec les autres services de l'hôpital.....	54
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

- ARH** Agence régionale de l'Hospitalisation
- CH** Centre hospitalier
- CHI** Centre hospitalier intercommunal
- CHLP** Centre hospitalier Louis Pasteur
- CHU** Centre hospitalier universitaire
- CMD** Catégorie majeure de diagnostic
- CME** Commission médicale d'établissement
- CREF** Contrat de retour à l'équilibre financier
- CSG** Court séjour gériatrique
- DIM** Département d'information médicale
- DMS** Durée moyenne de séjour
- DP** Diagnostic Principal
- EHPAD** Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ETP** Equivalent temps plein
- GHM** Groupe homogène de malade
- GHS** Groupe homogène de séjour
- PMSI** Programme de médicalisation des systèmes d'information
- PMT** Projet médical de territoire
- RUM** Résumé d'unité médicale
- SMA** Service médical d'accueil
- SRoS** Schéma régional d'organisation sanitaire
- T2A** Tarification à l'activité
- UMNP** Unité de médecine polyvalente non programmée
- UMPA** Unité de médecine polyvalente d'accueil
- UHTCD** Unité d'hospitalisation de très courte durée

Introduction

« *Service poubelle* », « *service dépotoir* », on encore « *service rebut* », la médecine polyvalente n'a pas toujours bonne presse auprès des hospitaliers eux-mêmes. C'est en outre un service aux multiples appellations, ce qui nuit davantage encore à sa lisibilité : « *service médical d'accueil* », « *service de médecine non programmée* », « *unité de médecine polyvalente d'accueil* ».

Contrairement à différentes spécialités médicales ou chirurgicales, la médecine polyvalente souffre de l'absence de consensus sur une définition claire et partagée. Pourtant, elle est mentionnée dans plusieurs Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération couvrant la période 2006-2010, notamment ceux de Lorraine, de Basse Normandie ou encore de Franche-Comté.

Ce n'est pas la moindre des contradictions de la médecine polyvalente : méconnue autant des hospitaliers que du grand public, elle est pourtant considérée comme un élément suffisamment stratégique pour figurer dans ces documents pluriannuels qui planifient et encadrent l'offre de soins hospitalière.

Il n'est pas aisé de définir la médecine polyvalente, qui ne correspond à aucune définition réglementaire, ni à une compétence médicale précise. Il n'existe pas de Diplôme d'Etudes de Spécialités (DES) ou de Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC) de médecine polyvalente. Les médecins exerçant dans un tel service n'ont pas de qualification ordinale spécifique à ce jour. Dans leur grande majorité, ils sont titulaires du concours de praticien hospitalier, soit en médecine générale, soit dans une spécialité médicale.

Soulignons d'ailleurs que la plupart des chefs de services de médecine polyvalente sont des spécialistes, mais que leur équipe médicale est souvent composée de praticiens généralistes. A l'inverse, dans un service à orientation spécialité X, la majeure partie des médecins, voire même la totalité d'entre eux, sont détenteurs d'un diplôme de la spécialité en question.

Il semble donc plus commode de définir la médecine polyvalente non pas par la qualification de son chef de service, mais plutôt en s'attachant à la composition du reste de l'équipe médicale.

Cependant, cet argument doit être relativisé : il est aussi à noter que de nombreux spécialistes d'organes, notamment dans les centres hospitaliers généraux, sont également amenés à exercer une activité polyvalente dans leur propre service quand il s'agit d'un service dit « à orientation ».

La qualification des médecins ne donne finalement que peu d'indications pour définir la médecine polyvalente. Il peut être plus pertinent de s'intéresser au recrutement des patients et aux pathologies fréquemment rencontrées.

Il est possible de donner une définition « en creux » de la médecine polyvalente : correspondent à la médecine polyvalente les patients dont la pathologie ne relève pas d'une spécialité ou ne nécessite pas l'intervention d'un spécialiste.

Trois cas de figure principaux se rencontrent de façon récurrente : il peut s'agir de patients souffrant de symptômes d'origine indéterminée ne pouvant pas être orientés d'emblée dans un service de spécialité d'organes (exemples : malaise, céphalée). Il peut également être question de patients présentant une polypathologie, en particulier chez les personnes âgées. Enfin, sont concernés des patients présentant des problèmes psychologiques, addictifs ou sociaux qui ne peuvent être pas (ou plus) assumés par l'entourage, le médecin traitant ou la structure d'accueil. Le SROS III de Franche-Comté ne dit pas autre chose en ciblant pour la médecine polyvalente « *les hospitalisations d'urgence sociale, de baisse d'état général et de difficultés de maintien à domicile* »¹.

Plus globalement, la médecine polyvalente a vocation à s'occuper du « tout venant ». Cette définition peu précise peut être complétée en s'intéressant à l'origine des patients admis en médecine polyvalente : ils proviennent en très grande majorité des services d'urgences, ou directement du domicile, généralement à la demande du médecin traitant. De façon beaucoup plus rare, il s'agit d'hospitalisations programmées suite à une consultation, ou de transferts à partir d'autres services. Nous pouvons donc compléter la définition précédente en ajoutant que la médecine polyvalente a vocation à prendre en charge le « tout venant » adressé par les services des urgences.

D'ailleurs, très souvent, les services de médecine polyvalente se consacrent exclusivement aux hospitalisations non programmées, avec un recrutement unique en provenance des services d'urgences. C'est le cas notamment de l'Unité de Médecine Polyvalente d'Accueil (UMPA) au Centre Hospitalier (CH) de Troyes et du service de médecine polyvalente du Centre hospitalier Intercommunal (CHI) de Sèvres Saint-Cloud par exemple.

Cette spécificité est importante pour définir ce qui fait l'originalité d'un service de médecine polyvalente, notamment par rapport à un service de court séjour gériatrique (CSG) ou un service de médecine interne. Bien que susceptibles d'accueillir une importante part de patients en provenance des urgences, ces deux services procèdent

également à des admissions directes (notamment le CSG, sur adressage par des médecins traitants pour des bilans par exemple) et à des hospitalisations programmées. Bien que proches tant sur le plan intellectuel que sur le profil des patients recrutés, il est donc important de différencier la médecine polyvalente de ces deux types de services.

Un service de médecine polyvalente a en commun avec un CSG d'accueillir des personnes âgées, voire même très âgées, présentant des polyopathologies.

Cependant, cette patientèle n'est pas homogène : il convient de distinguer les patients âgés « solides », les patients âgés dont l'état de santé est très détérioré, et les patients âgés fragiles, qui risquent de basculer dans la catégorie précédente. A partir de cette typologie sommaire, il apparaît que la médecine polyvalente a vocation à recevoir des patients relevant de la première catégorie, tandis que le CSG tend davantage à se consacrer aux patients vulnérables. Centré sur les notions de préservation de l'autonomie et préparation du retour à domicile, un service de court séjour gériatrique est souvent doté d'une équipe paramédicale plus étoffée qu'un service de médecine polyvalente : temps de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de diététicienne, etc.

Théoriquement, le CSG possède une dimension « médico-sociale » dont la médecine polyvalente est dépourvue. En réalité, la frontière est parfois plus ténue. Les services de médecine polyvalente sont aussi confrontés à des sujets âgés voire très âgés, présentant une problématique tant somatique que sociale, avec parfois un degré de dépendance et de perte d'autonomie important. Le court séjour gériatrique et la médecine polyvalente nécessitent tous deux un temps important d'assistante sociale pour anticiper et préparer les sorties des patients.

Il existe également une parenté entre les services de médecine polyvalente et de médecine interne, soulignée dans le SROS III élaboré par l'Agence régionale de l'Hospitalisation (ARH) de Lorraine : « *Il a paru judicieux d'associer médecine interne et médecine polyvalente pour une coordination optimale* »².

La médecine interne est une spécialité médicale d'excellence, à la vocation polymorphe : les internistes sont des consultants de 2^{ème} voire de 3^{ème} recours pour les maladies complexes de l'adulte, mais également les spécialistes des maladies génétiques, systémiques, immunitaires ou rares chez l'adulte. D'un autre côté, ils sont aussi amenés à

¹ Disponible à l'adresse www.fc-sante.org/sros/index, p.18 [consulté le 18-05-2008].

² Disponible à l'adresse <http://www.lorraine.pref.gouv.fr/index.php?articleid=184> [consulté le 21-05-2008].

prendre en charge en premier recours les patients « tout venant » hospitalisés via les urgences.

Il faut par conséquent distinguer l'interniste oeuvrant dans un service de médecine interne, d'un praticien interniste travaillant dans un service de médecine polyvalente. Le premier travaille principalement dans les CHU ou les CH de grande taille, notamment dans des services de médecine internes - maladies infectieuses/tropicales. Le second a davantage vocation à prendre en charge les patients hospitalisés en aval des urgences, notamment dans des services de médecine polyvalente (c'est le cas à l'Unité de Médecine Non Programmée (UMNP) du CH de La Rochelle).

Face à l'hyper spécialisation et à l'hyper segmentation des activités médicales hospitalières, résultats du progrès médical et technologique, le besoin d'une prise en charge globale du patient s'est trouvé renforcé. La médecine interne et la médecine polyvalente peuvent toutes deux répondre à cette attente.

En conclusion, la médecine polyvalente est difficile à cerner, mais cette absence de définition précise constitue aussi paradoxalement sa grande force. En effet la plasticité du concept permet son adaptation au contexte, à l'historique et aux besoins de chaque établissement.

Cependant, des éléments récurrents de définition sont identifiables :

- ce sont des unités d'hospitalisation traditionnelle se situant en premier aval des services des urgences ;
- le recrutement se fait exclusivement par le biais des services d'urgences ;
- il n'y a donc pas d'hospitalisation programmée ni admission directe (sauf exception) ;
- les pathologies prises en charge ne correspondent pas à une spécialité clairement identifiée.

A partir de cet essai de définition, il convient d'exposer les arguments en faveur de la création d'un service de médecine polyvalente au Centre hospitalier Louis Pasteur (CHLP) de Dole (1^{ère} partie), qui s'appuient sur un certain nombre d'atouts du CHLP, mais qui ne doivent pas amener à sous-estimer les limites d'un tel projet (2^{ème} partie). Au vu de cette analyse, quelques préconisations pratiques insistant sur plusieurs points clefs de réflexion peuvent être avancées (3^{ème} partie).

Choix du thème d'étude, intérêt professionnel et méthodologie adoptée

J'ai choisi de traiter ce thème en amont du second stage, quand le pôle Médecine du CHLP s'est prononcé en faveur de la création d'un service de médecine polyvalente par restructuration des services de médecine dans le cadre de la rédaction du projet de pôle.

Il m'a semblé intéressant de se pencher sur la phase de réflexion qui précède une telle réorganisation, et de travailler sur les conditions effectives de sa mise en œuvre, ainsi que sur l'intérêt et la pertinence d'un tel projet pour le centre hospitalier.

A mon arrivée en stage, le projet n'avait été développé plus avant. Le contexte avait changé, et sera notamment exposé dans la deuxième partie. Il me semblait donc important de reprendre le projet depuis le début, et de ne pas se concentrer uniquement sur l'évolution de la situation conjoncturelle du centre hospitalier.

J'ai essayé néanmoins de tenir compte de l'avancée des réflexions et des décisions prises durant mon stage concernant ce thème de la médecine polyvalente dans mon mémoire, tout en conservant suffisamment de recul pour réfléchir de façon plus globale à cette thématique.

D'un point de vue méthodologique, en l'absence de ressources bibliographiques sur le sujet, ce travail s'est en grande partie appuyé sur la conduite d'entretiens³ et des visites de services de médecine polyvalente existants. Cinq visites de services/unités de médecine polyvalente ont été effectuées dans quatre structures hospitalières : au CH de La Rochelle (2 unités de médecine polyvalente), au CHI des Quatre Villes (site de Sèvres), au CH de Troyes et au CHI de la Haute-Saône (site de Vesoul).

Les entretiens réalisés ont toujours fait l'objet d'une prise de note manuscrite. La structure des entretiens a varié selon les personnes interrogées : les entretiens se sont déroulés de façon semi-directive, sans guide d'entretien formalisé, afin de tenir compte de la diversité professionnelle des personnes rencontrées et des spécificités de chaque structure.

Un travail de recueil et d'analyse de données issues du PMSI sous l'égide de M. le Dr Meyer, médecin responsable du DIM du centre hospitalier de Dole, a également été réalisé. Des données fournies par les centres hospitaliers d'Avignon et de La Rochelle ont été également utilisées à titre de comparaison.

³ Liste des entretiens réalisés en annexe 1

1 L'intérêt de créer un service de médecine polyvalente à l'hôpital de Dole

1.1 Le contexte, tant national que local, est favorable à l'émergence de la médecine polyvalente hospitalière

1.1.1 Au niveau national, les évolutions de la patientèle hospitalière plaident en faveur de la médecine polyvalente

Trois facteurs d'évolution peuvent être identifiés. Bien qu'ils ne soient pas totalement nouveaux, leur ampleur actuelle rend pertinente la création de services de médecine polyvalente.

- A) La multiplication des recours aux urgences nécessite une organisation post-urgences bien identifiée

En matière de demande de soins, les hôpitaux ont connu de profondes mutations, notamment liées à l'augmentation du recours aux services d'urgences. On constate un changement de mentalité de la population vis-à-vis des urgences. Il semble que les usagers ont délibérément choisi les hôpitaux pour obtenir des soins de premier recours.

Ce choix semble lié en partie aux nouvelles priorités mises en avant par les jeunes médecins libéraux en matières de garde et d'aménagement du temps de travail.

Ce recours aux services d'urgences s'explique également par des caractéristiques des hôpitaux eux-mêmes.

L'hôpital offre une image sécurisante à la population grâce au haut niveau de qualification des médecins hospitaliers et à des plateaux techniques complets, modernes et performants. Les structures hospitalières garantissent également une permanence des soins qui assure à tout malade une prise en charge par un (des) spécialiste(s) à toute heure du jour et de la nuit. Enfin l'attractivité des urgences, surtout en zone urbaine, tient au fait que moins de personnes ont un médecin de famille : le recours aux urgences devient donc une solution évidente.

Les urgences deviennent de plus en plus le mode d'accès privilégié de la population aux soins de santé, que ceux-ci soient réellement urgents ou non. Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 70%

des usagers des services d'urgence s'y présentent directement sans contact médical préalable, même par téléphone⁴.

Cette nouvelle patientèle paraît difficile à contenir en raison des changements de mentalité de la population. Or cet afflux toujours croissant des patients a pour conséquence un encombrement des filières d'aval, qui se traduit par une augmentation des durées de séjours. Ces demandes d'hospitalisations non programmées consécutives à un passage aux urgences doivent donc conduire les hôpitaux à réfléchir sur leurs filières d'hospitalisation en situation de post-urgences.

L'arrivée de nombreux patients par les urgences et le manque de lits d'aval ont pour conséquences des pertes de temps importantes pour les personnels des urgences toujours « à la recherche d'un lit disponible quelque part », des hospitalisations inadéquates dans des services dont la spécialité ne correspond pas à la pathologie principale dont souffre le patient mais où un lits était disponible.

A l'engorgement des services d'urgences répond donc celui des services de spécialités. Une orientation rapide et adaptée depuis les premiers vers les seconds constitue le point critique de la problématique des urgences, rendue plus malaisée par l'encombrement des services de médecine. La création d'un service de médecine polyvalente pourrait alors servir de « tampon », ou de « zone de délestage » pour réguler le flux de patients en provenance des urgences.

C'est ce schéma qui a été retenu dans le service de médecine polyvalente non programmée du CH de La Rochelle, et dans l'unité de médecine polyvalente d'accueil du CH de Troyes : le recrutement de ces deux structures se fait uniquement à partir des urgences et aucune hospitalisation programmée n'est acceptée. Mais la vocation de ces services n'est pas pour autant de faire de l'hébergement dans l'attente d'un transfert dans un service de spécialité. Ils ont pour objectif de soigner des patients nécessitant une hospitalisation de courte durée, pour une ou des pathologies ne relevant pas d'une spécialité identifiée. De cette manière, les services des urgences peuvent faire hospitaliser plus rapidement les personnes qui le nécessitent dans le service adéquat, et limiter les délais d'attente entre leur passage aux urgences et leur transfert en court séjour.

⁴ *Les Usagers des urgences*, DREES, Etudes et Résultats, n° 212, janvier 2003.

B) Le vieillissement de la population nécessite une prise en charge hospitalière globale

Les pays développés sont confrontés au vieillissement de leurs populations, et la France ne fait pas exception à la règle. L'espérance de vie progresse régulièrement : elle était de 76,8 ans pour les hommes et de 83,7 ans pour les femmes en 2005 en France. La proportion des personnes âgées augmente également. Selon l'INSEE, les personnes âgées de 65 ans et plus pourraient représenter 30% de la population française en 2050, contre presque 17% à l'heure actuelle. L'espérance de vie « en bonne santé », qui rend compte de l'allongement de la durée de vie sans incapacité majeure (pouvant être liée à une maladie chronique ou aux séquelles d'affections aiguës/de traumatismes), augmente aussi. Elle est évaluée respectivement à 64, 3 et 62 ans pour les femmes et les hommes. A partir de 65 ans, les femmes peuvent bénéficier en moyenne de 9, 4 années de vie « en bonne santé », et les hommes de 8, 2 ans⁵.

Malgré cela, les personnes âgées restent les plus susceptibles de recourir au système de santé, notamment aux structures hospitalières. Selon l'étude précitée de la DREES⁶, il apparaît que le taux d'hospitalisation après passage aux urgences augmente avec l'âge, puisque 49% des patients de 71 à 80 ans arrivant aux urgences sont ensuite hospitalisés, et plus d'un patient sur deux âgé de 81 ans et plus.

En effet, le vieillissement de la population introduit parallèlement le développement des pathologies liées à l'âge, des phénomènes d'invalidité et /ou de dépendance plus ou moins sévère et des maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale, maladies cardiovasculaires, etc.). A partir de 75 ans en moyenne les pathologies s'aggravent et les polyopathologies apparaissent. Il est possible d'identifier une population de malades âgés à haut risques, dits « fragiles », correspondant à un ou plusieurs des critères suivants : grand âge, malnutrition, pathologie invalidante, polymédication, incontinence, problèmes familiaux et /ou médico-sociaux.

Par conséquent, l'accueil des personnes âgées à l'hôpital pose la question d'une réponse globale à des patients atteints de polyopathologies et en perte d'autonomie. La filière actuelle n'est pas satisfaisante.

Compte tenu de l'importance des malades âgés dans la population hospitalisée, il est nécessaire d'adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées. Actuellement, l'hôpital propose le plus souvent des hospitalisations classiques

⁵ Chiffres relatifs à l'espérance de vie « en bonne santé » : source INSEE, juin 2008, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=CMPECF02228

⁶ Cf. note 4 page 8

dans des services avec des modes de prise en charge identiques pour tous. Trop souvent, les personnes âgées entrent dans les services de spécialité par défaut, parce que les services des urgences sont contraints d'orienter davantage en fonction des lits disponibles que de l'évaluation des besoins des patients. Or une hospitalisation inadaptée peut entraîner chez la personne âgée des phénomènes de décompensation et d'apparition de dépendance difficilement réversibles.

Une prise en charge adaptée mise en œuvre pendant une hospitalisation la plus courte possible doit donc être pensée et mise en œuvre.

Un service de médecine polyvalente peut aider à résoudre cette problématique, en complément ou en l'absence d'un court séjour gériatrique, en proposant une prise en charge globale dans une optique d'une durée de séjour la plus courte possible.

C) La précarité et les difficultés sociales davantage présentes dans les hôpitaux demandent également une prise en charge différente

Depuis plusieurs années, l'évolution des conditions socio-économiques en France a conduit à une augmentation des personnes vivant en situation précaire (personnes sans emploi, phénomène des travailleurs pauvres, personnes sans domicile fixe, etc.). « *Les structures des urgences sont de plus en plus sollicitées pour prendre en charge des personnes dont les demandes ne relèvent pas seulement de la médecine.* ⁷ »

La médecine hospitalière, très technique et spécialisée, doit faire face désormais à une réalité de terrain modifiée, où la dimension médico-sociale devient aussi importante que la dimension sanitaire dans la prise en charge des patients.

Les pouvoirs publics ont pris acte de ce phénomène et de ses conséquences sur le système de soins. Depuis la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, reprise dans l'article L711-3 du Code de la Santé publique (CSP), le service public hospitalier concourt désormais à « *la lutte contre l'exclusion sociale* ». Sur cette base, l'accueil social à l'hôpital a été généralisé, et les établissements publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH) ont mis en place des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces structures adaptées aux personnes en situation de précarité permettent de faciliter leur accès au système de santé ⁸ et de les accompagner dans les démarches relatives à la reconnaissance de leurs droits.

⁷ Georges Colombier, *La prise en charge des urgences médicales*, rapport d'information n° 3672, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, février 2007, p. 128.

⁸ Article L711-7-1 du Code de la Santé Publique

Cependant, si la dimension sociale de la prise en charge à l'hôpital des patients en situation précaire est désormais mieux appréhendée, reste néanmoins une difficulté à résoudre : la dimension médicale de leur prise en charge.

Le principal mode d'accès aux soins de ces patients en situation précaire est devenu les services des urgences, où l'accueil de tout patient, quelles que soient sa couverture sociale ou ses ressources, est une obligation médico-légale⁹. Or une prise en charge médicale et sociale, même de court terme, ne peut être efficacement mise en œuvre aux urgences.

Une hospitalisation est en outre souvent nécessaire : des maladies sont directement liées ou associées à la précarité, et sont caractérisées par des formes cliniques souvent graves, car les patients consultent (ou sont hospitalisés) à un stade tardif de leur pathologie. L'association de plusieurs pathologies est également fréquente. Le risque de maladies liées à des addictions (alcool, tabac) est aussi non négligeable.

Or ni les services d'urgences ni les services très spécialisés de médecine sont les plus aptes à faire face aux problèmes complexes et multiples posés par ces patients. L'hyper-spécialisation de la prise en charge hospitalière peut être adéquate lorsqu'un patient se présente pour un seul problème clairement identifié. C'est rarement le cas pour les populations les plus démunies. Elles nécessitent une approche globale. Par son caractère généraliste, la médecine polyvalente est la plus apte à prendre en charge ces patients relevant de l'urgence sociale.

A titre d'exemple, le Dr Salvatore, chef du service de médecine polyvalente au CH des Quatre Villes (site de Sèvres), que j'ai rencontrée, explique qu'il n'est pas rare que son service accueille des patients sans domicile fixe en état d'ébriété prononcée, des malades nécessitant un sevrage et des patients hospitalisés pour des motifs sociaux (suspicion de maltraitance, maintien à domicile difficile). Selon elle, la corrélation entre un service de médecine polyvalente et une population avec des difficultés sociales est une évidence. Un tel service, s'il n'a pas vocation à soigner uniquement des patients avec des problèmes sociaux, reste néanmoins le plus apte à les accueillir.

⁹ Article L711-4 du Code de la santé publique : les établissements publics de santé « *garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence* ».

1.1.2 An niveau local, le contexte est également propice à la mise en œuvre d'un service de médecine polyvalente au centre hospitalier Louis Pasteur de Dole

- A) Le SROS III de Franche-Comté et le Pré-Projet Médical de Territoire du Nord Jura¹⁰ mettent tous deux en avant la médecine polyvalente

Le centre hospitalier Louis Pasteur de Dole se situe sur le territoire de santé du Nord Jura. Le Pré-Projet Médical de Territoire (ci-après pré-PMT) du Nord Jura a été rédigé entre les mois de mars et mai 2005 en amont du SROS III de Franche-Comté.

Plusieurs constats sont présentés dans ce document :

Le pré-PMT fait le constat d'une insuffisance de lits et de services pour personnes âgées dépendantes, qui pénalise l'ensemble des chaînes de prise en charge sanitaire et médico-sociale. Il est également souligné que si l'offre hospitalière est assez complète sur le territoire, les services de médecine sont néanmoins victimes de saturation, ce qui rend « *difficile l'accueil direct, adapté et éventuellement programmé de patients relevant de telle ou telle spécialité* ».

Cette saturation des lits de médecine a pour conséquences des hébergements récurrents de patients dits « médicaux » dans les services de chirurgie, et des patients régulièrement orientés par les urgences en fonction des lits disponibles, et non toujours en fonction de leurs pathologies. A ce sujet, le pré-PMT souligne que « *le service des urgences du CHLP connaît régulièrement des difficultés d'adressage de patients dont l'état ne relève pas d'une spécialité bien identifiée et qui méritent cependant une hospitalisation dont la durée et la nature ne sont pas assimilables à celles convenues dans le cadre de l'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD)* ».

La Conférence Provisoire de territoire qui a rédigé le pré-PMT avance comme explications à ce phénomène de saturation des services de médecine les facteurs suivants : d'une part « *l'augmentation du nombre d'hospitalisations liées à la démographie générale et en particulier à celle de la population très âgée* », et d'autre part « *le relais insuffisant par les structures d'aval : moyen séjour, rééducation et réadaptation, long séjour et EHPAD* ».

Face à cette problématique, la Conférence fait les propositions d'organisation suivantes : augmentation des capacités d'accueil d'aval et création d'un service de « *médecine*

¹⁰ Il convient toutefois de noter que le pré-PMT n'a pas fait l'objet en aval du SROS d'une rédaction définitive sous la forme d'un Projet Médical de Territoire. C'est pourquoi c'est le pré-PMT qui a été utilisé comme document de référence dans cette partie.

d'accueil, d'évaluation et d'orientation » par redéploiement des lits existants au centre hospitalier Louis Pasteur.

Le pré-PMT indique que ce service de médecine polyvalente « *sera créé par réorientation des lits actuels de médecine* » pour les patients « *ne relevant pas d'une pathologie d'organe unique et bien identifiée et/ou ne requérant pas un plateau technique spécifique* », mais précise que ce redéploiement de lits de médecine polyvalente ne peut remplacer une augmentation des capacités d'accueil en aval, car ces deux propositions sont « *interdépendantes* ».

Cette volonté de mettre l'accent sur la médecine polyvalente se retrouve dans le SROS III 2006-2010 de Franche-Comté dans le volet médecine. Le constat suivant est mis en exergue : « *il a été décidé de valoriser la médecine non spécialisée afin que chaque patient, même ne relevant pas d'une spécialité clairement identifiée, trouve sa place dans l'offre de soins. On pense en particulier à toutes les hospitalisations d'urgence sociale, de baisse d'état général et de difficultés de maintien à domicile* ».

Cette place accordée dans le SROS à la médecine polyvalente est très révélatrice de l'importance nouvelle qui lui est reconnue dans l'offre de soins hospitalière. Le document parle même de « *service majeur rendu à la population* », et de « *nécessité absolue de l'existence de ces structures* ».

Cependant, le SROS ne minimise pas pour autant les points faibles de la médecine polyvalente, qui font obstacle à son développement : sa non reconnaissance, des relations non protocolisées avec les services d'urgences, des durées moyennes de séjour (DMS) plus ou moins longues en fonction des capacités des structures d'aval, un nombre de personnel variable selon les établissements.

Il est intéressant de voir que ces points d'amélioration mis en exergue dans le SROS de Franche-Comté corroborent l'analyse des personnes rencontrées dans le cadre de la réalisation de ce mémoire travaillant dans des services de médecine polyvalente situés en dehors de cette région. Il est important que le diagnostic sur les faiblesses de la médecine polyvalente soit d'ores et déjà partagé, qu'il ne souffre pas de divergences, afin que les solutions soient plus facilement l'objet d'un consensus.

B) Le positionnement du centre hospitalier Louis Pasteur (CHLP) se prête également à la mise en place d'un service de médecine polyvalente

La région Franche-Comté a été découpée en six territoires de santé par un arrêté du 4 octobre 2004 signé par le directeur de l'ARH. Le territoire de santé du Nord Jura dans lequel se situe le centre hospitalier Louis Pasteur de Dole a comme particularité de faire reposer l'offre de soins en court séjour essentiellement sur ce dernier. Il est donc naturellement identifié comme l'hôpital de recours sur le territoire. Si un établissement privé sur le territoire offre également des lits en chirurgie, c'est le CHLP qui concentre les moyens en médecine. Il est donc le seul établissement concerné sur le volet médecine polyvalente du SROS et du pré-PMT.

Sur un plan géographique, le CHLP bénéficie aussi d'une situation particulière. Situé à cinquante kilomètres de deux CHU, Dijon d'un côté et Besançon de l'autre, il subit inévitablement leur attractivité. Il est donc important pour lui de bien étudier les besoins sanitaires de la population de son territoire. Face à cette concurrence, il est nécessaire au CHLP de connaître les activités pour lesquelles il reste attractif et celles sur lesquelles il constate un taux de fuite. Pour rester un établissement compétitif, il est important d'avoir des services identifiés comme étant de qualité, performants et accessibles.

Face à un établissement privé situé sur la ville de Dole spécialisé dans la chirurgie, à des services pointus de chirurgie et de médecine dans les deux hôpitaux universitaires, et dans un contexte plus global où la chirurgie publique perd des parts de marché, il semble pertinent pour le CH de Dole, en tant qu'établissement de taille moyenne, de concentrer ses efforts pour offrir des services de médecine qualitativement reconnus et de ce fait, attractifs.

La médecine polyvalente, en permettant de recentrer les services à orientation sur leurs spécialités, tout en offrant une prise en charge adaptée aux patients qui nécessitent une hospitalisation courte, peut donc constituer un atout pour un centre hospitalier qui cherche à garantir une offre de soins variée et adéquate à sa population.

Un service de médecine polyvalente serait également adapté aux caractéristiques démographiques du territoire du Nord Jura. En effet, ce territoire qui regroupe 85 000 habitants, dominé par la ville de Dole (26 000 habitants), est essentiellement rural et vieillissant.

Le solde migratoire est globalement équilibré, et le solde naturel très légèrement positif (1000 naissances pour 900 décès annuellement). L'accroissement démographique reste donc faible. En outre, le pré-PMT relève que les projections à l'horizon 2015 prévoient

une progression de la population de la population de 2% par rapport à 2005 qui sera uniquement liée à l'augmentation des personnes de plus de 60 ans. A partir du recensement de la population de 1999, les projections l'INSEE prévoient une hausse de 35% d'ici à 2015 des personnes de plus de 80 ans et de 19% pour les 60-80 ans.

Les données socio-économiques montrent que le territoire connaît une proportion de ménages allocataires d'un des trois minima sociaux inférieure à la moyenne nationale (6,4% contre 9,2%), et un taux de chômage de 8,2%. Le revenu annuel moyen des ménages est de 13 000 euros, contre 14 400 euros en moyenne nationale.

Par conséquent, la population du territoire est vieillissante, mais avec théoriquement peu de difficultés sociales. Un service de médecine polyvalente peut correspondre à ce profil de population. Lors des quatre visites de services de médecine polyvalente que j'ai réalisées, j'ai calculé la moyenne d'âge des patients présents ce jour-là. Il apparaît que pour chaque service, cette moyenne est supérieure à 70 ans. Les personnes âgées constituent les premiers patients d'un tel service. A titre de comparaison, selon le rapport d'activité 2007 de l'UMPA du CH de Troyes, 30% des patients étaient âgés de plus de 80 ans. Quant à l'UMNP du CH de La Rochelle, plus d'un patient sur deux accueilli en 2007 avait plus de 70 ans.

1.2 Les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) confirment l'intérêt de créer un service de médecine polyvalente au CHLP

1.2.1 Faire une simulation d'activité d'un service de médecine polyvalente est délicate

A) Comparer l'activité des services de médecine polyvalente existants est complexe. Comment décrire et analyser l'activité de médecine polyvalente ? La classification actuelle des Groupes homogènes de malades (GHM), qui est l'outil médico-économique utilisé à cette fin, ne semble pas pertinente sous sa forme actuelle pour décrire l'activité en médecine polyvalente. Il n'existe pas de GHM spécifiques à la médecine polyvalente. Il n'existe pas d'actes « marqueurs » de médecine polyvalente qui permettent de classer tel ou tel séjour dans un GHM correspondant.

Par exemple, la chirurgie ambulatoire se caractérise par l'existence de plusieurs actes marqueurs, tels que la libération du canal carpien ou la cataracte. Ce n'est pas le cas pour la médecine polyvalente.

Par conséquent, il semble nécessaire d'utiliser les case-mix de services de médecine polyvalente déjà existants pour essayer de dégager un case-mix spécifique.

Mais plusieurs éléments viennent infirmer cette hypothèse.

Un service de médecine polyvalente peut présenter une orientation, si les praticiens qui en ont la charge sont des spécialistes. Ainsi le service de médecine polyvalente du CH de La Rochelle présente une importante activité de rhumatologie, car les deux médecins qui y travaillent sont rhumatologues. Sur l'année 2007, plus d'un séjour sur cinq¹¹ relevait de la catégorie majeure de diagnostic (CMD) 08 « affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif ».

Par conséquent, l'activité du service recensée à travers le PMSI ne correspond pas exactement à ce que l'on attend d'un service de médecine polyvalente. Il en va de même avec les autres services de médecine polyvalente dans lesquels les praticiens exercent en parallèle une activité spécialisée.

Le profil d'activité d'un service de médecine polyvalente peut également être influencé par le nombre de spécialités qui sont absentes de l'établissement : les malades qui relèvent de ces spécialités seront accueillis en médecine polyvalente. Plus le nombre de spécialités présentes dans l'établissement est petit, plus l'éventail des pathologies prises en charge en médecine polyvalente est grand.

Cependant, quelques points communs sont identifiables malgré ces biais d'analyse.

Au vu de l'analyse de l'activité de trois services de médecine polyvalente¹², on constate que :

- La quasi-totalité des CMD est représentée dans le case-mix des services de médecine polyvalente.
- Certaines CMD (entre 3 et 5) représentent plus de la moitié de l'activité des services de médecine polyvalente, les autres représentant un nombre restreint de séjours.
- Les séjours numériquement les plus nombreux se retrouvent d'un service à l'autre.

¹¹ Source : rapport d'activité du service de médecine polyvalente du CH de La Rochelle. Cela représente 347 séjours sur 1611. Cf. tableau n°1 ci-dessous.

Tableau 1. Activité du service de médecine polyvalente du CH de La Rochelle, année 2007, par catégories majeures de diagnostic¹³

	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS	Moyenne d'âge
01 AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX	170	1345	9,71	68,90
02 AFFECTIONS DE L'OEIL	1	76	5,85	70,92
03 AFFECTIONS DES OREILLES, DU NEZ, DE LA GORGE, DE LA BOUCHE ET DES DENTS		52	7,86	68,57
04 AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	120	1001	9,94	73,45
05 AFFECTIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	87	475	8,72	78,21
06 AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF	90	606	10,24	70,66
07 AFFECTIONS DU SYSTÈME HÉPATO-BILIAIRE ET DU PANCRÉAS	20	141	9,41	62,34
08 AFFECTIONS ET TRAUMATISMES DE L'APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE ET DU TISSU CONJONCTIF	34	295	9,76	64,24
09 AFFECTIONS DE LA PEAU, DES TISSUS SOUS-CUTANÉS ET DES SEINS	30	205	11,52	72,76
10 AFFECTIONS ENDOCRINIENNES, MÉTABOLIQUES ET NUTRITIONNELLES	3	212	8,29	67,58
11 AFFECTIONS DU REIN ET DES VOIES URINAIRES	27	114	7,93	67,26
12 AFFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN		32	13,33	83,67
13 AFFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ		51	22,67	59,33
16 AFFECTIONS DU SANG ET DES ORGANES HÉMATOPOÏÉTIQUES	50	411	9,00	68,60
17 AFFECTIONS MYÉLOPROLIFÉRATIVES ET TUMEURS DE SIÈGE IMPRÉCIS OU DIFFUS	10	166	11,78	76,28
18 MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	40	399	9,53	65,31
19 MALADIES ET TROUBLES MENTAUX	25	270	10,14	75,41
20 TROUBLES MENTAUX ORGANIQUES LIÉS À L'ABSORPTION DE DROGUES OU INDUITS PAR CELLES-CI	1	156	9,88	53,29
21 TRAUMATISMES, ALLERGIES ET EMPOISONNEMENTS		35	7,40	57,20
23 FACTEURS INFLUANT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET AUTRES MOTIFS DE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ	100	637	7,90	69,78
25 MALADIES DUES À UNE INFECTION PAR LE VIH				
26 TRAUMATISMES MULTIPLES GRAVES				
Sous-total	1257	9344	7,43	
24 SÉANCES ET SÉJOURS DE MOINS DE 2 JOURS	35	352	1,00	59,52
28 SÉANCES	2	2	1,00	58,00
Sous-total	35	354		
Total	1611	9698		

Pour le service de médecine polyvalente du CH de la Rochelle, les 5 premiers types de séjours correspondent à 68,8% de son activité. Ils correspondent aux CMD 01 « affections du système nerveux », 04 « affections de l'appareil respiratoire », 08 « affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif », 23 « facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » et 24 « séjours de moins de 2 jours ». Même en ne tenant pas compte de la CMD 08, regroupant les séjours relevant de la rhumatologie, les séjours liés aux CMD 01, 08, 23 et 24 correspondent encore à plus de 60% de l'activité du service.

¹² Le service de médecine polyvalente et l'unité de médecine polyvalente du CH de La Rochelle, et le service médical d'accueil du CH d'Avignon

Tableau 2. Activité de l'unité de médecine polyvalente non programmée du CH de La Rochelle, année 2007, par catégories majeures de diagnostic¹⁴

	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS	Moyenne d'âge
01 AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX	12	55	8,1	70,32
02 AFFECTIONS DE L'OEIL	4	6	9,2	80,50
03 AFFECTIONS DES OREILLES, DU NEZ, DE LA GORGE, DE LA BOUCHE ET DES DENTS	30	82	3,8	52,73
04 AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	217	1016	8,4	74,32
05 AFFECTIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	12	43	6,7	77,91
06 AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF	13	49	6,7	67,84
07 AFFECTIONS DU SYSTÈME HÉPATO-BILIAIRE ET DU PANCRÉAS	6	21	11,2	60,89
08 AFFECTIONS ET TRAUMATISMES DE L'APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE ET DU TISSU CONJONCTIF	10	43	7,5	71,10
09 AFFECTIONS DE LA PEAU, DES TISSUS SOUS-CUTANÉS ET DES SEINS	7	35	7,7	64,99
10 AFFECTIONS ENDOCRINIENNES, MÉTABOLIQUES ET NUTRITIONNELLES	3	16	7,2	75,83
11 AFFECTIONS DU REIN ET DES VOIES URINAIRES	4	14	9,0	75,74
12 AFFECTIONS DE L'APPAREIL GENITAL MASCULIN	5	2	8,2	72,00
14 GROSSESSES PATHOLOGIQUES, ACCOUCHEMENTS ET AFFECTIONS DU POST PARTUM	1	2	2,0	28,00
16 AFFECTIONS DU SANG ET DES ORGANES HÉMATOPOÏÉTIQUES	4	18	5,1	70,78
17 AFFECTIONS MYELOPROLIFÉRATIVES ET TUMEURS DE SIEGE IMPRECIS OU DIFFUS	9	4	16,1	72,89
18 MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	3	16	7,9	66,41
19 MALADIES ET TROUBLES MENTAUX	3	20	8,6	79,03
20 TROUBLES MENTAUX ORGANIQUES LIÉS À L'ABSORPTION DE DROGUES OU INDIUITS PAR CELLES-CI	1	6	6,2	50,75
21 TRAUMATISMES, ALLERGIES ET EMPOISONNEMENTS	6	3	5,6	57,83
22 BRULURES	3	14	14,6	64,00
23 FACTEURS INFLUANT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET AUTRES MOTIFS DE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ	4	20	8,9	70,02
25 MALADIES DUES À UNE INFECTION PAR LE VIH				
Sous-total	1152	4832	4,19	
24 SÉANCES ET SÉJOURS DE MOINS DE 2 JOURS	10	10	1,0	59,42
Total	1258	4938		

Plus de la moitié (56,3%) de l'activité de l'unité de médecine polyvalente non programmée (UMNP) est représentée par cinq types de séjours. Trois des cinq CMD concernées sont communes avec celles mises en exergue pour le service de médecine polyvalente : 01 « affections du système nerveux », 04 « affections de l'appareil respiratoire », 24 « séjours de moins de 2 jours ».

¹³ Données issues du PMSI du CH de la Rochelle

¹⁴ Ibid.

Tableau 3. Activité du Service médical d'accueil au centre hospitalier d'Avignon, année 2007, par catégories majeures de diagnostic¹⁵

	Séjours	Journées	DMS
1 Affections du système nerveux	115	1491	12,97
2 Affections de l'œil	2	11	5,5
3 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	11	69	6,27
4 Affections de l'appareil respiratoire	123	1497	12,17
5 Affections de l'appareil circulatoire	101	1215	12,03
6 Affections du tube digestif	85	1047	12,32
7 Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	20	191	9,55
8 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	43	625	14,53
9 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	26	330	12,69
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	42	603	14,36
11 Affections du rein et des voies urinaires	40	575	14,38
12 Affections de l'appareil génital masculin	6	54	9
13 Affections de l'appareil génital féminin	1	4	4
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques	33	400	12,12
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	6	41	6,83
18 Maladies infectieuses et parasitaires	16	204	12,75
19 Maladies et troubles mentaux	17	484	28,47
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	10	145	14,5
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements	14	140	10
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	57	950	16,67
24 Séjours de moins de 2 jours	34	25	0,74
25 Maladies dues à une infection par le VIH	1	1	1
TOTAL	803	10102	11,04

Là encore, cinq types de séjours représentent plus d'un séjour sur deux (52,8%) réalisé au service médical d'accueil (SMA) du CH d'Avignon. Quatre CMD sont communes avec celles de l'UMNP, les CMD 01 « affections du système nerveux », 04 « affections de l'appareil respiratoire », 05 « affections de l'appareil circulatoire » et 06 « affections du tube digestif » ; et trois avec le service de médecine polyvalente : les CMD 01, 04 et 23 « facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ».

Par conséquent, il semble que les services de médecine polyvalente réalisent principalement des séjours relevant des spécialités suivantes (par ordre décroissant) : la pneumologie (CMD 04), la neurologie (CMD 01), l'angiologie (CMD 05), la gastro-entérologie (CMD 06). Ils ont également vocation à accueillir des séjours de moins de

¹⁵ Données issues du PMSI du CH d'Avignon

deux jours (CMD 24) et les admissions liées à des « *facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé* » (CMD 23).

Cependant, il est difficile d'aller plus avant dans la comparaison, parce que le PMSI ne permet pas actuellement de le faire.

B) L'utilisation du PMSI comme outil épidémiologique présente des limites

Les informations du PMSI ne renseignent pas toujours sur les objectifs médicaux du séjour. Certaines situations sont claires. Par exemple, si le diagnostic principal (DP) d'un séjour est « appendicite aiguë », l'acte correspondant est donc une appendicectomie.

En revanche, d'autres cas de figures sont plus complexes : si le DP est un « diabète insulino-dépendant sans complication », mais qu'aucun acte n'est recensé (les actes de biologie n'étant pas dans la CCAM), comment connaître avec précision l'objectif médical du séjour ?

L'objectif est plus clair, et donc les informations du PMSI le reflètent également, quand la maladie est aiguë, quand des actes chirurgicaux ont été réalisés, ou quand l'acte est en relation directe avec le DP. A l'inverse, quand le DP se rapporte à une maladie chronique, à un symptôme non viral, qu'il n'est pas accompagné d'actes (ou seulement des actes exploratoires légers), l'objectif du séjour, et donc sa classification, est plus difficile. Or ces cas de figures se présentent régulièrement dans un service de médecine polyvalente, ce qui rend donc plus complexe son analyse par le biais du PMSI.

Le DP du Résumé d'unité médicale (RUM) est défini comme « *l'affection qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins* ¹⁶ ». Par conséquent, une complication qui survient au cours du séjour devient le DP à la place du motif initial d'hospitalisation, dès lors qu'elle requiert des soins plus importants. Par conséquent, les DP sont déterminés à la fin du séjour. Il y a donc un biais d'analyse actuellement en utilisant le PMSI : il n'est pas possible de connaître précisément les motifs pour lesquels un patient serait admis en médecine polyvalente (ou dans un autre service), puisque le DP retenu *a posteriori* peut différer du motif d'entrée.

La mise en œuvre en 2009 de la version 11 de la classification des Groupes homogènes de malades (GHM) propose une nouvelle définition du DP : le problème de santé qui a motivé l'admission. Par conséquent, un problème de santé qui ne serait pas présent au moment de l'hospitalisation du malade, ou une complication du DP / de son traitement, ne pourrait plus devenir le DP. Avec cette nouvelle définition du DP, il sera plus simple de

¹⁶ Définition de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)

déterminer s'il existe un profil épidémiologique spécifique de médecine polyvalente, car les DP correspondront dans leur grande majorité aux motifs d'admission en médecine polyvalente.

La version 11 de la classification des GHM vise également à améliorer la description médico-économique des GHM « médicaux » (par opposition aux GHM « chirurgicaux »). Les actes chirurgicaux sont des actes marqueurs, qui standardisent bien un séjour. Il est donc aisé de faire correspondre un GHM « chirurgical » avec un acte chirurgical. En revanche, les GHM « médicaux » sont souvent sans acte classant/marqueur. Ils sont très hétérogènes. *« Un GHM médical est constitué de nombreux diagnostics comme un GHM chirurgical est constitué de nombreux actes. On constate que les diagnostics médicaux qui composent un GHM peuvent expliquer des consommations de ressources différentes mais elles ne sont pas suffisamment reproductibles pour standardiser suffisamment un GHM sur le plan économique »*¹⁷.

Cette double réforme induite par la future version 11 de la classification des GHM devrait permettre à partir du PMSI, qui est un outil intéressant mais avec des limites, de réaliser des analyses plus poussées en termes d'activité de médecine polyvalente.

1.2.2 Néanmoins des éléments plaident en faveur de cette création

- A) Une part importante de l'activité globale du CHLP peut relever de la médecine polyvalente

En l'absence de GHM et de GHS de médecine polyvalente, plusieurs hypothèses ont été envisagées avec le médecin responsable du DIM au CHLP afin de déterminer si l'implantation d'un service de médecine polyvalente serait pertinente sur le plan médical.

Trois hypothèses ont été retenues.

Correspondent à un service de médecine polyvalente les séjours médicaux pour lesquels l'hôpital n'a pas (ou plus) le service de spécialité correspondant (en l'occurrence, sont concernées l'hématologie, la dermatologie, la gastro-entérologie, la médecine interne, l'ORL, l'urologie et l'allergologie). Sont également concernés les séjours médicaux pour lesquels il n'existe pas de diagnostic précis. Sont enfin inclus dans le champ de la médecine polyvalente les séjours d'une durée inférieure à deux jours.

¹⁷ Dr M. Mendelsohn, « Groupes homogènes de malades, version 11 de la classification », in Revue hospitalière de France, n° 522, mai-juin 2008, pp. 18-19.

A partir de ces trois hypothèses de base, l'activité sur 2007 de l'établissement sur l'ensemble du court séjour a été analysée sous deux angles différents pour identifier un éventuel intérêt à créer un service de médecine polyvalente.

Première analyse de l'activité :

A partir du case-mix par GHM pour l'ensemble du court séjour au CHLP sur l'année 2007, ont été extraits les séjours suivants, considérant qu'ils pouvaient relever de la médecine polyvalente :

- les séjours correspondant à des GHM qui ne relèvent pas d'une spécialité clairement identifiée (par exemple le GHM « autres facteurs influant sur l'état de santé »),
- les séjours correspondant à des GHM qui relèvent d'une spécialité absente au CHLP (exemple les GHM relevant de l'hématologie).

Les 41 GHM sélectionnés représentent un total de 1230 séjours, sur un total de 14633 séjours en MCO (séances non incluses). Autrement dit, 8,4% des séjours réalisés en 2007 au CHLP pourraient être inclus dans un service de médecine polyvalente. Ces 1230 séjours totalisent 11570 journées d'hospitalisation, soit 14,2% des journées réalisées sur l'établissement en 2007.

Au CHLP, les services les plus grands sont composés de 27 lits. En partant du principe que le service de médecine polyvalente bénéficierait également de cette capacité maximale de 27 lits, ces 11570 journées d'hospitalisation correspondraient à un taux d'occupation annuel de plus de 117%.

Théoriquement, un tel service à l'hôpital de Dole serait donc utile.

Seconde analyse de l'activité :

L'activité en MCO réalisée en 2007 par le CHLP est classée par CMD. Les séjours sont ensuite répartis entre médecine et chirurgie à l'intérieur de chaque CMD, afin d'obtenir le case-mix de l'établissement en CMD_ASO.

Considérant que la médecine polyvalente à Dole aurait vocation à prendre en charge des patients ne relevant pas d'une pathologie précise et les patients pour lesquels il n'existe pas au CHLP le service de spécialité adéquat, les CMD suivantes ont été ciblées :

Tableau 4. Sélection parmi le case-mix 2007 du CHLP par CMD_ASO des séjours pouvant relevés de la médecine polyvalente

CMD_ASO	Libellé	nombre de séjours PMSI	nombre de journées PMSI
03M	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents - Médecine	71	389
06M	Affections du tube digestif - Médecine	517	3992
09M	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins - Médecine	97	1589
16M	Affections du sang et des organes hématopoïétiques - Médecine	118	1162
18M	Maladies infectieuses et parasitaires - Médecine	118	1413
19M	Maladies et troubles mentaux - Médecine	144	1948
20M	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci - Médecine	117	873
21M	Traumatismes, allergies et empoisonnements - Médecine	81	389
23M	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé - Médecine	203	2944
24M	Séjours de moins de 2 jours - Médecine	3252	1200
TOTAL		4718	15899

Ces séjours de « médecine polyvalente » représentent 50,8% du total des 9 296 séjours de médecine (séances non incluses) comptabilisés, et 28,4% des 55917 journées réalisées dans le cadre de ces séjours de médecine.

Ces deux prévisions très globales d'activité de médecine polyvalente à partir des données d'activité 2007 ne permettent pas de dire qu'un service de médecine polyvalente est nécessaire au CHLP. Cependant, ces éléments corroborent l'idée qu'un tel service connaîtrait une activité suffisante pour justifier sa création.

A partir de cette première indication, il est possible de réaliser une analyse plus fine, en comparant l'activité du service provisoire de médecine polyvalente en mai et juin 2008 du CHLP avec celle du service de gastro-entérologie sur la période mai-juin 2007, et en la comparant également avec celle de deux services de médecine polyvalente d'autres établissements.

B) L'analyse de l'activité du service provisoire de médecine polyvalente du CHLP sur la période mai-juin 2008 confirme cette hypothèse

Le service provisoire de médecine polyvalente a ouvert fin avril 2008 au CHLP en remplacement du service de gastro-entérologie, qui ne pouvait se maintenir en raison des départs non remplacés de deux gastro-entérologues. Afin de pouvoir dire si ce service a eu une véritable activité de médecine polyvalente, il était nécessaire de comparer l'activité du service de médecine polyvalente en mai-juin 2008 avec l'activité de gastro-entérologie en mai-juin 2007.

Tableau 5. Case-Mix en CMD_ASO du service provisoire de médecine polyvalente, mai-juin 2008

CMD ASO		Effectif	Jours PMSI	CA T2A (€)
01M	Affections du système nerveux - Médecine	5	27	10 399
02M	Affections de l'oeil - Médecine	1	4	1 677
03M	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents - Médecine	1	2	1 613
04M	Affections de l'appareil respiratoire - Médecine	4	37	12 343
05M	Affections de l'appareil circulatoire - Médecine	5	17	9 014
06M	Affections du tube digestif - Médecine	24	204	60 843
07M	Affections du système hépato-biliaire et du pancréas - Médecine	8	83	31 261
08M	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif - Médecine	2	13	8 422
10M	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles - Médecine	11	120	37 474
11M	Affections du rein et des voies urinaires - Médecine	4	28	10 428
13M	Affections de l'appareil génital féminin - Médecine	1	5	2 495
16M	Affections du sang et des organes hématopoïétiques - Médecine	5	54	17 058
18M	Maladies infectieuses et parasitaires - Médecine	2	35	12 919
19M	Maladies et troubles mentaux - Médecine	6	80	26 473
20M	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci - Médecine	12	103	26 781
23M	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé - Médecine	11	135	56 746
24M	Séjours de moins de 2 jours - Médecine	9	6	5 270
Total		111	953	331 216

Le service provisoire de médecine polyvalente fonctionnait avec 22 lits. Pour cette période de deux mois, cela correspond à un taux d'occupation des lits de 71% et à une recette de 2984 euros par séjour en moyenne.

On peut également noter que 17 catégories majeures de diagnostic (CMD) sur 24 sont représentées. Parmi elles, 8 des 10 CMD identifiées plus haut comme relevant potentiellement d'un service de médecine polyvalente sont présentes. Le tableau ci-dessous indique que le service de médecine à orientation gastro-entérologie sur cette même période de deux mois, comptaient 12 CMD sur 24. Cela confirme qu'un service à orientation fait de la médecine générale, mais qu'un service de médecine polyvalente fait davantage.

Tableau 6. Case-Mix en CMD_ASO du service de gastro-entérologie, mai-juin 2007

CMD ASO	Libellé	Eff.	Jours PMSI	CA T2A (€)
03M	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents - Médecine	1	22	3 161
04M	Affections de l'appareil respiratoire - Médecine	2	74	15 842
05M	Affections de l'appareil circulatoire - Médecine	1	10	1 579
06M	Affections du tube digestif - Médecine	55	568	208 242
07M	Affections du système hépato-biliaire et du pancréas - Médecine	25	230	105 865
08M	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif - Médecine	1	4	807
09M	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins - Médecine	2	66	10 185
11M	Affections du rein et des voies urinaires - Médecine	1	6	1 719
12M	Affections de l'appareil génital masculin - Médecine	1	8	2 010
16M	Affections du sang et des organes hématopoïétiques - Médecine	6	31	18 966
20M	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci - Médecine	14	111	43 192
21M	Traumatismes, allergies et empoisonnements - Médecine	1	3	2 130
24M	Séjours de moins de 2 jours - Médecine	20	13	12 304
	TOTAL	130	1146	426 002

Le service de gastro-entérologie était constitué de 27 lits. Pour la période mai-juin 2007, cela correspond à un taux d'occupation de 69,6%, et un séjour évalué en moyenne à 3277 euros.

Malgré la forte diminution de l'activité de gastro-entérologie, le taux d'occupation est donc resté stable. Le service de médecine polyvalente a donc su répondre à d'autres besoins qui ont compensé la baisse de cette activité.

Sur le plan financier, en valeur relative, il est vrai que la recette moyenne par séjour était plus élevée en gastro-entérologie, mais la différence reste cependant raisonnable (293 euros). Par contre, la différence en valeur absolue sur les deux mois est plus élevée (94 786 euros). En extrapolant sur une durée de 12 mois, en prenant comme hypothèse que l'activité et le niveau de recettes restent stables pour la gastro-entérologie et la médecine polyvalente, cela représenterait une diminution de ressources sur un an supérieure à 500 000 euros, ce qui est non négligeable en financement T2A à 100%.

Sur ses deux premiers mois d'existence, le service de médecine polyvalente est donc moins intéressant sur le plan financier pour l'établissement que le service de gastro-entérologie existant précédemment. Mais sur le plan de l'offre de soins, il semble qu'il a su maintenir un niveau d'activité comparable à son prédécesseur, illustrant ainsi son utilité. Il a vocation à accueillir les patients relevant de la médecine polyvalente, de gériatrie, de soins palliatifs (deux lits identifiés existaient précédemment).

Pour conclure, il est intéressant de noter qu'un point commun très important existe entre le service de médecine polyvalente provisoire du CHLP et les services de médecine polyvalente dont l'activité a été décrite ci-dessus.

Les CMD les plus fréquentes (01, 04, 05, 06, 23, 24) dans les services de médecine polyvalente précités sont également présentes dans le service de médecine provisoire du CHLP. Elles représentent 52,2% de son activité du service provisoire sur ses deux premiers mois d'existence. Même s'il faut relativiser ce calcul qui ne porte que sur deux mois d'activité, il y a donc bien une correspondance entre ces différents services.

Le service de médecine polyvalente du CHLP a donc bien eu une activité de médecine polyvalente.

2 Contraintes et leviers liés à la mise en œuvre d'un service de médecine polyvalente

2.1 Dualité des contraintes

Les freins internes et externes qui font obstacle à la création d'un service de médecine polyvalente sont de deux ordres : certains sont généraux et susceptibles de s'appliquer à un grand nombre d'établissements hospitaliers, mais d'autres sont également spécifiques au centre hospitalier Louis Pasteur (CHLP).

2.1.1 Freins internes aux établissements

Il est possible de distinguer deux types de freins internes à la mise en œuvre d'un service de médecine polyvalente : les réticences de la communauté médicale et le coût financier d'une telle installation. D'abord présentés de façon générale, ils seront ensuite abordés sous un angle plus spécifique au CHLP.

A) Vaincre les réticences potentielles de la communauté médicale

Il n'est ni envisageable ni souhaitable de mettre en place une structure de médecine polyvalente sans l'accord de l'ensemble des praticiens hospitaliers. Les médecins doivent avoir la volonté de valider un tel projet. Il est même préférable qu'ils en soient les instigateurs. Le président de la Commission médicale d'établissement (CME) doit être favorable au projet. Mais sa seule implication n'est pas suffisante si ses confrères ne partagent pas sa vision du projet. L'adhésion de la communauté médicale dans son ensemble est nécessaire.

S'ils sont les promoteurs du projet, les praticiens accepteront logiquement les règles du jeu relativement contraignantes que suppose la mise en œuvre d'un service de médecine polyvalente.

En premier lieu, si cette création se fait à partir de moyens nouveaux, cela signifie que ces fonds ne seront pas affectés au renforcement des spécialités existantes. Il faut donc que les praticiens acceptent que leurs services ne soient pas les bénéficiaires de ces moyens. Si à l'inverse la mise en œuvre d'un service de médecine polyvalente doit se réaliser à moyens constants, comme il est envisagé de le faire au centre hospitalier Louis

Pasteur, leur accord est d'autant plus nécessaire afin d'effectuer le redéploiement des personnels et des lits de spécialité en faveur de la médecine polyvalente.

En deuxième lieu, les praticiens doivent accepter de se rendre dans ce service de médecine polyvalente pour donner un avis de spécialiste quand l'équipe médicale en fait la demande. Ils sont également amenés, dans la mesure du possible selon leur disponibilité en lits, à accepter des transferts en provenance de la médecine polyvalente quand l'état d'un patient se dégrade et nécessite des soins plus approfondis dans telle ou telle spécialité.

Il s'agit d'un échange de bons procédés : à l'inverse, la médecine polyvalente permet de prendre en charge des patients qui ne requièrent pas une hospitalisation dans des services de spécialité, ce qui permet d'alléger la pression qui s'exerce sur ces services.

Cependant, il n'existe aucun moyen d'obliger les praticiens spécialistes à respecter ces règles, à moins qu'ils ne soient dès le départ engagés en faveur du projet, et donc prêts à en assumer les avantages comme les contraintes. Il est plus difficile de refuser les règles de fonctionnement d'un système dont on a soutenu la mise en place.

Enfin, il est important d'avoir l'aval de la communauté médicale pour valoriser l'image de la médecine polyvalente, qui n'a pas toujours bonne presse auprès de certains spécialistes. Il est vrai qu'une bonne appréciation s'acquiert aussi avec la pratique, comme j'ai pu le constater au cours des visites et des entretiens réalisés. Mais un climat initial favorable constitue un atout certain.

Au final, si l'adhésion de la communauté médicale est si importante, c'est autant pour l'installation d'une structure de médecine polyvalente, que pour garantir ensuite sa pérennisation à long terme par le respect des règles de fonctionnement qui en découlent.

Au CHLP, le poids des réticences des praticiens a été variable. Il illustre parfaitement de quelle façon l'attitude de la communauté médicale peut conditionner l'avancée d'un projet. Après en avoir été les promoteurs, les médecins sont aujourd'hui plus réservés vis-à-vis du projet, ce qui a entraîné un arrêt relativement long des réflexions avant leur relance à la fin du printemps 2008.

La proposition initiale de créer un service de médecine polyvalente est une initiative du pôle de médecine, lancée au printemps 2007 dans le cadre de la rédaction de son projet de pôle, présentée en CME à l'automne 2007. Le pôle de médecine partait du constat que plusieurs médecins avaient émis le souhait de se consacrer davantage à leur spécialité, mais que dans un hôpital de taille moyenne, tout le monde ne pouvait faire uniquement de la spécialité et négliger la dimension généraliste d'une grande partie des hospitalisations.

Par conséquent, le projet prévoyait de regrouper les services de néphrologie et de diabéto-endocrinologie dans un seul service, et de transformer les 25 lits ainsi « économisés » en service de médecine polyvalente.

Plusieurs éléments sont ensuite entrés en ligne de compte pour mettre cette proposition en attente : il a été décidé d'attendre l'ouverture prochaine de l'Unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD), afin de compléter la filière des prises en charge non programmées, et d'attendre également les résultats d'un audit extérieur sur les mesures d'économie réalisables au CHLP, dans une situation financière déficitaire. Un projet concurrent de création d'un service de court séjour gériatrique a également été proposé. Puis des problèmes de personnel en réanimation sont intervenus. Enfin et surtout, depuis le début de l'année 2008, les départs de plusieurs praticiens de l'établissement ont été enregistrés, sans toujours être remplacés.

Cette fragilisation de la communauté médicale a donc déstabilisé les services, dans un contexte où le recrutement de médecins spécialistes devient plus complexe. Par conséquent, les praticiens sont désormais plus attachés à reconsolider leurs services respectifs qu'à relancer le projet de médecine polyvalente.

La situation particulière du CHLP illustre donc parfaitement l'importance de l'implication de la communauté médicale comme facteur de réussite, ou a contrario comme frein en cas de réticences de sa part.

B) La contrainte financière

La contrainte financière s'exerce de deux manières.

D'une part, le mode de financement induit par la tarification à l'activité (T2A) implique que les hôpitaux doivent utiliser leurs ressources résultant de leur activité comme moyens pour développer leurs activités. Or le CHLP connaît actuellement des difficultés financières. En déficit, il est soumis à un Contrat de retour à l'équilibre financier (CREF). Dans ce contexte, il est impossible pour le CHLP de créer un service de médecine polyvalente ex nihilo. L'installation de lits de médecine polyvalente ne peut se faire que par redéploiement. Il est donc nécessaire d'arbitrer entre les différents services et spécialités pour regrouper des lits et les individualiser comme lits de médecine polyvalente.

En raison de sa taille moyenne, le CHLP ne dispose pas de services de spécialités, mais de services dits à orientation. Il s'agit donc d'identifier tous les lits de médecine polyvalente installés en faisant la part entre les lits dédiés à une spécialité et les lits de médecine polyvalente dans chaque service à orientation.

Il faut également réfléchir à la question du recrutement des médecins qui travailleront dans cette structure de médecine polyvalente. S'il est possible de redéployer des lits et des personnels soignants, il paraît plus délicat de faire de même avec les praticiens hospitaliers. Les praticiens spécialistes souhaitent généralement rester dans leurs services. C'est le cas des médecins du CHLP, pour qui la création d'un service de médecine polyvalente devait répondre à leur demande se consacrer davantage à leurs disciplines respectives.

Il faut donc redéployer des médecins à compétence généraliste qui travaillent actuellement dans des services à orientation, et faire accepter par conséquent un redimensionnement des équipes médicales, ou faire le choix de ne pas toucher aux équipes en place et de recruter. Au vu de la situation financière très contrainte du CHLP, la première solution semble la plus raisonnable.

D'autre part, il faut rappeler que le Programme médicalisé du système d'information (PMSI) ne définit pas de Groupes homogènes de malades (GHM) spécifiques de médecine polyvalente ni de maladies traçantes. Il n'y a donc pas non plus de Groupes homogènes de séjour (GHS). Par conséquent, il est difficile de chiffrer les recettes potentielles d'un service de médecine polyvalente.

2.1.2 Freins externes

A) Un corollaire indispensable : une filière d'aval suffisante

Il a déjà été indiqué plus haut que le pré-PMT du Nord Jura ne prévoyait la création d'un service de médecine polyvalente qu'accompagnée d'une augmentation des capacités d'aval. En effet, si les services de spécialité en court séjour connaissent un phénomène de saturation, c'est en grande partie lié à un égal engorgement en aval des lits de moyen et long séjour ainsi que des places en EHPAD.

Par conséquent, un service de médecine polyvalente, s'il permet une meilleure prise en charge, car plus adaptée, lors d'une phase somatique aigue, d'urgence ou complexe, n'a néanmoins pas vocation à « garder » des patients une fois leur état stabilisé. Il ne peut effectuer sa mission dans les meilleures conditions qu'à condition de garantir aux urgences des lits toujours disponibles et un turn-over satisfaisant. Tenir ces engagements n'est rendu possible que si la filière d'aval permet de prendre en charge ces patients.

La médecine polyvalente a vocation à accueillir des patients nécessitant une hospitalisation courte, et à tenir une DMS courte, afin d'avoir un turn-over suffisant pour

garantir des lits disponibles. Or, d'après les entretiens réalisés, les patients accueillis sont souvent « lourds », car âgés, polypathologiques ou dépendants, qui peuvent donc nécessiter un transfert dans une structure d'aval avant de pouvoir rentrer à domicile. Or, si une fois leur état clinique stabilisé, il n'est pas possible de réaliser ce transfert, leur durée de séjour en médecine polyvalente va augmenter. Le service peut donc perdre ce qui fait son point fort, à savoir un turn-over rapide des lits. Tous les acteurs rencontrés ont témoigné des difficultés pour trouver une place dans les services de soins de suite et de réadaptation et de long séjour.

La prolongation inutile du séjour de patients en attente de place dans une structure d'aval entraîne également comme conséquence un risque accru, pour les personnes âgées, d'apparition ou de majoration de leur dépendance. Elle peut aussi provoquer des difficultés d'admission en provenance des urgences pour le service.

Le Dr Salvatore, chef du service de médecine polyvalente au CHI de Sèvres - Saint Cloud, indique qu'il existe également un problème d'aval pour la catégorie des patients âgés de 50 à 65 ans et /ou pour les populations adultes marginalisées économiquement. Trop jeunes pour intégrer des structures réservées aux personnes âgées, ils sont parfois déjà très dépendants ou atteints de pathologies lourdes, notamment liées à l'alcool ou au tabac, et peu de structures (voire même aucune) d'aval médico-sociales sont adaptées à leur profil. Adressés dans le service de médecine polyvalente car jugés « *peu attractifs* » pour les autres services, ils connaissent également des durées de séjour importantes par manque de solution d'aval adaptée.

B) Eviter les admissions de patients ne relevant pas d'une hospitalisation en court séjour

Il est possible de distinguer deux types d'hospitalisations non justifiées¹⁸ qu'un service de médecine polyvalente peut être amené à réaliser. Les hospitalisations « *non justifiées mais pertinentes* » sont celles pendant lesquelles un patient bénéficie d'un hébergement et/ou reçoit une prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative. Les hospitalisations « *non justifiées et non pertinentes* » correspondent aux cas où les patients reçoivent des soins ou bénéficient de services qui pourraient leur être fournis dans des structures plus adaptées autres que l'hôpital.

Il a déjà été souligné que la médecine polyvalente a vocation à accueillir des patients nécessitant une hospitalisation courte. Or, outre les problèmes liés au manque de lits

¹⁸ Classification reprise d'après celle présentée dans le rapport du Conseil Economique et Social *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, 2005, p.71.

d'aval, il ressort des entretiens réalisés que les services de médecine polyvalente sont également amenés à accueillir des patients ne nécessitant pas d'hospitalisation, ou nécessitant une hospitalisation mais dans une unité de moyenne ou longue durée. Il s'agit ici d'une hospitalisation non pertinente mais justifiée.

Certains patients présentent un état médical qui ne justifie pas une hospitalisation en médecine polyvalente, mais qui y sont néanmoins adressés. Ainsi par exemple des patients provenant d'EHPAD sont hospitalisés alors même qu'ils souffrent d'une pathologie bénigne, en raison de moyens de surveillance et de nursing insuffisants dans leur structure d'origine. C'est un cas d'hospitalisation non pertinente non justifiée.

Il existe aussi des hospitalisations qui sont le seul moyen de permettre à une personne âgée d'accéder à une consultation spécialisée. Une hospitalisation peut aussi permettre de suppléer une rupture brusque du soutien familial, s'il n'y a plus de places disponibles dans des structures d'hébergements d'urgence.

Un autre schéma ressort des entretiens : des patients âgés adressés par leur médecin traitant aux urgences pour difficultés de maintien à domicile, qui sont ensuite hospitalisés en médecine polyvalente en attente d'un placement. L'hospitalisation est alors le moyen d'exercer une pression plus efficace pour obtenir une place dans un établissement, puisque les recherches et les démarches sont alors à la charge des hospitaliers, qui ont intérêt, pour le service et pour la personne âgée, à trouver rapidement une solution d'aval. L'hôpital fonctionne alors comme une « porte d'entrée » dans le secteur médico-social.

Il est évident que les hospitalisations à caractère exclusivement social sont très peu nombreuses en pratique. Une hospitalisation pour des motifs a priori sociaux peut conduire à s'interroger aussi sur l'état de santé de la personne âgée. Une justification médicale est alors presque toujours présente, même si elle n'apparaissait pas clairement à l'origine. Mais ce passage par les structures hospitalières dénote néanmoins une insuffisance des moyens de la sphère sociale qui conduit trop souvent le secteur médical, et principalement hospitalier, à répondre seul à ces situations complexes, en particulier dans les moments de crise ou d'urgence.

Il convient également d'ajouter que le « tri » des patients aux urgences n'est pas toujours fait dans un sens favorable aux services de médecine polyvalente. Afin de limiter au maximum les phénomènes de saturation dans leur service, les urgentistes doivent réaliser un adressage rapide dans les services de spécialités des patients qui nécessitent une hospitalisation. Or le temps d'attente peut être long, les lits ne sont pas toujours

disponibles, et les personnes âgées sont souvent considérées comme des « bloqueurs de lits » qui font baisser l'activité et diminuent les moyens du service. Il est alors plus facile d'adresser ces patients en médecine polyvalente, où les lits sont souvent disponibles, même si la pathologie du malade ne correspond pas théoriquement aux prises en charges que le service doit mettre en place. Ce problème de l'adressage des patients par les urgences sera développé plus avant dans la troisième partie¹⁹.

2.2 Savoir utiliser les opportunités et les atouts de chacun

2.2.1 Une opportunité : la fermeture du service de gastro-entérologie du CHLP

La dégradation de la démographie médicale au Centre Hospitalier Louis Pasteur a paradoxalement permis la réémergence du projet de médecine polyvalente.

Il a été mentionné précédemment qu'un projet de service de médecine polyvalente avait été défendu par le pôle de médecine à l'automne 2007. Aucune suite n'avait été donnée, le CHLP étant confronté à des difficultés financières importantes et à la mise aux normes du service de réanimation en termes de personnel. En outre, l'ouverture de la nouvelle Unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) aux urgences, demande un effectif de 15 agents équivalents temps plein (ETP) paramédicaux que le CHLP n'est pas en mesure de recruter. Le CHLP ne peut recruter non plus les effectifs nécessaires pour la création ex nihilo d'un service de médecine polyvalente. Il doit donc procéder par redéploiement du personnel existant, avec la priorité donnée à l'UHTCD, puisque la création de cette unité, située dans le bâtiment neuf des urgences, est programmée depuis plusieurs années.

Le début de l'année 2008 a vu une aggravation de la situation, avec d'une part la signature avec l'ARH d'un Contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) prévoyant de nombreuses mesures d'économies, et d'autre part le départ de plusieurs praticiens de l'établissement, notamment en gastro-entérologie.

Le service de gastro-entérologie, où quatre praticiens travaillaient, a enregistré le départ de deux médecins temps plein, dont le chef de service, et ne comprenait plus que deux praticiens à temps partiel.

¹⁹ Cf. partie infra. 3.2.3 point A « Protocoliser les relations avec les urgences » p.55

Il est clair que ces départs non remplacés (ou difficilement remplaçables tout du moins) constituent une problématique inquiétante pour le CHLP mais aussi plus généralement pour tous les établissements de taille moyenne situés dans des zones rurales et/ou peu attractives. Mais il faut également reconnaître que ces départs ont relancé, bien que sous une forme différente par rapport au plan initial, le projet d'installation d'un service de médecine polyvalente. Le rapprochement des services de diabétologie et de néphrologie envisagé par le pôle de médecine n'a pas été mis en œuvre, et c'est un service en difficulté sur le plan médical qui a été transformé.

L'hypothèse de fermer le service de gastro-entérologie au 1^{er} juin, en raison de l'absence à partir de cette date de PH titulaire temps plein, a été refusée par le directeur du centre hospitalier. Il a été décidé de le transformer provisoirement en service de médecine polyvalente. Une praticienne généraliste détachée d'un autre service de l'établissement s'est vue confier la chefferie provisoire, assistée d'un médecin généraliste contractuel recruté pour la circonstance. Cette solution est considérée comme temporaire, la priorité de la CME et de la direction étant la réouverture du service de gastro-entérologie dès la réalisation du recrutement adéquat de praticiens.

Il est à noter que l'Unité de médecine polyvalente d'accueil (UMPA) du CH de Troyes, ainsi que l'Unité de médecine polyvalente non programmée (UMNP) du CH de La Rochelle, ont été créées dans des contextes similaires, avec des services en difficultés sur le plan médical, qui ont alors été transformés pour maintenir sur le plan quantitatif le même nombre de lits d'aval en court séjour pour les services d'urgences.

Au CH de La Rochelle, le service de dermatologie de 20 lits posait deux problèmes. D'une part la continuité médicale du service n'était pas assurée, en raison de la présence de seulement deux praticiens temps partiel. D'autre part, ce service réalisait un très grand nombre d'hébergements, supérieur à son activité de dermatologie, alors qu'il bénéficiait d'un temps de présence médicale insuffisant. La prise en charge de ces patients hébergés relevant de diverses spécialités n'était donc pas considérée comme satisfaisante. Le service de dermatologie a donc été en partie transformé en 2004 en une unité de 14 lits de médecine polyvalente non programmée placée sous la responsabilité d'un médecin recruté à cet effet. Six lits de dermatologie ont été conservés, situés dans le même service, mais sous la responsabilité des dermatologues. Cette transformation a anticipé sur la réalisation future du plan directeur, qui prévoyait la création de 16 lits de médecine polyvalente non programmée, rattachés au service de médecine polyvalente programmée déjà existant.

Au CH de Troyes, le service de cardiologie connaissait également des problèmes de présence médicale insuffisante. Douze lits de cardiologie devaient être conservés, mais les 20 autres lits du service étaient menacés de fermeture, réduisant de ce fait le nombre de lits d'aval disponibles pour les Urgences. Le chef du service des Urgences proposa alors de créer une unité de médecine polyvalente d'accueil (UMPA), placée dans le pôle des Urgences, sous la responsabilité de deux praticiens temps plein. L'UMPA a été ouverte en juillet 2005.

Il est donc possible de considérer la situation actuelle du service de gastro-entérologie du CHLP comme une opportunité du même ordre. Cependant, il est vrai que la dermatologie à La Rochelle et la cardiologie à Troyes n'avaient pas la même activité sur le plan quantitatif que le service de gastro-entérologie de Dole : beaucoup d'hébergements en dermatologie au CH de La Rochelle, peu de séjours et beaucoup d'explorations fonctionnelles en cardiologie au CH de Troyes.

L'arrêt définitif de l'activité de gastro-entérologie au centre hospitalier de Dole, ou tout du moins sa très forte réduction actuelle en raison d'une présence médicale désormais réduite à deux praticiens temps partiel, est donc problématique. D'autant plus qu'il s'agissait d'un service dynamique, attractif et productif. Si l'objectif de recruter un nombre suffisant de gastro-entérologues n'est pas pleinement atteint, il est tout à fait possible d'imaginer que le service de médecine polyvalente soit finalement conservé et pérennisé en comportant des lits identifiés de gastro-entérologie, sur le modèle de l'unité de médecine polyvalente non programmée de La Rochelle, qui cohabite avec six lits identifiés de dermatologie.

Il est certain néanmoins que, quelle que soit la physionomie définitive du service, la situation actuelle représente une réelle opportunité de réflexion et d'action pour la direction et la communauté médicale du CHLP à propos de l'avenir de la médecine polyvalente à Dole.

2.2.2 Des atouts réciproques à faire valoir

A) La médecine polyvalente, un atout pour renforcer l'offre de soins du CHLP

Actuellement, c'est la spécialité médicale qui régit l'entrée d'un patient dans l'hôpital puis sa prise en charge. Au sein d'aux hôpitaux publics déjà composés de services cloisonnés, une spécialisation accrue s'impose toujours plus : l'organisation du travail médical et soignant est calquée sur les nouvelles techniques issues du progrès médical. Cet

éclatement des spécialités médicales aboutit logiquement à une prise en charge « segmentée » des patients.

Cette évolution est très problématique pour les personnes âgées, polypathologiques, ou atteintes de maladies chroniques et/ou évolutives. Or ces patients sont de plus en plus nombreux. Ils nécessitent une prise en charge moins technique, moins spécialisée et plus globale. L'organisation hospitalière doit s'adapter à l'évolution démographique irréversible qu'est le vieillissement et à ses corollaires : risques de dépendance, polypathologies, chronicité.

La spécialisation, qui se veut un gage de qualité de prise en charge, aboutit alors paradoxalement à des prises en charge inadaptées. Si l'hyper spécialisation est surtout visible en CHU, où se sont d'ailleurs développés les premiers services de médecine polyvalente, la problématique de l'articulation entre technicité et proximité se pose aussi dans les centres hospitaliers généraux, bien que de manière moins prégnante.

La médecine polyvalente leur offre une alternative plus adéquate. Elle constitue un facteur d'amélioration de la qualité des soins : réduction des hébergements, diminution des inadéquations des patients aux lits d'hospitalisations, meilleure adaptation de la prise en charge.

En outre, le contexte actuel n'est pas favorable à la chirurgie publique. Pour renforcer la place des centres hospitaliers de taille moyenne, comme le CHLP, il convient de mettre l'accent sur la médecine. En chirurgie, le CHLP est confronté à la concurrence directe d'une clinique privée sur le territoire même de la commune de Dole, et à la concurrence indirecte de deux CHU situés à moins de 50 kilomètres. S'il est important de conserver une activité de chirurgie variée et de bon niveau CHLP, pour la population du territoire et pour conserver le statut d'hôpital de recours, il est indispensable d'offrir également une offre de médecine adaptée aux besoins de la population. Face aux recompositions envisagées de l'offre en chirurgie sur le territoire national, il est nécessaire que le CHLP réussisse à consolider son rôle d'offreur de soins en s'appuyant notamment sur ses services de médecine. La mise en place d'un service de médecine polyvalente participerait à élargir et adapter son offre de soins, et donc à asseoir sa position d'hôpital de recours.

Enfin, face à la chirurgie, discipline « noble », et à la médecine hospitalière, de plus en plus technique et spécialisée, il était nécessaire revaloriser la médecine générale hospitalière. C'est chose faite depuis l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, qui range désormais la médecine générale parmi les spécialités médicales accessibles aux étudiants en médecine après l'examen national classant.

Cette revalorisation de la médecine générale ne peut être qu'un atout supplémentaire pour développer la médecine polyvalente dans les hôpitaux, tant aux yeux des usagers qu'à ceux des praticiens hospitaliers.

B) Les points forts du CHLP pourraient faciliter la mise en œuvre d'un service de médecine polyvalente

Les entretiens réalisés ont permis de mettre en évidence quelques éléments dont la présence dans un établissement hospitalier constitue un atout pour construire, et surtout inscrire dans la durée, un service de médecine polyvalente. Il est important de pouvoir s'appuyer sur des acquis et de ne pas partir totalement de zéro, notamment lors de l'installation d'un nouveau service, qui peut se révéler très délicate.

L'opportunité représentée par la situation du service de gastro-entérologie s'accompagne pour le centre hospitalier Louis Pasteur d'atouts intéressants s'il souhaite finalement pérenniser le service de médecine polyvalente provisoirement mis en œuvre en mai 2008.

Il peut donc s'appuyer sur les éléments suivants, mis en avant par tous les interlocuteurs rencontrés :

Les services de médecine polyvalente sont amenés à accueillir en grand nombre des personnes âgées, voire très âgées, avec des degrés de dépendance variés, malgré la présence éventuelle d'un service de court séjour gériatrique (c'est le cas notamment aux CH de La Rochelle et de Troyes). Par conséquent, si l'équipe médicale du service de médecine polyvalente n'a pas de qualifications en gériatrie, elle doit pouvoir s'appuyer sur des compétences extérieures dans ce domaine. La présence d'une équipe mobile de gériatrie qui pourrait intervenir à la demande dans le service pour un avis gériatrique ou pour établir un bilan est donc indispensable. Or le CHLP dispose déjà d'une équipe mobile de gériatrie.

Il faut d'ailleurs noter que les multiples pathologies rencontrées, l'âge moyen élevé des patients, l'augmentation des phénomènes de polyopathologies et de dépendance donnent une importante charge de travail aux équipes médicale et soignante d'un service de médecine polyvalente. Par conséquent, ces services sont très demandeurs de compétences d'appoint apportées par les différentes équipes mobiles hospitalières existantes, qui allègent leur charge de travail et permettent de cibler les soins.

Dans les services de médecine polyvalente visités, les équipes mobile douleur et soins palliatifs étaient également amenées à intervenir. Citons également l'initiative intéressante menée au CH de La Rochelle, où une équipe mobile « cicatrices et plaies » a été mise en

œuvre par le service de diabétologie, et qui intervient donc en médecine polyvalente quand cela s'avère nécessaire. Il est important pour un service de médecine polyvalente, en plus des avis qu'il est toujours possible de demander à des spécialistes, de pouvoir s'appuyer également sur des compétences opérationnelles extérieures au service.

Le CHLP bénéficie déjà d'une unité douleur, qui réalise principalement des consultations externes, mais qui peut également intervenir à la demande des praticiens dans les services, et d'une équipe mobile de soins continus et d'accompagnement (EMSCA) en charge des soins palliatifs dans l'établissement, où trois lits soins palliatifs sont identifiés. Si un service de médecine polyvalente est définitivement installé au CH de Dole, il sera certainement nécessaire de réfléchir aux modalités d'intervention et d'anticiper la charge de travail des différentes équipes mobiles hospitalières existantes dans un tel service.

La présence accrue de personnes âgées avec un degré de dépendance plus ou moins important dans les services de médecine polyvalente nécessite d'apporter un soin tout particulier aux conditions de leur sortie d'hospitalisation. La majorité des patients de médecine polyvalente retournent à leur domicile (57% à Vesoul²⁰, 66% à Sèvres²¹, 61% à La Rochelle en médecine polyvalente non programmée²²), mais nécessitent la mise en place d'aides. Pour cela, outre le travail réalisé par les assistantes sociales dans le service, il est également nécessaire de disposer d'autres structures qui peuvent relayer ou compléter le travail des assistantes sociales.

En l'occurrence, le CH de Dole bénéficie d'un Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) labellisé niveau 3 installé dans ses locaux, le niveau 3 étant le plus élevé.

Ce CLIC a pour mission d'être un guichet d'accueil et d'information de proximité pour les retraités, les personnes âgées et les professionnels intervenant en gériatrie ou dans le domaine du maintien à domicile.

Enfin, pour conclure sur les atouts du centre hospitalier Louis Pasteur, il faut noter que les services de médecine de l'établissement sont dotés d'une bonne réputation auprès de la population du territoire de santé. Un service de médecine polyvalente ne pourrait que bénéficier de cette image.

²⁰ Etude menée par le service de médecine polyvalente du CHI de la Haute Saône entre novembre 2007 et avril 2008, suite à l'arrivée d'un nouveau chef de service

²¹ Chiffre tiré du rapport d'activité 2007 du service de médecine polyvalente du CHI de Sèvres-St Cloud

²² Chiffre issu du PMSI pour l'année 2007

Les atouts que présente la médecine polyvalente pour un hôpital tel que le centre hospitalier Louis Pasteur sont donc à rapprocher des atouts du CHLP qui favoriseraient son implantation. Il y aurait donc des bénéfices mutuels à créer un tel service au centre hospitalier de Dole. Cependant, ces conditions favorables ne sont pas suffisantes pour garantir une création réussie d'un service de médecine polyvalente. Il convient de porter une attention soutenue à la mise en œuvre concrète d'un tel service dans un centre hospitalier.

3 Préconisations pour la mise en œuvre d'une unité de médecine polyvalente

L'expérience et le recul acquis par les équipes (médecins, cadres, infirmières, etc.) que j'ai rencontrées lors de mes déplacements dans les centres hospitaliers de La Rochelle, Sèvres, Troyes et Vesoul m'ont permis de mettre en évidence des éléments de réflexion récurrents malgré les spécificités propres à chaque service et hôpital visité.

Il convient de porter une attention particulière à ces « points clés » afin de créer un service de médecine polyvalente dans les meilleures conditions et d'impulser un fonctionnement optimal.

3.1 L'installation du service doit respecter trois pré-requis

3.1.1 Le redéploiement et la localisation des lits

A) Redéployer les lits sans nuire à la capacité d'accueil globale de l'hôpital

En raison des difficultés budgétaires rencontrées par un grand nombre d'établissements et de la nécessité de financer désormais une nouvelle activité relevant du champ MCO par les recettes qu'elle génère, il semble plus probable que toute mise en place d'un service de médecine polyvalente se réalise par le biais d'un redéploiement des lits existants plutôt que par le biais d'une création *ex nihilo*. C'est la démarche qui est envisagée au centre hospitalier Louis Pasteur. C'est cette hypothèse qui donc est choisie comme cadre de réflexion.

Si la décision est prise par le centre hospitalier de Dole de pérenniser le service de médecine polyvalente provisoire, il faut garder à l'esprit que l'objectif est en premier lieu de préserver le mieux possible la capacité de l'établissement en lits de médecine.

Chaque étage du CHLP est divisé en trois ailes, chacune d'elles correspondant à un service. Le service provisoire de médecine polyvalente, anciennement service à orientation gastro-entérologie, est situé au 4^{ème} étage, où se trouvent également les services de chirurgie orthopédique et de chirurgie viscérale et vasculaire.

Deux hypothèses seraient envisageables :

- Maintien du service de médecine polyvalente au 4^{ème} étage avec réouverture de 5 lits supplémentaires (le service de gastro-entérologie occupait 27 lits initialement).
- Déplacement du service de médecine polyvalente au 2^{ème} étage, à la place du service d'ophtalmologie – chirurgie ambulatoire, qui monterait au 4^{ème} étage afin de regrouper à un seul étage toute la chirurgie.

Cette seconde hypothèse, défendue par la Directrice des soins, serait intéressante. Il ne faut pas négliger le fait que la part de la chirurgie ambulatoire progresse, et que le nombre de lits de chirurgie en hospitalisation complète va donc connaître une diminution. Il serait possible de redimensionner les services de chirurgie en tenant compte de ce développement de l'ambulatoire.

Il existe actuellement au 2^{ème} étage dans l'aile C les lits d'ophtalmologie et de chirurgie ambulatoire (17 lits au total), ainsi que les consultations d'ophtalmologie. Il serait possible de réarmer des chambres libérées ce déménagement. En outre, le service de médecine polyvalente serait ainsi situé au même étage que le plateau technique du service de rééducation fonctionnelle, pouvant créer une synergie intéressante.

B) Réfléchir à l'emplacement géographique du service de médecine polyvalente dans l'établissement

Il pourrait sembler pertinent de situer, si les locaux le permettent, le service de médecine polyvalente à proximité des urgences d'une part, et du plateau technique d'autre part. La proximité avec les urgences s'explique afin de simplifier les transferts de patients nécessitant une hospitalisation après leur passage aux urgences. La proximité du plateau technique peut se comprendre pour avoir accès plus facilement aux examens de radiologie et de laboratoire.

Cependant, cette proximité, qui n'est pas toujours possible selon la configuration du (des) bâtiment(s) composant l'établissement, ne constitue pas un critère indispensable de mise en place. A titre d'exemple, aucun des quatre services visités, mais peut-être constituent-ils des exceptions, ne se situait à proximité de l'un ou de l'autre. De plus, aucune des personnes rencontrées n'a considéré l'emplacement géographique du service comme un inconvénient ou au contraire comme un élément déterminant pour son fonctionnement. Le problème peut se situer à la fois dans les délais d'accès aux équipements et dans les délais d'attente des résultats, or la proximité géographique ne peut pas aider à résoudre cette problématique.

Il convient néanmoins que le service ait accès à l'équipement d'imagerie et puisse pouvoir faire traiter ses analyses biologiques dans des délais compatibles avec les pathologies qu'il prend en charge et ses objectifs de durées de séjour. Pour le Dr Pottier, chef de

l'unité de médecine non programmée au CH de La Rochelle, le principal est de cibler les examens et les radios réellement nécessaires à la pose du diagnostic, et de faire jouer l'argument de l'urgence à bon escient, quand il s'avère réellement nécessaire, afin de rester « *crédible* ». Si un patient nécessite un examen un peu complexe ou pour lequel un délai d'attente est assez important, cela signifie qu'il ne correspond pas au profil de patients que la médecine polyvalente non programmée doit prendre en charge, et qu'il doit être muté dans le service adéquat.

Cependant, il peut être intéressant de ne pas totalement dépendre du plateau technique, et d'avoir dans le service un certain nombre de matériels : le service de médecine polyvalente programmée de La Rochelle dispose d'un échographe, et le service de Sèvres a en sa possession un holter.

Un choix différent a été fait pour le Service médical d'accueil (SMA) du CH d'Avignon, qui fait également des prises en charge post-urgences en médecine polyvalente. Plutôt que d'amener du matériel d'examen dans le service, il a été décidé de réserver au SMA un accès privilégié au plateau technique à travers des plages horaires dédiées.

Le CHLP ne connaît pas actuellement des délais d'attente posant problème pour la radiologie, les examens de laboratoire ou des explorations fonctionnelles. Il ne semble donc pas nécessaire de réserver des plages horaires dédiées à un futur service de médecine polyvalente. En revanche, une réflexion pourrait s'engager sur la mise à disposition de matériel dans le service, après une période d'essai où l'équipe médicale ferait le point sur les équipements pertinents pour accélérer la phase de diagnostic.

3.1.2 La composition de l'équipe médicale et soignante

Les réflexions à mener sur ce thème de la composition de l'équipe médicale et paramédicale sont différentes selon la situation financière de l'établissement, qui va influencer la stratégie de recrutement du directeur. Dans le cadre d'une contrainte financière forte, ce qui est le cas du centre hospitalier Louis Pasteur, il pourrait être financièrement logique de faire fonctionner une unité de médecine polyvalente à moyens constants, par redéploiement des lits et des ressources médicales et soignantes de l'établissement.

Cependant, la problématique de la composition des équipes médicale et soignante est plus complexe que cela.

A) Le choix du médecin responsable de l'unité peut conditionner la réussite du projet. Il ressort des entretiens réalisés que la qualification du médecin responsable de la structure de médecine polyvalente est un choix lourd de conséquences pour la mise en oeuvre et la perception du projet.

En premier lieu, la qualification du médecin responsable de l'unité, même si ses confrères dans le service de médecine polyvalente sont des généralistes, peut influencer le profil des patients accueillis. L'exemple du service de médecine polyvalente du CHI de la Haute Saône, à Vesoul, est très révélateur du poids du médecin sur l'orientation du service. Suite à la retraite du chef du service en novembre 2007, les instances de l'établissement ont pris la décision de recruter un gériatre. Avant novembre 2007, la moyenne d'âge des patients dans le service oscillait entre 65 et 70 ans. En avril 2008, six mois après la prise de fonction de la nouvelle gériatre chef de service, la moyenne d'âge s'élevait à 78 ans. De l'aveu même de la cadre de santé, le service fait désormais davantage de court séjour gériatrique que de médecine polyvalente. Un constat similaire peut être fait à propos du service de médecine polyvalente de La Rochelle, où deux praticiens rhumatologues travaillent. Le jour de la visite du service, la moitié des patients hospitalisés relevaient de la rhumatologie. Si la vocation polyvalente du service est revendiquée et assumée par les praticiens, il faut reconnaître la forte présence de leur spécialité. Ils réalisent d'ailleurs une petite part d'hospitalisations programmées, et font également des consultations de rhumatologie en externe.

La compétence du médecin peut donc à plus ou moins long terme finir par prendre le pas sur la dimension généraliste du service de médecine polyvalente. D'un autre côté, la qualification de spécialiste peut permettre de positionner le médecin en égal de ses confrères exerçant dans des services de spécialités.

Il serait donc plus pertinent, dans l'intérêt du service, de choisir comme responsable de la structure un praticien généraliste ou un interniste. C'est le choix qui a été fait au CH de La Rochelle pour l'unité de médecine polyvalente non programmée qui complète le service de médecine polyvalente, où un médecin interniste a été recruté. Cependant, le mode de recrutement des patients peut venir atténuer l'« effet spécialité » du praticien : si le service ne fait que de l'activité non programmée, avec un recrutement uniquement issu des urgences, et des praticiens qui ne réalisent pas d'activité de consultation, la dimension généraliste du service sera plus facilement conservée.

Outre sa qualification ordinale, le médecin responsable de l'unité de médecine polyvalente doit voir ses compétences reconnues par ses confrères. Afin d'obtenir un avis de spécialiste, ou encore un transfert dans un autre service si l'état d'un patient le nécessite, il est important qu'il soit crédible et considéré comme un interlocuteur valable

par ses confrères. S'il est identifié comme un praticien compétent, le service de médecine polyvalente dans son ensemble bénéficie de sa réputation.

Un autre critère, de nature plus subjective, ne doit pas non plus être sous-estimé : la personnalité du médecin désigné pour prendre la responsabilité d'un service de médecine polyvalente joue un rôle aussi important que ses compétences dans la perception de son service par ses confrères. La nomination en tant que chef de service d'une personnalité importante de la communauté médicale ne doit pas seulement être interprétée comme un « coup médiatique » dans l'établissement. C'est aussi un moyen de limiter la survenance de situations difficiles que les services de spécialité aimeraient abandonner à la médecine polyvalente.

Le manque de considération dont les services de médecine polyvalente font souvent l'objet a déjà été mentionné précédemment. Les relations avec les autres services, pour obtenir un avis ou un lit rapidement, sont, selon les mots du Dr Lemoussu, responsable de l'UMPA du CH de Troyes, « *médecin-dépendantes* ». Elle reconnaît que sa formation d'interniste ainsi que son expérience en tant qu'urgentiste facilitent la coopération avec les autres praticiens, qui autrement seraient peut-être moins attentifs aux besoins exprimés par le service. Un praticien reconnu peut grandement aider son service à se positionner. A l'inverse, un praticien avec moins de charisme ou moins compétent pourrait nuire à la crédibilité d'un service déjà peu épargné par les clichés.

Enfin, il ressort des entretiens réalisés avec les différents médecins responsables de structures de médecine polyvalente que la motivation et l'envie de faire de la médecine générale sont aussi un critère de choix. La médecine polyvalente, bien que nécessaire, n'est pas toujours reconnue à sa juste valeur, il ne s'agit donc pas d'un choix carriériste pour le médecin qui s'y engage. J'ai d'ailleurs rencontré des praticiens toujours aussi motivés et passionnés par leur service, malgré leur charge de travail, et qui parlaient de la médecine polyvalente avec beaucoup de conviction et d'enthousiasme.

La motivation est également nécessaire car des objectifs à tenir en matière de DMS fixés aux services de médecine polyvalente se généralisent. Ainsi l'UMNP de La Rochelle doit respecter une DMS de 5 jours, et l'UMPA de Troyes une DMS de 7 jours.

Le choix des autres membres de l'équipe médicale ne constitue pas le même enjeu. Cependant, si le recrutement de généralistes est la situation la plus courante, il peut être pertinent qu'un des praticiens soit gériatre, en raison du nombre élevé de personnes âgées hospitalisées en médecine polyvalente. Si une spécialité est peu ou pas présente dans l'établissement, il peut aussi être intéressant d'orienter un des recrutements dans ce sens.

Au centre hospitalier de Dole, ce sont deux généralistes qui ont pris la responsabilité du service provisoire de médecine polyvalente, dont un praticien titulaire de l'établissement, le Dr Rousteau, très motivée par cette perspective, et déjà responsable de l'équipe mobile de soins continus et d'accompagnement. Si le service venait à être pérennisé, l'idéal serait, selon le souhait du directeur du CHLP, de recruter un interniste, afin de renforcer et illustrer cette dimension globale de la médecine polyvalente.

Il est possible, et le CH de Dole illustre parfaitement cette hypothèse, de trouver une partie des ressources médicales nécessaires en interne. Néanmoins, un, voire plusieurs, recrutement (s) sont également à envisager, même si l'établissement se trouve dans une situation financière délicate, afin de compléter l'équipe médicale sans trop « dégarnir » les autres services.

B) Les effectifs paramédicaux peuvent être supérieurs à ceux d'un service de médecine de spécialité

Il est très important de bien dimensionner l'équipe paramédicale, compte tenu de la charge de travail qui existe dans un service de médecine polyvalente, avec des patients fréquemment âgés, souvent dépendants, présentant des polypathologies. En raison de ce profil de patients, la composition de l'équipe infirmières – aides soignantes doit se rapprocher de celle d'un service de court séjour gériatrique.

Il convient aussi de rappeler qu'un service de médecine polyvalente doit avoir un turn-over important des lits et favoriser les durées de séjour les plus courtes possibles. Or un grand nombre d'entrées et de sorties quotidiennes augmente la charge de travail des personnels.

A titre de comparaison, la circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques précise qu'un service de court séjour gériatrique, composé de 20 lits au minimum, doit comprendre 12 ETP d'infirmières, 12 ETP d'aides soignantes, et un temps (non précisé) de psychologue, d'ergothérapeute, de kinésithérapeute, de diététicienne et d'assistante sociale.

Le tableau ci-dessous donne le nombre d'infirmières et d'aides soignantes des différents services visités. Il faut noter les cas particuliers de l'UMNP de La Rochelle (14 lits) et de l'UMPA de Troyes (20 lits), où les équipes paramédicales sont en charge respectivement de 20 et 32 lits, puisque 6 lits de dermatologie s'ajoutent à l'UMNP et 12 lits de cardiologie à l'UMPA. Il convient également de noter que ces effectifs sont identiques en semaine et en week-end, d'où l'absence d'une ligne spécifique pour les samedis et dimanches dans le tableau.

Le service médical d'accueil (SMA) du CH d'Avignon, bien que ne faisant pas partie des centres hospitaliers visités, est présent à titre de comparaison dans le tableau car il est considéré comme étant bien doté en personnel.

Tableau 7. Effectifs journaliers dans les services de médecine polyvalente visités

SERVICES	LITS	MATIN		COUPURE		SOIR		NUIT	
		IDE	AS	IDE	AS	IDE	AS	IDE	AS
La Rochelle, médecine polyvalente (UMP)	26	2	4			2	2	1	1
La Rochelle, médecine polyvalente non programmée (UMNP)	14 (+ 6 lits de dermatologie)	2	3			2	2	1	1
Sèvres, médecine polyvalente	27	2	4	1		1	3	1	1
Troyes, unité de médecine polyvalente d'accueil (UMPA)	20 (+12 lits de cardiologie)	2	3			2	3	1	1
Vesoul, Médecine polyvalente gériatrique	20	1	2	1		1	2	1	1
Avignon, service médical d'accueil (SMA)	28	2	2	1	3 (en semaine uniquement, pour le brancardage)	2	2	1	1

Plusieurs constats peuvent être faits : malgré des disparités en lits qui peuvent être assez importantes, les écarts au niveau du nombre d'infirmières restent modérés. En moyenne, 2 sont présentes le matin, 2 le soir et 1 la nuit. En équivalents temps plein (ETP), un service de médecine polyvalente de 26 lits nécessite donc en moyenne au minimum 9,45 ETP d'infirmières, soit 7,09 ETP de jour et 2,36 ETP de nuit²³.

Il y a donc une différence avec le CSG en faveur de ce dernier, pour qui les textes prévoient 12 ETP d'infirmières.

Le personnel aide soignant est beaucoup hétérogène. Il faut noter qu'à nombre de lits équivalent, l'UMPA de Troyes est bien moins dotée que le SMA d'Avignon. Au vu de

²³ Les chiffres sont obtenus selon la formule suivante : $[(4*7)*52*7,5]/1540 = 7,09$ et $[(1*7)*52*6,5]/1430 = 2,36$.

l'entretien réalisé avec le Dr Lemoussu, responsable de l'UMPA, il apparaît que l'équipe paramédicale est clairement sous dotée par rapport à la charge de travail quotidienne. Mme Floriot, la cadre de santé du service de médecine polyvalente de Vesoul, a également indiqué que l'effectif du service en termes d'aides soignantes, soit 2 le matin et 2 le soir, était insuffisant pour faire face à la lourdeur de certaines prises en charge, même avec un service de 20 lits. Cependant il faut rappeler que ce service fait davantage de gériatrie que de médecine polyvalente.

Le service le mieux doté en aides-soignantes, si l'on calcule le ratio nombre de lits/effectif AS, est l'UMNP de La Rochelle. Il est vrai aussi que ce service a comme objectif de maintenir sa DMS inférieure à 5 jours, et que des moyens humains en conséquence ont été mis à sa disposition à cet effet. Pour 20 lits, l'UMNP dispose de 8,86 ETP d'aides-soignantes (équipe de jour)²⁴, ce qui correspondrait à 11,5 ETP d'aides-soignantes pour 26 lits.

En faisant une moyenne à partir de ces seules données, qui ne peuvent bien sûr donner qu'une indication incomplète et partielle, il apparaît que trois aides soignantes le matin et deux l'après-midi représenteraient la norme minimale pour 25 lits.

Par conséquent, un service de médecine polyvalente peut nécessiter une présence paramédicale supérieure à celle des autres services de médecine au regard des objectifs qui lui sont fixés ou de la lourdeur des patients qui lui sont adressés. La difficulté réside alors dans la manière d'expliquer aux autres services pourquoi la médecine polyvalente est susceptible de bénéficier d'un ratio en personnel plus « favorable ».

La présence d'autres intervenants peut aussi être envisagée. Un temps de kinésithérapeute et un de diététicienne sont également souvent indiqués. A titre d'illustration, un kinésithérapeute passe quotidiennement à Vesoul et Sèvres. Moins souvent cité, le Dr Chanel, chef du service de médecine polyvalente programmée de La Rochelle aimerait un temps de psychiatre, car son service est amené à recevoir des patients ayant fait des tentatives de suicide ainsi que des patients en soins palliatifs et en fin de vie. Quant au Dr Salvatore, chef du service de médecine polyvalente à Sèvres, elle souhaiterait un temps de neuropsychologue, afin de pouvoir mieux prendre en charge les nombreux patients âgés présentant des problèmes de démence en plus de leurs pathologies somatiques.

3.1.3 Prêter une attention particulière à la préparation des sorties du service

La préparation de la sortie doit être anticipée, si possible dès l'entrée du patient. Elle s'inscrit dans la logique du parcours de soins et vise à éviter toute rupture dans la prise en charge des patients. Si cette préparation constitue une évidence pour tous les services hospitaliers, elle est une nécessité pour un service de médecine polyvalente.

Il a été expliqué dans la deuxième partie qu'un des freins au bon fonctionnement d'un service de médecine polyvalente est constitué par la difficulté à organiser la sortie des patients, notamment lorsqu'ils nécessitent une place en SSR, en long séjour ou en EHPAD. Ce dysfonctionnement s'explique par un manque de lits d'aval, mais également par un manque d'anticipation des besoins sociaux des patients. Ceux-ci n'apparaissent en général (ou ne sont remarqués) qu'une fois les problèmes médicaux résolus, retardant alors l'organisation de la sortie.

Cette nécessité d'anticiper la sortie a été soulignée par tous les interlocuteurs rencontrés. Selon eux, une sortie bien organisée en amont est non seulement un gage de qualité de la prise en charge, mais aussi et surtout un outil pour éviter des séjours inutilement prolongés et une DMS trop longue. Toute la difficulté réside dans la coordination de la date de sortie avec la date à laquelle un patient est identifié comme étant médicalement sortant. Une sortie non préparée à l'avance entraîne un risque d'une hospitalisation prolongée. Par conséquent, la DMS du service va augmenter, et le lit occupé est rendu indisponible pour un patient entrant. Or un turn-over élevé des lits en médecine polyvalente est un impératif.

Il est donc important de faciliter et d'anticiper la sortie des patients. Tous les interlocuteurs rencontrés travaillant dans des services de médecine polyvalente ont indiqué travailler dans ce sens.

A cet effet, l'accent a été unanimement mis sur la présence indispensable d'une assistante sociale dans le service.

Avec une détection précoce des problèmes d'ordre social par le service, l'intervention des assistantes sociales est plus rapide, et permet de consacrer un temps plus long à la mise en place d'une solution adaptée au patient. Or cette détection précoce n'est rendue possible que par la présence régulière d'une assistante sociale dans le service. Elle peut donc ainsi rencontrer tout nouvel arrivant, entretenir des contacts fréquents avec l'équipe médicale et soignante qui lui transmet les observations nécessaires à la constitution d'un dossier de sortie et l'alerte en cas de doute à propos d'un patient.

²⁴ Sur le même principe que le calcul précédent : $[(5*7)*52*7,5]/1540 = 8,86$

Il faut souligner que les quatre services de médecine polyvalente visités bénéficient tous d'un temps assez important d'assistante sociale : le service de MPNP de La Rochelle a une assistante sociale à 50% sur le service, celui de Sèvres jouit d'un 80% d'assistante sociale, Troyes et Vesoul bénéficient du passage quotidien d'une assistante sociale.

Il faut également noter que le service de médecine polyvalente de Sèvres a mis en place un staff médico-social hebdomadaire avec revue de la totalité des dossiers, regroupant toute l'équipe médicale, la cadre de santé, une infirmière, une aide-soignante, un kinésithérapeute et l'assistante sociale. Ce staff permet de prévoir les sorties, d'anticiper la mise en place d'aides éventuelles à domicile, et d'attirer l'attention sur des cas particuliers complexes. Ce staff a d'ailleurs été remarqué par les experts visiteurs lors de la certification V1 du CHI de Sèvres Saint-Cloud.

Il convient donc, lorsque des réflexions sont menées pour mettre en place un service de médecine polyvalente, de dégager des moyens pour le doter d'au moins un mi-temps d'assistante sociale. A l'heure actuelle, le CHLP ne dispose que de 1,90 ETP d'assistante sociale pour l'ensemble de l'établissement. Cet effectif est manifestement insuffisant pour permettre de dégager un temps de présence régulier dans un service de médecine polyvalente. Il semble impossible de ne pas recruter une troisième assistante sociale, ne serait-ce qu'à temps partiel, pour garantir un bon fonctionnement du service de médecine polyvalente du centre hospitalier de Dole s'il était pérennisé. La charge de travail représentée par un service de médecine polyvalente, et les temps de présence constatés des assistantes sociales dans les services de médecine polyvalente existants, plaident dans ce sens.

Cependant, un tel recrutement ne doit pas éluder le travail de réflexion sur la sortie que doit mener le service en parallèle. La sortie d'un patient ne peut et ne doit pas relever uniquement des travailleurs sociaux. Il est d'ailleurs révélateur que la sortie du patient fasse l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) proposée par l'HAS²⁵. La préparation de la sortie peut également passer par l'instauration d'un staff hebdomadaire, la création d'une liste de points-clé de préparation de sortie, la sensibilisation des équipes aux situations susceptibles de révéler des difficultés sociales, la formation aux différentes modalités de prises en charge en post-hospitalisation et leurs critères de mise en œuvre.

²⁵ HAS, *Audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé*, juin 2006.

3.2 Des règles de fonctionnement partagées, validées et respectées qui légitiment la place de la médecine polyvalente dans l'établissement

Le soin apporté à la phase d'installation d'un service n'est pas toujours un gage suffisant pour garantir qu'il fonctionnera ensuite de manière efficace conformément aux orientations arrêtées.

La mise en œuvre d'un service de médecine polyvalente nécessite qu'une réflexion soit menée en amont de cette création sur les règles qui encadreront son fonctionnement et fixeront sa position par rapport aux autres services de l'hôpital. Les entretiens réalisés ont mis en lumière l'importance d'une telle démarche de « protocolisation », qui confère visibilité et légitimité à un service de médecine polyvalente.

Le bon fonctionnement d'un service ou d'une unité de médecine polyvalente doit donc impérativement s'appuyer sur un règlement intérieur validé par la communauté médicale. C'est la démarche qui a été mise en œuvre en 2004 au CH de la Rochelle à l'occasion de l'ouverture de l'unité de médecine polyvalente non programmée (UMNP). La création de cette charte a permis à l'UMNP de maintenir une relative marge de manœuvre vis-à-vis des urgences et de conserver un fonctionnement conforme aux orientations inscrites dans le projet d'établissement. L'exemplarité de cette démarche est à souligner. Elle constitue une expérience dont il convient de s'inspirer.

3.2.1 La rédaction du règlement intérieur doit permettre aux différents acteurs hospitaliers de se positionner sur le projet

Il a déjà été indiqué que la médecine polyvalente ne bénéficie pas toujours d'un a priori positif de la part de certains membres de la communauté médicale. Ce n'est pas une discipline universitaire, ni un service spécialisé pouvant favoriser le rayonnement d'un établissement. Si la création d'un tel service se fait par redéploiement des lits, cela signifie également que les autres chefs de service devront accepter une diminution du dimensionnement de leurs services respectifs à son profit.

Il peut donc être difficile de faire émerger une position interne commune sur ce sujet, car créer un service de médecine polyvalente va à l'encontre de la philosophie qui prime dans les hôpitaux depuis la réforme Debré de 1958 : des lieux de technicité et de spécialisation. C'est pourquoi il est important que les praticiens soient associés au projet et puissent énoncer leurs attentes vis-à-vis d'un tel service.

La rédaction d'un règlement doit permettre de définir la place du service de médecine polyvalente dans l'établissement, le positionner parmi les services existants et présenter le rôle que les instances souhaitent lui voir jouer dans l'offre de soins hospitalière.

La solution idéale serait d'ailleurs de faire rédiger les règles de fonctionnement par les médecins eux-mêmes, et de faire ensuite valider leurs travaux par la CME. Cette démarche serait symbolique à plusieurs niveaux : la reconnaissance de l'utilité du futur service, la certitude que les règles seraient comprises, acceptées et logiquement respectées par tous, et le moyen de prévenir des éventuels problèmes entre services.

Par le biais de ce protocole, les médecins peuvent de cette façon indiquer quel rôle ils souhaitent voir la médecine polyvalente tenir, et comment se fera l'articulation avec leurs propres services. Il est important de réussir à les impliquer dans une création de service qui les concerne au premier plan. Créer cette dynamique au sein de la communauté médicale revient au binôme constitué par le président de la CME et le chef d'établissement. Pour cela, il est nécessaire qu'ils soient déjà eux-mêmes favorables au projet et convaincus de son utilité pour l'établissement.

Le rôle du directeur n'est pas de décider comment doivent se mener les relations inter-services. Le directeur doit assurer la cohésion du projet, vérifier l'adhésion de la communauté médicale au projet, impulser la réflexion sur le mode de fonctionnement du service et se porter garant de l'écriture du règlement intérieur de la structure. Il doit permettre de dépassionner le débat et faire primer l'intérêt de l'établissement sur les éventuelles querelles de personnes.

Il peut par contre participer à la définition des objectifs assignés au service de médecine polyvalente, en apportant une vision non médicale et surtout plus globale de la place que doit occuper un service de médecine polyvalente dans l'établissement.

3.2.2 Le règlement intérieur doit fixer à la médecine polyvalente ses objectifs et son rôle dans la filière des soins non programmés

De par sa vocation transversale, et de par sa place dans la filière de prise en charge des hospitalisations non programmées, la médecine polyvalente occupe une place à la fois stratégique et mal définie dans un établissement.

Stratégique, car elle joue un rôle crucial dans le désengorgement des urgences et fait diminuer la pression exercée sur les services spécialisés de médecine. Elle rend service en acceptant des patients parfois « indésirables » dans les autres services, trop spécialisés pour leur offrir une prise en charge adaptée et de qualité.

Mal définie, car son rôle n'est pas clairement établi. La médecine polyvalente doit-elle accueillir les personnes âgées polypathologiques, servir de corollaire ou de substitut à un court séjour gériatrique, privilégier des patients plus jeunes qui nécessitent une hospitalisation courte, ou encore essayer de concilier ces deux objectifs ?

Il est donc important qu'un texte, appelé protocole, charte ou règlement intérieur, puisse clarifier le rôle de la médecine polyvalente dans un établissement.

Il ressort des éléments observés sur le terrain qu'un règlement intérieur d'un service de médecine polyvalente doit nécessairement aborder les points suivants, qui sont susceptibles de se révéler problématiques par la suite s'ils ne sont pas clarifiés dès le départ :

- Un service de médecine polyvalente peut-il avoir une part d'activité programmée, ou doit-il se consacrer uniquement aux hospitalisations non programmées ?

Un service de médecine polyvalente a théoriquement vocation à aider à résoudre les difficultés de placements depuis les urgences et à limiter la saturation des lits de médecine de spécialité. Dans cette optique, la logique voudrait une activité non programmée, confirmée par le choix de quatre services de médecine polyvalente visités sur cinq. Cependant, si la majorité des praticiens du service relève d'une spécialité, qui plus est absente du reste de l'hôpital, la question peut se poser. La possibilité de faire une part d'activité programmée dans cette discipline est envisageable. Mais il convient de fixer et de maintenir cette part à un niveau qui ne fait pas obstacle à la mission première d'un service de médecine polyvalente, qui vise à prendre en charge le « tout venant ».

- Un service de médecine polyvalente doit-il recruter ses patients uniquement par la voie du service des urgences ?

Le service des urgences constitue en général l'unique mode d'accès au service de médecine polyvalente. Cependant, des patients peuvent être admis directement, après accord entre le service et le médecin libéral à l'origine d'une demande d'hospitalisation pour un de ses patients. Néanmoins, cette possibilité d'entrée directe ne doit pas faire obstacle aux admissions en provenance des urgences. Cela signifie également que les urgences doivent être informées de ces entrées qui réduisent mécaniquement le nombre de lits disponibles pour leur usage.

Il faut d'ailleurs noter que les hospitalisations directes sans passage par les urgences sont privilégiées généralement dans les services de court séjour gériatrique (CSG). Il convient alors de définir le positionnement de la médecine polyvalente par rapport à un CSG. Si un CSG existe, ou va être créé, dans l'établissement, le service de médecine polyvalente

peut uniquement se consacrer aux admissions via les urgences. Dans le cas contraire, une réflexion doit être menée sur l'opportunité d'accepter, et dans quelle proportion, les hospitalisations directes.

Il est donc nécessaire que la possibilité de réaliser des entrées directes dans le service de médecine polyvalente soit envisagée au moment de la rédaction de la charte. Si cette hypothèse est acceptée, il convient de quantifier le nombre d'admissions directes autorisées, de déterminer un rang de priorité par rapport à un patient en provenance des urgences (en cas de pénurie de lits), et de définir combien de temps à l'avance le service des urgences doit être prévenu. Il est peut être également envisageable de lister les cas qui justifient une entrée directe, en étant conscient que les cas de figure potentiels qui se présenteront excèderont la liste fixée initialement. Le plus simple serait d'accepter des admissions directes, à condition qu'elles présentent un caractère d'urgence. Dans le cas contraire, le risque est grand qu'elles finissent par se transformer en hospitalisations semi programmées, et qu'elles aillent à l'encontre de la philosophie de départ du service.

- Un service de médecine polyvalente peut-il ou doit-il réaliser des consultations ?

Si l'on accepte le principe des consultations, cela signifie que cela peut entraîner une part de programmation dans les hospitalisations. Par conséquent le choix de ne faire que de l'activité non programmée a pour conséquence directe d'impliquer un refus de l'activité de consultation. Une exception est cependant envisageable, si les consultations ne se réalisent qu'en post-hospitalisation, et ce, uniquement en médecine polyvalente. C'est le cas notamment dans le service de médecine polyvalente du CH de Salon de Provence.

Si à l'inverse le choix est fait d'accepter le principe d'une activité de consultation, il convient de définir le domaine dans lequel ces consultations seraient réalisées, dans la spécialité des praticiens (s'ils sont titulaires d'une spécialité) ou en médecine polyvalente, et quelle part du temps de travail des praticiens y serait consacrée.

La taille de l'équipe médicale est un élément à prendre en compte dans cette réflexion : plus les praticiens sont peu nombreux, plus il paraît difficile de réduire leur temps de présence dans le service au profit de la réalisation de consultations.

Il n'existe pas de réponse unique à ces questions. Certaines paraissent plus logiques, mais chaque établissement peut être confronté à une situation spécifique nécessitant une adaptation des solutions les plus courantes présentées ci-dessus. Il est par contre indispensable, que des décisions, quel que soit leur contenu, soient prises sur ces thèmes et figurent dans le protocole de fonctionnement de la médecine polyvalente.

En outre, ce règlement doit contenir des objectifs pour ce service, qui participent également à l'encadrement de son fonctionnement et qui le protègent d'entorses trop importantes des autres services.

Ainsi par exemple le règlement intérieur peut fixer un objectif de DMS dont le respect serait évalué de façon périodique. L'UMNP du CH de La Rochelle doit respecter une DMS de 5 jours, l'UMPA du CH de Troyes 7 jours.

Cet objectif de DMS est loin d'être un exemple neutre. Il est même très important qu'il figure dans le règlement.

Selon la durée choisie, le profil des patients qui seront accueillis dans le service varie. Si un objectif de 5 jours est fixé au service, il apparaît évident que certains patients n'ont pas leur place dans l'unité (en raison de leur état de fragilité, ou des polyopathologies qu'ils présentent, par exemple). Par conséquent, si cet objectif constitue une contrainte pour le service de médecine polyvalente, c'est aussi théoriquement un argument pour refuser des patients trop lourds qui lui seraient adressés par d'autres services ou par les urgences. Tout dépend de l'importance accordée par les instances au respect strict de cet objectif de DMS – cible. Si le respect de cet objectif n'est pas considéré au final comme important, il y aura logiquement un glissement du profil des patients accueillis. Tous les patients, quelles que soient la gravité de leur état de santé et la durée estimée de leur hospitalisation, seront dirigés vers le service de médecine polyvalente.

En conclusion, plus la DMS fixée sera élevée, ou moins il sera accordé d'attention au respect de cette DMS - cible, plus le service accueillera des patients lourds et complexes. Il est donc nécessaire de mener une réflexion sur les implications du choix d'une DMS cible, et la respecter une fois le choix effectué. Mal évaluée, elle peut être contre-productive.

3.2.3 Le règlement intérieur doit protocoliser les relations de la médecine polyvalente avec les autres services de l'hôpital

Croire qu'un service de médecine polyvalente peut fonctionner de manière isolée dans un établissement est un leurre. L'équipe médicale peut avoir besoin de solliciter des avis de spécialistes. Des patients peuvent également nécessiter d'être transférés si leur état s'aggrave ou s'ils nécessitent des soins plus « pointus » que leur état ne le laissait prévoir au départ. La médecine polyvalente peut également faire office de service d'hébergement provisoire quand un patient ne peut être immédiatement transféré dans le

service de spécialité correspondant à sa pathologie en raison d'une indisponibilité temporaire de lits.

Il est donc nécessaire de codifier des principes de fonctionnement qui garantissent un bon fonctionnement de la médecine polyvalente et qui régissent les relations inter-services.

A) Protocoliser les relations avec les urgences

Un service de médecine polyvalente n'est pas « maître de son destin », puisque les lits du service sont souvent gérés par les urgences. C'est le cas à La Rochelle, Sèvres et Troyes. Cependant, un service de médecine polyvalente ne peut pas non plus être totalement dépendant et privé de marge de manœuvre dans sa gestion des lits et des patients qu'il est amené à recevoir.

Si le choix est fait de n'accueillir dans le service de médecine polyvalente que des patients en provenance des urgences, il faut néanmoins fixer des règles. Le triage aux urgences ne doit pas être constamment défavorable au service de médecine polyvalente, qui peut avoir l'impression de « prendre les patients dont personne ne veut ». Il faut, même si cela peut s'avérer difficile pour les urgentistes, ne pas envoyer des patients en médecine polyvalente sous le seul motif que personne ne les accepte. Ils ne doivent obéir qu'à un seul critère : des patients dont l'état nécessite une hospitalisation courte et des soins généralistes.

Des dérives peuvent très vite survenir. Il faut être plus draconien sur les critères de sélection des patients envoyés en médecine polyvalente, pour éviter que cette dernière soit dans l'impossibilité de respecter ses objectifs en matière de DMS.

Il faut des lits toujours disponibles pour les patients provenant des urgences, ce qui nécessite un turn-over régulier des lits. Pour obtenir cela, il faut une DMS courte, donc des patients dont la pathologie ou les pathologies peuvent être traitées en quelques jours. Il existe donc un profil précis de patients adaptés à la médecine polyvalente. Par conséquent il faut instaurer des critères de sélection à l'entrée de la médecine polyvalente, ou plus simplement que les urgences procèdent au tri des patients.

Or souvent il est plus rapide pour les urgentistes, et plus confortable pour le patient, de l'adresser directement en médecine polyvalente, où des lits sont toujours disponibles, plutôt que d'obtenir un lit dans le service de spécialité correspondant à sa pathologie.

Il existe donc un risque fort de dérive aux urgences avec des patients transférés pour de mauvaises raisons en médecine polyvalente : ils ne sont pas forcément traitables en quelques jours, mais c'est plus rapide de les installer dans le service. Il y a aussi les

patients dont on sait qu'ils seront refusés dans les services de spécialité, en raison de leur âge ou de la lourdeur de leur cas, et qui seront aussi dirigés en médecine polyvalente.

L'effet obtenu est l'inverse de celui recherché : les patients posant peu de problèmes, dont le cas peut être traité en quelques jours, qui sont donc la cible de la médecine polyvalente, sont au contraire dirigés dans les services de spécialité.

Il faut donc définir en partenariat avec les urgences les patients dont la durée de séjour sera pertinente avec une hospitalisation en médecine polyvalente.

Il serait faux de penser qu'il existe une volonté des urgences de compliquer volontairement la tâche des services de médecine polyvalente. Des contraintes fortes s'exercent également sur les urgentistes pour trouver des places disponibles pour des patients parfois très lourds, très complexes.

Cependant, s'il apparaît certain, faute d'autres solutions, que tous les patients lourds seront pris en charge par le service de médecine polyvalente, il convient de l'expliquer clairement. Il sera alors important de ne pas fixer un objectif de DMS trop bas au service, au risque d'être intenable, et d'entraîner alors une perte de crédibilité du service et une forte baisse de la motivation des agents.

Ainsi par exemple au CH de Troyes, il est prévu de transformer les 20 lits de médecine polyvalente existants car le profil des patients accueillis actuellement ne permet plus de réellement faire de la médecine polyvalente, ni tenir la DMS fixée initialement au service. Dix lits consacrés à l'hématologie seront créés et les dix autres constitueront un secteur d'orientation courte dépendant du service de médecine interne. Une grille sera élaborée pour refuser des patients considérés comme trop lourds ou des patients hospitalisés en attente de placement. L'idée est d'une part ne plus concentrer les patients grabataires et/ou indésirables dans un seul et même service. D'autre part, l'objectif est de revenir à la philosophie qui a présidé à la mise en place de l'UMPA, c'est-à-dire à une répartition intelligente et équilibrée des patients. Enfin cela permettrait de prendre du recul par rapport au pôle des urgences, et donc de garantir à la médecine polyvalente une certaine marge de manœuvre dont elle est privée actuellement.

B) Protocoliser les relations avec les services de spécialité

Si un service de médecine polyvalente entretient principalement des relations avec le service des urgences, il est néanmoins amené aussi à travailler en collaboration avec les services de spécialité. Par conséquent, il est nécessaire d'identifier des procédures de fonctionnement homogènes qui ne lèsent aucun service au profit d'un autre.

La récurrence de certains cas de figure nécessite que des procédures claires soient fixées afin d'éviter des tensions entre les différents services.

Les patients en attente d'un lit en spécialité après leur passage aux urgences, peuvent être installés temporairement en médecine polyvalente. Il faut donc fixer une durée d'hospitalisation maximale en médecine polyvalente quand le patient attend un lit dans un autre service. Si cette durée n'est pas fixée, les services de spécialité ont peu d'intérêt à accueillir ces patients.

Citons également le cas de patients non différenciés accueillis en médecine polyvalente victimes d'une dégradation de leur état de santé. Ils nécessitent finalement un transfert dans un service de spécialité, ou une durée d'hospitalisation supérieure à la DMS fixée au service de médecine polyvalente. Il est là aussi nécessaire qu'une procédure puisse régir ce cas de figure : organiser leur transfert dans le service adéquat, ou faire venir rapidement dans le service les compétences nécessaires (l'avis d'un spécialiste par exemple)

La charte doit également définir l'ordre des priorités entre des patients non programmés et des patients programmés quand le service de médecine polyvalente fait appel à un service de spécialité pour transférer un de ses patients.

Les modalités d'intervention de spécialistes pour avis doivent aussi figurer dans ce document. S'il semble difficile de fixer arbitrairement un objectif de temps qui ne serait pas respecté, il faut néanmoins indiquer que les praticiens s'engagent à venir dans le service le plus rapidement possible rencontrer un patient dont l'état de santé nécessite l'avis d'un spécialiste.

Conclusion

La médecine polyvalente souffre d'un manque de reconnaissance et d'une absence préjudiciable de définition partagée. Pourtant, la médecine polyvalente peut se révéler un formidable atout pour un établissement de santé désireux d'adapter son offre de soins et ses modes de prise en charge aux évolutions démographiques, médicale et sanitaires actuelles.

La médecine polyvalente permet de prendre en charge de façon plus pertinente des patients pour lesquels l'organisation très cloisonnée et très spécialisée des services ne correspond pas à leurs besoins. La médecine polyvalente est donc un facteur d'amélioration de la qualité des soins : réduction des hébergements, diminution des inadéquations des patients aux lits d'hospitalisations, meilleure adaptation de la prise en charge.

Compléter l'offre de soins au centre hospitalier Louis Pasteur de Dole par la mise en place d'un service de médecine polyvalente constituerait une démarche intéressante, afin de consolider son rôle d'hôpital de recours dans le territoire de santé du Nord Jura, en lien avec une réflexion à mener sur la réorganisation plus globale des services de médecine et de chirurgie de l'établissement.

Aujourd'hui la médecine polyvalente est partagée entre deux logiques contradictoires: d'une part l'hospitalisation de courte durée de patients ne relevant pas d'une spécialité d'organe, et d'autre part l'accueil de patients lourds, polypathologiques qui ne sont pas pris en charge dans les services de spécialités.

En outre, un service de médecine polyvalent occupe paradoxalement une place à la fois périphérique et centrale dans un établissement hospitalier : périphérique, en raison de son absence de spécialisation face à des services de plus en plus segmentés ; centrale, car il collabore avec les autres services, notamment avec les urgences, pour prendre en charge tous les types de patients.

Par conséquent, afin de garantir un fonctionnement efficace de la médecine polyvalente, il est nécessaire d'officialiser des règles de fonctionnement du service, validées par la CME et garanties par la direction de l'établissement, qui définissent clairement quel rôle doit jouer la médecine polyvalente dans chaque centre hospitalier, selon ses spécificités et ses besoins.

Bibliographie

ARTICLES

- BAUBEAU D., CARRASCO V., janvier 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières » [en ligne], in *Etudes et résultats*, DREES, 12p. [Consulté le 16.05.2008], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er215.pdf>
- BAUBEAU D., CARRASCO V., janvier 2003, « Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale » [en ligne], in *Etudes et résultats*, DREES, 8p. [Consulté le 16.05.2008], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er212.pdf>
- GAUVAIN J.B., FLEURY M., DUPRIEZ F., et al., « Les services de court séjour gériatriques » [en ligne], 18p. [Consulté le 27.04.2008], disponible sur Internet : <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/court-sejour.pdf>
- MENDELSON M., juin 2008, « Groupes homogènes de malades, version 11 de la classification », in *Revue hospitalière de France*, n°522, pp. 18-19.
- SAINT-JEAN O., LAHJIBI-PAULET H., SOMME D., novembre 2004, « Tarification à l'activité et court séjour gériatrique », in *La Revue de Gériatrie*, Tome 29, n°9, pp. 687-693.

RAPPORTS

- COLOMBIER G., 2007, *La prise en charge des urgences médicales* [en ligne], ASSEMBLEE NATIONALE, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, rapport d'information n° 3672 [visité le 03.09.2008], 575 p., disponible sur Internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3672.asp>
- LE BOUCHER S., 2006, *Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes* [en ligne], COMMISSARIAT GENERAL AU PLAN, Les Cahiers du Plan [visité le 28.08.2008], 174p., disponible sur Internet : <http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/RapportEHPADTomel.pdf>

- MOLINIE E., 2005, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives* [en ligne], CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL, [visité le 25.07.08], 259 p., disponible sur Internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000659/0000.pdf>

OUVRAGES

- COLLEGE NATIONAL PROFESSIONNEL DE MEDECINE INTERNE, 2004, *Livre Blanc de la médecine interne en France* [en ligne], édité par le C.N.P.I, 353 p., [consulté le 24.04.2008], disponible sur Internet :

http://www.snfmi.org/02_la_medinterne_et_vous/livreblanc.asp

- HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2006, *Rapport de l'expérimentation nationale – audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé* [en ligne], 43p. [Visité le 03.08.2008] disponible sur Internet :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/psp_-_rapport_final.pdf

MEMOIRES

- BIDAULT M., 2005, *La saturation chronique des lits de médecine en question. L'exemple du centre hospitalier de St-Brieuc*, mémoire de fin d'études, EHESP, 96 p.

- DELMAS F., 2003, *Analyse d'une initiative de court séjour gériatrique au CH de Rodez et mise en perspective avec un réseau gérontologique*, mémoire de fin d'étude, ENSP, 91p.

TEXTES REGLEMENTAIRES

- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D du 18 mars 2002 n°2002-157 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques [en ligne]. Bulletin Officiel n° 2002-14 [visité le 25.05.2008], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-14/a0141323.htm>

- AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BASSE NORMANDIE. Schéma régional d'organisation III 2006-2010 [en ligne]. 403 p. [Visité le 15.04.2008], disponible sur Internet :

[http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/site.nsf/\(webadmin\)/SROS?opendocument](http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/site.nsf/(webadmin)/SROS?opendocument)

- AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE FRANCHE-COMTE. Schéma régional d'organisation III 2006-2010, volet Médecine [en ligne]. [Visité le 18.05.2008], disponible sur Internet : <http://www.fc-sante.org/sros/index.html>

- AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE LORRAINE. Schéma régional d'organisation III 2006-2011, volet Médecine [en ligne]. 23 p., arrêté n°17 du 28 mars 2006, [visité le 21.05.2008], disponible sur Internet : <http://www.lorraine.pref.gouv.fr/index.php?articleid=184>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : LISTE DES ENTRETIENS REALISES

- M. MAMIE, Directeur du centre hospitalier Louis Pasteur de Dole
- M. le Dr BROUSSE, Président de la CME, CH Louis Pasteur de Dole
- M. le Dr MEYER, Médecin responsable du DIM, CH Louis Pasteur de Dole
- M. le Dr GORA, ancien responsable du pôle médecine, CH Louis Pasteur de Dole
- Mme DEROME, Directrice des soins (ff), CH Louis Pasteur de Dole
- Mme le Dr ROUSTEAU, Chef du service de médecine polyvalente provisoire, CH Louis Pasteur de Dole
- Mme le Dr ABDI, Médecin conseil de la CRAM, chef du projet SROSS 3 SSR en Franche-Comté
- M. le Dr CHANEL, Chef du service de médecine polyvalente, CH de La Rochelle
- M. RASOLOMALALA , Cadre de santé du service de médecine polyvalente, CH de La Rochelle
- Mme le Dr POTTIER, Chef de l'unité de médecine polyvalente non programmée, CH de La Rochelle
- M. le Dr COUGOULE, Médecin responsable du DIM, CH de La Rochelle
- Mme FONTENEAUX, Coordinatrice générale des soins, CH de La Rochelle
- Mme le Dr SALVATORE, Chef du service de médecine polyvalente, CHI des 4 villes (site de Sèvres)
- Mme le Dr LEMOUSSU, Chef de service de l'Unité de médecine polyvalente d'accueil, CH de Troyes
- Mme FLORIOT, Cadre de santé du service de médecine polyvalente, CHI de la Haute- Saône (site de Vesoul)