

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion : 2006 - 2008

Date du Jury : décembre 2007

**Améliorer la gestion du flux de
patients au service des urgences du
Centre Hospitalier de Bretagne Sud**

Florent VERSTAVEL

Remerciements

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à mon maître de stage, Gildas Le Borgne, Directeur des affaires médicales du Centre Hospitalier de Bretagne Sud, pour m'avoir suggéré d'approfondir une problématique hospitalière passionnante et d'actualité. Je remercie le responsable du pôle A, le chef de service de la structure d'urgences, les cadres de santé, et plus généralement l'ensemble du personnel du service des urgences de m'avoir prodigué des conseils pertinents et de m'avoir accordé de leur temps.

Je remercie enfin toutes les personnes que j'ai rencontrées à l'occasion de ce mémoire, mon encadrant mémoire, Dr Anne Lecoq, et tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La structure d'urgences du CHBS rencontre de réelles difficultés dans la gestion du flux des patients : le service s'embolise et cette situation génère une insatisfaction des usagers et du personnel.....	2
1.1. La structure d'urgences du CHBS est saturée par un nombre croissant de patients qui ne relève pas d'une prise en charge en urgence.....	2
1.1.1.Principales caractéristiques de la structure d'urgences du CHBS	2
1.1.2.Le nombre de patients accueillis dans la structure d'urgences du CHBS est en constante augmentation.....	7
1.1.3.La majorité des patients accueillis ne relève pas de l'urgence mais requiert une prise en charge médicale et soignante importante.....	12
1.1.4.La structure d'urgences est caractérisée par une forte tension qui est accentuée quand elle est confrontée à des pics d'activité.....	17
1.1.5.Le phénomène de saturation se traduit par un temps de passage des patients aux urgences qui augmente progressivement.....	19
1.2. L'engorgement des urgences du CHBS est notamment dû à une évolution de la demande et de l'offre de soins et à un manque de lits d'aval.....	20
1.2.1.Le changement des comportements individuels et l'évolution de l'offre de soins concourent à engorger l'amont des urgences.....	20
1.2.2. En aval des urgences, la fermeture de lits de court, moyen et long séjour crée un véritable goulot d'étranglement	26
1.3. Le phénomène d'embolisation de la structure d'urgences génère une insatisfaction tant pour les patients que pour les personnels de l'hôpital	28
1.3.1. La saturation des urgences a un impact négatif sur la prise en charge globale des patients accueillis.....	28
1.3.2. L'engorgement du service altère les conditions de travail des personnels.....	30
2 L'amélioration de la gestion des flux aux urgences du CHBS passe par une organisation interne aménagée, un pilotage renforcé, la constitution de filières adaptées et la création de dispositifs appropriés.....	33

2.1. Pour juguler le phénomène de saturation, il importe de disposer de moyens renouvelés et d'une organisation interne aménagée.....	33
2.1.1. L'effort de renforcement des moyens humains et matériels aux urgences doit être poursuivi.....	33
2.1.2. De nouvelles améliorations organisationnelles doivent être mises en œuvre au sein de la structure d'urgences.....	36
2.2. Des actions déjà mises en place dans l'établissement pourraient être améliorées.....	40
2.2.1. Le rôle de la Commission d'Adéquation des Flux d'Admission (CAFA) pourrait être renforcé.....	40
2.2.2. La présence gériatrique au sein du CHBS ainsi qu'à l'extérieur de l'établissement devrait être développée.....	46
2.2.3. La structure d'urgences du CHBS devrait mieux tirer partie de la consultation externe de médecine polyvalente	50
2.3. Des solutions innovantes pourraient également être étudiées.....	50
2.3.1. La prise en charge des patients en dehors des services de court séjour du CHBS devrait être organisée précocement.....	50
2.3.2. Le CHBS pourrait tirer partie de la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance	53
2.3.3. L'admission directe dans les services de malades non programmés doit être encouragée.....	53
2.3.5. Le CHBS pourrait proposer la création d'une maison médicale de garde sur le territoire	58
2.3.6. Le CHBS gagnerait à soutenir une politique de communication et d'information à l'échelle du territoire de santé.....	61
Conclusion.....	63
Bibliographie.....	64
Liste des annexes.....	67

Liste des sigles utilisés

AME : Aide Médicale d'Etat
AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France
APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
CAFA : Commission d'Adéquation des Flux d'Admission
CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
CHBS : Centre Hospitalier Bretagne Sud
CHQ : Centre Hospitalier de Quimperlé
CLIC : Comité Local d'Information et de Coordination
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNOSS : Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
COMEX : Commission exécutive de l'ARH
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CTI : Centre de Traitement Informatique
CME : Commission Médicale d'Etablissement
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAD : Hospitalisation A Domicile
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
MMG : Maison Médicale de Garde
PDS : Permanence Des Soins
PUG : Post Urgence Gériatrique
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SAUV : Salle d'Accueil des urgences Vitales
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR : Structure Médicale d'Urgence et de Réanimation
SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
SU : Structure d'Urgences
T2A : Tarification à l'Activité
TOM : Taux d'Occupation Moyen
TOP : Taux d'Occupation Ponctuel
UF : Unité Fonctionnelle
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMG : Unité Mobile de Gériatrie
UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD : Unités de Soins de Longue Durée

Introduction

Le Centre Hospitalier de Bretagne Sud (Lorient) souffre d'un engorgement chronique de sa structure d'urgences. Avec un nombre de passages qui augmente régulièrement (46 563 passages enregistrés en 2006 contre 30 225 passages enregistrés en 1991) et une charge en soins qui s'intensifie, c'est désormais 50 % de patients de plus qu'il faut accueillir chaque jour dans une structure sous-dimensionnée et dans un établissement qui a modifié ses modalités d'admissions.

Cette situation crée un phénomène de goulot d'étranglement. Elle génère une difficile gestion des flux de patients dans la structure d'urgences ainsi qu'une saturation des capacités d'accueil. Ainsi, le temps d'attente aux urgences est désormais de 2 heures 46 en moyenne pour un patient qui se présente aux urgences du CHBS et atteint un peu plus de 4 heures 30 pour des passages suivis d'une hospitalisation. Cette situation critique est préjudiciable à plus d'un titre. Elle mécontente l'utilisateur, altère les conditions de travail des personnels et ne permet plus d'assurer une prise en charge optimale des patients.

Pour tenter de juguler ce phénomène de saturation, plusieurs questions doivent être abordées sans a priori afin de comprendre les raisons qui conduisent les morbihannais à solliciter massivement les urgences du CHBS: qui fréquente la structure d'urgences du CHBS ? A quel moment ? Pour quels motifs ? Autant de questions qui méritent d'être appréhendées avant de répondre à la question de savoir comment améliorer la gestion du flux de patients aux urgences du CHBS.

Le présent mémoire propose de faire le point sur la situation actuelle :

La structure d'urgences du CHBS rencontre de réelles difficultés dans la gestion du flux de patients aux urgences : le service s'embolise et cette situation génère une insatisfaction tant pour les usagers que les personnels (1)

Pour juguler le phénomène de saturation, il importe d'aménager l'organisation interne de la structure d'urgence, de proposer un pilotage renforcé, de disposer de filières adaptées et de proposer des dispositifs appropriés (2).

* *

*

1 La structure d'urgences du CHBS rencontre de réelles difficultés dans la gestion du flux des patients : le service s'embolise et cette situation génère une insatisfaction des usagers et du personnel.

1.1. La structure d'urgences du CHBS¹ est saturée par un nombre croissant de patients qui ne relève pas d'une prise en charge en urgence.

1.1.1. Principales caractéristiques de la structure d'urgences du CHBS

A) La structure d'urgence du CHBS accueille tout patient qui se présente et garantit ainsi la continuité et la qualité des soins

La mission de la structure des urgences (SU) du Centre Hospitalier de Bretagne Sud (CHBS) est définie par l'article R6123-18 du Code de la Santé Publique² qui dispose que : « Tout établissement autorisé à exercer l'activité d'urgences mentionnée au 3^o de l'article R. 6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU. »

La circulaire DHOS du 16 avril 2003³ précise que « les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir ».

Modification du cadre réglementaire :

¹ Le Centre Hospitalier Bretagne Sud est succinctement présenté en annexe 1

² Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 art. 2 Journal Officiel du 23 mai 2006

³ Circulaire N°195/DHOS/01/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

Le législateur a modifié le cadre réglementaire des services d'urgence.

Les décrets du 22 mai 2006 suppriment les notions de Services d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU) qui étaient le niveau d'équipement le plus élevé, les Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) qui prenaient en charge des cas plus simples, les Pôles Spécialisés d'urgences (POSU) qui accueillaient des urgences lourdes et spécifiques.

La circulaire DHOS/01/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences fait désormais référence aux « structures d'urgences » autorisées par l'ARH qui ont pour obligation de répondre aux mêmes exigences de qualité en termes d'effectifs et de compétences médicales et paramédicales.

Les objectifs de la structure d'urgences du CHBS sont en cohérence avec le dispositif régional de prise en charge des urgences. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2006-2010 « prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins », arrêté le 31 mars 2006, se donne pour objectif général d'assurer un fonctionnement plus efficient du dispositif mis en place en définissant des principes d'organisation favorable à une meilleure définition des rôles de chacun des acteurs de la prise en charge de l'urgence, un fonctionnement plus efficace de la filière des urgences, une amélioration de la qualité de prise en charge notamment pour les populations spécifiques.

La structure d'urgences du CHBS s'inscrit dans le cadre de l'annexe territoriale du SROS de 3^{ème} génération comme un des deux sites identifiés pour l'implantation des structures d'urgences pour le territoire de santé n°3 Lorient – Quimperlé. Les objectifs de ces deux structures se déclinent également dans le projet médical de territoire.

B) L'activité de la structure d'urgences du CHBS est autorisée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne pour une durée de 5 ans.

Conformément à l'article R 6123 et suivants du Code de la Santé Publique, les activités de médecine d'urgence au CHBS sont soumises à autorisation préalable de l'ARH. L'autorisation donnée par l'ARH est valable pour une durée de cinq ans.

Le 6 mars 2007, la commission exécutive de l'ARH a reconduit l'autorisation du CHBS à exercer l'activité de médecine d'urgence dans les modalités de structure d'urgences et de Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation.

La visite de conformité effectuée le 4 mai 2007 par un médecin inspecteur de la DDASS du Morbihan et un médecin conseil près la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan a été déclarée positive. Le 8 juin 2007, l'ARH a fait savoir par écrit que le CHBS était habilité à dispenser des activités de médecine d'urgence et de Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) pour une période de 5 ans à compter du 4 mai 2007.

C) La structure d'urgences se caractérise par un accueil médicalisé jour et nuit

Heures d'ouverture :

Période annuelle d'ouverture	365 jours / 365
Horaires d'ouverture	24 heures / 24

Effectifs :

Effectif médical des urgences générales (ETP)	
Praticiens hospitaliers	8,2
Assistants	4
Attaché	0
Contractuels	4
Praticien libéral	0

Source : Dossier de renouvellement d'autorisation de la SU examiné par la Commission exécutive de l'ARH le 6 mars 2007

Effectif non médical (ETP)

Urgences générales	Cadres de santé	2
	IDE	31,33
	AS	23,70
	ASH	3,07
	Secrétaires médicales	5,15
	Assistant du service social	0,5

Source : Dossier de renouvellement d'autorisation de la SU examiné par la Commission exécutive de l'ARH le 6 mars 2007

La structure de médecine d'urgence est placée sous la responsabilité du Dr Sabine Texier, praticien hospitalier de médecine polyvalente d'urgence, titulaire, exerçant ses fonctions dans la structure d'urgences.

C) L'organisation de la structure d'urgences du CHBS est résolument orientée autour de la prise en charge médicale des patients

Dans le cadre de la Nouvelle Gouvernance mise en œuvre au CHBS et de la mise en place progressive d'une organisation par pôles, la structure d'urgences est désormais intégrée au pôle A⁴ depuis la fin de l'année 2006.

L'organisation administrative de la structure d'urgences est articulée autour d'unités fonctionnelles d'inégales importances :

Unités	Responsable	Nombre de places couchées
UF de Médecine	Dr Berthouloux	12
UF de Traumatologie	Dr Daniel	6
SMUR	Dr Personnic	4
UHCD	Dr Paysant	8

⁴ Le pôle A est constitué de la structure d'urgences, de la Chirurgie orthopédique, de l'ophtalmologie, de l'ORL, de l'alcoologie

L'organisation médicale adopte un découpage selon un zonage fonctionnel :

Accueil – Tri	<p>La zone d'accueil est située entre l'entrée « allongée » ambulances et l'entrée piétonne</p> <p>1 IDE d'accueil et 1 secrétaire administrative sont présentes H24. Les entrées font l'objet d'une saisie informatique médicale et administrative.</p> <p>L'IDE assure la fonction d'information et d'orientation : elle priorise les urgences et assure un rôle de régulateur de flux.</p> <p>En journée, sont également présents une secrétaire médicale et un médecin d'accueil et d'orientation 7 jours /7.</p>
Secteur Médecine	<p>2 médecins, 2 IDE, 1 AS de jour</p> <p>1 médecin, 1 IDE, 1 AS de nuit</p>
Secteur Traumatologie	<p>2 médecins, 2 IDE, 1 AS de jour</p> <p>1 médecin, 1 IDE, 1 AS de nuit</p>
Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)	<p>4 places</p> <p>Permet de réduire les défaillances circulatoire et respiratoire, de diagnostiquer les lésions qui en sont la cause, et de planifier leur traitement.</p> <p>La médicalisation est assurée par l'équipe SMUR : 1 Médecin, 1 IDE, 1 AS ambulancier.</p>
Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)	<p>Permet la prise en charge des patients stabilisés qui ont vocation à rester hospitalisés moins de 48 heures.</p>
SMUR	<p>Assure les sorties SMUR primaires et secondaires.</p> <p>Permet la médicalisation de la SAUV.</p> <p>Apporte son concours au secteur de traumatologie.</p> <p>1 médecin, 1 IDE H24</p> <p>1 AS Ambulancier sur la période 11h – 23 h</p>
Unité Médico-Psychologique (UMP)	<p>Soignants mis à disposition par le Centre Hospitalier Spécialisé de Charcot (Caudan)</p> <p>1 IDE psychiatrique H24</p> <p>1 médecin psychiatre tous les matins</p> <p>Astreinte aux heures de garde</p> <p>L'Unité Mobile de Psychiatrie de liaison permet un renfort medico-soignant en journée</p>

D) L'architecture de la structure d'urgences du CHBS est contraignante et peu adaptée

La structure des urgences est située au niveau du plateau technique de l'établissement, sur une surface de 800 mètres carrés (surface utile : 610 mètres carrés).

L'agencement actuel des locaux présente plusieurs contraintes :

- les surfaces sont sous-dimensionnées par rapport au nombre de passages enregistré,
- l'espace n'est pas optimisé (perte de place d'environ 200 mètres carrés en raison d'un patio ouvert),
- la salle de radiologie est difficilement accessible pour les patients pris en charge dans le secteur de médecine,
- la salle d'attente d'imagerie est située à la sortie des box de traumatologie et de la salle de déchoquage (problème d'intimité).

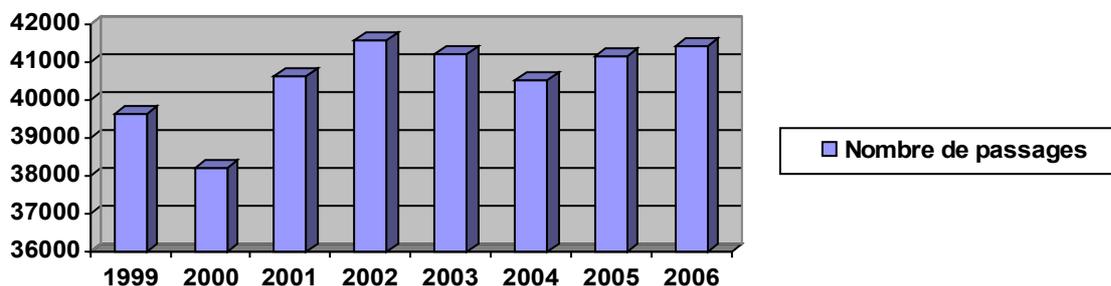
1.1.2. Le nombre de patients accueillis dans la structure d'urgences du CHBS est en constante augmentation

A) La fréquentation de la structure d'urgences atteint des seuils critiques

Entre 1991 et 2006, le nombre de passage aux urgences du CHBS a progressé de plus de 50%. Il est passé de 30 225 passages en 1991 à 46 563 passages en 2006.

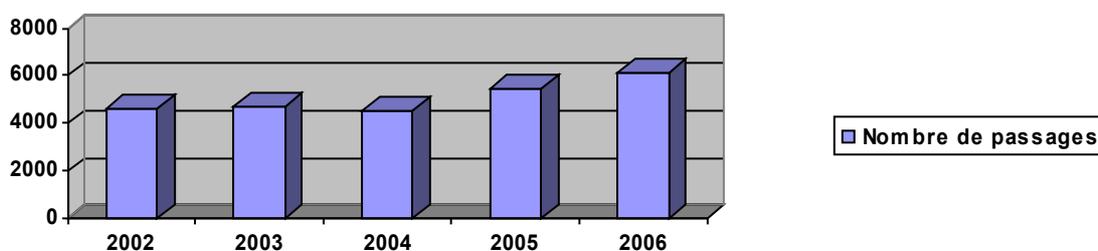
A partir de 2002, la croissance soutenue observée s'infléchit légèrement pour atteindre une augmentation de + 10% sur la période 2002 – 2006. Cette progression du nombre de passages aux urgences est toutefois plus marquée aux urgences pédiatriques (+25% entre 2002 et 2006) qu'aux urgences générales (+8% entre 2002 et 2006). Le nombre de patients accueillis dans la structure d'urgences générales est passé de 38 233 patients en 2000 à 41 404 en 2006. Il est passé de 4 625 en 2002 à 6 136 en 2006 dans la structure d'urgences pédiatriques.

Fréquentation des urgences générales du CHBS



Source : Centre de Traitement Informatique (CTI) – CHBS – août 2007

Fréquentation des urgences pédiatriques du CHBS



Source : CTI – CHBS – août 2007 -

Cette augmentation de la fréquentation de la médecine d'urgence s'inscrit dans le cadre plus général d'une tendance observée au niveau national et régional.

Au niveau national, on observe que la population française recourt de plus en plus fréquemment aux services d'urgence hospitaliers. Le nombre de passages dans les structures d'urgences a doublé entre 1990 et 2006 passant de 7 à plus de 15 millions en 2006. En 2005, on note une augmentation d'activité des services d'urgences (+3% à 3,5% de passages), des SMUR (+4% de sorties) et des centres 15 (+10 à 12% d'affaires traitées). Cette augmentation se poursuit en 2006 notamment pour les centres 15⁵.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire breton 2006-2010 réactualisé en janvier 2007 mentionne également que sur la filière de médecine d'urgence, l'activité des

⁵ Evaluation du Plan Urgences 2004-2008, Rapport du Dr Jean-Yves GRALL au Ministre de la Santé – Janvier 2007 -

professionnels a connu une croissance très forte modifiant à la fois le contenu des pratiques et les organisations envisagées :

- Les 4 SAMU bretons, avec 572 000 affaires traitées en 2004 ont connu une augmentation d'activité de + 174 % entre 2001 et 2004.
- Les structures des urgences enregistrent sur la période 1997/2003 un taux moyen de croissance annuelle de l'activité de +3,5% pour atteindre 645 400 passages sur l'ensemble des services bretons.
- Bien que les admissions directes dans les services aient augmenté au cours de ces dernières années, 45% des ces admissions émanent des structures d'urgences.

Concernant les activités de la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) du CHBS, le nombre d'interventions a également augmenté de + 12% ces deux dernières années passant respectivement de 1 208 sorties en 2004 à 1 356 sorties en 2006. Le sous dimensionnement des deux SMUR (Lorient et Quimperlé) fait aujourd'hui l'objet d'un réel enjeu de santé publique au sein du territoire de santé N°3 Lorient - Quimperlé. Les hommes politiques de l'agglomération lorientaise et la population locale considèrent que les SMUR du Centre Hospitalier de Quimperlé et celui du CHBS sont en nombre insuffisants pour intervenir rapidement sur le territoire de santé. Ce point de vue est conforté par le fait que l'on dénombre entre 80 et 100 défauts d'intervention / an en raison de l'indisponibilité de ces structures mobiles.

Les projections à cinq ans laissent présager une activité de médecine d'urgence soutenue au CHBS. L'établissement prévoit d'ici à 2011 une augmentation de la fréquentation des structures d'urgences de l'ordre de 7,5% pour les structures d'urgences générales et de 23% pour les structures d'urgences pédiatriques. L'activité passerait ainsi respectivement de 41 120 passages à 44 000 passages pour les urgences générales et de 5 443 passages à 7 000 passages pour les activités d'urgences pédiatriques⁶.

Ces projections seront par ailleurs amenées à être revues à la hausse en raison de la décision prise par le centre hospitalier de Quimperlé (hôpital situé dans le Finistère à 20 kilomètres au Nord Ouest de Lorient) de suspendre ses activités obstétricales à compter du 11 juillet 2007 et probablement toutes autres activités chirurgicales à compter du 1^{er} janvier 2008. Il en résultera inévitablement pour le CHBS un report important de patients du secteur Est du Finistère et du Nord du Morbihan (bassin d'attraction traditionnel du Centre Hospitalier de Quimperlé) vers la structure d'urgences du CHBS.

⁶ Chiffres extraits du « dossier d'autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence » au CHBS examiné par la Commission exécutive de l'ARH le 6 mars 2007

A ce titre, les statistiques basées sur une période d'un peu plus de deux mois (comparaison de la période du 11 juillet au 16 septembre 2006 à celles du 11 juillet au 16 septembre 2007) montrent une augmentation de + 41% ⁷ de passages supplémentaires au sein de la structure d'urgences du CHBS en provenance du Finistère.

B) Le flux de personnes accueillies au CHBS est caractérisé par le passage de patients aux âges extrêmes de la vie

Les patients qui se rendent aux urgences du CHBS sont globalement plus jeunes que l'ensemble de la population morbihannaise. Près du 1/3 des patients accueillis à la structure des urgences générales du CHBS ont moins de 25 ans. Cette situation correspond à un constat observé également au niveau national où la demande de soins d'urgence est plus importante pour les enfants et jeunes adultes en raison des pathologies de l'âge (cas de fièvre, vomissements, diarrhées chez les nourrissons et d'accident ou de douleur chez les enfants et jeunes adultes).

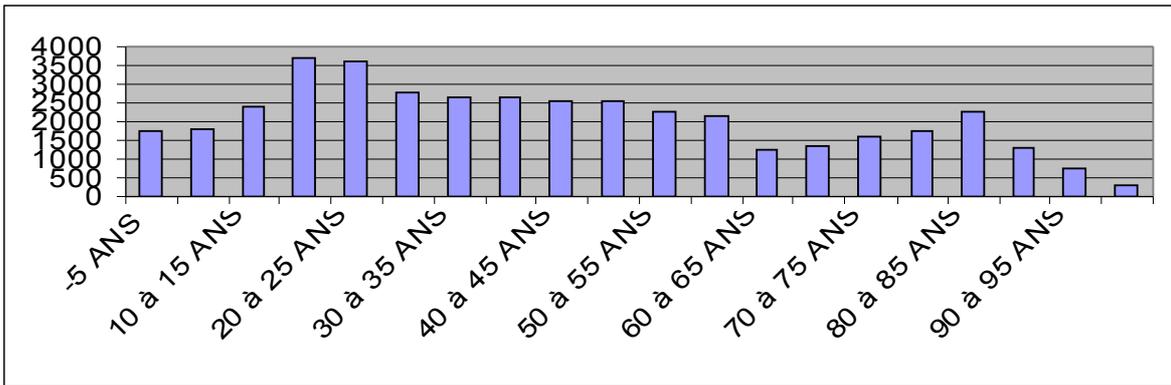
Les statistiques du CHBS montrent également que le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans est surreprésenté par rapport à l'ensemble des patients accueillis en raison de la forte croissance du taux d'hospitalisation avec l'âge. A ce titre, il est important de remarquer que la proportion des personnes âgées de + de 75 ans fréquentant les urgences du CHBS tend à s'amplifier en raison du vieillissement de la population morbihannaise puisque leur représentation dans l'ensemble de la population fréquentant les urgences du CHBS passe de 11,8% en 2004 à 15,4% en 2006, soit une hausse de près de 4 points entre 2004 et 2006⁸.

Les personnes âgées accueillies présentent souvent les caractéristiques des patients polypathologiques ou attendant une place en service d'hospitalisation. Un grand nombre d'entre elles seront hospitalisées, mais parfois dans des services non adaptés au traitement de leur pathologie.

Fréquentation de la structure d'urgences générales du CHBS par tranches d'âge (Passages 2006)

⁷ Source : Direction des Affaires Financières (CHBS) - Cellule contrôle de gestion

⁸ Source : Centre de Traitement Informatique - CHBS



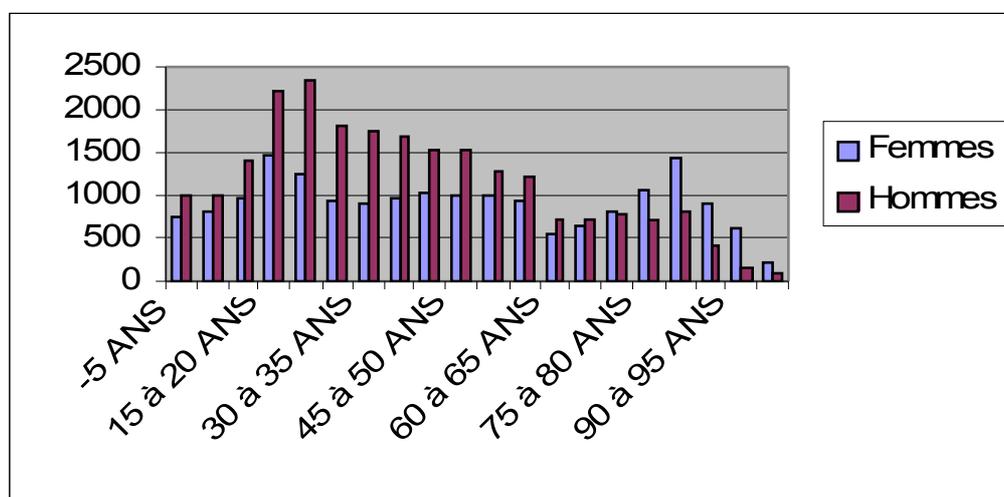
Source : CTI – CHBS – août 2007 -

Une étude de la fréquentation par sexe montre qu'il existe également des différences entre la proportion d'hommes ou de femmes fréquentant les urgences. Ainsi, on relève que de façon globale les hommes fréquentent plus les urgences que les femmes (respectivement 56% contre 44%).

La fréquentation par sexe varie également en fonction de l'âge. On remarque ainsi une forte prévalence d'hommes chez les adolescents et adultes qui viennent plus souvent aux urgences pour de la traumatologie suite à des accidents de la vie courante (sport et loisirs notamment). On relève également une nette prédominance de femmes parmi les personnes âgées qui se rendent aux urgences pour des problèmes somatiques et de la traumatologie.

Fréquentation de la structure d'urgences générales du CHBS par sexe

(Nombre de passages 2006)



Source : CTI – CHBS – août 2007 -

1.1.3. La majorité des patients accueillis ne relève pas de l'urgence mais requiert une prise en charge médicale et soignante importante

A) La majorité des patients accueillis présente un niveau de gravité peu élevé

Alors que la vocation des urgences est la prise en charge des patients qui se présentent en situation d'urgence, la structure des urgences du CHBS est devenue pour une part très importante de la population lorientaise, un service de consultations non programmées. Ce constat est conforté par le fait que 70% des patients admis aux urgences du CHBS retournent à domicile après consultation et que 71% d'entre eux se présentent aux urgences sans contact médical préalable.

Pour prendre en charge au mieux l'afflux de patients se présentant aux urgences, les médecins urgentistes du CHBS ont élaboré une échelle de tri permettant d'appréhender rapidement l'état de santé du patient. Composée de 5 niveaux de « gravité », l'échelle de Tri Lorientaise (ETL) est en partie calée sur l'échelle de Classification Clinique de Malades aux Urgences (CCMU)⁹ élaborée par les spécialistes de l'urgence en France. Alors que la CCMU est établie a posteriori de la prise en charge du patient, l'ETL se veut être un outil d'aide à la décision pour l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation. Très

⁹ La CCMU est présentée en annexe 2

opérationnelle, elle permet d'appréhender l'état du patient a priori (avant prise en charge par l'urgentiste). Cette échelle s'appuie sur divers paramètres physiques et physiologiques et permet d'orienter le patient dès son accueil aux urgences.

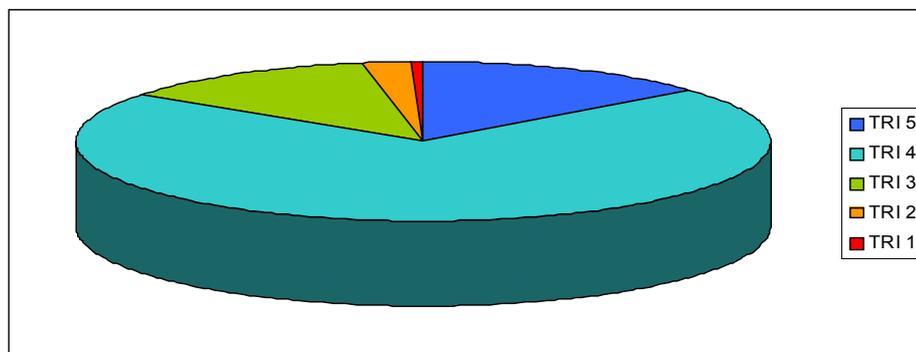
Echelle de Tri Lorientaise

	Médecin + IDE immédiat	IDE 5min Médecin 15 min	Médecin + IDE + 60 min	Médecin + IDE + 120 min	Médecin + IDE + 240 min
CONSTANTES	TRI001	TRI002	TRI003	TRI004	TRI005
FR	Fr <8 ou >35	Fr 8-10 ou 25-35	Fr 11-15 ou 19-24	Fr 16-18	Fr 16-18
DEP	Pk <150	Pk >=150	Pk >=150	Pk >=150	Pk >=150
SAT	S <=85	S 86-90	S 91-96	S >96	S >96
TA S	Ta <55 ou >=220	Ta 55-100 ou 180-219	Ta 160-179	Ta 101-159	Ta 101-159
Pouls	P <=40 ou >=180	P 41-54 ou 140-179	P 55-69 ou 110-139	P 70-109	P 70-109
Hcuc	Hb <5	Hb 5-6,9	Hb 7-7,9	Hb 8-10	Hb >10
Glasgow	G <8	G 8-11	G 12-14	G 15	G 15
T°	T <30 ou >=41	T 30-34,9 ou 39-40,9	T 35-35,9 ou 38-38,9	T 36-37,9	T 36-37,9
Hemog.	D <0,5 ou HI	D 0,5-0,6 ou >4	D 1,6-4	D 0,7-1,5	D 0,7-1,5
EN au repos	En =10	En 8-9	En 7-5	En 4-1	En =0
MOTIFS	<ul style="list-style-type: none"> - Purpura - Agitation violence 	<ul style="list-style-type: none"> - DI thoracique - Intox médicaments - DI testiculaire - Globe vésicale - Oedème Quincke - Cs Psy - Plaie abdo-thorax - AVP cinétique élevée - Deficit neuro ou cécité <3H 	<ul style="list-style-type: none"> - Surdité brutale - Morsure - Plaies - AES 		<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie clinique > 3 mois - Demande de consultation assistance sociale - Recours administratif

Source : CTI - CHBS

D'après cette grille d'analyse du niveau de gravité, on observe que les patients qui exigent la mobilisation immédiate ou rapide de moyens d'urgence du CHBS représentent moins d'1/3 environ (30%) des motifs d'intervention des services d'urgence du CHBS (TRI 1, TRI 2, TRI 3).

Fréquentation de la structure des urgences du CHBS par degré d'urgence (Nombre de passages 2006)



Source : CTI – CHBS – août 2007 -

B) 30% des patients se présentant aux urgences du CHBS font l'objet d'une hospitalisation suite à leur passage

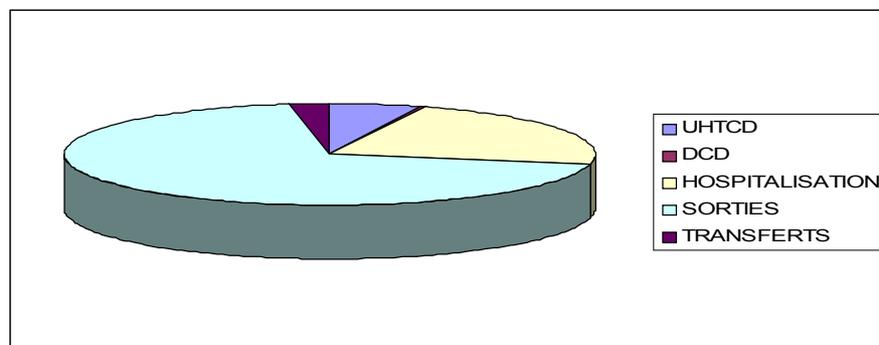
Aucun indicateur précis ne permet de juger directement de la légitimité des recours aux structures d'urgence du CHBS. En revanche, l'hospitalisation d'un malade à l'issue des soins aux urgences peut donner une indication sur l'état de gravité du patient. Ainsi, le taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences du CHBS reste stable au cours des cinq dernières années, autour de 30% selon les statistiques annuelles 2005 du CHBS¹⁰.

Ce chiffre est de 10 points supérieur à la moyenne nationale qui s'établit à environ 20%. Cette situation n'est toutefois pas atypique. Elle s'inscrit dans un cadre régional de la Bretagne où le taux d'hospitalisation suite à un passage dans les structures des urgences est très élevé (26,8 % hors unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) en Bretagne contre 19% France entière¹¹). La situation lorientaise s'expliquerait notamment par le fait que les personnes âgées sont particulièrement représentées dans la population qui fréquente la structure d'urgences de l'établissement.

¹⁰ Il faut toutefois signaler que même si le taux d'hospitalisation est stable sur une activité en progression de volume, ceci veut dire en pratique qu'un nombre plus important de patients est hospitalisé et que, de facto, il en résulte un nombre de patients plus élevé dans les services d'urgences.

¹¹ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III Bretagne 2006-2010 – Volet « médecine d'urgence et articulation avec la permanence des soins »

Répartition des orientations après passage à la structure des urgences du CHBS (Nombre de passages 2006)



Source : CTI – CHBS – août 2007 -

Il convient d'observer que les informations recueillies au CHBS montrent que la notion « d'urgence » n'est pas la même pour les patients et les médecins. La difficulté tient probablement au fait que les patients se réfèrent à des notions d'urgences qui relèvent du ressenti alors que les médecins raisonnent sur la base d'urgences réelles (TRI 1 ou TRI 2 où le pronostic vital du patient est engagé).

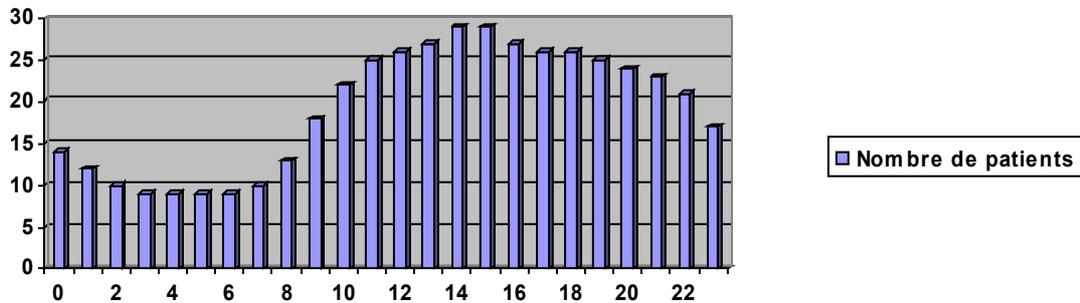
C) L'étude du taux d'occupation ponctuel (TOP) aux urgences du CHBS traduit une augmentation réelle de la charge en soins.

Le TOP permet d'apprécier la présence moyenne de patients aux urgences sur une période donnée.

Aux urgences du CHBS, on observe ainsi qu'en moyenne, sur l'année :

- Au moins 19 personnes sont présentes aux urgences.
- Le nombre de personnes pris en charge augmente régulièrement de 7 heures du matin, et ce, jusqu'à 14 heures. On passe respectivement de 10 à 29 personnes prises en charge simultanément.
- De 15 heures à 3 heures du matin, le nombre de patients présents aux urgences décroît progressivement. On passe respectivement de 29 à 9 patients pris en charge simultanément.
- 9 patients en moyenne passent la nuit aux urgences faute d'avoir pu être orientés dans des services de médecine.

**Présence moyenne par heure sur une période à la structure d'urgences du CHBS
(Année 2006)**



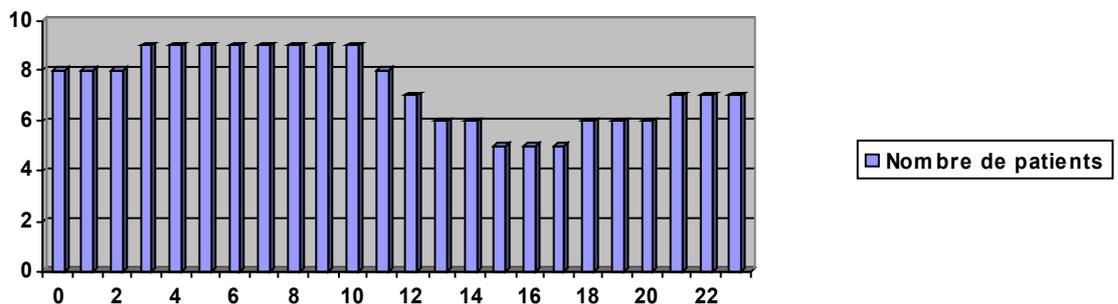
Source : CTI - CHBS - août 2007 -

De même, dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), on observe qu'en moyenne sur l'année :

- Au moins 7 personnes sont présentes à l'UHCD.
- Les 9 lits de l'UHCD sont tous occupés de 3 heures à 10 heures.
- Les patients quittent l'UHCD à partir de 11 heures.
- Les lits de l'UHCD sont plus fréquemment utilisés à partir de 18 heures.

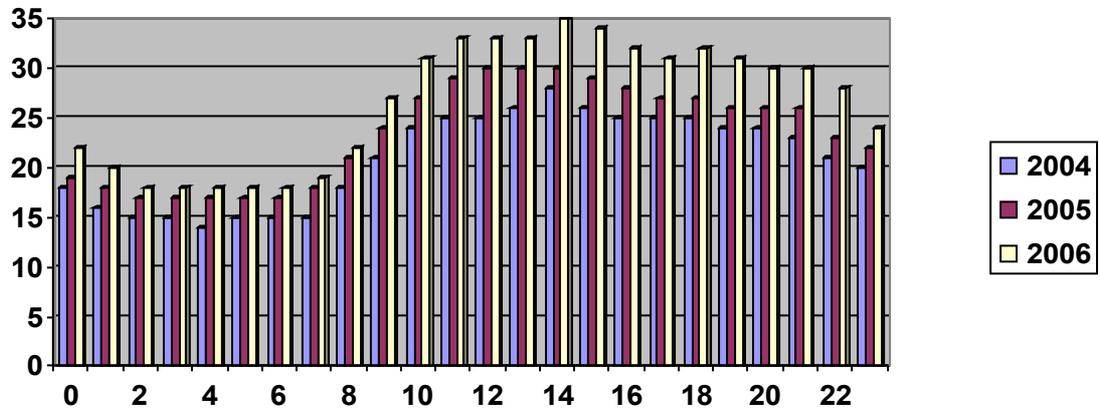
**Présence moyenne par heure sur une période à l'UHCD
(année 2006)**

Source : CTI - CHBS - août 2007 -



L'évolution du TOP au cours des trois dernières années traduit une nette augmentation de la prise en charge en soins des patients accueillis. Ainsi, le taux d'occupation moyen aux urgences générales (SU + UHCD) est passé respectivement de 21 patients en moyenne en 2004 à 27 patients en 2006.

Taux d'occupation ponctuel (SU + UHCD) moyen par heure
Années 2004/2005/2006



Source : CTI - CHBS - août 2007 -

1.1.4. La structure d'urgences est caractérisée par une forte tension qui est accentuée quand elle est confrontée à des pics d'activité

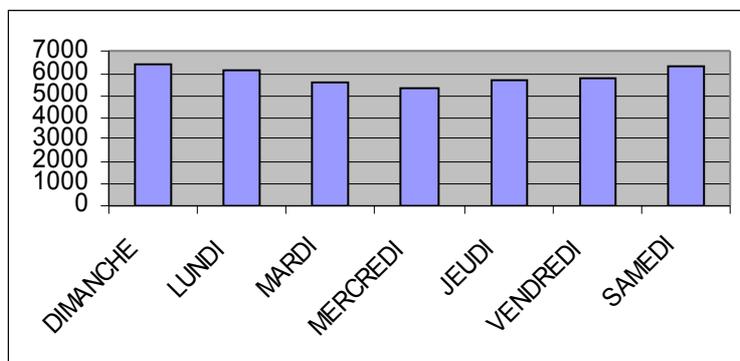
Une étude approfondie de la fréquentation des urgences du CHBS à divers moments de l'année, de la semaine et de la journée fait apparaître de réels pics d'activité. Les chiffres de la fréquentation de la structure d'urgences du CHBS mettent en évidence que l'encombrement du service d'urgence n'est ni permanent ni général mais qu'il a un caractère périodique.

Sur l'année, on observe une suractivité de la structure des urgences en été et en hiver. En été, un phénomène de saisonnalité est observé en raison de l'attractivité touristique de la région de juin à septembre. La fréquentation estivale fait croître la population de 30% dans le département du Morbihan. A titre d'exemple, le Festival Interceltique de Lorient du 4 au 12 août 2007 a généré une augmentation de 30% de la fréquentation à la structure d'urgences du CHBS. Le nombre de patients se présentant aux urgences à ces dates était de l'ordre de 170 patients par jour contre 130 patients par jour en moyenne sur l'année.

En hiver, on observe également une fréquentation accrue en raison notamment des crises sanitaires hivernales (épidémies de grippe, de bronchiolites, ...)

En semaine, la fréquentation des urgences a essentiellement lieu en début et en fin de semaine avec un pic d'activité observé le week-end.

Nombre de patients accueillis dans la structure d'urgences du CHBS par jour de la semaine (année 2006)



Source : CTI - CHBS - août 2007 -

En journée, on observe une plus forte fréquentation des urgences en fin de matinée, en milieu d'après-midi et en début de soirée.

Les premiers mois de l'année 2007 ont été marqués par une forte tension à la structure d'urgences du CHBS. Les semaines 7 et 8 du mois de février ont été particulièrement tendues en raison de la saturation des capacités d'accueil du service.

Comme cela est le cas à chaque fois que la structure d'urgences connaît un phénomène d'engorgement, la saturation des capacités d'accueil du service a provoqué le maintien prolongé de patients aigus aux urgences. Cette suractivité s'est traduite par une embolisation de la quasi-totalité des box d'accueil et du secteur de déchoquage, obligeant à réorienter la traumatologie et une partie des urgences médicales vers d'autres établissements de santé.

Face à cette situation de « crise », le Directeur de l'établissement s'est posé la question du déclenchement d'un pré plan blanc. Par courrier du 21 février 2007 adressé au Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales du Morbihan, le Directeur général de l'établissement écrit : « du 19 au 21 février, entre 15 et 22 patients de médecine, certains avec des pathologies lourdes, sont présents dans la structure des urgences faute de possibilité d'hospitalisation dans les services et embolisent la quasi-totalité des box d'accueil et du secteur déchoquage.

Malgré la réorientation de personnes se présentant pour de la petite traumatologie ou ne nécessitant pas une hospitalisation et la mobilisation des services de soins de suite, le CHBS doit:

- annuler toutes les entrées programmées

- installer des lits supplémentaires pour les patients relevant de soins de suite. »

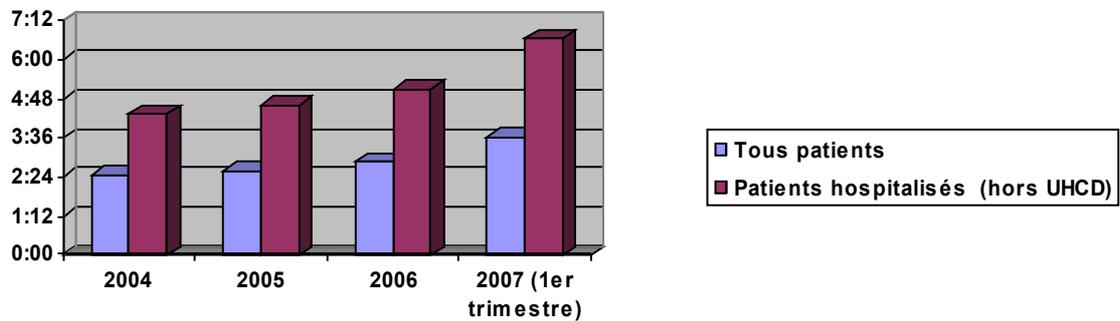
Ces pics de fréquentation ont pour conséquence de générer une véritable tension aux urgences. Le service d'urgence est alors «sous pression». Il est saturé par un flux continu de patients, une salle d'attente qui ne désemplit pas et des brancards qui s'entassent dans les couloirs. Dans ces périodes de suractivité, l'hôpital atteint ses limites de saturation d'accueil.

1.1.5. Le phénomène de saturation se traduit par un temps de passage des patients aux urgences qui augmente progressivement.

Le phénomène de saturation des urgences est insidieux. Il augmente progressivement. La meilleure façon de mesurer l'engorgement aux urgences est de s'intéresser au temps de passage des patients.

Les données issues du recueil informatique URQUAL permettent d'apprécier le temps de passage à sa juste valeur. Alors qu'en 2004, le temps de passage s'établissait à 2 heures 29 pour un patient « non grave » et à 4 heures 20 environ pour un patient « grave », il atteignait 3 heures 38 pour un patient « non grave » au premier trimestre 2007 et 6 heures 39 pour un patient « grave » au premier trimestre 2007... soit respectivement une augmentation de plus de 45% dans le premier cas et de 53% dans le deuxième cas !

Temps moyens d'attente et de passage aux urgences du CHBS (Années 2004, 2005, 2006)



Source : CTI – CHBS – août 2007 -

On observe que les patients TRI 1, TRI 2 et TRI 3 ont un temps de passage significativement plus long que les patients TRI 4 et TRI 5 puisqu'ils présentent un état de gravité plus important.

Ce temps de passage observé au CHBS doit être rapproché de celui enregistré dans les structures d'urgences des pays anglo-saxons. Les médecins urgentistes nord-américains affichent une durée de passage inférieure à quatre heures pour 33% des patients admis, idem en Grande- Bretagne pour 77% des patients admis.¹²

1.2. L'engorgement des urgences du CHBS est notamment dû à une évolution de la demande et de l'offre de soins et à un manque de lits d'aval.

1.2.1. Le changement des comportements individuels et l'évolution de l'offre de soins concourent à engorger l'amont des urgences.

A) La demande globale de soins ne cesse de croître

Cette évolution de demande en soins élevée s'inscrit de façon plus générale dans une tendance commune à l'ensemble des pays développés. Cette demande accrue en soins

¹² Pierre MARDEGAN, « A l'hôpital et après », ADSP, septembre 2005

ne devrait pas fléchir en raison de facteurs démographiques défavorables (vieillesse de la population en effectif et âge), de progrès scientifiques (recherche médicale, avancées médicales dues à l'évolution des traitements et des pratiques médicales) et du progrès technique (innovations technologiques) en constante évolution.

Les caractéristiques socio-démographiques de la population lorientaise laissent à penser que la demande en soins va aller en augmentant. L'âge moyen des habitants du Morbihan en 1999 (dernier recensement) était de 40,3 ans, légèrement plus élevé que la moyenne régionale (39,8 ans). Depuis 1990, il a augmenté de près de 3 ans dans le département contre 2 ans dans la région¹³. Comme ailleurs, ce vieillissement est la conséquence de l'allongement de la durée de vie. Près de 55 000 morbihannais sont âgés de 75 ans et plus, soit 10 200 de plus en dix ans. Ils représentent 8,5 % de la population. La part des 75 ans est forte dans les communes du Nord-Ouest du département, dans les communes littorales et dans les îles. Cette tendance devrait s'amplifier dans les années à venir. Sur le secteur sanitaire n°3 Lorient – Quimperlé, les plus de 60 ans passeront de 25% en 2005 à 40% en 2030¹⁴.

Les dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie traduisent également une demande en soins accrue. A ce titre, les dépenses de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Morbihan en 2006 ont représenté 1 351 505 K€, ce qui représente une évolution de + 5,73 % entre 2005 et 2006.¹⁵

B) Les comportements des patients ont notablement évolué

Les enquêtes réalisées au niveau national¹⁶ auprès des patients révèlent la forte attractivité des urgences hospitalières. Cette dernière s'explique par de nombreuses raisons :

- l'accès aux soins 24h/24h,
- la présence de personnels qualifiés,
- la possibilité de réaliser rapidement des examens,
- l'existence d'un plateau technique performant,
- la possibilité d'être reçu par une équipe médicale,
- la dispense d'avance des frais de soins.

¹³ Site Internet de la DDASS 56

¹⁴ Extrait du projet médical de territoire du secteur sanitaire n°3 – 2005 -

¹⁵ Site Internet CPAM 56

¹⁶ Etudes et Résultats, DREES, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », N°215, janvier 2003

a) *L'accès à du personnel qualifié et à un plateau technique performant est possible 24h/24*

Le mode de vie des Français évolue et leurs besoins également. Dans une société de consommation où il est désormais possible d'acquérir « tout, tout de suite » via notamment les nouvelles technologies de l'information et de la télécommunication, il est parfois difficile de faire entendre à des patients qu'il faille patienter plusieurs semaines, voire plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste.

Aussi, en raison des multiples facilités et avantages que représente le service d'urgence d'un hôpital en terme d'accès aux soins, on comprend aisément que tout un chacun soit tenté de venir consulter aux urgences. Certains patients franchissent le pas de se rendre au service des urgences de l'hôpital où en quelques heures, ils ont accès à de multiples examens (radiographies, résultats biologiques,...) ainsi qu'à une consultation avec un spécialiste, le tout dispensé dans les meilleurs délais.

L'étude des fiches d'évènements indésirables transmises à la Direction de la Qualité et des Relations avec les Usagers (DQRU) du CHBS par les médecins de la structure d'urgences est significative de ce phénomène. On relève : « demande une IRM parce qu'il ressent une douleur au genou » ; « veut rencontrer un médecin pour être auscultée suite à une bronchite », « vient pour une radio », « demande un arrêt de travail », etc...

Ces comportements font dire à un médecin urgentiste du CHBS « que certains patients présentent le profil de personne qui utilise le service des urgences comme un supermarché ouvert jour et nuit ». Au chef de pôle de préciser que « le recours aux urgences pour de la médecine générale relève d'un acte non-citoyen car il contribue à perturber le fonctionnement du service pour les patients qui, eux, relèvent de l'urgence »¹⁷

b) *Gratuité relative des soins*

¹⁷ Extraits des fiches d'évènements indésirables transmises à la Direction de la Qualité et des Relations avec les Usagers du CHBS

La gratuité relative des soins est un critère supplémentaire de fréquentation des urgences. Ainsi, au CHBS, à l'heure où la caisse est fermée, l'agent administratif ne peut plus exiger le règlement des honoraires de soins restant à la charge des usagers. Le patient se trouve donc de facto dispensé de régler sa visite dans l'immédiat.

c) Traitement des urgences sociales

Les urgences, véritables porte d'entrée de l'hôpital, sont le lieu où d'aucun peut, à toute heure du jour ou de la nuit, se présenter pour demander secours, répondant ainsi à la mission première de permanence des soins du service public hospitalier. Comme le précise J. de Kervasdoué¹⁸, « les urgences accueillent de façon imprévue par essence toutes les détresses de la cité : maladie somatique ou mentale, coma, accident, tentatives de suicides... L'hôpital est le seul lieu d'accueil permanent du désordre et des détresses de nos contemporains et de notre vie en société. »

Il ressort des entretiens réalisés auprès des médecins urgentistes du CHBS qu'une part croissante des demandes adressées aux structures des urgences relève davantage du social que du médical. Comme le rappelle un praticien, « l'urgence sociale interfère de plus en plus sur le champ sanitaire du fait de la multiplication des situations de précarité ».

d) Raisons liées à l'identité des patients

L'Aide Médicale d'État (AME) permet la prise en charge des frais de santé des personnes ne pouvant pas bénéficier de l'assurance maladie (article L 251-1 du Code de l'action sociale et des familles). Il s'agit des étrangers en résidence « non régulière », c'est-à-dire des sans-papiers. La fréquentation des urgences pour ce type de motif reste exceptionnelle au CHBS.

C) Le désengagement de la médecine de ville de la permanence des soins (PDS) accentue le phénomène de recours aux urgences hospitalières

Les pouvoirs publics ont essayé de limiter l'afflux des patients aux structures d'urgences en organisant une meilleure coordination entre les acteurs qui interviennent en « amont » de l'hôpital et en renforçant l'efficacité du système d'orientation des patients.

¹⁸ « La crise des professions de santé », J. de Kervasdoué, Dunod, 2003

Cette volonté de coopération s'est traduite en 2003 et 2005¹⁹ par la création d'un dispositif rénové de permanence des soins et une meilleure rémunération de la participation des médecins libéraux à la régulation médicale effectuée par les centres d'appel téléphoniques.

Qu'est ce que la permanence des soins (PDS) ?

La permanence des soins est une organisation de l'offre de soins libérale et hospitalière mise en place afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients.

Concernant le secteur ambulatoire, elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures, ainsi que les dimanches et jours fériés.

La PDS est fondée sur la participation volontaire des médecins libéraux aux gardes. Elle est organisée dans chaque département sur la base d'un découpage en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques, ainsi que l'offre de soins.

Dans la pratique, on note un désengagement de la médecine générale libérale dans le dispositif de la PDS. Le récent rapport du Dr Jean-Yves GRALL sur le sujet²⁰ fait le constat d'une « permanence des soins aléatoire, instable et fragile ». Il relève que « trouver un médecin devient un sujet de préoccupation largement répandu pour la population ».

Dans le territoire de santé n°3 de Lorient – Quimperlé, l'organisation des modalités de la permanence des soins (PDS) libérale pose problème. On observe une réduction progressive de la prise en charge en première partie de nuit. En nuit profonde, la PDS tend à reposer exclusivement sur des associations de type SOS médecins. Les périodes de vacances et de « ponts » accentuent le phénomène observé. Ce désengagement de la

¹⁹Décrets du 15 septembre 2003 et du 7 avril 2005

²⁰ Rapport de mission de médiation et propositions d'adaptation de la PDS, Dr JY Grall, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports (Août 2007)

médecine libérale à la PDS a un impact direct sur le flux des patients qui arrive aux urgences du CHBS. Ainsi, le 14 juillet 2007, la structure d'urgences du CHBS a enregistré un peu plus de 180 passages (soit une augmentation de près de 40% par rapport au flux moyen quotidien).

Le Dr Jean-Louis Samzun, représentant local de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), reconnaît le désengagement progressif des médecins libéraux sur la tranche 0h-8h. Dans le département 56, sept secteurs sur vingt-cinq ne répondent plus après minuit. Sur les communes d'Hennebont, Ploemeur et Lorient (secteur sanitaire 3 où le CHBS est l'établissement de référence), les médecins généralistes souhaitent désormais arrêter toute permanence des soins entre 0h et 8h à partir de la fin du mois de septembre 2007.

Lors de la conférence sanitaire de territoire du 3 mai 2007, les raisons invoquées par le Dr Jean-Louis Samzun quant au désengagement de la médecine de ville à la PDS, sont les suivantes :

- démographie médicale « dramatiquement » basse,
- forte féminisation de la profession,
- population médicale vieillissante,
- état d'esprit des jeunes médecins qui a fortement évolué (les jeunes praticiens semblent moins enclins que leurs aînés à accepter les contraintes d'une participation à la permanence des soins).

Quant à la régulation sanitaire via le SAMU 56 basée à Vannes, le Dr Jean-Louis Samzun considère que les 40 volontaires réalisent un travail épuisant et très exposé. Il souligne par ailleurs que les moyens humains et techniques du Centre 15 de Vannes sont, selon lui, nettement insuffisants.

Les médecins urgentistes regrettent vivement que les médecins généralistes se désengagent du dispositif de la PDS. Selon eux, « tout retombe sur le centre 15, le régulateur n'ayant d'autre solution que d'envoyer une ambulance » ; « A partir de 20 heures, on retrouve donc aux urgences beaucoup de personnes âgées, avec des problèmes de dépendance, de mobilité ou des polypathologies chroniques » ; « On n'arrive pas à contacter la famille et il est difficile de les prendre en charge ».

En aval, les lits sont vite saturés, « les personnes âgées se retrouvent donc sur des brancards, où elles passent la nuit avant qu'on se demande quoi en faire ».

Faute de pouvoir contacter des cabinets médicaux ouverts à des heures tardives, il est également fréquent que des parents de jeunes enfants s'adressent directement aux urgences. Les urgences pédiatriques sont notamment victimes de ce phénomène: « lorsque les enfants sont récupérés chez la nourrice ou à la crèche après une journée de travail et que les cabinets libéraux sont fermés, les parents se rendent aux urgences pour faire soigner leur enfant fiévreux ».

1.2.2. En aval des urgences, la fermeture de lits de court, moyen et long séjour crée un véritable goulot d'étranglement

A) L'alternative à l'hospitalisation complète tend à diminuer le nombre de lits d'aval disponibles pour les urgences

En plus de dix ans, les capacités d'hospitalisation à temps complet, tous secteurs confondus, ont été notablement réduites sur l'ensemble du territoire. Entre 1992 et 2002, le nombre de lits installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est ainsi passé de 540 100 lits à 457 100 lits. La fermeture de 83 000 lits s'est faite à un rythme assez régulier, se situant autour d'une diminution annuelle de 1,5 %. Ce mouvement résulte pour partie d'une volonté des pouvoirs publics de supprimer des lits considérés comme excédentaires. Il traduit aussi l'évolution structurelle des formes de prises en charge où des alternatives à l'hospitalisation à temps complet sont recherchées.

Ce phénomène se ressent particulièrement dans les services qui constituent l'aval direct des urgences du CHBS où le manque de lits est patent : médecine polyvalente, médecine gériatrique et SSR. Dans l'établissement, le Taux d'Occupation Moyen (TOM)²¹ des lits de certains secteurs est proche de 100%. Il reflète un phénomène de saturation de la capacité d'accueil de patients dans ces structures hospitalières d'aval. Le service de médecine polyvalente a connu un taux d'occupation moyen de ses lits de 99,5 % au premier semestre 2007, la médecine générale gériatrique un taux de 99,6 % au premier semestre 2007 et les SSR un taux de 98,3% pour l'année 2006²².

B) Les services du CHBS jouent inégalement le « jeu » des urgences.

²¹ Le TOM permet Taux permettant de mesurer le niveau d'occupation des lits

²² Données extraites des tableaux d'activités de la Direction des Affaires Financières du CHBS

On constate que certains services actifs de l'hôpital qui réalisent une part importante d'activité par le biais d'entrées directes dans leurs services sont peu enclins à accepter des patients en provenance directe des urgences. La nature de la « file active » des services hospitaliers tend vers le suivi régulier et souvent exigeant d'un nombre limité de patients déjà connus d'un praticien hospitalier. Cette tendance lourde a un impact sur la disponibilité des lits pour les urgences.

En outre, le système de financement lié à la T2A incite ces services à privilégier également les entrées directes. La décision prise depuis le début de l'année 2007 par le CHBS de ne plus recourir aux lits dédiés à la chirurgie comme lits de dégagement pour la médecine générale d'urgence s'inscrit également dans la volonté affichée de l'établissement de privilégier les activités planifiées et les entrées directes programmées plus rémunératrices que l'accueil non programmé de patients en provenance des urgences.

C) Les établissements de SSR offrent peu de lits d'aval

a) Les places offertes en SSR sur le territoire de santé sont insuffisantes

Le SROS Bretagne 2006-2010 mentionne que les besoins en soins de suite gériatriques en Bretagne s'établissent à 1 200 lits, soit le tiers de l'offre actuelle en soins de suite pour adultes.

Le projet médical de territoire du secteur sanitaire n°3 Lorient – Quimperlé élaboré en 2005 fait également ressortir une offre insuffisante en SSR polyvalent. « La conférence sanitaire du secteur confirme son intérêt prioritaire pour l'augmentation de la capacité d'accueil en SSR polyvalent. » A cet égard, il est noté une insuffisance de lits en médecine gériatrique.

Au début de l'année 2007, le Directeur Général du CHBS, en qualité de secrétaire de la conférence sanitaire, a de nouveau saisi l'ARH sur la problématique des capacités et de la médicalisation insuffisante des SSR.

b) Les SSR procèdent à un recrutement sélectif

Il existe en général une sélection féroce pour l'admission des patients de médecine générale en SSR. Certains SSR rechignent à accueillir des patients « lourds »

(polypathologiques, nécessitant une prise en charge soignante élevée ...) et privilégient des patients moins dépendants nécessitant une prise en charge médicale et soignante moins contraignante.

1.3. Le phénomène d'embolisation de la structure d'urgences génère une insatisfaction tant pour les patients que pour les personnels de l'hôpital

1.3.1. La saturation des urgences a un impact négatif sur la prise en charge globale des patients accueillis.

A) Les patients qui attendent longtemps aux urgences expriment un réel mécontentement

Les usagers du CHBS portent une appréciation favorable sur leur prise en charge par le service des urgences. Toutefois, il ressort des enquêtes qu'il existe une forte corrélation entre l'insatisfaction exprimée par les patients et le temps passé aux urgences.

L'augmentation moyenne de durée de passage aux urgences du CHBS d' 1 heure 09 entre 2004 et 2007 génère des mécontentements. Bon nombre de patients expriment leur insatisfaction directement dans le service des urgences auprès des personnels médicaux ou soignants. D'autres font part de leur mécontentement par le biais de courriers qu'ils adressent directement au Directeur de l'établissement. L'étude de ces courriers envoyés à la Direction de la Qualité et des Relations avec les Usagers (DQRU) du CHBS permet de mesurer le désagrément causé par un temps d'attente jugé excessif.

Face aux situations de mécontentement exprimées par les usagers, le Directeur de la Qualité et des Relations avec les Usagers, en étroite relation avec le service concerné, apporte des éléments d'explication relatifs au temps d'attente passé dans la structure des urgences.

Les motifs les plus souvent avancés sont :

- des capacités d'accueil saturées,
- un manque de lits d'aval,
- un engorgement au niveau des urgences.

Dans les courriers adressés aux plaignants, le Directeur de la Qualité précise les mesures mises en œuvre au CHBS pour juguler cette difficulté :

- mise en place d'une cellule d'orientation des patients,
- réorganisation du service des urgences pour prendre en charge les patients dont l'état de santé est le plus grave,
- réorientation vers des médecins libéraux,
- transferts vers d'autres établissements de santé.

B) La prise en charge des patients dans la structure des urgences n'est pas optimale

a) Les droits du patient à l'hôpital sont difficilement applicables

La loi du 4 mars 2002 organise les droits du patient à l'hôpital. Le patient a ainsi un droit d'égal accès à la santé, de confidentialité des informations le concernant (secret médical), de respect de sa vie privée, et de son intimité.

Quand la structure des urgences du CHBS est engorgée, les patients installés dans des box sont séparés les uns des autres par des rideaux plastifiés, ce qui permet de préserver un minimum d'intimité. En revanche, les patients allongés sur des brancards sont stationnés dans les couloirs. Il en résulte une certaine promiscuité pour les usagers et surtout un problème de confidentialité et de respect de la vie privée et de l'intimité du patient pris en charge.

b) Ce phénomène est accentué par des locaux inadaptés au volume de passages enregistrés

La structure des urgences générales a initialement été configurée pour un passage de 16 000 patients par an alors qu'elle en accueille presque trois fois plus aujourd'hui.

La salle d'attente des urgences générales est exiguë et n'offre pas suffisamment de places assises. En outre, cette pièce est située trop près de la banque d'accueil (problème de confidentialité). Une barre de seuil sous forme de marquage au sol a dû être installée pour préserver un minimum de confidentialité et de discrétion.

Le bâtiment des urgences pédiatriques présente un état de vétusté très avancé et ne répond plus aux normes de sécurité. Une dérogation a été accordée par la DDASS du Morbihan pour permettre une poursuite des activités d'urgences pédiatriques sur le site de Bodélio dans l'attente de l'ouverture du pôle Femme-Mère-Enfant prévue sur le site du Scorff prévue le 3 octobre 2007.

c) La qualité des soins peut être altérée

Au moment du pic d'engorgement du service d'urgence, l'augmentation du délai de prise en charge des patients peut avoir pour conséquence l'altération de l'état de santé du patient.

Même s'il est difficile d'évaluer précisément l'impact de l'augmentation du temps de passage sur le devenir des patients, une étude menée à Toronto (Canada)²³ démontre qu'au pic d'engorgement du service des urgences, le délai thérapeutique de la thrombolyse pour un infarctus du myocarde peut être augmenté de 40%.

Par ailleurs, l'augmentation du temps de passage aux urgences peut avoir des conséquences sur le risque de contamination tant pour les personnels du service d'urgence que pour les autres malades accueillis dans la structure d'urgences. En effet, le risque de contamination augmente avec la durée de séjour aux urgences d'un patient supposé contagieux. A Toronto, on relève qu'un malade atteint du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) a séjourné plus de 18 heures dans le service d'urgence et qu'un taux de transmission de 22% chez le personnel soignant des urgences et de l'hôpital a été observé²⁴.

Au moment du pic d'activité aux urgences du CHBS, il est difficile de surveiller individuellement chaque patient. Ainsi, une fiche d'évènement indésirable consultée à la DQRU de l'établissement fait état de « surveillance continue difficile à mettre en œuvre » suite au fait qu'une patiente installée sur un brancard ait été retrouvée assise par terre dans le couloir.

Enfin, le manque de lits amène la structure d'urgences à orienter des patients vers des services inadaptés. Ceci conduit à se poser la question de la prise en charge médicale de patients hospitalisés dans une spécialité dont ils ne relèvent pas. De l'avis d'un médecin du CHBS, « cela conduit à mettre des malades en danger quand ces derniers sont installés dans des lits très éloignés des pathologies dont ils relèvent. »

1.3.2. L'engorgement du service altère les conditions de travail des personnels

²³ Extrait de l'article de P Mardegan, septembre 2005, « A l'hôpital et après », ADSP N°52

²⁴ Extrait de l'article de P Mardegan, septembre 2005, « A l'hôpital et après », ADSP N°52

A) Les équipes manifestent un état d'épuisement caractérisé

L'afflux de patients aux urgences rend difficile la pratique médicale et soignante. Les personnes accueillies sont souvent très demandeuses de soins (personnes âgées et polyopathologiques). Les équipes médicales et soignantes se trouvent régulièrement en difficulté devant le volume de soins à prodiguer qui croît régulièrement, et l'effectif en personnel médical et soignant qui n'évolue pas dans les mêmes proportions.

Cette suractivité aux urgences exacerbe les tensions et génère un mal-être clairement exprimé. Des études nationales sur l'épuisement professionnel des soignants et des médecins ont ainsi montré un niveau d'épuisement émotionnel de moyen à élevé chez plus de 80 % du personnel des urgences.

L'étude des fiches d'évènements indésirables transmises par la structure d'urgences à la DQRU de l'établissement fait notamment état de « sensation de malaise pour le personnel » relative à « la non reconnaissance du travail fourni ».

Il en résulte une usure réelle du personnel qui se manifeste par une difficulté de recrutement de personnel soignant et technique à la structure d'urgence du CHBS et un taux d'absentéisme relativement important.

Concernant les Infirmières Diplômées d'Etat, les arrêts dus à des maladies ou accidents du travail ont représenté l'équivalent de 458 jours d'arrêts de travail en 2006. Selon une des cadres de santé de la structure d'urgence, la pénibilité avérée du travail de nuit à la structure d'urgences (en raison d'un effectif réduit) a un lien probable avec la fréquence des arrêts de travail. 71% des jours d'arrêts maladie de la structure sont imputables aux IDE de nuit ainsi que plus de 2/3 des jours d'accident de travail. Concernant les arrêts de travail IDE, il est à noter un arrêt de travail dû à une manipulation intensive et deux arrêts dus à des agressions. En outre, trois IDE enregistrent des arrêts à répétition représentant 62 jours d'arrêt de travail.

Concernant les aides-soignants et les brancardiers, la cadre de santé des urgences recense un arrêt maladie de 2 mois suite au comportement d'un patient violent et un arrêt maladie de 1 an notamment dû à une usure physique du personnel générée par un fort taux de manutention et de brancardage; l'architecture pavillonnaire de l'établissement contribuant à fatiguer prématurément le personnel.

Les cadres de santé et les médecins témoignent, quant à eux, de la difficulté quotidienne à rechercher des lits dans l'établissement et à obtenir à intervalle de temps régulier un état prévisionnel de disponibilités de lits.

B) Une multiplication des actes de violences est observée

L'attente prolongée exacerbe le mécontentement des patients et peut parfois dégénérer sur des actes de violences. Au CHBS, le nombre important d'évènements indésirables traduit les multiples insatisfactions générées, tout ou partie, par un temps de passage jugé trop long.

Extraits des motifs les plus fréquemment retrouvés
dans les fiches d'évènements indésirables:

- Patient irrité car considérant que le personnel ne s'occupe pas de lui
- Patient exigeant
- Manque de respect envers le personnel
- Injures
- Agressions verbales
- Attitudes menaçantes, gestes violents
- Patient s'impose devant les autres malades
- Injures liées au temps d'attente excessif,...

Après avoir montré que le CHBS souffrait d'un engorgement chronique de sa structure d'urgences et que cela générerait des dysfonctionnements et des insatisfactions, il convient désormais de s'intéresser à des solutions concrètes qui contribueraient à l'amélioration de la gestion du flux de patients accueillis.

*

2 L'amélioration de la gestion des flux aux urgences du CHBS passe par une organisation interne aménagée, un pilotage renforcé, la constitution de filières adaptées et la création de dispositifs appropriés.

il s'agit maintenant de promouvoir des solutions adaptées aux besoins réels de la population du territoire de santé de Lorient – Quimperlé et de rechercher des solutions concrètes visant à fluidifier le flux de patients aux urgences du CHBS.

D'aucun diront que les solutions au problème sont à rechercher en amont et en aval des urgences: en amont, en incitant notamment les médecins libéraux à prendre une part plus active au dispositif de la permanence des soins et, en aval, en allouant des moyens supplémentaires à la construction de structures d'hébergement en court, moyen et long séjours. Ces constats sont justes mais ils ne sauraient constituer à eux seuls une condition suffisante à la résorption des difficultés rencontrées dans la structure d'urgence du CHBS.

Cette deuxième partie a pour objet de présenter les marges de manœuvre internes dont dispose le CHBS pour envisager des solutions concrètes et innovantes.

2.1. Pour juguler le phénomène de saturation, il importe de disposer de moyens renouvelés et d'une organisation interne aménagée.

2.1.1. L'effort de renforcement des moyens humains et matériels aux urgences doit être poursuivi

- C) Les structures des urgences ont bénéficié de mises à niveau nationales dans le cadre du Plan urgences 2004-2008...

Le Plan national sur les urgences annoncé le 30 septembre 2003 par M. Jean-François Mattei, Ministre de la Santé, s'est traduit par des mesures globales pour l'ensemble de la filière de la prise en charge des urgences (amont, intra hospitalier, aval). A cet effet 500 millions d'euros ont été repartis sous forme d'enveloppes de manière échelonnée sur la période 2004-2008.

L'évaluation réalisée par le Dr Jean-Yves GRALL, Conseiller général des établissements de santé, dans son rapport²⁵ de janvier 2007, montre que 380 millions d'euros ont été affectés fin 2006. Il ressort de ce rapport que le Plan Urgences 2004-2008 a permis de renforcer les effectifs des services d'urgence et de réaliser d'importants investissements.

Les effectifs des différentes structures de médecine d'urgence ont été renforcés :

- des mesures en faveur des personnels hospitaliers affectés aux structures des urgences, SAMU et SMUR ont été prises par les pouvoirs publics ;
- les équipes d'accueil ont été renforcées ;
- les équipes logistiques ont été étoffées;
- les heures supplémentaires et les remplacements ont été financés.

D'importants investissements ont été réalisés²⁶ :

- des lits portes ont été instaurés;
- les systèmes d'information ont été améliorés;
- des locaux ont été réaménagés.

B) Au niveau local, le Centre Hospitalier de Bretagne Sud n'a pas vu les moyens attendus se concrétiser...

Au niveau régional, c'est le directeur de l'ARH Bretagne qui a été chargé par le Ministère de la Santé (Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins) d'allouer l'enveloppe budgétaire du Plan Urgences 2004 – 2008 en associant les organisations syndicales des urgentistes et les représentants des établissements.

Sur l'enveloppe d'un peu plus de 7 millions d'euros affectée à la Bretagne en 2005, les médecins urgentistes du CHBS n'ont pas eu satisfaction. Alors qu'ils souhaitaient légitimement qu'une partie de l'enveloppe puisse servir à sécuriser les urgences et les transports sanitaires du secteur de santé n°3, l'ARH a annoncé que sa commission exécutive avait formulé à l'unanimité le souhait de voir valider le renforcement des capacités en SSR gériatriques²⁷.

²⁵ Extraits du Rapport Grall sur l'évaluation du Plan Urgences 2004-2008 à mi-parcours

²⁶ Extraits du Rapport Grall sur l'évaluation du Plan Urgences 2004-2008 à mi-parcours

²⁷ Compte-rendu de réunion ARH du 9 juin 2005

Ainsi, les crédits du Plan Urgence 2005 et 2006 alloués à la région Bretagne ont permis de développer des SSR gériatriques (5 millions d'euros), de sécuriser les UPATOU-SMUR des hôpitaux de proximité (1,2 millions d'euros), de renforcer les quatre SAMU bretons (0,4 millions d'euros), de développer les unités mobiles de gériatrie (0,5 millions d'euros), de créer les UHCD de Vitré et du CHCB (0,4 millions d'euros), et enfin, de restructurer l'architecture de la structure d'urgences du CH de Dinan (0,08 million d'euros).

Par conséquent, sur la période 2004-2006, le CHBS n'a enregistré aucun effet induit par le Plan Urgences 2004-2008. Par ailleurs, aucun SSR n'a été créé sur le territoire de santé n°3 Lorient-Quimperlé. Au titre de l'enveloppe 2005, le CHBS a bénéficié en tout et pour tout de 135 216 euros prévus au Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen (CPOM) antérieurs à 2004 permettant la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie.

Le 3 avril 2006, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHBS a adressé un courrier à la présidente du Comité Permanent des Urgences de Bretagne pour faire part de son inquiétude en ce qui concerne l'évolution de la prise en charge des urgences sur le secteur de santé n°3. Il mentionne que la structure d'urgences du CHBS se retrouve dans un contexte d'engorgement «sans que les moyens de la structure d'urgences n'aient été accrus ou qu'un rééquilibrage des moyens n'ait été effectué entre les établissements.»

Suite à la visite de conformité de la structure d'urgences du CHBS par la DDASS du Morbihan le 4 mai 2007, la Commission exécutive de l'ARH Bretagne réunie le 5 juillet 2007 a accordé au CHBS le financement à titre reconductible de 3 postes d'aide-soignant au titre de la mise en conformité des équipages de la SMUR.

Dans la perspective prochaine de l'ouverture du pôle Femme Mère Enfant et des conséquences attendues de la restructuration de l'hôpital de Quimperlé, la structure d'urgences du CHBS attend également de l'Agence Régionale d'Hospitalisation qu'elle accorde l'agrément d'une ambulance TIIH (Transport Infirmier Inter Hospitalier) et la création budgétaire d'un poste de médecin urgentiste temps plein nécessaire à la sécurisation des liaisons intra et inter hospitalières.

2.1.2. De nouvelles améliorations organisationnelles doivent être mises en œuvre au sein de la structure d'urgences

A) L'allocation de moyens supplémentaires est une condition nécessaire mais non suffisante pour désengorger les urgences.

Les études de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH) suggèrent qu'il n'y a pas de corrélation directe entre la performance d'une structure des urgences et un accroissement de son niveau de ressources. Un tel accroissement pourrait même, dans une certaine mesure, être contre-productif par rapport à un objectif de désengorgement de ces structures. Selon la MeaH, les difficultés rencontrées par les structures des urgences semblent plus tenir à leur environnement qu'à leurs moyens alloués.

Qu'est-ce que la MeaH ?

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a été créée en mai 2003 dans le cadre du Plan Hôpital 2007. Rattachée au Ministère de la santé (DHOS), elle aide les établissements de santé publics et privés à améliorer leur organisation.

Elle est financée par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui dispose d'un budget d'audit de 13 M€ / an.

A) Un travail de réorganisation des structures d'urgence contribuerait à réduire les temps d'attente et de passage des patients

D'après la MeaH, les clefs du succès de l'organisation interne des structures d'urgence sont multifactorielles, liées notamment à l'environnement, aux ressources, aux types de flux, au volume d'activité et à la capacité des équipes à mener une réflexion sur leur organisation. Selon la Mission, une meilleure organisation des urgences doit permettre une réduction significative des temps d'attente et de passage ainsi qu'une meilleure prise en charge des patients.

Au printemps 2006, le dossier de candidature du CHBS a été retenu par la MeaH pour figurer dans le plan de travail des audits hospitaliers relatifs aux urgences et bénéficier par là même de l'appui d'experts.

Le 12 septembre 2006, la MeaH a présenté un diagnostic de la situation relative au temps de passage des patients aux urgences du CHBS. L'objectif de l'audit a essentiellement porté sur le repérage des étapes du processus de passage aux urgences où les progrès les plus significatifs pouvaient être obtenus.

Trois pistes d'actions ont été retenues pour contribuer à diminuer le temps de passage aux urgences :

Actions retenues	Objectifs
<p>Mettre en place à la SU une organisation distinguant les filières « graves » et « non graves ».</p>	<p>Traiter rapidement les patients non graves pour ne pas emboliser la SU (le principe étant qu'il est souvent plus intéressant de gagner 5 minutes sur l'ensemble des patients « non graves » plutôt que de s'attarder sur les lourds dans la mesure où les patients « non graves » représentent les $\frac{3}{4}$ des passages).</p> <p>Le circuit non grave est destiné aux malades consommant peu de temps médical ou paramédical et peu de ressources d'examens radiologiques ou biologiques. A l'inverse, le circuit « grave » correspond aux malades habituellement couchés en brancard, consommant beaucoup de temps et de ressources.</p>
<p>Fluidifier les transferts de patients vers les unités d'hospitalisation (notamment pôle D) en anticipant la disponibilité de lits le matin</p>	<p>Trois axes d'amélioration peuvent être entrepris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Mettre plus tôt des lits de médecine à disposition (avant 11 heures) : il s'agit de repérer pour chaque étape ce qui peut être anticipé par l'IDE ou le médecin ② Organiser une mise à disposition fluide des patients des urgences, auprès des services d'accueil. ③ Définir un forfait contractualisé de lits à disposition quotidienne des urgences dans les services du Pôle D (médecine polyvalente, hématologie/néphrologie, rhumatologie, neurologie).
<p>Améliorer le processus de travail entre les urgences et l'imagerie</p>	<p>En raison des difficultés internes de fonctionnement rencontrées actuellement par le service d'imagerie (4 praticiens présents sur un effectif autorisé de 10), il a été</p>

décidé de reporter l'objectif visant à diminuer le temps de réalisation des actes d'imagerie.

Les actions retenues par la MeaH font actuellement l'objet de discussions entre la structure des urgences du CHBS et les principaux services « clients » des urgences, à savoir, le Pôle D (médecine polyvalente, néphrologie, neurologie, rhumatologie).

Des réunions et entretiens organisés par le Cabinet Bernard Brunhes Consultants (mandaté par la MeaH pour apporter son expertise au CHBS), il apparaît que les deux actions prioritaires retenues ne sont pas aisées à mettre en œuvre et qu'elles soulèvent de part et d'autre un certain nombre d'interrogations.

Concernant la première suggestion - « organiser les urgences en deux filières : graves / non graves », le dernier groupe de travail qui s'est tenu le 15 juin 2007 a permis de construire les grandes lignes de la nouvelle organisation au sein du service. Les médecins, cadres des urgences et les personnels paramédicaux sont motivés par le sujet et l'organisation esquissée leur convient. Tous sont demandeurs d'une amélioration de la situation actuelle et sont disposés à s'impliquer dans la réflexion.

Un certain nombre de points devront être abordés lors de la réunion du 28 septembre 2007 et des obstacles doivent encore être levés :

- le manque de box pour la filière grave,
- le goulot d'étranglement de la filière non grave si le nombre de patients accueilli est important,
- le flux de patients de traumatologie en provenance de la filière non grave se déplaçant à la salle de radiologie.

Selon le chef de service, cette action devrait cependant pouvoir être mise en œuvre au sein de la structure d'urgences dès le 1^{er} janvier 2008. Les résultats concrets de cette mesure devraient rapidement être observés.

Concernant l'action d'« améliorer le flux de patients vers le pôle D », le dernier groupe a tenu sa réunion le 18 juin 2007. Cette réunion a permis de préciser trois sujets :

- Comment mettre plus tôt des lits à disposition des urgences ?
- Comment organiser une mise à disposition fluide des patients des urgences auprès des services d'accueil ?

- Comment définir un « forfait » contractualisé de lits à disposition quotidienne des urgences dans chaque service ?

A l'issue de cette réunion, il est apparu que les services du pôle D étaient dans l'ensemble assez frileux sur ces questions qui impliquent un changement dans leurs modes de fonctionnement et qui créent de facto une organisation interne différente. Alors que la structure d'urgences est en attente de changements concrets, les services du pôle D semblent se satisfaire de l'organisation actuelle et n'ont rien à attendre du nouveau schéma proposé. En d'autres termes, ils sont réticents au changement. Ils ne voient pas l'intérêt global de l'établissement et ne raisonnent qu'à l'échelle de leur service. Ils se retranchent derrière des arguments de l'ordre des ressources humaines (ex: impossibilité de modifier l'organisation actuelle si des créations de postes d'IDE ou d'AS/ASH ne sont pas envisagées) pour contourner l'inévitable remise en cause qui leur est demandée.

A ce stade, il apparaît que l'intéressement au projet doit passer par un contrat gagnant-gagnant. Il conviendrait dès lors de les rassurer en leur assurant le non recours aux lits supplémentaires en contrepartie de la création d'un quota d'1 ou 2 lits par jour dédiés aux urgences.

Pour mener à bien cette réorganisation, le cabinet de conseil devrait en priorité appuyer son action sur les services les moins rétifs au changement (service de médecine polyvalente en l'occurrence).

B) La présence des personnels de la structure d'urgences pourrait être adaptée au flux de patients accueilli.

L'analyse des flux journaliers de patients aux urgences du CHBS fournit l'illustration que l'activité aux urgences est « presque programmée ». On observe ainsi une plus grande affluence de patients le week-end et le lundi et dans les tranches horaires de 9h à 21 h ainsi qu'une baisse d'activité à l'UHCD dans l'après-midi.

Un réexamen des moyens en personnel affectés le jour et la nuit dans les unités de la structure d'urgences (y compris l'UHCD) permettrait sans doute de mieux adapter leur présence qu'ils soient soignants ou médicaux. Pour renforcer les équipes en difficulté, il conviendrait « d'optimiser » le temps médical et soignant avec les organisations projetées : modification des plages horaires en fonction des pics d'activité.

C) L'articulation entre la structure d'urgences et les plateaux techniques pourrait être améliorée

On observe dans l'établissement que les examens complémentaires ou demandes d'avis spécialisés augmentent significativement le temps de passage aux urgences. Ainsi, le temps moyen de passage à la SU augmente de 86% quand un patient doit réaliser des examens de laboratoire. Il augmente de 20% quand il doit réaliser des examens de radiologie.

Afin de réduire ces délais, certaines mesures pourraient être envisagées :

Laboratoire	<ul style="list-style-type: none">- Envoyer les prélèvements au laboratoire à mesure qu'ils sont effectués (et non par lots). Depuis le 30 avril 2007, une rotation est prévue toutes les 20 minutes entre la SU et le laboratoire. Cette initiative n'est pas totalement effective et peut être améliorée.- Réduire les délais d'acheminements (la mise en place d'acheminement pneumatique dans le nouvel hôpital de Scorff pourrait permettre une réduction significative des délais)
Radiologie	<ul style="list-style-type: none">- Formuler les demandes d'examens radiologiques de façon précoce (l'IAO des urgences pourrait, sur un nombre limité de protocoles validés en CME, commander des examens de radiologie conventionnelle avant même le passage du médecin).- Inviter les patients à se rendre dans le service d'imagerie par leurs propres moyens (en suivant un marquage au sol) pour éviter un accompagnement soignant systématique.

2.2. Des actions déjà mises en place dans l'établissement pourraient être améliorées

2.2.1. Le rôle de la Commission d'Adéquation des Flux d'Admission (CAFA) pourrait être renforcé

La CAFA est une émanation de la CME²⁸. Créée dès 2002 au CHBS, elle est composée de médecins généralistes et de spécialistes. Son rôle est de dégager des solutions consensuelles garantissant la fluidité de la prise en charge en aval et en amont de la structure d'urgences.

²⁸ Créée par la circulaire Ministère de la santé du 16 avril 2003

Principales missions inscrites dans le règlement intérieur de la CAFA :

- Garantir l'accueil, la sécurité et la qualité de l'offre de soins au sein de l'établissement
- Gérer les admissions programmées et directes des patients
- Favoriser le retour à domicile du patient
- Optimiser l'orientation vers l'hospitalisation à domicile, les SSR et/ou les EHPAD
- Déployer les relations avec la médecine libérale

Sous l'égide de la CAFA, des groupes de travail ont été créés :

- Groupe de travail « en amont de la structure d'urgences » :

Ce groupe de travail est à l'initiative d'un mémento recensant les coordonnées des équipes médicales du CHBS. Communiqué à l'ensemble des médecins de ville du secteur Quimperlé - Lorient, ce document précise les coordonnées téléphoniques, fax et mail des chefs de service. Il vise à favoriser les relations directes entre la médecine ambulatoire et les praticiens hospitaliers notamment pour les avis spécialisés.

Ce document est utilisé et apprécié par les médecins de ville. La version 2008 pourrait être améliorée en actualisant les informations et en présentant notamment les coordonnées des praticiens selon l'organisation polaire retenue au CHBS. Un questionnaire de satisfaction incluant une rubrique « avis, commentaires » pourrait également être adressé en même temps que l'édition 2008 de ce répertoire. Il permettrait de savoir si les médecins de ville souhaitent voir ce document d'information évoluer et de mieux cerner leurs attentes en la matière.

- « Cellule de veille de la CAFA »:

Composée du cadre supérieur du pôle A, du cadre de santé de la SU, d'une assistante sociale, d'un agent du bureau des entrées et du directeur des affaires médicales, elle se réunit tous les lundis midi. Elle permet de faire le point sur la fréquentation des urgences au cours de la semaine écoulée, de recenser les lits disponibles au sein de l'établissement, d'anticiper les flux d'admissions et de sorties de patients dans les différents services de l'établissement (moyens et longs séjours). Afin de faciliter le transfert des patients des services de chirurgie ou de médecine vers les SSR, un point est fait en fin de réunion avec l'assistante sociale sur le bilan des patients sortants (transferts demandés et patients acceptés par les Unités de Soins Longue Durée et les Soins de Suite et de Réadaptation) et les actions prioritaires à mener au cours de la semaine à venir.

Pour connaître la disponibilité des lits de médecine dans l'établissement, un recensement téléphonique et/ou informatique est réalisé quotidiennement à 09h30, 14h30 et 21h30. Le recensement informatique mis en place depuis quelques mois donne entière satisfaction tant de la part des services de médecine que des utilisateurs de la structure d'urgences (hormis les médecins urgentistes qui souhaitent des ajustements fonctionnels du programme informatique développé). La souplesse d'utilisation et la rapidité de l'information transmise contribuent efficacement à améliorer la connaissance des lits disponibles dans l'établissement. Par conséquent, c'est également la gestion du flux de patients aux urgences du CHBS qui est améliorée.

Il serait souhaitable de rapidement généraliser le dispositif informatique à l'ensemble des services de médecine et d'abandonner progressivement les recensements téléphoniques. En outre, un état actualisé des lits disponibles devrait avantageusement être renseigné par les services à 21h30.

A) La mise en place de signaux d'alerte pourrait être instaurée

La survenue d'une phase de saturation aux urgences n'a pas le même impact selon que celle-ci est ou non anticipée. En mettant notamment en place des tableaux de bord permettant le suivi quotidien de l'activité du flux de patients fréquentant les urgences, la cellule de veille de la CAFA pourrait disposer d'outils d'aide à la décision. L'élaboration de tableaux de bord et la création d'indicateurs sélectionnés permettraient de mesurer les

écarts d'activité enregistrée et de préciser le degré de tension dans lequel se situe l'établissement.

Indicateurs pertinents relatifs au flux de patients accueillis dans la structure d'urgences	Nombre total de passages aux urgences au cours des dernières 24 heures
	Nombre de patients présents aux urgences depuis plus de 12 heures
	Nombre de patients hospitalisés au CHBS au cours des dernières 24 heures (en provenance de la structure d'urgences)
	Nombre de patients hospitalisés à l'UHCD (en provenance de la structure d'urgences)
Profil des pathologies dominantes classées par groupe	

Indicateurs pertinents relatifs aux flux de patients accueillis dans des lits de médecine	a) Nombre d'entrées réalisées en médecine au cours des dernières 24 heures (répartition par pôle)
	b) Nombre de sorties réalisées en médecine au cours des dernières 24 heures (répartition par pôle)
	Nombre total de lits disponibles en médecine (b - a) à minuit (répartition par pôle)

Une situation de tension appréciée par la cellule de veille de la CAFA doit reposer sur des critères communs objectivables. Le choix des seuils est à définir au regard des situations de tension déjà observées dans l'établissement sur une durée significative.

L'étude approfondie de la situation de tension qu'a connu le CHBS les dernières semaines de février permet d'élaborer un indicateur visuel de la gestion des flux dans l'établissement et de déterminer des seuils d'alerte.

Etat de la gestion des flux de patients au CHBS	Indicateurs retenus	Couleur
FLUIDE	- Nombre de passages aux urgences > 130 au cours des dernières 72 heures ou, - nombre total de patients hospitalisés en médecine au cours des 24 dernières heures < 60 ou,	VERTE

	- nombre total de lits de médecine occupés dans l'établissement < 320.	
ENGORGEMENT	- Nombre de passages aux urgences situé entre 130 et 160 passages au cours des dernières 72 heures ou, - temps moyen de passage aux urgences pour patients hospitalisés > 12 heures ou, - nombre total de patients hospitalisés en médecine se situe entre 60 et 70 patients au cours des dernières 24 heures ou, - nombre total de lits de médecine occupés dans l'établissement situé entre 320 et 340.	JAUNE
SATURATION	- Nombre de passages aux urgences > 170 passages au cours des dernières 72 heures, ou - temps moyen de passage aux urgences pour patients hospitalisés > 24 heures, ou - nombre total de patients hospitalisés en médecine au cours des 24 dernières heures > 70 patients ou, - nombre total de lits de médecine occupés dans l'établissement > 340.	ROUGE E

- En situation verte, on observe une relative fluidité du flux de patients transitant par la structure d'urgences du CHBS. Les patients se présentant aux urgences peuvent être pris en charge dans des box ou dans des lits dans le secteur de médecine. Suffisamment de lits de médecine sont disponibles au CHBS pour que le patient puisse être orienté au sein de l'établissement. Moins de 9 personnes passent la nuit aux urgences.
- En situation jaune, les urgences du CHBS connaissent une hausse de fréquentation importante de la structure d'urgence. On observe un écoulement difficile du flux de patients vers les services de médecine et de chirurgie. Une augmentation du temps d'attente et de passage aux urgences est enregistrée. L'établissement dispose encore de lits en nombre suffisants pour accueillir les patients mais des transferts et des réorientations sont d'ores et déjà réalisés.
- En situation rouge, la structure d'urgence est totalement embolisée par un nombre important de patients qui sont installés sur des brancards dans les couloirs des

urgences faute de lits de médecine disponible dans l'établissement. Le temps d'attente moyen est très élevé. Des transferts et des réorientations de patients sont réalisés. Des lits supplémentaires sont installés dans les services. Un report des programmations est envisagé afin de libérer des lits. Le pré plan blanc est sur le point d'être déclenché.

Afin de faire face au phénomène d'engorgement des urgences, la CAFA a défini une procédure dégradée d'orientation des patients de médecine à hospitaliser depuis la structure d'urgences. Elle se résume de la façon suivante, étant entendu que chaque étape successive correspond à une situation de plus en plus tendue donc dégradée :

- ❶ Hospitalisation dans le service adapté à la pathologie (sur lit vacant ou lit réservé)
- ❷ Hospitalisation dans un autre service de médecine (sur lit vacant ou lit réservé)
- ❸ Hospitalisation dans le service adapté à la pathologie, sur lit supplémentaire (heure limite d'admission fixée à 23 heures)
- ❹ Transfert sur un autre établissement
- ❺ Hospitalisation dans un service de chirurgie (à titre exceptionnel)
- ❻ Hospitalisation dans un autre service de médecine, sur lit supplémentaire

De façon générale, le rôle de la CAFA pourrait être légitimement renforcé. Une mission de veille et d'alerte s'appuyant sur l'observation de tableaux de bord d'activité pourrait lui être conféré. La CAFA pourrait également travailler en sous-commissions afin de valider et d'évaluer les protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation. L'activité non programmée liée aux admissions directes, sans passage par la SU pourrait également être mesurée. La commission pourrait proposer aux instances de l'établissement des liens à développer avec l'aval des urgences, soit dans l'établissement, soit en complémentarité avec d'autres établissements sanitaires ou sociaux (protocoles d'admission, nombre de lits dans les services alloués aux urgences, profils des patients attendus en SSR,...).

Le conseil exécutif de l'établissement pourrait enfin idéalement soutenir les actions de la CAFA en intégrant les recommandations de la CAFA dans le projet d'établissement.

2.2.2. La présence gériatrique au sein du CHBS ainsi qu'à l'extérieur de l'établissement devrait être développée

A) Une filière gériatrique pourrait être créée au sein des urgences.

a) La création de l'Unité Mobile de Gériatrie constitue une première étape

Au CHBS, la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans fréquentant les urgences représente un peu plus de 15 % des patients accueillis. En raison de l'augmentation prévisible de ce pourcentage dans les années à venir et des pathologies caractéristiques propres aux personnes de cet âge, le CHBS a repensé l'organisation de la prise en charge aux urgences des personnes âgées.

L'admission des personnes âgées aux urgences s'effectue le plus souvent dans un contexte de crise et de rupture avec l'environnement. Les difficultés de prise en charge aux urgences sont multiples. Elles tiennent à la fois à la complexité et à l'intrication des pathologies, et à l'orientation de ces malades à partir des urgences, en raison de l'insuffisance de structures adaptées et de personnels spécifiquement formés.

De fait, dans tous les services d'urgences, les durées de séjour des malades âgés sont beaucoup plus longues que celles des malades plus jeunes. Les orientations ne sont pas toujours adéquates, en particulier pour les pathologies médicales.²⁹ La composante essentielle de cette durée est la recherche d'un lit disponible en aval des urgences.

Pour améliorer la prise en charge de la personne âgée polypathologique et favoriser ainsi la fluidité de la filière de soins des malades âgés, le CHBS a cherché à intensifier la présence gériatrique aux urgences et au sein des services de façon générale en créant une Unité mobile gériatrique (UMG).

Créée le 23 janvier 2006, l'UMG du CHBS est constituée d'une équipe pluridisciplinaire. Composée d'un médecin gériatre à 80%, d'une IDE 100% et d'une secrétaire médicale à 50%, l'UMG est ouverte du lundi au vendredi de 09h00 à 17h. Son rôle est de se déplacer dans l'ensemble de l'établissement pour assurer, aux côtés d'autres médecins, une aide spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées fragiles hospitalisées.

Quelles sont les missions de l'UMG ?

²⁹ « Urgences 2006 Enseignements supérieurs et Conférences », Editions scientifiques L&C

Ses missions essentielles sont de réaliser une évaluation gériatrique standardisée, d'établir des recommandations en terme de soins et d'orientation, et de proposer un suivi dans la filière hospitalière.

Au niveau de la structure des urgences du CHBS, l'objectif de l'UMG est de dépister la fragilité et les problèmes médico-sociaux chez des patients âgés qui risquent perte d'autonomie, chutes, troubles cognitifs, ré-hospitalisation précoce.

Pour ce faire, le médecin de l'UMG apporte son expertise aux cotés de ses confrères médecins urgentistes. Il donne des avis de consultant sur des situations cliniques impliquant le savoir-faire du gériatre. Il participe à l'orientation vers des structures gériatriques hospitalières adaptées ou une réinsertion communautaire. A cet égard, la présence d'une assistante sociale dans l'équipe d'UMG (ou d'une IDE à défaut) est essentielle. Elle permet de solliciter rapidement le réseau médico-social. Elle organise dans les meilleurs délais les modalités de retour à domicile ou tente de trouver une structure d'aval de moyen et/ou long séjour.

Quel bilan de l'UMG au CHBS ?

En 2006, l'UMG a vu 641 patients nouveaux, dont la moyenne d'âge était de 83 ans. Les patients rencontrés étaient polypathologiques et présentaient essentiellement des problèmes cognitifs et comportementaux, le plus souvent liés à de la démence. 2/3 des patients rencontrés sont des femmes. Dans 41% des cas, l'UMG a un rôle d'aide à l'orientation.

Le premier bilan 2007 (janvier à mai 2007) montre que dans 47,6% des cas, l'UMG aide au retour des patients dans leur milieu de vie habituel le jour même ou dans les 24 heures après un passage aux urgences.

De l'entretien réalisé avec le médecin responsable de l'UMG du CHBS, il ressort que l'efficacité des actions se mesure à l'aune de la collaboration engagée avec l'ensemble des services de l'hôpital. « L'Unité Mobile de Gériatrie (UMG) constitue une source d'expertise complémentaire dans les cas difficiles. Elle n'a pas vocation à se substituer au travail des confrères ». ³⁰

³⁰ Extrait de l'entretien réalisé avec le médecin de l'UMG du CHBS

Le travail déjà engagé par l'UMG au sein de l'établissement doit être encouragé. Le fait que le médecin responsable de l'UMG ait été récemment élu Président de la CAFA traduit la maturité du corps médical du CHBS à reconnaître le rôle prépondérant joué par l'UMG dans la gestion des flux de patients.

b) La prise en charge gériatrique post-urgence pourrait constituer une deuxième étape

Il s'agit là de réfléchir à un type d'organisation d'une filière intégrée à la structure des urgences. Elle consisterait en la création d'une Unité de Post Urgences Gériatriques (PUG) de courte durée (moins de 72 heures) spécifiquement dévolue aux patients gériatriques. Cette unité pourrait être créée au sein de l'actuelle UHCD de l'établissement. Il conviendrait dès lors d'identifier des lits dédiés à la gériatrie.

L'exemple de ce type d'organisation de la filière gériatrique post urgences a été mis en place au CHU de Limoges (Haute-Vienne). Selon Philippe Vigouroux, directeur général du CHU, sa création aurait permis, en six mois, de réduire l'engorgement aux urgences et de raccourcir la durée des séjours à l'hôpital.

La particularité de l'organisation de la filière en gériatrie au CHU de Limoges repose sur le couplage entre l'activité de l'UMG avec le service de post-urgences gériatrique (PUG).

Pour les patients de plus de 75 ans qui arrivent aux urgences, l'UMG est immédiatement sollicitée pour apporter une réponse médicale et médico-sociale et programmer ainsi le parcours du patient. La PUG, quant à elle, n'accueille que les patients gériatriques venant des urgences et nécessitant des soins de courte durée (3,7 jours en moyenne) avant un retour à domicile ou en attendant leur placement dans un service spécialisé.

Cette articulation UMG/PUG permet de réduire non seulement la durée du passage en médecine gériatrique aiguë ou dans un autre service de court séjour mais aussi les délais d'organisation pour une prise en charge dans une structure de soins de suite. "C'est le fait d'adosser à l'unité mobile ce service post-urgence qui a permis d'améliorer considérablement la prise en charge des patients âgés", estime Philippe Vigouroux.

Selon le DG du CHU de Limoges, « cette organisation de la filière gériatrique a permis de réduire le nombre de patients âgés en inadéquation avec le service de spécialité aiguë dans lequel ils sont admis, de formuler un avis gériatrique dès l'admission, mais aussi

d'obtenir une orientation de sortie plus rapide et mieux adaptée. Cette disposition assure donc à la médecine gériatrique aiguë une plus grande fluidité des lits (patients déjà évalués à leur arrivée) et un risque très atténué de transformation de la médecine gériatrique en moyen séjour. "La durée moyenne de séjour en médecine gériatrique aiguë est repassée à 7 jours, au lieu de 13", précise Philippe Vigouroux.

Au niveau des urgences, cette organisation a permis de remédier à l'engorgement du service, en réduisant la fréquence de la "course aux lits vacants". "En plus d'une hausse des retours à domicile depuis les urgences, l'organisation permet une bonne complémentarité urgentistes/gériatres, ce qui améliore l'accueil des personnes âgées aux urgences". La direction du CHU relève également une diminution des séjours à l'hôpital puisque la création de la PUG permet d'obtenir un taux de retour à domicile de 40% depuis cette structure et moins de cas de décompensations.

En outre, les services de soins de suite y gagnent également, car ils disposent d'un bilan médico-social et voient arriver des patients bien orientés.

Philippe Vigouroux estime que l'organisation de son hôpital dans la prise en charge gériatologique peut servir de modèle pour les autres hôpitaux, qui se trouveront confrontés à une situation démographique comparable dans les années à venir.

D) Une activité de liaison gériatrique extra hospitalière pourrait être créée

Il s'agirait pour le pôle G d'exercer une mission de régulation à l'interface entre la ville et l'hôpital.

En amont des urgences, l'UMG pourrait assurer la régulation des admissions d'hospitalisations par une activité de coordination à l'interface ville-hopital auprès des médecins généralistes ou des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des services de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) ou encore de l'HAD.

L'UMG du CHBS pourrait avoir la mission d'orienter les patients préférentiellement sur les structures de type pôles d'évaluation gériatrique et/ou consultations gériatriques (telle la consultation mémoire située à Hennebont ou encore les hôpitaux de jour gériatriques d'Hennebont ou de Kerbernès). Cette activité extra hospitalière pourrait s'envisager dans le cadre de conventions tripartites sous réserve de moyens spécifiques.

2.2.3. La structure d'urgences du CHBS devrait mieux tirer partie de la consultation externe de médecine polyvalente

L'évaluation réalisée au mois de juin dernier permet de dresser un premier bilan de l'unité de consultation de médecine polyvalente mise en place au sein du CHBS depuis une année (Cf. rapport d'évaluation présenté en annexe 3).

Il ressort de l'évaluation que la structure d'urgence n'a pas encore le réflexe d'adresser les patients à la consultation hebdomadaire. Ceci pourrait être rapidement amélioré d'autant plus que cette consultation dispose d'une marge de manœuvre importante pour accueillir des patients en provenance des urgences.

2.3. Des solutions innovantes pourraient également être étudiées

2.3.1. La prise en charge des patients en dehors des services de court séjour du CHBS devrait être organisée précocement

A) En amont des urgences, la coopération entre soins hospitaliers et soins à domicile pourrait être développée

Les difficultés d'accès à un médecin dans les structures pour personnes âgées sont patentées. A titre d'exemple, le SAMU de Lille a remarqué une constante augmentation des appels provenant des établissements pour personnes âgées, à toutes heures, y compris dans la journée. Ainsi, il est noté une augmentation de + 14,34 % entre 2003 et 2004, de + 26,98 % entre 2004 et 2005 et + 8,6 % entre 2005 et 2006. En 2006, l'augmentation a été supérieure à + 50 % pour ce qui concerne la période diurne³¹.

Ce constat enregistré au niveau national conduit de facto à une fréquentation plus importante des personnes âgées dans les structures des urgences hospitalières.

Le séjour à l'hôpital des patients, notamment âgés, est parfois prolongé sans raison médicale, à cause des difficultés d'organisation du retour à domicile immédiat. Il arrive parfois aux urgences du CHBS qu'on hospitalise un patient « parce qu'on n'a pas d'autre choix »: le conjoint du patient est malade, la famille ne peut pas prendre en charge le parent grabataire...

³¹ Extrait du rapport du Dr GRALL sur la permanence des soins (p. 18), Ministère de la Santé, Août 2007

Or, le modèle dominant des pathologies chroniques justifie la mise en place de modes de prise en charge diversifiés dans les lieux de vie des patients afin d'éviter ou de réduire les séjours en établissements de santé. Pour éviter des hospitalisations inutiles, il existe plusieurs types d'organisations permettant le maintien à domicile de patients : Hospitalisation A Domicile (HAD), comités locaux d'information et de coordination (CLIC), réseaux gérontologiques, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que les infirmiers libéraux.

De ces différents services, c'est au final le développement de l'HAD qui devrait permettre à terme le maintien de personnes à domicile et/ou de faciliter leur retour après une hospitalisation.

La mesure n° 24 du Plan urgences 2004-2008 prévoit de développer l'HAD pour «maintenir les personnes âgées à leur domicile en prodiguant des soins continus et coordonnés d'une intensité équivalente à ceux dispensés à l'hôpital». L'objectif est de créer 15 000 places en 2010.

Au niveau du SROS Bretagne 2006-2010, le développement de l'HAD représente un réel enjeu. L'HAD est considérée comme une alternative à l'hospitalisation à temps complet, à coté des hospitalisations de jour et des actes de chirurgie ambulatoire.

Le développement de l'HAD est favorisé par un financement très avantageux et fortement lucratif. La tarification à l'activité s'applique à 100 % au 1er janvier 2006 à l'ensemble des structures HAD, qu'elles soient publiques ou privées. Selon la DHOS, la T2A est censée favoriser le développement de l'hospitalisation à domicile car la prise en charge des pathologies lourdes en HAD est mieux valorisée au sein des groupes homogènes de tarifs (GHT).

Un rapprochement du CHBS avec l'ensemble des acteurs et notamment ceux du réseau d'HAD semble utile. Dans le cadre de la conférence sanitaire n°3, l'établissement pourrait utilement se rapprocher de l'HAD lorientaise «de l'Aven à l'Étel » pour poser les bases d'un partenariat mutuellement profitable évitant l'hospitalisation non programmée de personnes âgées aux urgences du CHBS. »

B) En aval des urgences, l'interface entre court séjour et long séjour mériterait d'être améliorée

Une meilleure articulation entre les services de médecine et de chirurgie de l'établissement et les structures d'aval - qu'il s'agisse des SSR ou des USLD - doit être engagée. En effet, une bonne orientation des patients à la sortie de l'hôpital a deux types d'effets sur l'engorgement des services :

- la préparation précoce du retour du patient à son domicile ou dans une structure d'hébergement permet de réduire la durée de son séjour à l'hôpital et, par conséquent, de libérer un lit
- la prise en charge extra hospitalière bien organisée permet de stabiliser l'état du patient et évite les phénomènes de « retour aux urgences ».

a) MCO et SSR ont du mal à se comprendre...

En MCO, l'objectif de soins est de sauver une vie; là où en SSR, le « réadaptateur » accompagne le patient dans son projet de vie et tente de lui donner la capacité de le réaliser. Ces logiques différentes entraînent une inadéquation entre les informations disponibles en MCO portées sur les demandes d'admission et les besoins d'informations des services de SSR. Cette situation est renforcée par une connaissance partielle des capacités de prise en charge des établissements de soins de suite.

Au CHBS, les demandes de placements en SSR relevant du CHBS sont à l'initiative des médecins des différents services de l'hôpital. Ces derniers contactent directement les SSR du CHBS afin de trouver des lits pour les patients de leurs services respectifs. Il en résulte une certaine concurrence entre services, un manque d'objectivité de la part de certains praticiens, une non hiérarchisation des priorités et une inadéquation entre les lits offerts par les SSR et les besoins réels des patients.

Les demandes de placements en SSR situés en dehors de l'établissement sont quant à elles suivies par des assistantes sociales du CHBS.

b La création d'un poste d'infirmière de coordination serait souhaitable

Dans ce contexte et afin d'améliorer le dispositif, la création d'un poste d'IDE de coordination court séjour/SSR pourrait être utilement envisagé. Le rôle de l'IDE consisterait dès lors à centraliser les demandes de placements des services de chirurgie et de médecine et, sur la base d'éléments cliniques objectivables, de hiérarchiser les

demandes de SSR et de procéder à la programmation des patients en fonction d'une part des disponibilités offertes par les SSR (capacités et spécificités) et d'autre part de la situation du patient (éléments médicaux et sociaux).

2.3.2. Le CHBS pourrait tirer partie de la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 fait du pôle d'activités l'élément essentiel de l'organisation médicale à l'hôpital public. Elle prévoit notamment que les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activités.

Dans le cadre de la délégation de gestion au sein des pôles et de l'élaboration des projets de pôle qui devraient être finalisés pour la fin de l'année 2007, les médecins urgentistes du pôle A pourraient s'engager à diminuer le nombre d'exams biologiques systématiquement prescrits pour les patients. En contrepartie, les prestataires du pôle E (notamment le laboratoire et le service d'imagerie) feraient en sorte de réduire le délai d'obtention des résultats. Cette mesure serait applicable à une liste standardisée d'exams biologiques ou d'imagerie élaborée conjointement par les chefs de service sous couvert des responsables de pôles.

En incitant la contractualisation interne entre pôles et en allouant des moyens supplémentaires aux pôles qui respectent les engagements pris dans le cadre des contrats de pôle, la direction de l'établissement pourrait ainsi indirectement améliorer la gestion du flux de patients aux urgences.

2.3.3. L'admission directe dans les services de malades non programmés doit être encouragée

L'hospitalisation de malades non programmés ne nécessite pas le passage systématique par les urgences. Les pôles et les services peuvent recevoir directement des malades dont l'admission se fait suite à l'appel téléphonique d'un médecin libéral ou d'un autre hôpital. Ces entrées directes permettent un accès plus rapide aux soins spécialisés et évitent l'encombrement des services d'urgence.

La plupart du temps, le médecin de ville adresse le patient à la structure d'urgences du CHBS sans joindre préalablement par téléphone le service spécialisé connaissant peut-être à l'avance la recommandation qui lui sera faite de faire passer le patient par la

structure d'urgences. L'envoi de ces malades aux urgences correspond le plus souvent à une demande d'hospitalisation justifiée. Il s'agit souvent de patients âgés, adressés par leur médecin traitant, présentant des affections médicales variées (cutanées, respiratoires, rhumatologiques, etc).

Ainsi, certains malades ne devraient plus passer par les urgences mais bénéficier d'une admission directe dans les services :

- Il en va ainsi des malades en fin de vie suivis en secteur hospitalier,
- Des malades graves (CCMU 5 notamment) dont l'évaluation pré-hospitalière faite par l'urgentiste régulateur ou le SMUR conclut à une hospitalisation en unité de réanimation ou en unité de soins intensifs,
- Les patients de CCM 3 pour lesquels le passage par l'accueil du SU n'est pas nécessaire. Pour ces patients, un système de recours téléphoniques directs entre le praticien libéral et un praticien d'une unité de court séjour spécialisé ou de médecine polyvalente devrait être mis en place dans tous les services aux heures ouvrables.

L'établissement devrait donc encourager les services de court séjour à développer leur disponibilité en temps réel vis à vis de la médecine libérale. La dimension économique liée aux nouveaux modes de financement issus de la T2A milite d'ailleurs très largement pour une admission directe programmée dans les services d'hospitalisation.

2.3.4. La reconversion engagée du Centre Hospitalier de Quimperlé (CHQ) présente une opportunité que le CHBS doit saisir.

Depuis le 11 juillet 2007, le Centre Hospitalier de Quimperlé a suspendu ses interventions opératoires en chirurgie digestive, la permanence des soins en chirurgie ainsi que les accouchements. Depuis cette date, le CHBS, hôpital de référence du territoire de santé n°3, organise la prise en charge 24h/24 des urgences relevant de la chirurgie orthopédique, de l'obstétrique et de la chirurgie digestive avec le concours de la clinique mutualiste de la porte de l'Orient (établissement de santé participant au service public hospitalier).

A) La création d'un poste de médecin coordonnateur de flux doit être envisagé en raison du report de patients du centre hospitalier de Quimperlé vers le CHBS.

La suspension des activités chirurgicales au Centre Hospitalier de Quimperlé (département 29) a un impact direct sur les activités de chirurgie et d'urgences du CHBS. On observe un net report des patients du Finistère vers le Centre Hospitalier de Bretagne Sud. Ce phénomène est notamment marqué pour les activités de chirurgie viscérale et d'obstétrique et celles des urgences dans une moindre mesure.

Evolution de la fréquentation du CHBS par les patients originaires du département 29 (Finistère)

	11/07/2006 au 16/09/2006	11/07/2007 au 16/09/2007	Evolution (en%)
Chirurgie orthopédique	18	46	+ 156%
Chirurgie viscérale	8	55	+ 588%
Obstétrique	14	89	+ 536%
Urgences	222	312	+ 41%

Source : Direction des Affaires Financières du CHBS – Cellule contrôle de gestion

L'arrivée conséquente des patients du secteur de Quimperlé à la structure d'urgence du CHBS augmente significativement la fréquentation et contribue à accentuer l'engorgement des urgences de l'établissement.

Fort de ce constat, le directeur général du CHBS a expressément demandé au directeur de l'ARH³² de renforcer la présence médicale à la structure d'urgences en soirée et début de nuit, au moment du pic d'activité, et permettre la présence d'un troisième médecin urgentiste à la SU du CHBS (soit 4 ETP). Par ailleurs, les directeurs des deux établissements sont convenus que le CHBS puisse utiliser des lits de médecine du centre hospitalier de Quimperlé pour des patients résidant dans le Nord-Est du département dès lors qu'aucun lit de médecine n'est disponible au CHBS.

La présence de ce troisième médecin urgentiste à la structure des urgences constituerait un renfort très apprécié. Il permettrait en outre d'envisager la création d'un poste de médecin coordinateur de flux des urgences 7 jours /7 et 24 heures /24.

Cette organisation du travail déjà mise en place dans plusieurs hôpitaux avec succès, permettrait notamment d'améliorer la coordination entre les professionnels de l'équipe et les modalités de collaboration avec le laboratoire, les services d'imagerie et les services d'hospitalisation. Elle permettrait de renforcer le management du service, notamment aux heures où le chef de service n'est pas sur place. Enfin, selon les études de la MeaH, cette mesure contribuerait efficacement à la réduction des temps d'attente et de passage dans la structure d'urgences.

Les médecins volontaires pour cette mission devraient être des médecins seniors. Les caractéristiques de la fiche de poste pourraient être les suivantes :

Principaux objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer l'attente et la durée de passage de tous les patients, - faciliter le travail des médecins de soins sans les suppléer, - assurer des missions au quotidien qui ne sont pas directement liées aux soins, - prévenir et gérer les situations conflictuelles avec les patients, les familles et les services d'aval.
Principales missions confiées :	<ul style="list-style-type: none"> - être le référent disponible pour les secrétaires médicales (dicter un certificat médical urgent, répondre à la demande d'un médecin de ville, répondre à la demande d'un pharmacien de ville, ...), - être le référent disponible pour la

³² Mail du 14 août 2007 du Directeur Général du CHBS au Directeur de l'ARH

	<p>secrétaire d'accueil et d'IAO (conseils et appui),</p> <ul style="list-style-type: none"> - être responsable de la gestion du flux de patients et anticiper les situations d'affluence (consultation rapide des CCMU 1, orientation rapide des patients vers des consultations spécialisées, prise en charge des patients amenés par les forces de l'ordre, gestion des accidents d'exposition aux virus, être l'interlocuteur de l'administration et du Centre 15), - être le référent plan blanc pour guider les équipes médicales en situation d'afflux de victimes. Il serait le premier « médecin trieur ».
--	---

Il faudra toutefois veiller à ce que la création de ce poste de coordonnateur n'entraîne pas un sentiment de décharge des responsabilités des autres médecins.

B) La reconversion du centre hospitalier de Quimperlé représente l'opportunité de créer des SSR spécialisés sur le territoire de santé

Le ministère de la santé souhaite développer les soins de suite et de réadaptation spécialisés.

A l'heure où le centre hospitalier de Quimperlé s'interroge sur le devenir de ses activités médicales dans le cadre de la reconversion de l'établissement implicitement décidé par l'ARH Bretagne, il étudie les modalités d'un rapprochement avec le CHBS pour développer des SSR spécialisés respiratoires et cardio-vasculaires.

Les deux projets de décret réorganisant le droit des autorisations en soins de suite et de réadaptation et l'avis rendu par le Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CNOSS) du 6 septembre 2007 permettraient au centre hospitalier de Quimperlé de disposer d'autorisations sur une ou plusieurs de ces modalités, en fonction du schéma régionale de l'organisation sanitaire et de ses objectifs quantifiés d'une part, et du plateau technique et humain d'autre part.

Le schéma d'implémentation sera le même que pour les autres textes réformant le droit des autorisations, à savoir :

- révision des SROS 3 par un avenant SSR dans un délai de 18 mois après parution (qui peut intervenir en fin d'année 2007),
- demande d'autorisation selon les nouvelles modalités dans les 6 mois après la publication de l'avenant SSR du SROS,
- mise en conformité avec la nouvelle autorisation dans les deux ans.

Les textes réglementaires devant paraître en décembre prochain ou en janvier 2008, le chantier de la préparation des avenants SSR des SROS 3 pourrait donc être engagé avec l'ARH Bretagne au premier semestre 2008.

Ce dossier de SSR spécialisés est particulièrement intéressant en termes de recomposition hospitalière et de construction de filières de soins inter établissements. Il permettrait aux deux établissements de coopérer et de créer un partenariat mutuellement profitable. Ce dispositif permettrait au centre hospitalier de Quimperlé de conserver son plateau technique et de développer une activité nouvelle sur le territoire de santé. Le CHBS, quant à lui, pourrait avoir recours aux lits de SSR spécialisés nouvellement créés pour désengorger ses services, réduire la durée moyenne de séjour et ainsi contribuer à améliorer la gestion de flux de patients au sein de l'établissement.

2.3.5. Le CHBS pourrait proposer la création d'une maison médicale de garde sur le territoire

Le CHBS doit saisir l'opportunité qu'offre la circulaire du 13 février 2007 de coordonner le réseau de prise en charge des urgences. En effet, le réseau des urgences mentionné à l'article R.6123-26 du code de la santé publique est l'élément clef sur lequel repose l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences et de leurs suites. Ce réseau est conçu comme un outil opérationnel, permettant à la fois d'organiser les flux de patients en proximité, et également d'assurer le recours vers des plateaux techniques adaptés dans le cadre de la gradation des soins à l'échelle régionale.

Sur le territoire de santé de Lorient – Quimperlé, il revient aux établissements de Lorient et de Quimperlé disposant de structures des urgences de formaliser un réseau avec les autres partenaires de prise en charge des urgences (autres établissements sanitaires publics et privés, autres structures des urgences, médecine ambulatoire, SAMU, établissements sociaux et médico-sociaux).

A cet égard, le CHBS pourrait militer pour la création d'une maison médicale de garde (MMG) sur le territoire de santé.

Les maisons médicales de garde sont financées (hors honoraires) par le FIQCS (Fond d'intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) en vigueur depuis le 1er juillet 2007.

Dans son récent rapport³³, M. Jean-Yves Grall rappelle que la formule de la maison médicale de garde représente une des formes d'organisation possibles de la permanence des soins, mais constate que « son développement laisse cependant à penser que dans le cadre du maintien d'une permanence des soins libérale, la maison médicale de garde représentera peut-être le mode d'action prédominant à brève échéance».

Le rapport souligne que le concept de maison médicale de garde se révèle être une des solutions d'avenir quant au maintien d'une permanence des soins ambulatoires.

La maison médicale de garde est une structure qui permet d'accueillir aux heures non ouvrables, les patients ne relevant pas des urgences hospitalières et de répondre dans le cadre de la permanence des soins, aux demandes de soins non programmés.

Points forts des MGG	<ul style="list-style-type: none">● Les MMG ont permis de ré impliquer les médecins dans la permanence des soins Selon le rapport Grall, la réorganisation de la permanence des soins par les maisons médicales de garde a permis que les médecins acceptent, dans un contexte bien balisé et un peu moins contraignant, de participer de nouveau à la permanence de soins.
	<ul style="list-style-type: none">● Les MMG constituent un point de repère pour la population en milieu très urbanisé M. Jean-Yves Grall constate, dans certaines zones urbaines, un problème d'accès aux soins des populations défavorisées. Grâce aux MMG, ces populations « retrouvent une balise à côté du service d'urgences, qui leur évite de s'y précipiter avec femmes et enfants ».
	<ul style="list-style-type: none">● Les MMG peuvent permettre, à certaines conditions, de désengorger les urgences hospitalières Le rapport Grall affirme que « les MMG déchargent très

³³ « Evaluation du Plan Urgences 2004-2008 », Docteur JY GRALL, Janvier 2007

efficacement les urgences hospitalières, à condition qu'une organisation concertée soit mise en place ». Pour ce faire, il insiste sur le fait que leur fonctionnement, doit être très imbriquées avec le dispositif hospitalier.

Afin de promouvoir un dispositif fiable et pérenne, le rapport Grall suggère de « favoriser le volontariat des professionnels à la participation de la MMG par des avantages liés à un contrat de 3 à 5 ans qui soit intéressant et valorisant pour les praticiens ». Le Dr Grall préconise la fin du paiement à l'acte au profit d'un paiement forfaitaire horaire. La rémunération proposée (équivalent de 3C/h soit 66 euros) pourrait être défiscalisée et s'accompagner d'avantages statutaires divers, comme des avantages de points de formation médicale continue (FMC), voire de validation de FMC ou une bonification de points de retraite. Il suggère également d'ouvrir le dispositif à tous les médecins, comme aux médecins hospitaliers non urgentistes qui souhaiteraient faire de la régulation ou aux médecins salariés non hospitaliers.

A défaut de créer une maison médicale de garde, un dispositif de consultation non programmée pourrait au moins être mis en place près ou dans la structure d'urgences du CHBS sur le nouveau site du Scorff.

Les études de la MeaH constatent que la création d'une consultation non programmée à l'entrée des urgences semble délester le service des patients « légers » et permettre une diminution du temps de prise en charge des autres patients durant ses heures d'ouverture.

La MeaH évoque des cas dans lesquels une telle consultation est assurée par des médecins de ville. De telles consultations ont également été mises en place dans divers pays européens. On citera notamment le Royaume-Uni, qui a créé des « centres de diagnostic rapide et de traitement » ouverts 24 heures / 24, dans lesquels sont assurées des consultations médicales et des soins infirmiers.

La création d'une telle structure pourrait être envisagée sur le nouvel hôpital du Scorff qui ouvrira ses portes en 2011. Les médecins de ville et les associations professionnelles type SOS Médecins seraient à même d'assurer une permanence dans cette nouvelle structure.

2.3.6. Le CHBS gagnerait à soutenir une politique de communication et d'information à l'échelle du territoire de santé

L'enquête de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)³⁴ montre que trois quarts des usagers justifient leur venue aux urgences par le fait que c'est l'endroit le plus proche pour recevoir des examens et les soins qu'ils estiment nécessaires. Ces chiffres tendent à montrer que la population connaît relativement mal l'offre de soins.

Par ailleurs, le rapport IGAS/IGA³⁵ relatif à l'évaluation du dispositif de permanence des soins en médecin ambulatoire précise qu'il est « urgent » d'engager une campagne de sensibilisation du grand public au bon usage de la permanence des soins. Le rapport précité appelle par ailleurs à plus de « cohérence » dans l'utilisation des supports de communication. Il juge notamment « incompréhensible » pour l'utilisateur « de trouver dans la presse locale le numéro d'une association de « garde » alors qu'il a été invité par voie d'affichage ou lors d'une information télévisée à composer le numéro du centre 15 ou un numéro départemental ».

Une démarche d'information pourrait être organisée au niveau du territoire de santé n°3 Lorient - Quimperlé afin de mettre à la disposition du public toutes les informations nécessaires à sa prise en charge, en particulier sur l'accès à des lieux de consultations non programmées, et le sensibiliser au bon usage du système de soins.

A cet égard, le CHBS, au travers de la CAFA, du service de communication du CHBS, de la structure des urgences et en associant le CODAMUPS pourrait idéalement proposer à la conférence sanitaire du territoire n°3 un schéma de communication et d'éducation visant à promouvoir auprès d'un large public le bon usage de la régulation téléphonique et la connaissance des différentes possibilités offertes en dehors de l'hôpital, notamment en incitant les patients à s'adresser au médecin traitant pour des actes de petite urgence.

Cette communication est fondamentale et devra être basée sur des supports médiatiques locaux notamment sous forme de plaquettes d'information distribuées dans les cabinets de médecins, les pharmacies, les établissements sanitaires et les établissements sociaux et médico-sociaux.

³⁴

N°215 – janvier 2003

³⁵ Rapport IGAS/IGA n°2006 029

Conclusion

L'accroissement du recours de la population aux urgences du CHBS enregistré ces dernières années est à l'origine de nombreux dysfonctionnement et insuffisances. Alors que la structure d'urgence était destinée initialement à la prise en charge des malades les plus atteints, le service d'urgence du CHBS assure en réalité, pour une part importante de son activité, une fonction de consultations non programmées. La gestion du flux de patients est devenue une difficulté récurrente et entraîne d'importants délais de passage aux urgences.

Le diagnostic porté sur la situation de fragilité que présente la structure d'urgences du CHBS ne doit pas constituer une fin en soi. Les actions déjà étudiées en interne par les praticiens hospitaliers du CHBS traduisent la volonté des professionnels de santé de l'établissement de surmonter cette difficulté. Les recommandations préconisées dans le présent mémoire permettront d'enrichir la réflexion et de suggérer de nouvelles actions concrètes permettant, à terme, d'optimiser la gestion du flux de patients aux urgences et de parvenir à une amélioration notable de la prise en charge globale du patient.

Le contexte actuel est favorable au changement. D'une part, la mise en place progressive du réseau des urgences issu des décrets du 22 mai 2006 au sein du territoire de santé n°3 représente en ce sens une réelle opportunité. Il permettra de définir un cadre territorial plus cohérent grâce à une prise en charge coordonnée des urgences. D'autre part, les récentes propositions formulées par le Dr Jean-Yves GRALL sont porteuses d'espoir pour la communauté des médecins urgentistes. Elles devraient rénover le dispositif de permanence des soins en favorisant le volontariat des médecins de ville au dispositif de permanence des soins.

Le succès des actions menées au CHBS dépendra en grande partie de l'implication de l'ensemble des personnels dans la prise en charge de l'urgence ainsi que de l'affirmation d'une politique d'établissement exprimée avec conviction. L'enjeu est double puisqu'il consiste à optimiser le fonctionnement de l'hôpital et à préserver un acquis essentiel : celui de la confiance accordée par l'opinion publique aux services d'urgences.

* *
*

Bibliographie

Périodiques :

BLOCH Frédéric, mars/avril 2007, « Expérience d'une équipe mobile de gériatrie aux urgences », *Soins Gériatrie, numéro 64*

BARAT Solenne, septembre 2005, « Le financement et la mise en œuvre du Plan Urgences », *Actualité et Dossier en Santé Publique n°52*

BAUBEAU Dominique, janvier 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Etudes et Résultats, numéro 215, DREES*

BULLETIN JURIDIQUE du PRATICIEN HOSPITALIER, juin 2007 n°99, « une meilleure organisation des urgences hospitalières »

BULLETIN JURIDIQUE du PRATICIEN HOSPITALIER, mai 2007 n°98, « les maisons médicales de garde »

CAHIERS HOSPITALIERS, juin 2007, « la filière de prise en charge des soins non programmés »

CARRASCO Valérie, septembre 2006, « L'activité des services d'urgences en 2004 », *Etudes et Résultats, numéro 524, DREES*

COUTURIER Pascal, mars/avril 2007, « Equipes mobiles de gériatrie : état des lieux, rôle et perspectives », *Soins Gériatrie, numéro 64*

MARDEGAN Pierre, septembre 2005, « A l'hôpital et après », *Actualité et Dossier en Santé Publique n°52*

MAYET Virginie, 21 février 2007, « Hôpital cherche deuxième SMUR d'urgence », *Ouest France*

MAYET Virginie, 21 février 2007, « Les urgences accueillent plus de personnes âgées », *Ouest France*

PRIEUR Cécile, 9 février 2007, « Une meilleure coordination pour les urgences médicales », *le Monde*

REVEL Myriam, septembre 2005, « l'organisation de la prise en charge des urgences », *Actualité et Dossier en Santé Publique n°52*

de SAINT ROMAN Henri, 3 septembre 2007, « Le rapport Grall sur la permanence des soins », *Le quotidien du médecin*

Ouvrages :

Dominique LAUQUE, « *Urgences 2006* », éditeur L et C

Marc DUPONT, « *Droit hospitalier* », éditeur Dalloz

SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE, Mai 2005, « *l'organisation de l'aval des urgences : Etat des lieux et propositions* »

Thèses / Rapports :

ASSEMBLEE NATIONALE, 7 février 2007, Rapport d'information relatif à « la prise en charge des urgences médicales »,

COUR DES COMPTES, janvier 2007, Rapport annuel 2006, « *les urgences médicales : constats et évolutions* »

Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS), septembre 2005, « *L'établissement en tension* »

DUCASSE Jean-Louis, « *Rapport annuel sur l'activité des structures d'urgences en Midi-Pyrénées* », Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées

GRALL Jean-Yves, Août 2007, « *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins* », Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

GRALL Jean-Yves, Janvier 2007, « *Evaluation du Plan Urgences 2004 – 2008* », Ministère de la santé et des solidarités

Inspection Générale des Affaires Sociales / Inspection Générale de l'Administration, Mars 2006, « *Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire* »,

NADEAU Gérard, 16 Mars 2007 « *Une nouvelle logique d'orientation en soins de suite dans l'agglomération nantaise* », Le livre des rencontres, KAP OUEST (Kerpape Arche Pen Bron)

Conférences :

BAS Philippe, 27 juin 2006, « Plan Solidarité – Grand âge », Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

BERTRAND Xavier, 23 mai 2006, discours « Urgences », Ministère de la santé et des solidarités

VIGOUROUX, 29 septembre 2006, « Mise en place de la filière gériatrique au CHU de Limoges », Centre Hospitalier Universitaire de Limoges

Corpus normatif:

Code de la santé publique

Décrets n°2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence

Circulaire du Ministère de la Santé, DHOS/01/2007/65 du 13 février 2007, relative à la prise en charge des urgences

Circulaire du Ministère de la santé, DHOS/01/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

Circulaire du Ministère de la santé du 10 octobre 2006 relative à l'organisation de la permanence des soins

Site Internet :

HAMON Michel, 12 avril 2007, « Le médecin facilitateur », disponible sur le site Internet de la MEAH, www.meah.sante.gouv.fr

GUERIN T, 2007, « Le médecin coordinateur de flux », disponible sur le site Internet de la MEAH, www.meah.sante.gouv.fr

PELLOUX Patrick, 11 janvier 2006, « compte-rendu réunion DHOS du 11 janvier 2006 sur l'activité des SAMU », disponible sur le site Internet de l'Association des Médecins Urgentistes de France,

MINISTERE SANTE, « Fiches techniques Plan Urgences 2004 – 2008 », site Internet du Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Liste des annexes

Annexe 1 : Présentation succincte du Centre Hospitalier de Bretagne Sud

Annexe 2 : Classification Clinique des Malades des Urgences

Annexe 3 : Evaluation de la consultation externe de médecine polyvalente

Présentation succincte du Centre Hospitalier Bretagne Sud

Le Centre Hospitalier de Bretagne Sud (CHBS) est l'établissement public de santé de référence du territoire de santé breton n°3 (Lorient – Quimperlé). Implanté sur les communes de Lorient, Hennebont et Ploemeur, il dessert environ 280 000 habitants.

Dirigé par Monsieur Dominique Bénéteau, le CHBS est le fruit de la fusion des établissements hospitaliers de Lorient et de Hennebont. Il dispose actuellement d'un potentiel d'hospitalisation de 1150 lits et places (dont 615 en MCO) et offre aux patients et consultants un plateau technique complet. Son budget de fonctionnement s'élève à 160 millions d'euros (EPRD 2007) pour un effectif de 2033 agents dont 236 médecins et internes. L'établissement est certifié V1 depuis le début de l'année 2007.

Tenant compte de la vétusté architecturale et hôtelière des services, le CHBS a initié un ambitieux projet de réforme consistant à construire un hôpital neuf d'ici 2011. Le financement du nouvel hôpital s'inscrit dans les plans « Hôpital 2007 », « Hôpital 2012 ». Il verra la création sur le site unique du « Scorff », d'un pôle femme/mère/enfant en octobre 2007 et le transfert des activités d'urgence et de court séjour à échéance 2011. Ces évolutions s'inscrivent dans le cadre du projet d'établissement et sont décrites dans le contrat d'objectifs et de moyens 2003-2007 en cours de renégociations.

L'année 2007 se présente comme une année de grands changements pour le CHBS. L'établissement doit faire face à des enjeux majeurs :

- Poursuivre la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance : les pôles cliniques et médico-techniques doivent définir leurs « projets de pôles » pour la fin de l'année 2007. Le conseil exécutif veillera à ce que les projets s'inscrivent dans le cadre du projet médical de territoire et des orientations du SROS 3. Ces projets serviront de base pour l'élaboration du projet d'établissement pour la période 2007-2011.
- Assurer l'équilibre budgétaire : afin d'optimiser ses ressources et réduire ses charges dans le cadre notamment d'une T2A à 50%, le CHBS repense son organisation interne. A cet égard, le fonctionnement du bloc opératoire doit être optimisé et la gestion du flux de patients aux urgences doit être améliorée.

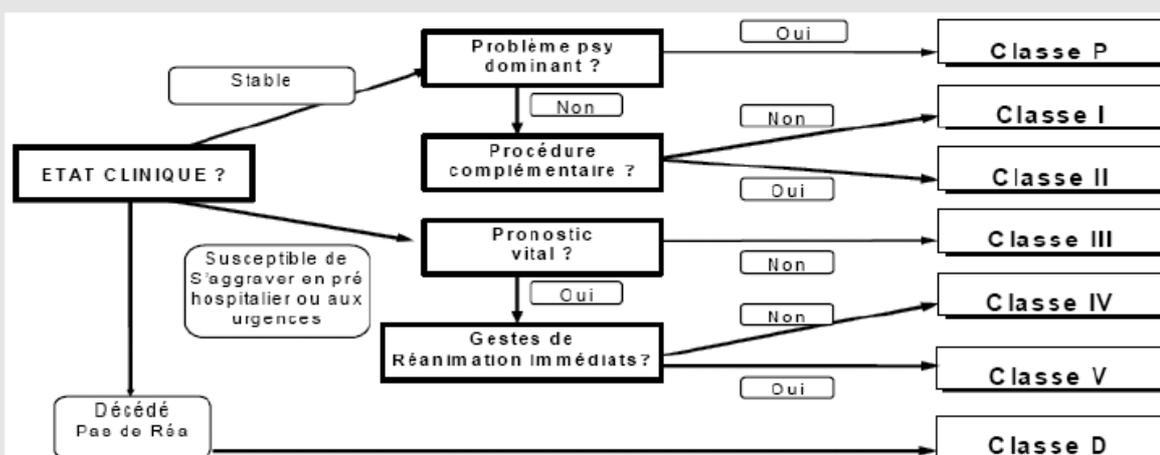
- Réussir l'ouverture du pôle Femme/Mère/Enfant sur le site de Scorff le 3 octobre 2007. Celle-ci est très attendue par l'ensemble des acteurs (médecins, personnels soignant, patients, élus,...). Toutes les dimensions du projet doivent être analysées et les organisations minutieusement préparées (dimensions financières, humaines, logistiques, ...) pour que l'activité du PFME puisse démarrer dans les meilleures conditions.
- Poursuivre les autres projets architecturaux. La construction de SCORFF 2 regroupant l'ensemble des activités de médecine et de chirurgie sur un nouveau site unique doit se poursuivre. Le projet du GIP « cuisine inter hospitalière » rentre dans une phase de constitution des statuts. Enfin, les activités de SSR et de gériatrie du CHBS basées à Hennebont doivent être regroupées en 2010 sur un lieu unique de cette même commune.

ANNEXE 2

LA CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES (CCMU)

La classification clinique des malades des urgences (CCMU) classe selon 7 degrés de gravité les patients des structures des urgences :

- CCMU P : patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable ;
- CCMU 1 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences ;
- CCMU 2 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences ;
- CCMU 3 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du SMUR, sans pour autant que soit mis en jeu le pronostic vital ;
- CCMU 4 : situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manoeuvres de réanimation immédiate ;
- CCMU 5 : situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation ;
- CCMU D : patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.



Source : Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (www.oru-mip.fr)

**CONSULTATION EXTERNE DE MEDECINE POLYVALENTE
EVALUTION N+1 – Juin 2007 -**

1. Le dispositif de consultation externe est caractérisé par une montée en charge de l'activité

1.1. L'organisation de l'activité s'est progressivement structurée

- Les conditions matérielles sont propices à l'exercice de l'activité de consultations

L'activité externe de médecin polyvalente a commencé le 2 juin 2006. Les plages horaires de consultations initialement programmées sur deux demi-journées le mardi et le vendredi ont été ramenées à la journée du vendredi matin et après-midi par souci de cohérence.

Les visites durent en moyenne 30 minutes

Les horaires de consultation sont les suivants :

- de 9 heures à 12 heures 30 le vendredi matin
- de 14 heures à 17 heures 30 le vendredi après-midi

Les locaux de consultation sont situés à l'étage de la Chirurgie viscérale du bâtiment principal de Bodélio. Ils se composent de trois pièces : une salle équipée pour la consultation, une salle d'attente, un bureau que partage le secrétariat médical et l'infirmière.

- Le fonctionnement de la consultation est assuré par une équipe pluridisciplinaire

L'équipe est composée de 6 personnes

- Le personnel médical est composé de 4 médecins de médecine polyvalente qui assure une demi-journée de consultation 1 vendredi sur 2. Les médecins qui assurent ces

consultations médicales ont tous le statut de praticien hospitalier. Trois sont des généralistes et un médecin est un spécialiste de médecine interne.

Le temps médical peut être évalué à 0,2 ETP

Le personnel soignant est composé d'une IDE présente lors de la consultation. Elle a pour mission principale la préparation des salles de consultation et assiste le médecin pour la réalisation d'actes infirmiers courants (prise de sang, accompagnement et orientation des patients, ...).

Le temps soignant représente 0,2 ETP

La secrétaire médicale est plus particulièrement chargée de la prise de Rendez-vous, de l'accueil des patients et de la rédaction des comptes-rendus de visite.

Le temps de secrétariat est assuré par 1 secrétaire médical, ce qui représente un 0,4 ETP.

1.2. L'activité est caractérisée par une hausse de la fréquentation

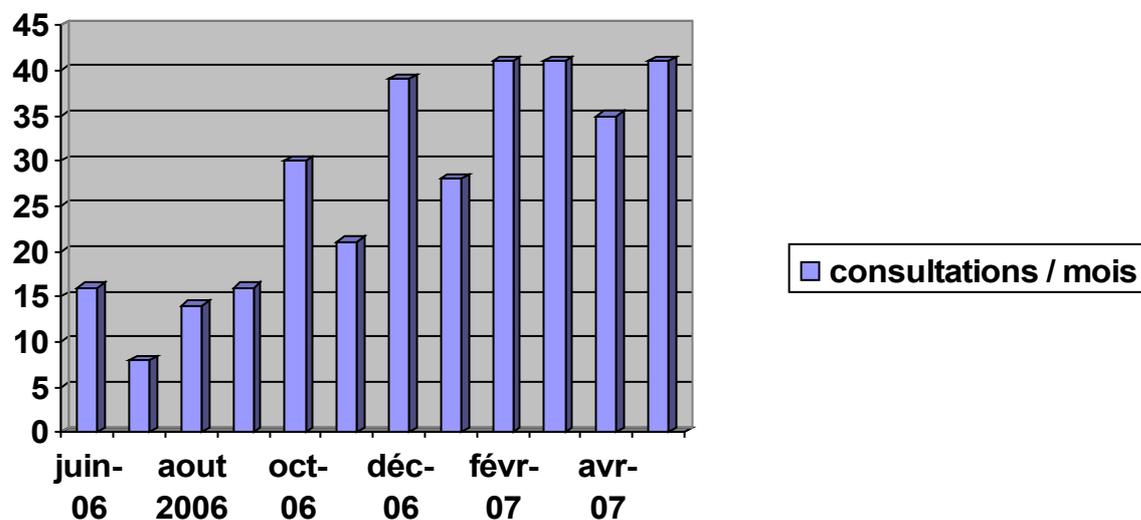
Les premiers mois d'activité ont été marqués par une progressive montée en charge de l'activité de consultation externe (juin à octobre 2006).

A partir du mois d'octobre, un courrier adressé à l'ensemble des médecins de ville les a informés de l'ouverture de l'unité de consultation externe de médecine polyvalente spécialisée. Dès lors, une augmentation de la fréquentation a été enregistrée

Toutefois, depuis le mois de février, un certain « tassement » de l'activité est observé. Un plafond semble être situé à une 40aine de consultations par mois.

Fréquentation de la consultation externe de médecine polyvalente (nombre de consultations / mois)

Source : Cahier de programmation de rendez-vous de la Consultation externe de médecine polyvalente



1.3. L'Unité de consultation externe présente une situation financière structurellement déficitaire

Il s'agit d'établir un compte de résultat prévisionnel d'activité annuel en partant d'une hypothèse d'activité de 40 consultations par mois.

Charges (en euros) / an	Produits (en euros) / an
- Personnel :	- Actes médicaux et paramédicaux :
0,2 ETP PH = 24 000	
0,4 ETP SM = 16 000	40 visites / mois * 12 * 26 = 12 480
0,2 ETP IDE = 8 960	
- Frais de fonctionnement	
15 % charges de personnel = 7 344	
TOTAL CHARGES = 56 304	TOTAL PRODUITS = 12 480
	DEFICIT - 43 824

Il apparaît que les recettes dégagées par l'activité ne couvrent pas les charges de personnel et de structure.

La création de l'unité de consultation externe de médecine polyvalente devait permettre une baisse de la DMS d'1 journée (passer de 10,5 à 9,5 jours) en médecine polyvalente et financer par là même l'activité de consultations externes ». Cette prévision ne s'est pas réalisée et la DMS est passée de surcroît en médecine polyvalente de 10,96 jours en 2006 à 11,22 jours sur les quatre premiers mois de l'année 2007.

Cette situation s'explique non pas par un échec de l'unité de consultation externe qui tend à faire baisser la DMS mais par la prise en charge accrue de patients plus « lourds » (poly pathologiques notamment) dans le service de médecine polyvalente.

2 L'unité de consultation externe dispose d'un potentiel de consultation qui doit être mis à profit par la structure d'urgences

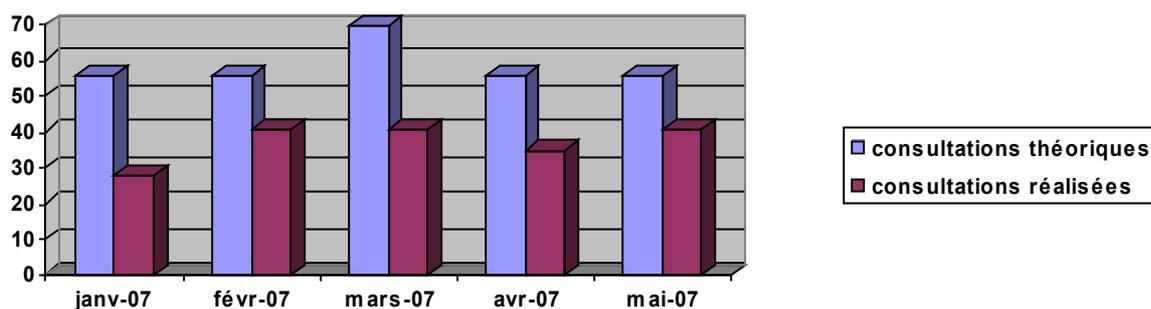
2.1. L'unité de consultation dispose d'un potentiel de croissance de près de 37% à iso organisation

- Le nombre de consultations hebdomadaires pourrait être augmenté d'1/3

A raison de 7 visites théoriques le matin et de 7 visites l'après-midi (30 minutes chacune), l'unité de consultation externe pourrait accueillir jusqu'à 14 consultations par semaine.

Or, en moyenne, l'unité fonctionne à 63% de son potentiel. Elle dispose donc de marge de manœuvre de 37 % pour accueillir des patients nécessitant un avis médical rapide et spécialisé.

Nombre de consultations depuis le début de l'année 2007



Source : Direction des Affaires Financières du CHBS

2.2. La structure d'urgences pourrait tirer partie de cette situation pour réorienter les patients « non graves »

Le SU souffre d'un engorgement chronique de son service d'urgence. Le temps moyen d'attente et de passage aux urgences est passé de 2h29 en 2004 à 3h38 au 1^{er} trimestre 2007.

Or, il apparaît très nettement que l'unité de consultations externe de médecine polyvalente enregistre très peu de patients adressés par la structure d'urgence de Bodélio. Seulement 3 patients ont été adressés en juin 2007 par la structure d'urgences du CHBS depuis le début de l'année 2007.

Pourtant l'unité de consultation externe présente de multiples avantages aussi bien pour le service de médecine polyvalente, les patients que pour celui des urgences :

- Les patients hospitalisés suite à la consultation externe ont une DMS plus courte que la moyenne des patients hospitalisés dans le service (l'essentiel des bilans ont été réalisés a priori). Ce phénomène permet de libérer plus rapidement des lits de médecine polyvalente au bénéfice des patients présents aux urgences. Il serait toutefois opportun de ne pas prévoir d'entrées programmées en début de semaine afin de libérer des lits pour les patients des urgences. Les entrées directes devraient dès lors être réalisées à compter du mercredi.
- Les patients sont plus satisfaits car leur prise en charge est réalisée de manière plus rapide qu'aux urgences et dans de meilleures conditions.
- Les patients « non graves » se présentant à la structure d'urgences du CHBS pour des problèmes de médecine pourraient être plus fréquemment orientés vers la

consultation externe. Ce dispositif permettrait de désengorger sensiblement la structure d'urgences.

Provenance des patients

