



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Date du Jury : **Décembre 2001**

**La gestion des flux de patients aux
urgences est-elle possible ?
Essai de modélisation à partir de
l'exemple de l'Hôtel Dieu de Paris**

Nadège BOUTON

Sommaire

<u>Liste des sigles utilisés</u>	4
<u>Introduction</u>	5
<u>Chapitre I. Connaître les flux de patients pour cerner les besoins</u>	8
<u>A. Les flux de patients aux UMC, une activité spécifique ?</u>	8
<u>1. Analyse quantitative des besoins</u>	9
<u>2. Analyse qualitative de la demande : des urgences de proximité</u>	14
<u>B. L'analyse du circuit des patients</u>	19
<u>1. Description du circuit</u>	20
<u>2. Analyse critique du circuit du patient</u>	21
<u>Chapitre II. L'Hôpital schizophrène à la recherche de solutions</u>	28
<u>A. Les urgences, goulet d'étranglement d'un flux en continuelle augmentation</u>	28
<u>1. Les urgences face à des missions complexes</u>	28
<u>2. Les urgences antagonistes de l'hôpital</u>	31
<u>B. Les outils normatifs de gestion des flux de patients aux urgences : une volonté croissante de structurer le circuit du patient face à l'engorgement</u>	37
<u>1. Des mission élargies pour les urgences</u>	37
<u>2. La structuration de l'offre de soins d'urgence</u>	38
<u>3. Un guide d'organisation des services d'urgence</u>	39
<u>C. Les facteurs de réussite expérimentés au niveau local</u>	46
<u>1. La mise en place de circuits pour gérer la diversité des flux</u>	47
<u>2. Le système d'information à l'appui de la gestion des flux</u>	54
<u>3. Gérer l'aval pour assurer la fluidité de l'accueil</u>	57
<u>Chapitre III. Propositions pour la future organisation des UMC</u>	63
<u>A. Les débats d'organisation à mener</u>	63
<u>1. Adapter la contrainte réglementaire aux réalités locales</u>	64
<u>2. Intégrer les éléments prioritaires du projet médical</u>	72
<u>3. Gérer la demande de consultation non urgente : La mise en place d'un circuit géré par un médecin</u>	74

<u>B. Du projet médical au projet spatial</u>	76
<u>1. Intégrer la contrainte architecturale</u>	76
<u>2. Les principes directeurs</u>	77
<u>3. Les caractéristiques architecturales des différents lieux</u>	80
<u>C. D'autres éléments de solutions à rechercher</u>	83
<u>1. Les solutions à l'échelle de l'établissement</u>	83
<u>2. L'aval de l'aval</u>	89
<u>Conclusion</u>	90
<u>Bibliographie</u>	92
<u>A. Rapports, mémoires et études</u>	92
<u>B. Textes réglementaires</u>	93
<u>C. Articles</u>	94
<u>D. Ouvrages</u>	95
<u>Annexes</u>	97
<u>Annexe 1 : Schéma de la prise en charge actuelle aux UMC</u>	98
<u>Annexe 2 : Recommandations sur l'organisation d'un service d'urgence (non fournie)</u> ..	99
<u>Annexe 3 : Schéma général de l'environnement des urgences</u>	100
<u>Annexe 4 : Circuit de la zone de traitement (non fournie)</u>	101
<u>Annexe 5 : Schéma d'organisation de la zone de soin, projet de restructuration des urgences d'Henry Mondor (AP-HP)</u>	102
<u>Annexe 6 : Schéma d'organisation de la zone centrale d'accueil, Projet de restructuration des Urgences d'Henry Mondor (AP-HP) (non fournie)</u>	103
<u>Annexe 7 : Plan de masse de l'Hôtel-dieu</u>	104
<u>Annexe 8 : Plan des urgences Rez-de-chaussée bas (non fournie)</u>	105
<u>Annexe 9 : Plan des urgences Rez-de-chaussée haut (non fournie)</u>	106
<u>Annexe 10 : Classifications des patients des urgences</u>	107
<u>Annexe 11 : Recensement des besoins en locaux aux UMC</u>	108
<u>Annexe 12 : Questionnaire utilisé pour l'analyse comparative</u>	109
<u>Annexe 13 : Questionnaire aux agents du service des urgences (soignants et médecins)</u>	110
<u>Annexe 14 : Photos du service actuel des urgences</u>	111

Liste des sigles utilisés

AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UP	Unité de Proximité
UMC	Urgences Médico-Chirurgicales
PUPH	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
UMJ	Urgences Médico-Judiciaires
SFMU	Société Francophone de Médecine d'Urgence
SUH	Syndicat des Urgentistes Hospitaliers
GMESA	Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil
CCMU	Classification Clinique des Malades des Urgences
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
SAU	Service d'Accueil d'Urgence
AHR	Agence Régionale d'Hospitalisation
POSU	Pôle Spécialisé d'Urgence
ANACOR	Antenne d'Accueil et de Traitement et d'Orientation des urgences
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
HEGP	Hôpital Européen Georges Pompidou
FAMA	Fédération d'Activités Médicales Associées

Introduction

« *Le premier palmarès des urgences*
643 services passés au crible »

Telle est la Une accrocheuse du numéro spécial de la revue *Sciences et avenir*¹ paru en mars 2001. Les hôpitaux sont aujourd'hui habitués à remplir de nombreuses enquêtes journalistiques et à voir leurs services placés sous les feux de la rampe. Depuis quelques années en effet, quelques journaux et revues proposent au public des comparaisons et des classements auxquels les services d'urgence n'échappent désormais plus. Quelque soit la pertinence des critères retenus, force est de constater que cette récente évolution contraint les établissements hospitaliers à afficher au grand jour leurs forces et faiblesses dans une logique comparative. Le service des urgences de l'Hôtel Dieu a quant à lui fait l'objet de multiples articles (le Parisien notamment) et reportages (diffusion par exemple sur TF1 dans l'émission *Reportages* le samedi 02/06/01).

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a rapidement fait des urgences une de ses priorités. Dans le prolongement des rapports Steg et Barrier, le plan stratégique (équivalent pour l'ensemble de l'AP-HP du projet d'établissement) 1996-2000 de l'AP-HP identifie les urgences au titre des priorités avec pour objectif de restructurer les urgences en services hospitaliers, de renforcer et senioriser les moyens en personnel et d'engager les opérations de travaux rendues nécessaires par l'augmentation d'activité. Les orientations 2001-2004 prolongent les priorités antérieures comme la restructuration architecturale afin de créer un circuit rationnel de prise en charge mais développent également de nouvelles directions comme l'informatisation de la gestion du circuit du patient et l'amélioration de l'aval en vue de réduire le nombre de transferts.

Les urgences sont par ailleurs devenues une des préoccupations majeures de l'Hôtel Dieu. Dans le cadre du projet médical de l'hôpital et des orientations médicales 1996-2000 de l'AP-HP, la vocation de l'Hôtel Dieu comme site d'accueil des urgences de proximité est reconnue conformément au schéma régional d'organisation sanitaire d'Ile-de-France (arrêté n°98-166 relatif au SROS d'Ile-de-France « activité de soins : accueil et traitement des urgences »).

¹ Le premier palmarès national des urgences, *Sciences et Avenir* numéro spécial urgences, Mars 2001, pp.99-146.

Ainsi, après validation de la fiche de missions et de structure par la commission de surveillance de l'Hôtel Dieu (équivalent du Conseil d'Administration des hôpitaux du régime général) le 12 mars 1999, la Commission médicale d'établissement de l'AP-HP (le 14 décembre 1999) et le Conseil d'Administration de l'AP-HP (le 17 décembre 1999) ont entériné le statut du service des urgences ainsi que son intégration dans une fédération d'activités médicales associées. En même temps que le service se structure, sa mission est reconnue par le CROS d'Ile-de-France qui lui délivre une autorisation (UP) le 02 juillet 1999 tout en soulignant la double vocation de l'Hôtel Dieu comme établissement de proximité et de pôle d'excellence en chirurgie ophtalmologique et gynécologique, en cancérologie et en endocrinologie-métabolisme. Pour améliorer la qualité de la prise en charge par l'unité, des lits porte sont ensuite créés en 1999 par cession du service de chirurgie, cinq tout d'abord en juin 1999 puis quatre supplémentaires le 18 octobre 1999 et enfin 12 au total dont trois lits de surveillance rapprochée.

En 2000, le professeur Couturier, chargé par le Directeur général d'une analyse prospective sur l'évolution des activités médicales de l'établissement, conclut au nécessaire renforcement des pôles de proximité (développement des activités de consultations et des liens avec la ville), orientation qui fut inscrite dans le projet médical de l'Hôtel Dieu pour 2001-2004. C'est donc logiquement que la restructuration des UMC figure désormais parmi les priorités institutionnelles. Cette priorité se concrétise en 2001 par la poursuite de la structuration du service (les UMC sont placées sous la responsabilité d'un PU-PH depuis avril 2001) accompagnée d'un projet de réorganisation architecturale. Ces deux événements sont l'occasion d'une réflexion sur le fonctionnement, les missions et le positionnement du service au sein de l'hôpital que le présent document développe.

Le choix de ce sujet a résulté de plusieurs facteurs. Présentant un intérêt stratégique majeur pour l'hôpital, il pouvait trouver rapidement sa traduction et son utilité pour celui-ci car parfaitement ancré dans la mise en œuvre du projet d'établissement. Il présente en outre l'intérêt de permettre une approche transversale du fonctionnement de l'établissement. L'intérêt personnel pour les urgences tient en effet à leur rôle d'interface entre la ville et l'hôpital. Au cœur de l'activité hospitalière, les urgences sont en lien direct avec l'ensemble de l'hôpital et sont le lieu où se cristallisent toutes les difficultés de fonctionnement du reste de l'établissement. Les urgences permettent ainsi d'aborder, à partir d'un projet relativement technique, une problématique de fond qui concerne l'ensemble de l'activité hospitalière. A travers l'étude des urgences se trouve posée la question de la vocation d'un CHU hyperspécialisé auquel on confie une activité de proximité. De plus, l'extrême diversité des situations rencontrées en fait un service passionnant.

Le sujet est par contre trop vaste pour permettre une analyse exhaustive. Ainsi l'étude s'ouvre à l'entrée du service, ne prenant pas en compte la gestion pré-hospitalière des flux. Seule la question de la gestion des flux des patients arrivés aux urgences est abordée. De plus, seules les UMC de l'Hôtel Dieu sont considérées, les urgences médico-judiciaires (UMJ) étant exclues de l'étude car elles font l'objet d'une opération de restructuration distincte. De plus, elles relèvent d'une problématique tout à fait spécifique. Les urgences ophtalmologiques également prises en charge à l'Hôtel Dieu ne seront qu'évoquées car actuellement situées en un point différent de l'établissement. Elles ne seront abordées que sous l'angle du projet d'intégration de leur prise en charge de nuit au sein des UMC. Enfin, la problématique des ressources humaines fait par ailleurs l'objet d'une analyse institutionnelle approfondie dans le contexte actuel de réduction du temps de travail.

Est par conséquent étudiée la gestion des flux de patients au sein et en aval du service des UMC, dans ses aspects organisationnels et architecturaux, dans le but de servir de base de réflexion au projet de restructuration.

Pour ce faire, le recours combiné à divers outils fut nécessaire :

- l'analyse de textes, rapports, articles,
- l'analyse des plaintes des patients des UMC afin de connaître en négatif leurs attentes,
- l'observation au sein du service ponctuée d'entretiens avec les agents,
- des rencontres avec les chefs de service et cadres supérieurs des services partenaires des urgences,
- une analyse comparée de huit services d'urgence sous forme de visites et/ou entretiens.

L'analyse des flux de patients aux UMC de l'Hôtel Dieu a tout d'abord permis de cerner les besoins et de mettre en évidence les dysfonctionnements (Chapitre I). Une approche générale de cette question de gestion des flux a ensuite permis de recenser les freins mais aussi et surtout de dégager les leviers d'améliorations possibles notamment développés dans certains établissements (Chapitre II). Ceux-ci furent ensuite mis à l'épreuve des caractéristiques et des contraintes de l'Hôtel Dieu afin de proposer des pistes pour la nouvelle organisation spatiale et fonctionnelle des UMC (Chapitre III).

Chapitre I. Connaître les flux de patients pour cerner les besoins

Une bonne compréhension de la dynamique des flux doit précéder toute définition de programme. Le Professeur Papon, chef de service des urgences de l'Hôpital américain de Neuilly-sur-Seine et porte-parole de la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU) et du Syndicat des urgentistes hospitaliers (SUH), interrogé sur l'organisation type d'un service d'urgence, répond qu'un service idéal est celui qui est en mesure de répondre aux besoins spécifiques de son public. Avant toute réflexion sur l'organisation souhaitable pour le service d'urgence de l'Hôtel Dieu, il convient donc de procéder à l'analyse détaillée des flux de patients (A) avant de décrire la réponse apportée aujourd'hui par le service (B).

A. Les flux de patients aux UMC, une activité spécifique ?

L'analyse des flux de patients repose sur la définition préalable des indicateurs adaptés. Les données quantitatives permettent de décrire les variations dans le temps de ces flux mais doivent être complétées par des éléments de description qualitative.

L'analyse quantitative et qualitative de l'activité des UMC de l'Hôtel Dieu fait ressortir une évolution proche de la tendance générale des services d'urgences d'une part mais également des spécificités importantes d'autre part.

Les sources d'information utilisées pour cette analyse sont de trois ordres, les données issues du logiciel de comptabilisation de l'activité au niveau de l'établissement (GILDA pour les données d'hospitalisation et GILDA Traitements externes pour les consultations), les données centralisées par l'AP-HP (notamment un rapport relatif à l'activité des urgences en 1999) et le récent logiciel informatique de gestion des flux de patients installé fin janvier 2001 aux UMC (URQUAL). La mise en perspective des données est rendue délicate par la dispersion et l'hétérogénéité de ces sources d'information. C'est pourquoi, tous les aspects de l'activité n'ont pas pu être étudiés sur les trois années de référence, 1999, 2000 et 2001, les données disponibles pour 1999 (grâce au rapport relatif aux urgences) et 2001 (grâce au logiciel URQUAL) étant plus détaillées sur certains aspects.

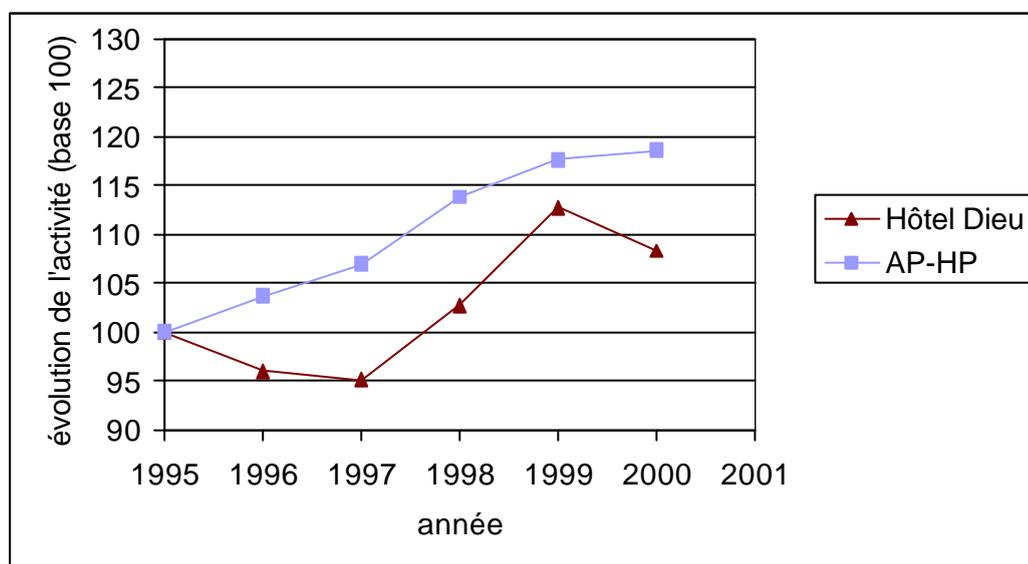
1. Analyse quantitative des besoins

1.1. Evolution globale de l'activité des UMC

Tableau I-1 : Evolution de l'activité des urgences à l'AP-HP²

Evolution 1995/2000	
Passages Hôtel-Dieu	8%
Passages adultes AP-HP	15%
Passages adultes AP-HP périphérie	27%
Passages adultes AP-HP Paris intra-muros	10%
Passages adultes zone Ouest	2%
Passages adultes dép. 75	10%

Graphique I-1 : Evolution de l'activité des urgences à l'Hôtel-Dieu et à l'AP-HP



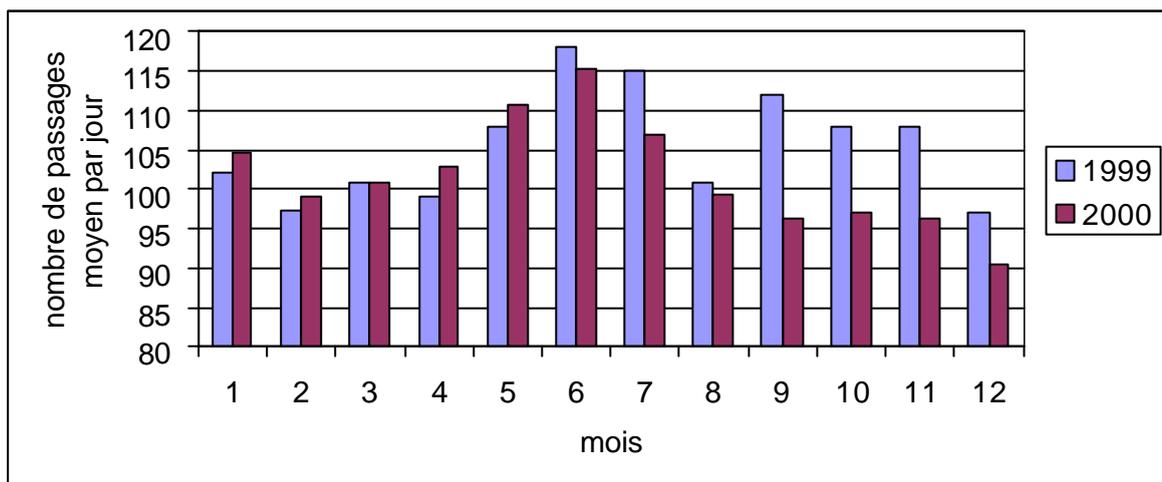
En 2000, les UMC ont enregistré 37 044 passages (101 passages par jour), soit une progression de +8 % depuis 1995. Comparée à l'augmentation du nombre de passages aux urgences de l'ensemble de l'AP-HP (+16% entre 1995 et 2000), cette évolution semble défavorable à l'Hôtel Dieu. Toutefois, la complexité du maillage hospitalier francilien rend nécessaire une analyse plus fine à l'échelle des départements et des zones sanitaires parisiennes. Il ne faut en effet considérer que les urgences adultes (+15% sur l'AP-HP), l'Hôtel Dieu ne pouvant recevoir d'enfants. De plus, la forte attractivité des urgences de l'AP-HP (624 616 passages aux urgences adultes en 2000) masque des évolutions très contrastées car la progression a essentiellement bénéficié aux établissements de la

² Point sur les urgences de l'AP-HP, Communication au Conseil d'Administration de l'AP-HP, séance du 29/06/01, 19 p.

périphérie parisienne (+27% entre 1995 et 2000 contre seulement +11% pour les hôpitaux parisiens). Enfin, l'AP-HP distingue quatre zones dans Paris, l'Hôtel Dieu appartenant à la zone ouest. Pour cette zone et sur la même période, l'évolution des passages aux urgences adultes est de +2%, sans prendre en compte toutefois les nombreuses modifications de l'offre hospitalière.

La densité du tissu sanitaire parisien rend les hôpitaux inter-dépendants vis-à-vis de l'évolution d'activité de leurs voisins. Ainsi les restructurations décidées ces dernières années en conformité avec le SROS urgences d'Ile-de-France³ ont bouleversé le paysage hospitalier de Paris intra-muros. 1999 et 2000 représentent des années charnière pour la situation des urgences à Paris avec la fermeture de quatre sites d'urgences, Laennec (15/06/99), Rothschild (01/10/99), R. Poincaré (01/04/00) et Boucicaut (06/11/00) et l'ouverture de l'Hôpital Européen Georges Pompidou début 2001. L'activité de l'Hôtel Dieu a subi les effets de ces restructurations qui ont généré une hausse d'activité fin 1999 comme l'illustre le graphique suivant.

Graphique I-2 Variations mensuelles d'activité aux UMC en 1999 et 2000



L'activité de l'Hôtel Dieu a de plus subi les pleines conséquences de ses propres restructurations. Premièrement, le service de gynécologie obstétrique a fermé le 01/03/01. Ensuite, le transfert de l'activité de chirurgie orthopédique en septembre 2000 à Cochin, contre l'arrivée de l'activité de chirurgie thoracique a un impact considérable sur les UMC. En 1999, 30% des passages aux UMC relevaient de la chirurgie orthopédique dont 42 % amenés par les transporteurs institutionnels ou par transport privé. L'ensemble des transports institutionnels orientent désormais les patients concernés vers le service d'accueil d'urgence de Cochin ce qui correspond à une diminution de 13 à 14 patients par jour pour

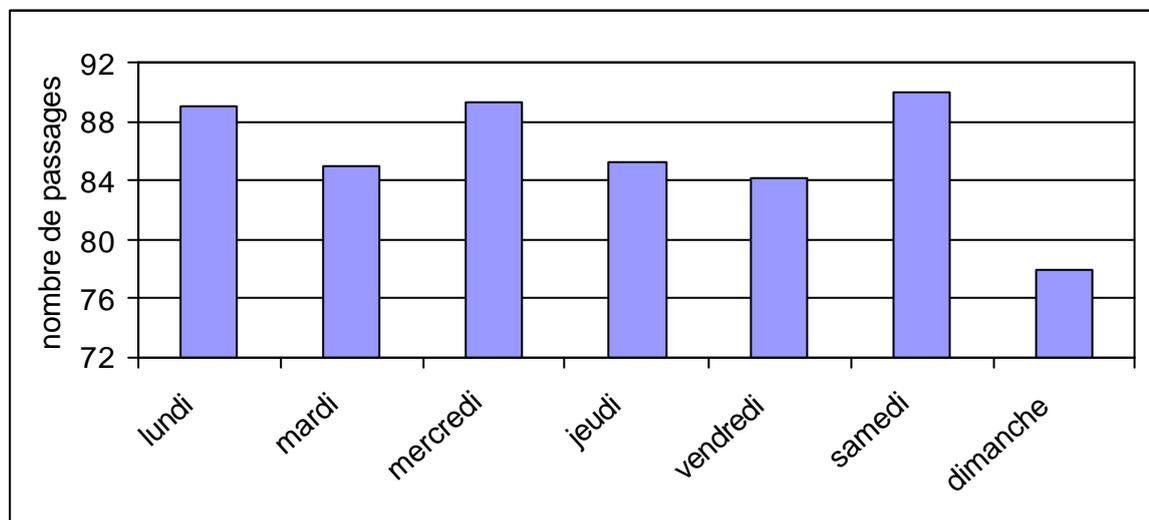
³ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire relatif à l'accueil et au traitement des urgences en Ile de France, arrêté du 12 octobre 1998

l'Hôtel Dieu. De plus, certains des patients venus seuls sont orientés vers Cochin dans le cadre du contrat de relais conclu entre les deux établissements. Cette baisse d'activité n'est pas compensée par la chirurgie thoracique, discipline qui ne comporte presque pas de cas d'urgence. Ceci est donc défavorable à l'établissement d'autant plus qu'il est raisonnable de penser que les adresseurs institutionnels peuvent prendre l'habitude d'orienter les patients vers un service dont ils sont satisfaits et se détournent du premier. Le Graphique I-2 met en relief l'impact du départ de l'orthopédie puisqu'à partir de septembre 2000, l'activité reste très inférieure à l'année précédente.

1.2. Variations infra-annuelles d'activité

L'activité doit ensuite être étudiée en fonction des mois de l'année, des jours de semaine et des heures. L'analyse des variations mensuelles est rendue délicate par l'important écart qui existe entre 1999 et 2000 (Graphique I-2). Il faut faire abstraction de la fin de l'année. Toutefois, deux tendances se dégagent. Pendant les trois premiers mois de l'année, l'activité reste stable, pour augmenter rapidement à partir du mois d'avril, juin étant le pic relatif. L'explication semble résider dans l'importance de l'activité touristique. Le mois d'août se caractérise par une faible activité, probablement du fait des congés des franciliens.

Graphique I-3 Activité des urgences par type de jour (Février - Juin 2001)*

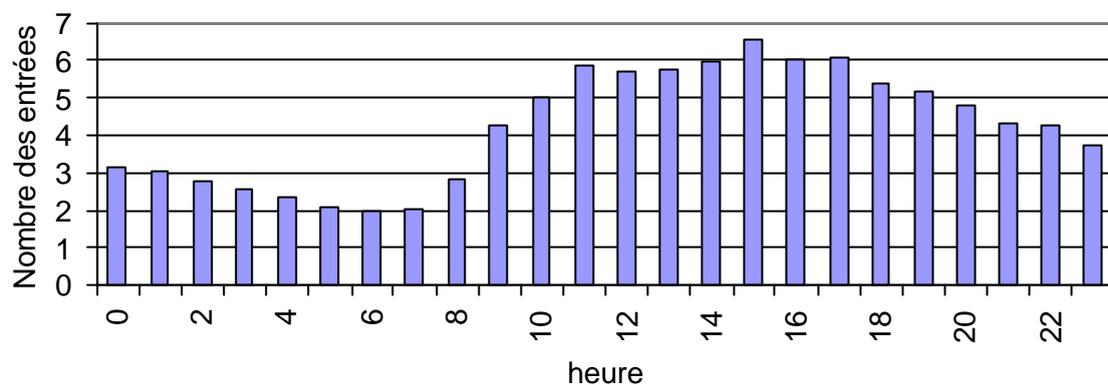


* Données URQUAL

Le Graphique I-3 présente les variations de flux de patients selon les jours de semaine. Trois pics d'activité apparaissent, les lundis, mercredis et samedis. L'importance du flux de passages les lundis s'explique par le fait que certains patients attendent le début de la semaine pour consulter, en espérant que leur problème se règle pendant le week-end. A l'inverse, certains patients consultent en urgence le samedi car ne souhaitent pas attendre la

fin du week-end. Contrairement à l'idée préconçue, l'activité est réduite le dimanche. Le recours au service des urgences ne semble donc pas uniquement lié à la non disponibilité des médecins de ville et à la fermeture des cabinets médicaux puisque les pics se situent en semaine. Le motif du recours à l'urgence est donc à rechercher ailleurs. Dans son ouvrage, Jean Péneff, montre en effet, que le recours aux services d'urgence révèle un changement culturel dans le rapport de l'individu à la santé plus qu'il ne résulte du désengagement des médecins de ville⁴.

Graphique I-4 Flux des entrées par heure (Février - Juin 2001)*



* Données URQUAL

Concernant les flux selon les heures, le Graphique I-4 met en évidence différentes phases de façon très nette :

- jusqu'à 6 h – 7 h. du matin, les entrées diminuent avec le levé du jour ;
- les entrées progressent ensuite jusqu'à atteindre un pic à 11 h ;
- elles déclinent ensuite légèrement en début d'après-midi pour rapidement remonter jusqu'à 16 h, deuxième pic de la journée ;
- enfin, les entrées diminuent jusqu'à minuit.

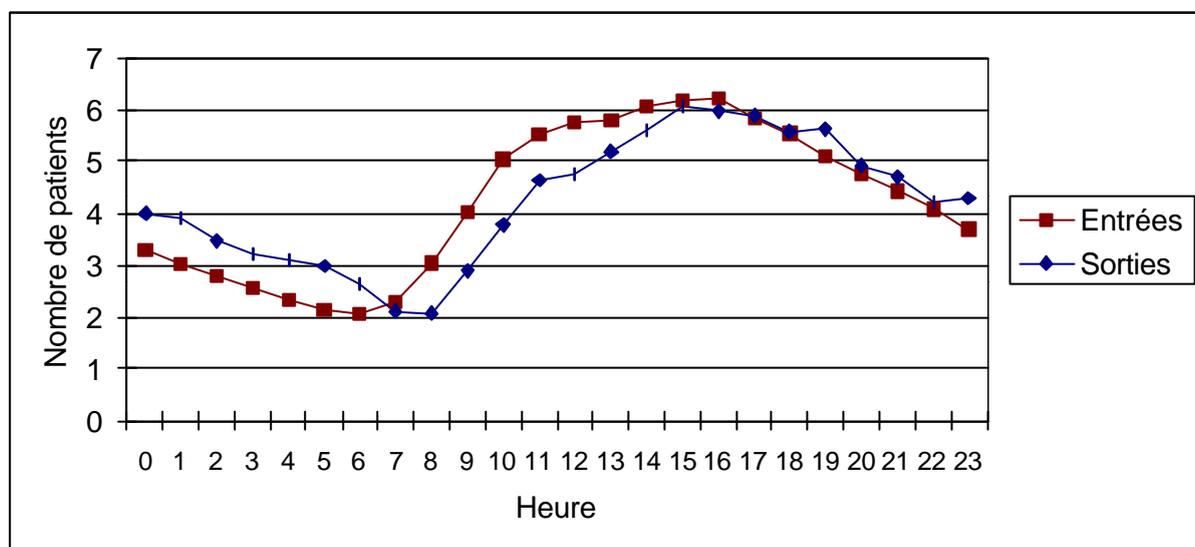
Ainsi, la moitié des entrées enregistrées sur une journée est concentrée entre 10 h et 19, période pendant laquelle le service accueille au moins cinq nouveaux patients par heure.

Il est intéressant de noter que l'amplitude du nombre d'entrées par heure est considérable. En effet, de février à juin, la moyenne se situe à 4.24 entrées par heures, avec comme seuil minimum 2 entrées par heures et seuil maximal 6 passages par heures mais en valeur absolue le nombre d'entrées oscille entre 0 et 10 patients par heures. Ces écarts sont source de difficultés de gestion pour le service.

⁴ Peneff J., *Les malades des urgences, une forme de consommation médicale*, Paris : Ed. Métailié, 2000, 190p.

Une étude réalisée entre le 01/03/1996 et le 01/03/1997 a mis en évidence que 78% des patients arrivés par leurs propres sont accueillis entre 7 heures et 21 heures, alors que seulement 66% des patients arrivés par transporteurs sont recensés sur cette même plage horaire. Entre 7 heures et 21 heures, le service doit donc absorber 63% de l'activité (qui concerne des patients plus légers que la nuit). Une analyse détaillée de l'activité entre janvier et octobre 1999 sur la répartition des arrivées par discipline et par tranche horaire a de plus montré qu'un tiers des passages enregistrés sur une journée se concentre entre 13 et 18 heures.

Graphique I-5 : Entrées et sorties par heure (Février - Juin 2001)*



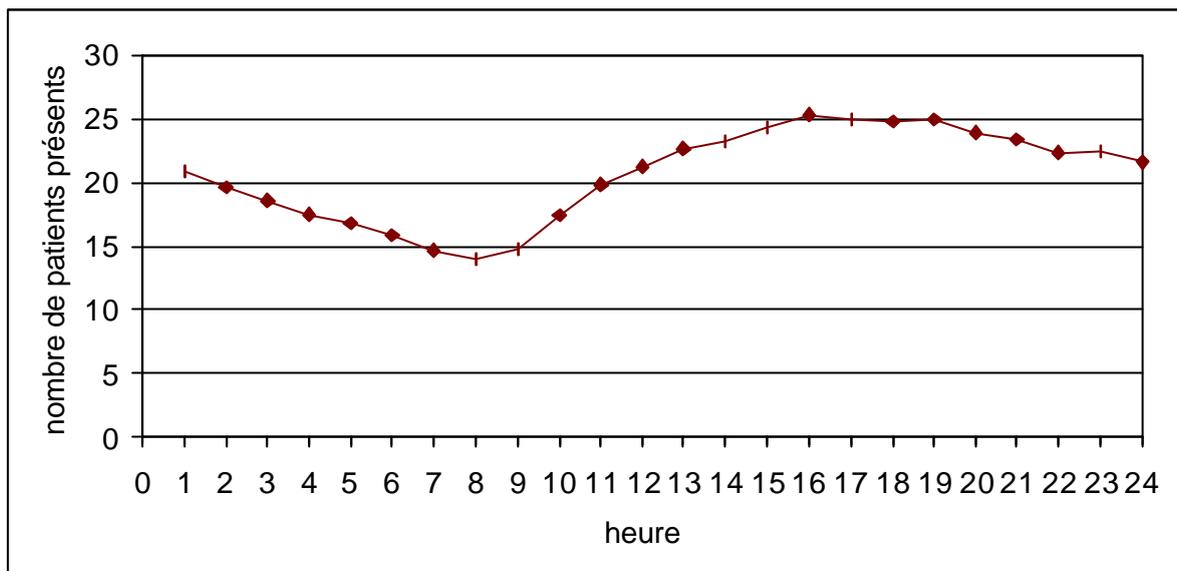
* Données URQUAL

Cette analyse est à relier au flux des patients présents par heure dans le service qui témoigne du taux d'occupation de celui-ci (Graphique I-5).

Le décalage entre les deux courbes traduit la présence des patients dans le service. Jusqu'à 7 heures, le service se désemptit puisque les sorties sont plus nombreuses que les entrées. Par contre, la tendance s'inverse jusqu'à 17 heures, le service devant prendre en charge toujours plus de patients. La capacité d'absorption du service apparaît relativement élevée car les deux courbes sont presque parallèles tout au long de la journée malgré des difficultés entre 11 et 13 heures.

Le Graphique I-6 met en évidence le taux d'occupation du service. A partir de 11 heures, plus de 20 patients sont présents et ce jusqu'à 01 heure du matin.

Graphique I-6 : Présence moyenne par heure au urgences (Février - Juin 2001)



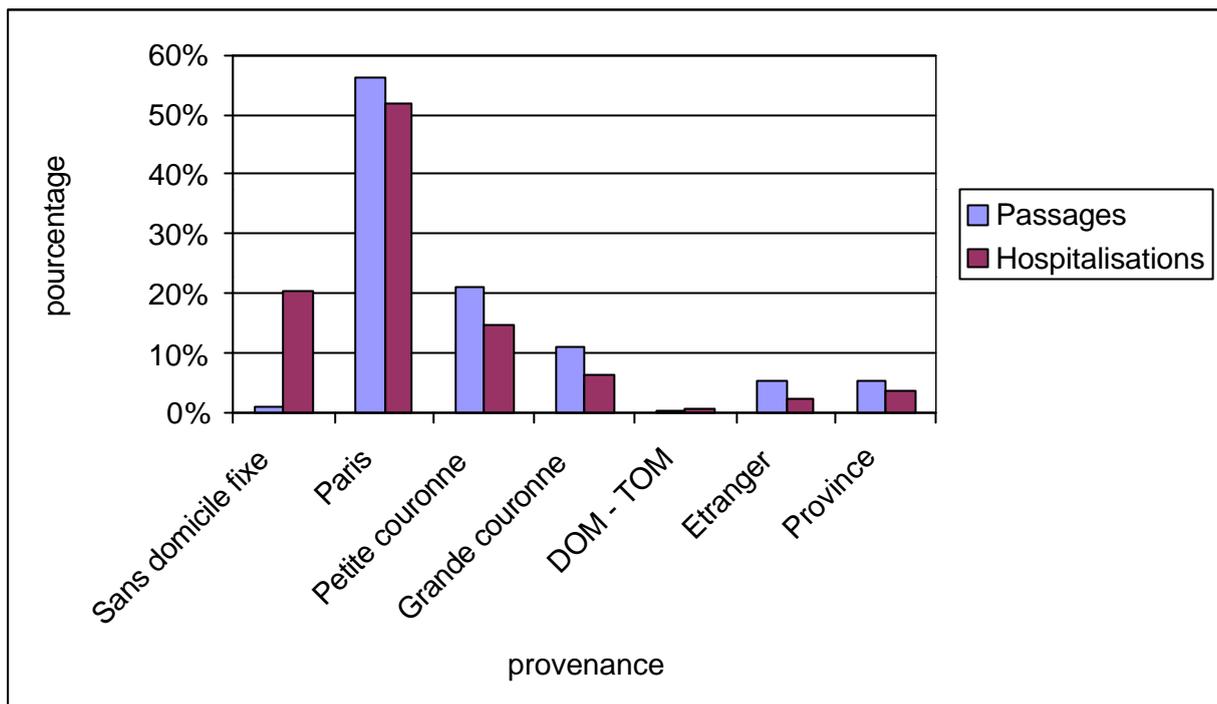
2. Analyse qualitative de la demande : des urgences de proximité

La vocation d'hôpital de proximité de l'Hôtel Dieu apparaît à travers divers éléments, l'origine géographique des patients, la répartition des passages par discipline et le degré d'urgence des passages. Les trois premiers points concernent les patients accueillis à l'unité d'accueil, de soins et d'orientation, le dernier décrit quant à lui le profil des patients accueillis en unité d'hospitalisation de très courte durée.

2.1. L'origine géographique des patients

L'analyse de l'origine géographique des patients reflète la vocation de proximité de l'Hôtel Dieu mais résulte également de sa position géographique. Dans l'ensemble, l'Hôtel Dieu a un fort recrutement parisien et dessert les neufs premiers arrondissements de Paris. Le rôle de proximité apparaît notamment pour les UMC. En 1999, plus de 50% des passages aux urgences concernaient des patients domiciliés dans Paris intra-muros et 77% si l'on ajoute ceux de la petite couronne. Parmi les parisiens, près de 38% habitent dans les quatre premiers arrondissements de Paris et 48% dans les six premiers, ce qui témoigne d'une attractivité très localisée. Toutefois, la localisation géographique de l'établissement, à la croisée des moyens de transport, au cœur de la ville explique l'importante variété du recrutement.

Graphique I-7 : Provenance géographique des patients des UMC en 1999

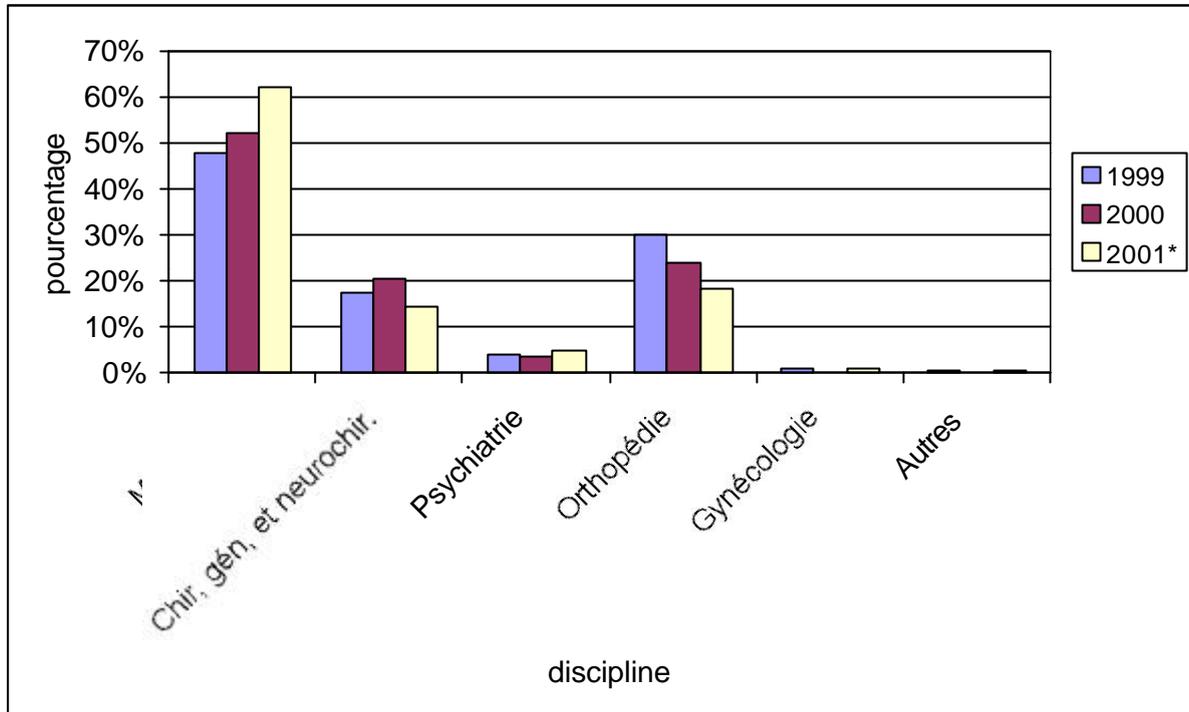


L'analyse des flux sous l'angle de l'origine géographique fait en outre apparaître deux spécificités du service des urgences de l'Hôtel Dieu.

- Les touristes sont nombreux. Les patients étrangers représentent 5.4% des passages en 1999, contre seulement 2% en 1998 et 5.4% des patients sont domiciliés en province. La localisation de l'Hôtel Dieu, au cœur du centre historique et touristique de Paris explique cette caractéristique de l'activité. Ceci n'est pas sans poser des problèmes de communication entre les agents du service et les patients.
- Les patients en situation de précarité sont également plus nombreux d'année en année. L'importance que prennent ces patients n'est pas sans soulever de débats quant à l'organisation de leur prise en charge, d'autant plus qu'ils représentent près 21% des hospitalisations réalisées dans le service. Ces patients restent donc plus de temps au sein du service et sont placés en hospitalisation de très courte durée. Ce point sera débattu dans la troisième partie.

2.2. La répartition des passages par discipline : une forte demande en médecine

Graphique I-8 : Typologie des passages par discipline



* Sur la base des données URQUAL de Février à Juin 2001

L'activité des UMC est caractérisée par la forte proportion des patients relevant de la médecine, proportion qui ne cesse de croître (62% des passages sur les cinq premiers mois de 2001) au détriment de la part des passages en chirurgie. La diminution des patients relevant de l'orthopédie et de la gynécologie s'explique par les restructurations internes.

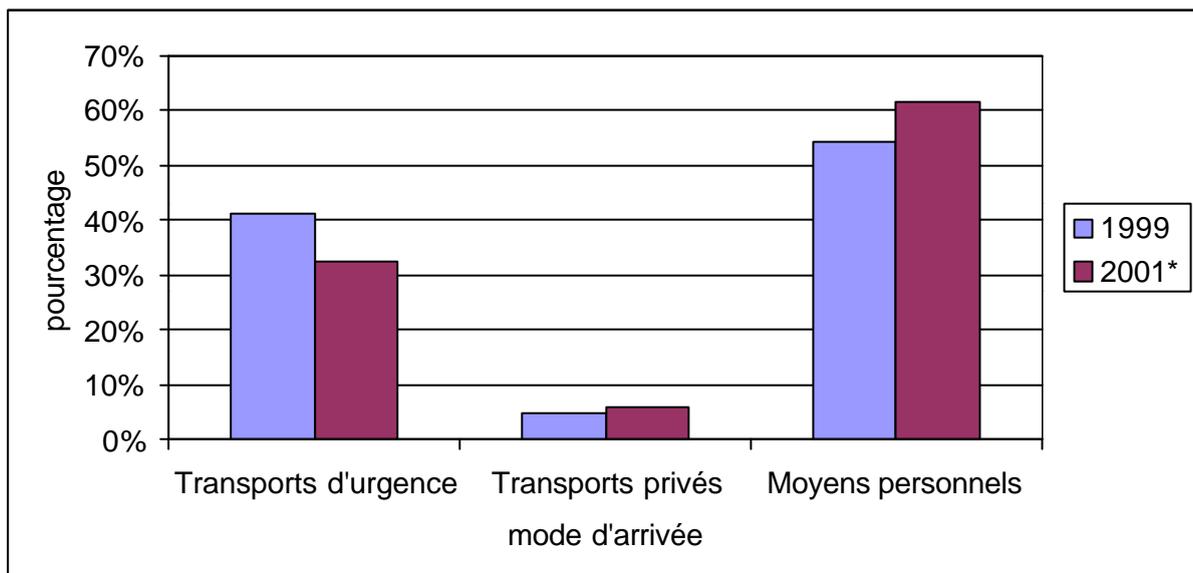
2.3. Le degré d'urgence : une demande de consultations

L'appréciation du degré d'urgence est essentielle car elle renseigne sur la charge de travail et la durée probable du passage. La classification GEMSA (groupe d'étude multicentrique des services d'accueil) établie par la Commission de médecine d'urgence de la société de réanimation de langue française, repose sur le mode d'admission et le mode de sortie. Les patients sont classés par le médecin, l'infirmière ou la secrétaire médicale lorsque la décision médicale est prise. Chaque GEMSA correspond à un profil de prise en charge médico-infirmier intéressant en terme de flux car il traduit à la fois la durée du passage, le nombre d'intervenants et le nombre d'actes complémentaires réalisés. Facilement reproductible, elle repose en outre sur des critères classants simples.

Un autre indicateur du degré de gravité est la répartition des passages selon la classification CCMU. La classification clinique des malades des urgences proposée par l'association pour la recherche aux urgences repose sur la présomption du médecin sur les soins nécessaires au patient pendant son séjour aux urgences. Les soins pris en compte comportent l'investigation, les actes thérapeutiques ou les gestes de réanimation réalisés au sein du service. Les patients sont classés dès après l'examen médical. Cette classification semble moins intéressante du point de vue de l'étude des flux car elle correspond à un classement médical.

La répartition des passages selon les classifications GEMSA et CCMU n'étant pas disponible dans l'établissement, le degré de gravité des passages aux UMC de l'Hôtel Dieu a dû être étudié de façon détournée. Les outils retenus sont le mode d'arrivée et l'orientation des patients car ils constituent des indicateurs fiables du degré de gravité des situations rencontrées.

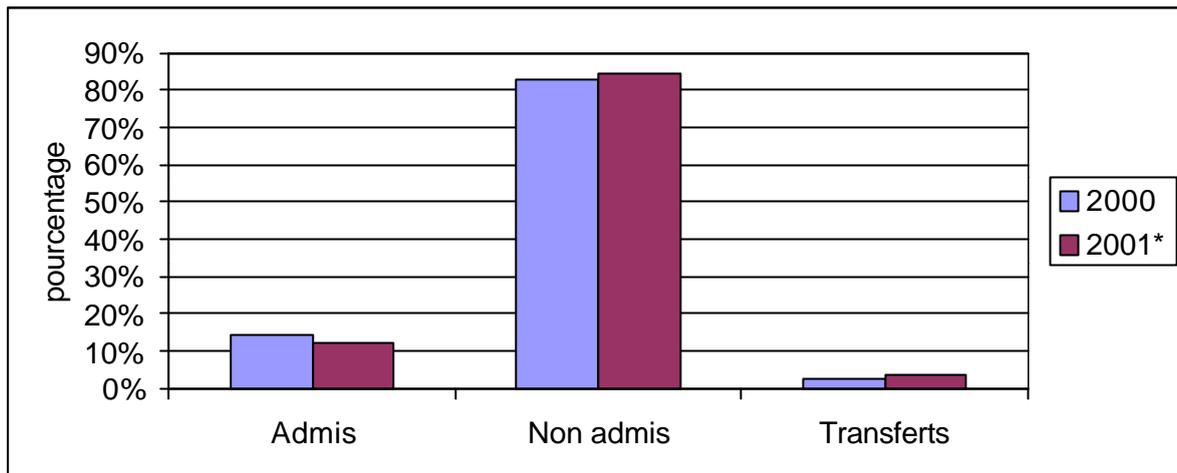
Graphique I-9 : Mode d'arrivée des patients



* Préviation à partir des données URQUAL de Février à Juin 2001

Le transfert de l'activité d'orthopédie explique la moindre importance en 2001 par rapport à 1999 des arrivées par transport d'urgence. Près de deux tiers des patients arrivent aux UMC par leurs propres moyens. De plus, 80% d'entre eux ne nécessitent pas d'hospitalisation.

Graphique I-10 : Devenir des patients des UMC



*Prévision à partir des données URQUAL de Février à Juin 2001

Les urgences de l'Hôtel Dieu remplissent donc essentiellement une fonction de consultation, les patients admis étant toujours moins nombreux.

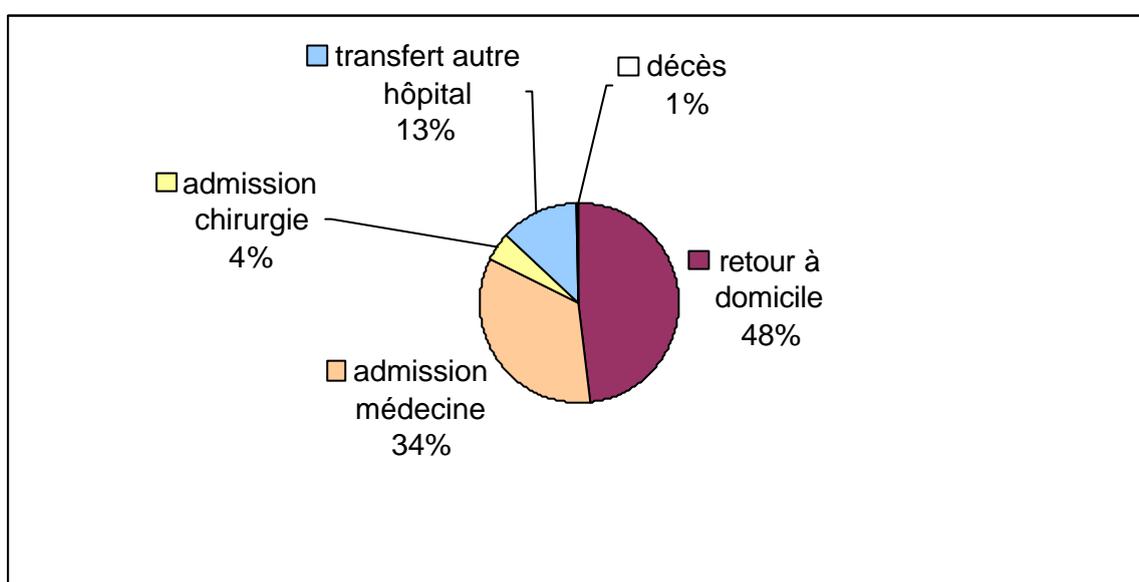
Si la prédominance des passages non suivis d'admissions est un élément commun à la plupart des services d'urgences, l'Hôtel Dieu présente une caractéristique originale en recevant un public spécifique, les gardés à vue et les prévenus. La présence d'urgences médico-judiciaires, jouxtant les locaux des UMC a en effet pour conséquence un nombre important de passages de gardés à vue pour des consultations en urgences ou l'établissement de certificats médicaux. Ces patients représentent 5.26% des passages aux UMC. Ce sont en moyenne 4 à 5 personnes que les forces de l'ordre conduisent chaque jour aux UMC. Or ces patients sont accompagnés d'un équipage (en moyenne quatre personnes) qui suit le patient dans ces déplacements au sein du service et stationne dans la salle d'attente ou devant le box de consultation. Cet élément mérite de faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre du projet de réorganisation du service.

Concernant le devenir des patients, l'évolution de l'Hôtel Dieu est comparable à celle de l'AP-HP. Pour l'ensemble de l'AP-HP, la progression d'activité concerne davantage les patients dont le passage n'est pas suivi d'une hospitalisation que ceux qui seront hospitalisés. En outre, pour ces derniers, le nombre des patients admis dans l'hôpital est stable alors que celui des transferts augmente légèrement.

2.4. Les patients accueillis à l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHCD), un profil différent.

Le profil des patients accueillis à l'UHCD varie sur le plan de leur origine géographique puisque 11% des patients admis à l'UHCD sont sans domicile fixe alors qu'ils ne représentent que 1.1% des passages aux urgences. Leur extrême fragilisation apparaît ici. Le devenir des patients de l'UHCD est lui aussi relativement différent dans la mesure où nombre de patients sont placés en UHCD dans l'attente d'un diagnostic ou d'une hospitalisation. Toutefois, la prépondérance de la médecine ressort à nouveau.

Graphique I-11 : Devenir des patients hospitalisés en UHCD 1999



La durée moyenne de séjour est passée de 1.06 à 1.02 jour entre 1999 et 2000, ce qui reflète une organisation satisfaisante de l'aval. Le service de médecine interne accueille à lui seul 63 % des patients admis dans l'établissement via l'UHCD.

B. L'analyse du circuit des patients

Afin de mettre en perspective l'offre de soins en urgence de l'Hôtel Dieu et la demande analysée au A/, il convient de présenter le circuit du patient avant d'en faire l'analyse critique. Le service des urgences est composé de deux unités fonctionnelles, l'unité d'accueil et de soins (équipé de 6 boxes de soins) et l'unité d'hospitalisation de très courte durée qui comporte 12 lits.

1. Description du circuit

1.1. l'entrée

L'accès au service, situé en rez-de-chaussée, se fait par la rue de la Cité avec entrée dans la cour des urgences lorsque le patient arrive par transport institutionnel. Les patients arrivant seuls accèdent au service par cette même cour (accès par la porte cochère de la cour mais pas d'entrée distincte piétons et véhicules) ou par le hall central d'entrée de l'hôpital, sur le parvis de Notre-Dame. L'entrée dans le service se fait par le sas des ambulances construit en 1991.

Suivant que le patient est valide ou couché, les modalités de prise en charge varient comme le montre le schéma en annexe.

1.2. l'accueil

Le patient est accueilli par un aide-soignant qui effectue l'inscription administrative, crée le dossier et prend les renseignements nécessaires sur la couverture sociale du patient, ensuite invité à patienter.

1.3. IAO

La mise en place de l'IAO est récente car aucun local n'était prévu pour cette fonction malgré les travaux intervenus dans le service en 1991.

L'Infirmier d'accueil et d'orientation reçoit le patient dans un box dédié. Il se renseigne sur le motif de la venue du patient aux urgences, prend ses constantes (pression artérielle, pouls) et classe le patient dans une des quatre catégories suivantes :

- Urgence vitale
- Risque médical à gérer rapidement, urgence relative < 20 minutes d'attente
- Consultation en urgence < 120 minutes d'attente
- Recours à l'hôpital pas justifié, consultation de médecine générale < 240 minutes.

Le patient peut alors être orienté directement vers la radiologie par l'IAO, être envoyé vers la consultation de chirurgie sans rendez-vous (le matin uniquement), être installé dans un box dans l'attente de la prise en charge médicale ou être invité à patienter. La salle d'attente située à l'entrée est distincte de la zone d'attente couchée située dans la zone de traitement.

1.4. la prise en charge médicale

Lorsqu'un box se libère, une infirmière va chercher le patient en salle d'attente ou en zone d'attente couchée afin que le médecin procède à l'examen clinique et fasse les prescriptions.

1.5. les examens complémentaires et les soins infirmiers dans l'attente de la décision

L'infirmière attitrée du patient suit la prise en charge. Peuvent être réalisés des examens biologiques et des examens d'imagerie, source d'attente, en principe dans la salle d'attente ou en zone d'attente couchée.

La décision d'orientation est ensuite prise au vu des résultats de ces examens ou à l'issue d'une période d'observation.

1.6. la décision médicale

Le médecin décide :

- De la sortie, avec retour à domicile
- De l'hospitalisation, en unité d'hospitalisation de très courte durée en lits d'observation ou en lit de surveillance rapprochée ou dans un service de l'hôpital (en principe avant 18h).
- Du transfert du patient pour absence de discipline (la décision est en principe prise plus en amont dès que le patient est vu par l'IAO), absence de lit disponible ou conformément à la volonté du patient.

1.7. Les patients relevant du contrat de relais

Conformément aux textes, un contrat de relais organise les relations entre l'unité de proximité et le service d'accueil des urgences (SAU) le plus proche, celui de l'hôpital Cochin. Ce contrat précise les modalités de transfert de l'UP vers le SAU des patients relevant de l'orthopédie, de la gynécologie et des enfants de moins de quinze ans. Le circuit de ces patients est donc spécifique. La traumatologie légère est prise en charge en interne. Les premiers examens nécessaires sont réalisés dans l'attente du transfert et afin de gagner du temps sur la prise en charge au SAU. Après accord entre les médecins des deux établissements concernés, le patient quitte ensuite l'Hôtel Dieu avec les résultats des examens effectués, une lettre de l'urgentiste sur le motif de transfert et un accord écrit du patient.

2. Analyse critique du circuit du patient

Le circuit des patients présente deux types de dysfonctionnements, ceux liés aux locaux et ceux liés à l'organisation. Ces dysfonctionnements ont été signalés à l'occasion d'une étude ergonomique réalisée en 1999, qui visait à inscrire la fonctionnalité dans la conception des locaux dans la perspective d'un projet architectural déjà envisagé. Les conclusions de cette

étude ont été complétées à l'issue d'une période d'observation du fonctionnement du service et d'entretiens avec les agents.

2.1. Une organisation architecturale inadéquate, source de nombreux dysfonctionnements

Malgré des travaux réalisés en 1991 au sein du service, les locaux des UMC sont encore aujourd'hui source de nombreuses difficultés.

(1) L'exigüité des locaux

La surface limitée de la cour devait initialement interdire tout stationnement. Or, elle sert de parking pour des véhicules personnels et de lieu de stationnement pour les ambulances, camions de pompiers et véhicules du Samu. L'usage du sas construit en 1991 est rendue impossible. Les patients sont alors descendus des véhicules dans la cour et exposés aux intempéries. Enfin, l'impossibilité pour certains véhicules de secours de pénétrer dans la cour oblige à descendre les brancards des patients dans la rue. L'absence d'entrée dédiée aux piétons et le manque de visibilité présentent un danger .

La petitesse des locaux actuels prive le service de divers locaux logistiques. Aucune pièce d'entretien avec les familles n'existe. De même, aucun box n'est réservé aux patients relevant de la psychiatrie, ceux-ci étant reçus dans un box équipé comme les autres, ce qui pose la question de la sécurité du patient et du personnel. Aucun local d'entreposage des brancards n'existe, ils se trouvent donc dans le sas d'entrée.

La zone d'attente couchée ne suffit pas toujours en surface et conduit à un stationnement très rapproché des brancards, parfois gênant selon le motif du passage (alcoolémie, intoxication médicamenteuse, attente de résultats d'examens...). L'intimité et la confidentialité ne sont donc pas respectées. De plus, le passage des agents du service et des autres patients en est rendu plus difficile.

Enfin et surtout, l'UHCD est isolée et n'est pas contiguë à la zone de traitement contrairement aux recommandations des urgentistes⁵. Elle se trouve en rez-de-chaussée haut alors que la zone de soins est située en rez-de-chaussée bas (cf. plans joints en annexe). L'accès des malades se fait en empruntant la rampe qui descend au service d'imagerie puis l'ascenseur pour monter d'un étage. Cette situation d'éloignement relatif modifie l'utilisation qui est faite de l'UHCD. Coupée géographiquement de sa structure

⁵ Gerbeaux P., Bourrier P., Chéron G., et al., Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place , la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. *JEUR*, 2001, n°14, pp. 114-152.

initiale, sa mission n'est pas toujours respectée. Elle est plus conçue comme une salle d'hospitalisation de transit que comme une zone d'observation.

(2) L'absence de fonctionnalité des locaux.

Le principal problème est la trop grande accessibilité au service, qui favorise la promiscuité. Le service des UMC est en effet un lieu de passage et de rencontre de divers flux de personnes qui ne relèvent pas toujours du service, notamment pour les médecins qui accèdent à la salle de garde et aux chambres de garde en traversant les UMC. Il semble donc nécessaire de fermer l'accès à la zone de soins aux personnes extérieures au service.

Ensuite, la cour des urgences devient la seule porte d'entrée à l'hôpital après 20 heures. Les patients qui souhaitent se rendre aux urgences ophtalmologiques, situées à l'opposé des urgences accèdent à l'établissement par les UMC où l'aide-soignant de l'accueil les oriente. Cette fonction d'orientation est par ailleurs également remplie en journée lorsque les patients n'empruntent pas l'entrée principale et font fi de la signalisation.

Enfin, la caisse des UMC relaie les autres caisses après leur fermeture ainsi que les week-end, ce qui fait remplir au service une autre mission annexe à sa vocation initiale. Les horaires élargis de cette caisse (10h30 –19 h les lundis, mardis, samedis et dimanches, 8h – 20h les autres jours de semaine) lui permettent de relayer la caisse centrale de l'hôpital qui ferme à 16h30 ainsi que la caisse d'ophtalmologie. Le week-end, le gestionnaire reçoit le public venu régulariser et régler les pré-factures des diverses consultations de l'établissement.

Ces difficultés liées à l'organisation de l'accueil du public les soirs, week-ends et jours fériés méritent une réflexion globale à l'échelle de l'établissement, qui dépasse le cadre de ce sujet.

La zone d'accueil et de soins semble inadaptée à différents niveaux. La proximité entre le guichet d'accueil et la caisse nuit à la confidentialité. Les patients sont accueillis debout, derrière une banque relativement haute. Celle-ci garantit la sécurité des agents et du matériel du service mais peut être source de difficultés selon l'état de santé du patient. Une plus grande proximité avec l'agent améliorerait la confidentialité des renseignements donnés lors de l'inscription.

Enfin, la localisation du guichet d'accueil situé entre le box de l'IAO et la salle d'attente entraîne une confusion des rôles entre l'aide-soignant et cette dernière car les accompagnants s'adressent à l'accueil pour être informé sur la prise en charge de leur proche alors que la coordination des relations avec les accompagnants incombe à l'IAO.

L'étroitesse du couloir d'accès au poste d'IAO rend les manœuvres de brancard très délicates. De plus, le stationnement d'un brancard devant le poste empêche la circulation. Le poste de l'IAO ne garantit pas la confidentialité car il n'est pas fermé.

La zone de traitement est ensuite trop visible depuis la salle d'attente et l'accueil. L'observation des agents du service par les patients qui attendent contribue à développer l'impatience et l'agressivité devant l'apparente inactivité ou au contraire l'agitation des personnels. Une séparation plus nette entre les deux zones pourrait contribuer à apaiser le climat en séparant la zone d'activité animée et la zone d'attente.

Ces divers éléments ont conduit à une déclaration de conformité partielle de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) d'Ile-de-France le 10 septembre 1999. Il a été recommandé à l'établissement d'améliorer la configuration des locaux, d'augmenter leur superficie et de créer une zone d'UHCD en continuité du service.

2.2. Les dysfonctionnements liés à l'organisation

Les dysfonctionnements s'observent notamment au niveau des points critiques du circuit du patient, qui sont :

- le passage dans un box pour l'examen médical, car l'organisation actuelle ne permet pas d'absorber les flux d'entrants,
- les examens complémentaires,
- l'aval en cas de décision d'hospitalisation.

➤ Des délais de prise en charge médicale variables

La prise en charge médicale est conditionnée par l'accès à un box d'examen. Leur nombre insuffisant génère des délais d'attente. Les récentes évolutions dans l'organisation du circuit ont toutefois apporté des améliorations. La différenciation des circuits entre filières a disparu à l'automne 2000. Les patients étaient jusqu'alors pris en charge dans deux filières distinctes placées chacune sous la responsabilité d'un attaché, selon qu'ils relevaient de la médecine ou de la chirurgie. Le circuit a ensuite été indifférencié selon le motif de la venue et les six boxes sont désormais polyvalents.

L'objectif est donc de ne pas occuper un box si le patient peut attendre en salle d'attente ou en zone d'attente couchée, contrairement à la conception initiale du service d'urgence de l'HEGP selon laquelle chaque patient devait disposer d'un box dédié pendant la durée de son passage.

La récente mise en place du logiciel URQUAL dans le service ne permet pas encore de mesurer les délais d'attente entre les différentes étapes du circuit. Toutefois, il est certain que les patients peuvent attendre plusieurs heures aux heures d'importante activité,

notamment si le motif de leur venue est bénin. Cette organisation, qui permet à la fois de faire face à l'augmentation du nombre d'entrées et d'assurer une prise en charge adaptée à l'état de santé du malade, est source d'incompréhension auprès des patients qui ne connaissent pas l'organisation et le rôle de l'IAO.

La dernière évolution en cours d'expérimentation aux UMC consiste, pour l'IAO, à appeler un urgentiste référent dans le box afin de prendre en charge immédiatement un patient ne relevant pas de l'urgence. Après un examen médical immédiat, celui-ci peut ressortir avec une ordonnance et/ou un rendez-vous pris chez un médecin de ville par exemple. Cette solution permet de désengorger le service des patients qui relèvent d'une consultation non urgente et qui sont très nombreux.

➤ La mobilisation de l'environnement interne

Le bon déroulement des examens complémentaires prescrits aux urgences est essentiel car il retentit fortement sur le délai d'attente aux urgences. Or la maîtrise de celui-ci échappe aux urgentistes.

Concernant les prélèvements, au délai d'acheminement du prélèvement s'ajoutent le temps intrinsèques de technique et celui nécessaire au rendu du résultat. Les laboratoires sont en mesure de prendre immédiatement en charge les prélèvements en provenance des urgences et les temps intrinsèques d'analyse sont satisfaisants. Mais il est à noter que la présence des équipes de laboratoire n'est pas continue en hématologie puisqu'une plage horaire d'une heure n'est pas couverte entre le départ de l'équipe de nuit à 6 heures et l'arrivée de l'équipe de jour à 7 heures. Les deux autres éléments posent par contre des difficultés. Les prélèvements sont ramassés toutes les demi-heures par un agent de l'équipe « tri labo », sauf les prélèvements très urgents qui sont emmenés par un aide-soignant des UMC. Ils sont ensuite pris en charge dans les laboratoires centraux de biochimie, de microbiologie, d'hématologie et d'anatomo-pathologie. Le délai d'acheminement dépend de l'heure de passage et de la durée de la tournée de l'agent de tri labo. Enfin et surtout, s'ajoute le délai de rendus des résultats. Un minitel installé aux UMC permet de consulter les résultats des laboratoires de biochimie et d'hématologie dès qu'ils sont validés par le technicien de laboratoire. Ils seront ensuite validés par écrit par un biologiste, avec retour par courrier aux UMC. Cette organisation n'apparaît pas optimale au plan juridique et contraint les agents du service à consulter régulièrement le minitel à la recherche des résultats. Ceci n'est en outre pas exempt de risque d'erreurs car les résultats qui apparaissent sont les derniers enregistrés au nom du patient, même s'il s'agit d'un passage antérieur. Les autres laboratoires communiquent les résultats par téléphone.

Concernant la radiologie, le délai d'attente provient de la remise simultanée de l'interprétation dactylographiée et des clichés car le délai de réalisation de l'examen semble difficilement compressible.

Les demandes d'avis spécialisé ne sont pas formalisées et dépendent souvent des relations inter-personnelles. En outre, les médecins de spécialité sont en principe à la fois consultants aux urgences et garants des entrées dans leur service de spécialité, position parfois contradictoire.

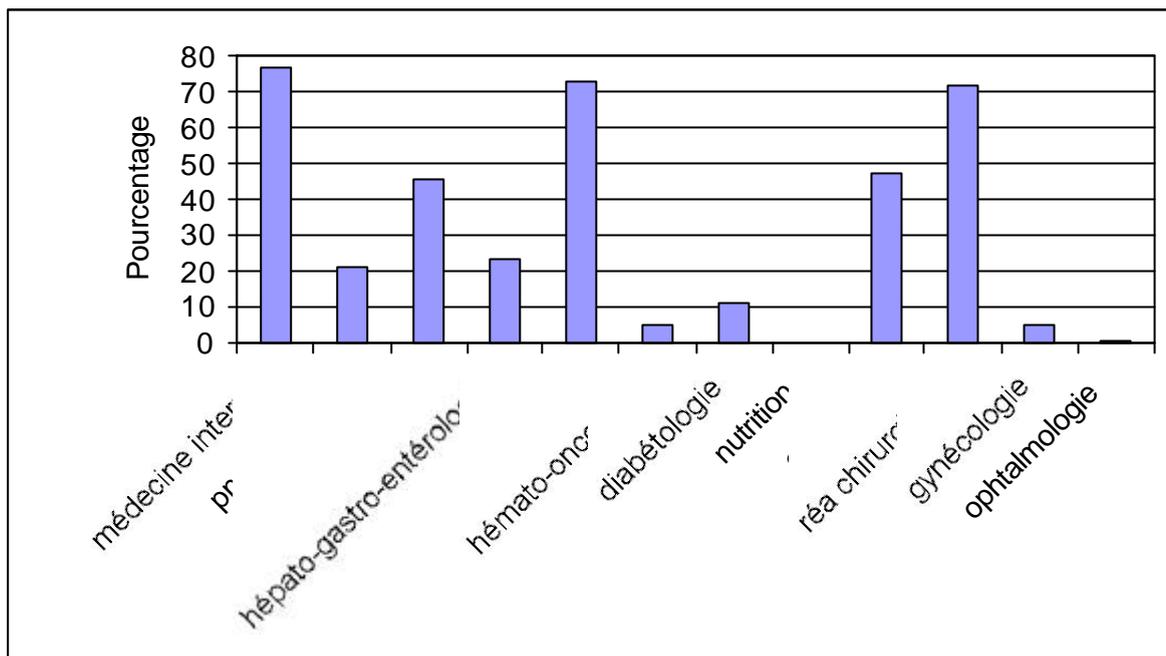
➤ L'accès aux filières d'aval

Enfin, les difficultés rencontrées dans l'aval sont globalement moindres que dans la plupart des établissements. L'insuffisante connaissance des disponibilités en lits en interne est génératrice de délais d'attente. Le recensement des lits disponibles est établi à 16 heures par le service des admissions mais est imprécis et n'intègre pas les réservations de lits pour le lendemain notamment. La gestion horaire des transferts des patients contraint à maintenir les patients dans la zone de traitement et de soins (dans la mesure où les patients ne sont pas hospitalisés en fin d'après-midi pour ne pas gêner les patients du service concerné), à recourir à l'UHCD, voire à décider des hospitalisations inappropriées (non adéquation entre la discipline du service d'hospitalisation et la pathologie). Par contre, la présence d'un service de médecine interne d'une capacité de 46 lits quasiment dédié à l'hospitalisation post-urgence puisque son recrutement se fait à 95 % via les UMC facilite le fonctionnement des urgences. Le chef du service de médecine interne a fait le choix d'adapter l'offre aux besoins immédiats des patients. Cette stratégie constitue un point fort de la prise en charge de l'urgence à l'Hôtel Dieu en limitant les transferts à moins de 3 % en 2000, avec seulement 18% de ceux-ci liés au manque de lits disponibles. L'analyse des transferts met en évidence une légère augmentation en 2001 qui semble liée aux restructurations d'activité qu'a connues l'hôpital au cours de l'année 2000. Sur le début de l'année 2001 en effet, 24,5% des transferts réalisés à partir des UMC de l'Hôtel Dieu concernent l'orthopédie. Or 95,6% des transferts de cette discipline ont pour motif l'absence de spécialité.

L'Hôtel Dieu parvient donc à assurer l'aval avec efficacité.

Les services de l'établissement participent de façon très inégale à l'aval des urgences.

Graphique I-12 Part des admissions via les urgences par service en 1999



Trois services ont un fort recrutement par les UMC, la médecine interne déjà évoquée, la psychiatrie et la réanimation chirurgicale. Par contre, les services très spécialisés comme la diabétologie, la nutrition, l'hématologie ou l'ophtalmologie n'assurent pratiquement pas l'aval des UMC. L'hyper spécialisation de leur activité et leur fonctionnement programmé expliquent cette situation. Toutefois, ces données ne tiennent pas compte des urgences primo-secondaires qui concernent des pathologies spécifiques et sont donc accueillies directement dans ces services sans transiter par les UMC. L'ophtalmologie gère enfin sa propre structure d'urgence.

Les UMC doivent gérer un volume important de patients qui formulent essentiellement un besoin de consultation. Les UMC peinent à assurer leur mission de proximité notamment pour des raisons d'organisation interne mais aussi dans leurs relations avec le reste de l'établissement. La situation de l'Hôtel Dieu traduit ainsi, avec toutefois une force limitée au niveau de l'aval, les difficultés rencontrées actuellement par nombre de services d'urgence. Toutefois, des éléments de solutions existent.

Chapitre II. L'Hôpital schizophrène à la recherche de solutions

Cette deuxième partie est consacrée à l'étude des freins et des facteurs facilitateurs dans la gestion des flux de patients aux urgences.

L'hôpital doit faire face à une contradiction difficilement gérable, concilier sa mission de service public et d'accès à des soins de proximité avec sa mission d'excellence et de recherche médicale (A). A la recherche de solutions par les pouvoirs publics (B) se sont progressivement ajoutées des expérimentations locales, dont certains outils sont généralisables (C).

A. Les urgences, goulet d'étranglement d'un flux en continuelle augmentation

Les services d'urgence sont soumis à deux contraintes dans la gestion des flux de patients, la complexification de leurs missions d'une part, et l'interface avec le reste de l'hôpital d'autre part.

1. Les urgences face à des missions complexes

Les services d'urgence doivent faire face à la fois à l'augmentation de la demande mais aussi à la diversification de celle-ci.

1.1. L'augmentation de la demande

La demande d'urgence ne cesse de croître. En effet, le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a progressés de 43% de 1990 à 1998. En 1999, l'ensemble des services d'urgence ont accueilli plus de 11 millions de patients (dont plus de 10 millions pour le secteur public).

Cette augmentation semble résulter de la combinaison de plusieurs motifs :

- L'évolution de l'organisation des soins entre ville et hôpital.

Le désengagement de la médecine de ville dans la permanence des soins est croissant. L'article 77 du code de déontologie crée obligation pour tout médecin de participer aux tours de garde afin d'assurer aux usagers la permanence des soins. Toutefois, plusieurs facteurs contribuent au désintérêt des médecins généralistes pour les tours de gardes et les permanences de soins, notamment l'insécurité, la diminution du nombre de généralistes surtout dans les grandes villes et la diminution concomitante du nombre de remplaçants mais aussi l'aspiration des médecins à une meilleure qualité de vie. Enfin, un dernier facteur explicatif est le défaut de valorisation de l'exercice en urgence. Le difficile accès au secteur libéral expliquerait selon J. Peneff⁶ que 40% des passages aux urgences se concentrent aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Toutefois, il a été souligné que ce n'est pas le cas pour l'Hôtel Dieu. D'autres raisons existent donc.

➤ De nouveaux comportements

L'augmentation des passages aux urgences témoigne en outre de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins, notamment l'absence de médecin traitant et la priorité accordée au contact direct et rapide avec l'urgentiste. Une personne sur cinq venues aux urgences n'a pas de médecin traitant. Certains patients évoquent le moindre coût des urgences. Mais le recours aux urgences n'est pas nécessairement effectué par défaut. En effet, un autre motif semble être le confort lié à l'accessibilité (distance faible et ouverture permanente) et à la possibilité d'accéder rapidement au plateau technique. La perception des urgences comme lieu de technicité et d'efficacité rejoint enfin le désir de sécurité.

Ces derniers arguments semblent particulièrement intervenir dans les grandes agglomérations comme à Paris où 14% des usagers des urgences déclarent les utiliser comme source régulière de soins⁷. A Paris, Lyon, Marseille et Bordeaux, le taux d'hospitalisation après passage aux urgences n'atteint que 14%.

Tout ceci contribue à la substitution des urgences à la médecine de ville.

1.2. *La diversification de la demande*

Un nouveau rapport à l'urgence s'est développé qui modifie le profil des patients. Les services d'urgence sont confrontés à une diversification de la demande du fait du caractère composite des clientèles et de l'hétérogénéité des comportements.

J. Peneff identifie deux catégories principales de patients, ceux qui sont peu consommateurs de soins d'urgence et qui y recourent pour des problèmes graves et une frange très

⁶ Op. cit. 4

⁷ Lang T., Davido A., Diakité B., et al., Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgence médicale et à leur fonction « dispensaire », *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, 1998, 3, pp.72-78.

consommatrice. L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes a mis en évidence la part importante de ce dernier public. Les jeunes et jeunes adultes adoptent ainsi une attitude spécifique vis-à-vis des urgences par des recours fréquents et répétitifs. Ils ont tendance à faire des urgences leur médecin traitant.

Par contre, les personnes à faible revenu et faible niveau de diplôme, en situation de précarité ou isolées sont un public important mais dont le niveau global de consommation de soins est inférieur à la moyenne. Plusieurs facteurs apparaissent pour ces populations, le niveau de couverture maladie, l'absence de médecin traitant.

A l'opposé, de nombreux passages correspondent à une demande de soins facilement accessibles et le recours à l'urgence relève d'une logique de confort. J. Peneff note que les urgences représentent le mode de consommation médicale privilégié des citadins et souligne l'influence de la densité de l'offre sur le comportement consommateur des patients. La prévalence des consultations pour motifs non urgents est estimée entre 32 et 35% à Paris. « Les patients ont tendance à considérer que l'hôpital peut prendre en charge tous leurs problèmes médicaux et sociaux »⁸. L'évolution de la perception sociale de l'urgence et du temps a contribué à modifier les comportements et explique cette prédominance de l'urgence ressentie. Ces patients ont un degré d'exigence élevé vis-à-vis du service en matière de délai d'attente et de qualité des actes. Le public a évolué et souhaite être informé. Cela s'explique essentiellement par le fait que les patients disposent désormais d'une information large sur les maladies et les choix thérapeutiques possibles. L'évolution du concept de patient vers celui de client dans une société où la santé entre dans le domaine de la consommation a une influence. « Les urgences sont consommées comme n'importe quel service, et le même malade qui accepterait de patienter plusieurs heures au cabinet de son médecin généraliste s'offusque de devoir attendre aux urgences d'un hôpital un service qui lui semble être dû »⁹.

Il en résulte une évolution des missions des services d'urgence.

➤ Une étude de prévalence effectuée dans le cadre du réseau sentinelle urgences le 20 mars 1997 par 206 sites d'urgences a permis d'étudier la file active des patients reçus dans ces services. Il ressort de cette étude qu'en moyenne seul un tiers des patients est hospitalisé via les urgences. Bien que la traumatologie représente près de la moitié des passages, il s'agit essentiellement de petite traumatologie ne justifiant pas d'hospitalisation.

⁸ Peltier C. Comment assurer la continuité des soins, Bulletin de l'ordre des médecins, Septembre 2000, pp.10-12.

⁹ Op. cit. 4

Environ 70% des patients accueillis aux urgences quittent donc le service après une simple consultation ou une période de brève observation. Les problèmes psychiatriques, sociaux et traumatologiques sont prédominants pour ces patients qui requièrent un diagnostic et une orientation très rapides ainsi qu'une habitude des gestes techniques traumatologiques.

L'afflux des consultants ne permet toutefois pas de les apparenter tout à fait à des dispensaires. L'existence du plateau technique, la technicité requise pour l'établissement des diagnostics et le degré d'exigence des patients rend leur mission beaucoup plus délicate. S'ajoutent à cela des patients qui nécessitent des soins plus complexes.

➤ Dans environ 25% des cas, l'état du patient nécessite une hospitalisation sans qu'une mesure de réanimation soit indispensable. Cela concerne principalement des patients âgés, des personnes porteuses de multi-pathologies ou nécessitant des soins lourds. Pour ces personnes, le service doit établir rapidement le diagnostic, décider l'orientation et engager la démarche thérapeutique.

➤ Enfin, seuls 3 à 5% des malades accueillis aux urgences souffrent de détresse vitale. Pour ces patients, les urgentistes doivent effectuer la réanimation initiale jusqu'au transfert en soins intensifs ou au bloc opératoire.

Ces trois situations sont intriquées, ce qui nécessite un effort constant d'adaptation des pratiques des personnels en fonction de l'affluence et du degré d'urgence. La pratique de l'urgence par les médecins urgentistes s'est donc complexifiée.

2. Les urgences antagonistes de l'hôpital.

Les services d'urgence sont souvent placés en porte-à-faux par rapport au reste de l'hôpital. D'une part, l'urgence repose sur une perception du temps qui diffère des autres services. De plus, elle relève d'une logique de proximité très éloignée de la logique de spécialité médicale du reste de l'établissement.

2.1. Des unités de temps différentes

Les entretiens réalisés avec les partenaires hospitaliers du service des urgences ont fait apparaître des perceptions différentes de l'urgence et du temps. Si les agents des urgences estiment que les examens demandés pour leurs patients sont prioritaires et doivent être réalisés immédiatement, les contraintes de chaque activité et discipline conduisent à des délais parfois mal compris et pourtant incompressibles.

Les laboratoires de microbiologie et d'anatomo-pathologie sont à ce titre représentatifs de délais de technique relativement brefs mais de délais de culture ou d'analyse beaucoup plus longs. La fiabilité des résultats et du diagnostic prime ici sur la rapidité, notamment en anatomo-pathologie. De même, en radiologie, les examens peuvent être réalisés rapidement mais l'interprétation et la frappe du compte-rendu nécessitent du temps.

Pour ces examens complémentaires, la pression exercée par les patients sur les agents du service des urgences conduit à une inflation dans la perception du degré d'urgence ainsi qu'au renforcement des exigences vis-à-vis des services prestataires.

La gestion des flux de patients aux urgences se trouve donc confrontée aux contraintes techniques qui allongent le délai de prise en charge.

Une autre forme de cette contrainte de temps est liée non pas à des aspects techniques mais au contraire immatériels. Les assistantes sociales, partenaires indispensables des services d'urgence se situent elles aussi dans un unité de temps qui n'est pas celle de l'urgence. Le dialogue avec le patient, la recherche de solutions de réinsertion ou la recherche d'une structure d'aval nécessitent du temps, que le service d'urgence n'est pas toujours disposé à accorder au travailleur social, tant le souci de libérer une place pour les autres patients est prégnant. Cette question du temps existe également dans la relation du service d'urgence au psychiatre qui intervient sur sa demande. Le psychiatre, pour comprendre le sens d'une situation, doit s'en donner le temps, alors que l'urgentiste, ne disposant pas le plus souvent du temps nécessaire souhaite que la situation se « calme » au plus tôt. De plus, il ne souhaite pas garder dans un lit du SAU ce type de patient, qu'il n'estime pas de son ressort du point de vue thérapeutique, alors qu'il a besoin de place pour l'accueil des nouveaux patients se présentant avec des problèmes somatiques.

Cette contrainte n'est cependant pas comparable à celle qui découle de la logique intrinsèque de l'hôpital d'aujourd'hui.

2.2. Mission de service public versus logique médicale et gestionnaire :

Les urgences, caractérisées par la polyvalence et l'absence de prévisibilité, sont confrontées à la spécialisation et la programmation du reste de l'hôpital.

(1) La spécialisation de l'activité de l'hôpital versus une prise en charge polyvalente :

Les spécialités médicales, chirurgicales et médico-techniques se sont hyper spécialisées. Les spécialités d'âges se segmentent elles aussi (pédiatrie, néonatalogie...). La formation des médecins y participe et les internes sont très rapidement des spécialistes. La

spécialisation de l'activité médicale présente un avantage considérable pour le corps médical qui prend en charge un seul et même type de pathologie d'organe. La spécialisation est de plus un facteur de reconnaissance du médecin par ses pairs et d'amélioration de l'image du service puisqu'elle s'accompagne de qualifications spécifiques supérieures.

Le mouvement de spécialisation de l'activité médicale rend l'orientation des patients des urgences plus délicate. En effet, les urgences doivent poser avec précision les diagnostics ou tout au moins cerner précisément la discipline dont relève le patient avant de pouvoir décider de son hospitalisation dans un service déterminé. Cette spécialisation a rendu la création des UHCD nécessaire, ces unités permettant d'hospitaliser provisoirement un patient afin d'affiner le diagnostic avant de décider de son orientation. Parallèlement, la qualité de cette orientation est devenue plus cruciale car une hospitalisation qui s'avèrerait inadaptée entraînerait une mutation du patient concerné vers un autre service de l'établissement. *In fine*, cette hyper-spécialisation complique la mission des urgentistes et génère des contraintes supplémentaires dans la prise en charge aux urgences.

Par ailleurs, cette spécialisation extrême des disciplines médicales ne semble pas toujours correspondre aux besoins des patients des urgences. Comme nous l'avons montré, les patients s'adressent aux services d'urgence pour des problèmes relevant le plus souvent de la médecine générale et qui nécessitent une prise en charge globale et non pas très spécialisée. Les problèmes qui nécessitent une prise en charge très spécialisée sont rares car les services de spécialité accueillent directement ces cas d'urgence (urgences primo-secondaires) car les services d'urgence ne sont pas toujours en mesure de leur offrir une réponse adaptée.

La spécialisation des services pose la question de l'inadéquation des lits d'hospitalisation aux besoins des patients. L'analyse des profils des patients par établissement doit permettre de faire ressortir les besoins en lits par service pour l'accueil des urgences. Les services de médecine générale et interne sont bien évidemment les premiers concernés. Or la spécialisation s'opère le plus souvent au détriment des capacités en lits de médecine générale voire interne. Le Professeur Baron regrette ainsi que la spécialisation de l'hôpital autour des organes ait oublié la polyvalence et que la réduction du nombre de lits dans les différentes spécialités ait été fonction uniquement de leurs évolutions internes sans prendre en compte les besoins des urgences.

Enfin, en cas d'indisponibilité de lits d'hospitalisation dans la discipline concernée, se pose le problème de la nécessaire hospitalisation du patient dans un autre service, parfois inadapté. Cette solution est souvent celle retenue en période de fermeture de lits d'été qui rend l'aval des urgences très complexe.

A cette spécialisation s'ajoute la prédominance de l'activité programmée, qui réduit les capacités d'aval pour les patients issus des urgences.

(2) La programmation de l'activité versus le non programmé

L'hospitalisation programmée est notamment développée pour le traitement et le suivi des pathologies chroniques (comme le diabète) et des maladies au long court (cancer par exemple). Dans les disciplines chirurgicales où l'activité est très spécialisée et protocolisée, la programmation est aisée et ne laisse que peu de place aux lits vacants. Concernant les autres disciplines, le dernier frein à la généralisation de la programmation est l'impossibilité de prévoir, avant l'admission, la durée de séjour exacte d'un patient.

La structure des lits a également une influence sur le degré de programmation de l'activité. Les hôpitaux de jour et de semaine sont des terrains très favorables à son développement. En effet, les hôpitaux de jour ne fonctionnent que sur ce mode et les hôpitaux de semaine quasiment exclusivement. Les premiers ne peuvent participer à l'aval des urgences car ferment chaque soir. Les hôpitaux de semaine ferment quant à eux du vendredi soir au lundi matin. L'Hôtel Dieu illustre cette tendance puisque entre 1990 et 2000, le nombre de lits de médecine a diminué de 58% contre seulement 24% de baisse en médecine spécialisée. Sur la même période, les places en hospitalisation incomplète ont augmenté de 39%.

L'essor de la programmation s'explique par divers facteurs.

- La programmation améliore la qualité de la prise en charge car le patient est traité comme un client, attendu par l'équipe soignante et pour lequel les examens sont programmés à l'avance. Cette logique est notamment mise en avant par la clinique du Petit Colmoulins qui prépare attentivement l'hospitalisation de chaque patient, allant jusqu'à établir un contact personnalisé avec celui-ci avant l'admission. De plus, la programmation des hospitalisations permet de raccourcir la durée de séjour et de dédramatiser l'hospitalisation.
- La programmation contribue à la rationalisation de la gestion hospitalière. Elle permet de réguler les flux d'admissions et surtout de les augmenter en limitant au maximum l'inoccupation des lits. Les taux d'occupation sont donc maximisés, ce qui réduit les gaspillages de moyens matériels. De plus, les ressources en personnel des services peuvent être adaptées aux besoins avec précision car le taux d'occupation et le type de pathologie accueillies sont connues à l'avance.
- La programmation sert la logique de positionnement de l'établissement. La programmation permet, par le ciblage de la pathologie traitée, de renforcer la spécialisation. Elle va donc dans le sens de la « stratégie de segmentation » développée par les chercheurs

de l'Ecole des Mines. Par son action sur le recrutement des malades, cette stratégie issue du domaine du marketing accentue la division du marché (demande de soins dans une discipline médicale) entre les établissements et renforce leurs positionnements réciproques. De plus, l'attrait d'un établissement hospitalier auprès des médecins repose sur son degré de spécialisation. Un établissement a donc tout intérêt à suivre cette double logique structurante.

In fine, le malade urgent est peu intéressant au plan médical et potentiellement perturbateur du fonctionnement programmé, notamment lorsqu'une hospitalisation imposée par l'administrateur de garde conduit à déprogrammer un patient. Les difficultés rencontrées par les urgences dans l'accès au plateau technique et aux services d'aval sont donc quotidiennes. Elles renvoient à l'évolution du rôle de l'hôpital. Le Pr. Baron, chef du service des urgences au CHU de Nantes et président de la SFMU résume ainsi la situation actuelle des urgences hospitalières françaises : *Nous assistons actuellement à une scission de l'hôpital entre le programmé, la technique, l'hyper spécialisation qui permettent de gérer peu de patients très coûteux d'une part, et l'activité non technique, polyvalent et non programmée pour des patients très nombreux mais peu coûteux et peu consommateurs d'exams.*

L'article L. 711.4 de la loi du 31/07/1991 stipule pourtant que les établissements de santé participant au service public hospitalier « garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins ». La mission de service public s'étend donc de l'accueil des urgences jusqu'à l'hospitalisation dans le service adapté.

(3) L'urgence, une mission de spécialiste ?

Les services doivent gérer des afflux de patients au degré d'urgence très variable. La fiabilité de leur diagnostic et de leur orientation est primordiale pour assurer sécurité et qualité de la prise en charge et une hospitalisation adaptée des patients.

En effet, dans quel service hospitalier orienter le patient de 75 ans, diabétique, cardiaque qui présente une hyperglycémie, une insuffisance cardiaque décompensée par une pneumopathie ?

Le Pr. Baron constate ainsi que les urgentistes assurent aujourd'hui une prise en charge de spécialité mais banalisée et qui ne constitue plus le noyau dur de la spécialité. Les urgences représentent d'après lui la partie des spécialités tombée dans le domaine public car parfaitement encadrée, protocolisée et validée, donc utilisable par tous les médecins.

Or cette activité souffre en France d'une absence de reconnaissance. Alors que la médecine d'urgence devient une spécialité médicale aux Etats-Unis dès 1979, est reconnue au

Canada en 1982 et au Québec en 1999, elle ne bénéficie pas de ce statut en France. Les rapports Steg et le rapport Barrier en 1994 donnent l'impulsion au renforcement de la médicalisation des services d'urgence mais ne proposent pas l'organisation d'une spécialité spécifique. Dans leur prolongement, le décret du 30/05/1997 impose une sonorisation des services et unités d'accueil des urgences. Les médecins doivent avoir acquis une formation par une qualification universitaire (la Capacité de Médecine d'Urgence) ou par une expérience professionnelle de deux ans. Lors du forum des urgences organisé au Ministère de la Santé le 07/03/1998, les experts réunis ont reconnu la spécificité de la pratique de l'urgence pluridisciplinaire mais n'ont pas proposé sa reconnaissance comme spécialité.

Actuellement, la formation initiale à l'urgence consiste en une initiation aux gestes de premiers secours de quelques heures en premier cycle et en un enseignement fondamental des soins d'urgence lors du deuxième cycle pour permettre aux internes et résidents de prendre des gardes hospitalières. Les autres formations comme la capacité de médecine d'urgence ou la capacité de médecine de catastrophe sont optionnelles en troisième cycle. Le Syndicat des Urgences Hospitalières plaide pour la formation de « spécialistes de l'urgence », omnipraticiens polyvalents, liés par leur formation à la médecine générale et ayant des stages dans les services spécialisés.

B. Riou insiste quant à lui sur les risques que comporte la création d'une nouvelle discipline de spécialité¹⁰. Certes, cette création garantirait aux urgentistes une formation longue et une parité de prestige entre les spécialistes actuels et les médecins des urgences. Mais elle suppose la création d'une filière de médecine d'urgence au sein de l'internat de spécialité. Or, rien n'indique que suffisamment d'étudiants choisiraient de la médecine d'urgence par rapport aux autres spécialités. B. Riou craint notamment un désengagement des autres spécialités de la prise en charge de l'urgence. Le refus des chefs de cliniques de prendre des gardes, le refus de se déplacer pour donner un avis spécialisé pourraient se développer. Le dernier danger est de voir se désengager les spécialités aujourd'hui investies dans la médecine d'urgence (chirurgie, anesthésie-réanimation). Selon lui, la formation et donc la reconnaissance peuvent être améliorées sans créer une spécialité identifiée.

Dans son rapport du 29/06/2001, l'Académie Nationale de Médecine déconseille elle aussi la création d'une spécialité à part entière pour l'urgence mais propose de créer un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC), par ailleurs réclamé par l'Association des Médecins Urgentistes Hospitaliers de France, afin de renforcer l'enseignement de la médecine d'urgence, de garantir à tous des soins identiques et de faire reconnaître l'urgence par l'hôpital.

¹⁰ Op. cit.25

La combinaison de l'ensemble de ces facteurs rend la pratique de l'urgence polyvalente difficile car non intégrée au fonctionnement de l'établissement. Les pouvoirs publics ont tenté d'apporter des réponses structurantes afin d'aider les services d'urgence à gérer ces flux de patients.

B. Les outils normatifs de gestion des flux de patients aux urgences : une volonté croissante de structurer le circuit du patient face à l'engorgement

Depuis la publication du premier rapport Steg en 1989, les urgences n'ont cessé de faire l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics qui ont progressivement cherché à améliorer le fonctionnement des services d'urgence. Les outils étudiés s'attachent plus particulièrement à la problématique des flux de patients dans les unités de proximité, statut des UMC de l'Hôtel Dieu.

1. Des missions élargies pour les urgences

1.1. Des centres de tri...

Malgré la circulaire du 05/05/1949 qui pose principe de l'autonomie des structures d'urgence vis-à-vis des autres services et prévoit l'institution d'un service d'urgence capable d'apporter à la population dans un minimum de temps la garantie de soins de qualité, l'individualisation de l'accueil des urgences dans une unité centralisée n'apparaît que dans les années 1970. Les premières structures chargées de recevoir et orienter les patients urgents à l'intérieur de l'hôpital sont en effet consacrées par la circulaire n°60 du 29 janvier 1975 qui préconise de placer les urgences sous la responsabilité tournante des chefs de services concernés par l'urgence. A cette période, le service a pour mission de poser un rapide diagnostic et d'orienter le patient. Il n'est qu'un centre de tri.

1.2. ... Vers une mission de prise en charge médicale et de traitement

Parallèlement à la spécialisation des services d'hospitalisation qui rend l'orientation d'un patient plus complexe mais d'autant plus déterminante, la mission des urgences évolue dans

les années 1980 vers une véritable prise en charge avec la réalisation à partir des urgences des examens complémentaires, la détermination d'un diagnostic et la prescription d'un traitement.

Le premier rapport Steg amène la réflexion sur l'organisation de la prise en charge des urgences hospitalières sur le domaine de la médicalisation, en dénonçant la sous-médicalisation patente des services. La circulaire du 14 mai 1991 pose le principe de l'examen de tout patient des urgences par un praticien expérimenté en matière d'urgence. En 1993, le second rapport Steg¹¹ insiste à nouveau sur cet élément et introduit l'idée d'une hiérarchisation dans l'offre de soins d'urgence.

A la reconnaissance d'une mission de véritable prise en charge médicale s'est progressivement ajoutée la faculté d'hospitaliser dans le service les patients qui nécessitent un bilan plus poussé afin de poser le diagnostic, qui sont dans l'attente d'un lit dans l'hôpital ou qui sont en observation avant de pouvoir quitter l'hôpital.

2. La structuration de l'offre de soins d'urgence

Cette structuration s'effectue à un double niveau, reconnaissance de la spécificité de l'urgence à l'intérieur de l'hôpital d'une part, gradation de l'offre de soins d'autre part.

2.1. La structuration interne

La circulaire du 14/05/1991 préconise que chaque unité d'urgence fonctionne comme une unité individualisée placée sous l'autorité d'un praticien responsable. La constitution d'un département ou service regroupant les activités d'urgence, de réanimation, du SAMU et du SMUR est en outre préconisée. De même, le décret n°95-648 du 09/05/1995¹² prévoit pour toutes les unités d'urgence l'organisation en service, département ou fédération.

¹¹ Steg A., *Rapport sur la médicalisation des urgences, commission nationale de restructuration des urgences*. Paris : Ministère de la santé, 1994, 68 p.

¹² Décret n°95-648 du 09/05/1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement aux urgences auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins Accueil et Traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique.

2.2. *La gradation de l'offre de soins*

Le décret 95-647 du 09/05/1995¹³ structure l'offre de soins d'urgence et précise les missions de chaque type de service. L'autorisation d'assurer l'accueil des urgences peut être accordée à :

- un Service d'Accueil et de Traitement des Urgences (SATU) à vocation générale, éventuellement spécialisé (POSU) dans la prise en charge des enfants ou d'une affection particulière touchant un organe ou une fonction ou
- une Antenne d'Accueil et de Traitement et d'Orientation des urgences (ANACOR) à compétence limitée, éventuellement saisonnière.

Le décret 97-615 du 30/05/1997¹⁴ transforme les antennes en unité de proximité élargit leurs missions.

L'UP a trois missions :

- Accueillir sans sélection tous les jours de l'année et 24 heures sur 24 toute personne se présentant en situation d'urgence et procéder à son examen clinique,
- Traiter dans ses locaux et avec ses moyens les patients dont l'état nécessite des soins courants de médecine générale, de psychiatrie ou des actes chirurgicaux simples correspondant à une cotation inférieure ou égale à KC 30 par acte, et depuis 1997 pour les UP qui disposent d'un chirurgien, traiter également les patients dont l'état nécessite, pour lutter contre la douleur, des actes chirurgicaux dont la cotation est supérieure à KC 30, avec le concours d'un anesthésiste réanimateur de l'établissement.
- Orienter, quelque soit le jour et l'heure, les patients dont l'état nécessite des soins qu'elle ne peut dispenser, vers un autre service de l'établissement, un autre établissement de santé avec lequel elle a conclu un contrat de relais, ou tout autre établissement de santé.

L'UP ne maîtrise donc pas totalement la gestion des flux de patients en aval car elle dépend des autres acteurs de l'urgence.

3. Un guide d'organisation des services d'urgence

Depuis la circulaire n° 91-34 du 14/05/1991, qui décrit pour la première fois précisément les exigences auxquelles un service d'urgence doit satisfaire, de nombreux textes sont venus

¹³ Décret n°95-647 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.

¹⁴ Décret n°97-615 du 30/05/1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

compléter le dispositif réglementaire. Le décret n°95-647 décrit plus précisément les modalités d'aval d'un service d'urgence. Le décret n° 95-648 détaille quant à lui les conditions techniques de fonctionnement. Le décret n° 97-615 précise les missions d'une unité de proximité et le contenu du contrat de relais. Enfin, le décret n°97-616 du 30/05/1997¹⁵ prévoit les modalités de prise en charge des patients relevant de la psychiatrie. L'amélioration de la gestion des flux de patients passe par l'organisation des circuits, l'orientation immédiate des patients vers le médecin rendant, par principe, exceptionnelle une attente avant la prise en charge médicale et enfin, la coordination des interventions qui doit l'attente au niveau incompressible du délai de réalisation des examens et des soins.

3.1. L'organisation des locaux, traduction architecturale du principe de marche en avant

La circulaire du 14/05/1991 met en évidence l'apport que peuvent représenter les locaux dans la gestion des flux de patients, apport incontesté dans la forme décrite par cette circulaire qui sera reprise par tous les textes suivants. Cette circulaire vise à garantir une prise en charge globale (médicale et sociale) et à humaniser les conditions d'accueil par la recherche d'une organisation rationnelle des locaux et des circuits.

(1) Accessibilité générale

L'entrée des urgences, qui doit être un des accès principaux de l'hôpital et doit être fléchée en ville, aux abords et à l'intérieur de l'hôpital, est unique pour tous les types d'urgences. Le service doit être situé de plain-pied. Les voies d'accès doivent toujours être dégagées. L'instauration d'une circulation à sens unique peut être utile pour faciliter l'accès. Un sas couvert permet l'arrêt des ambulances et des véhicules des particuliers. Une large zone de stationnement et de manœuvre permet de libérer rapidement l'entrée. Une attention toute particulière doit être portée à la définition des zones et des circuits fonctionnels.

(2) La définition des zones

L'organisation permet une gradation dans la prise en charge.

Le service doit être organisé en trois zones distinctes :

¹⁵ Décret n°97-616 du 30/05/1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins Accueil et Traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique.

➤ La zone d'accueil et d'orientation comporte le point d'accueil occupé par l'infirmière. La salle d'attente aussi agréable que possible, équipée de cabines téléphoniques et si possible de distributeurs automatiques, est ouverte sur la zone d'accueil.

➤ La zone d'examen et de soins

Elle comprend les boxes d'examen. Son accès et son organisation pourront être différenciés (petite chirurgie, médecine générale...) selon la nature des soins et l'importance des flux. Ces locaux sont agencés comme un cabinet médical, permettant le colloque singulier avec le médecin. La salle de déchocage équipée d'au moins deux postes permet la surveillance et le traitement des défaillances des grandes fonctions vitales dans l'attente d'un transfert intra- ou extra-hospitalier. S'ajoutent à ces locaux, une salle de petite chirurgie, une salle de bains et de décontamination, une salle de plâtre et une salle de préparation des soins. La liaison de la zone d'examen et de soins avec le plateau technique de l'hôpital devra être aisée.

➤ La zone d'hospitalisation de très courte durée ou UHCD

Elle doit comporter au moins quatre lits et faire partie intégrante du service. Cette unité a pour mission d'accueillir les patients qui nécessitent une surveillance, sont en attente d'un diagnostic ou reçoivent un traitement. La durée de séjour ne doit pas excéder deux nuits consécutives. Les mesures nécessaires devront être prises par les chefs de service et la direction de l'établissement pour permettre sans discrimination l'admission dans les services d'hospitalisation de ces patients dans un délai maximum de trente-six heures.

Cette unité est un facteur indéniable d'amélioration de l'efficacité des services d'urgence car elle garantit au patient un maximum de sécurité, limite les orientations inadaptées, optimise la durée de séjour dans les services car le diagnostic est établi avant l'hospitalisation. Elle permet en outre d'éviter des hospitalisations inutiles (par exemple, 48% des patients admis en UHCD à l'Hôtel Dieu retournent à leur domicile). Elle évite enfin les attentes prolongées dans les boxes d'examen au profit du confort du patient et maintien la zone de soins disponible pour les autres patients.

Les missions confiées aux UHCD font l'objet de débats comme en témoigne la polémique sur le choix du vocabulaire (zones de surveillance, unité d'hospitalisation ou unité d'observation comme le défend le Pr. Brunet). Unité d'hospitalisation en terme d'activité et de facturation, elle peut accueillir pour des durées très variables les patients nécessitant une observation à but diagnostique, un traitement de courte durée ou simplement en attente de place¹⁶. La difficulté à trouver le juste équilibre dans l'utilisation de ces unités a conduit les

¹⁶ Op. cit. 5

urgentistes à rappeler leurs missions avec précision. L'UHCD permet de « se donner le temps nécessaire pour optimiser l'hypothèse diagnostique pour orienter le patient vers l'unité la plus appropriée ». L'UHCD a vocation à accueillir quatre types de patients :

- Patient devant a priori retourner à domicile sous 24 heures, après une période de soins prolongée (patients présentant des difficultés sociales et médico-sociales, traumatismes crâniens, réactions allergiques...),
- Patient nécessitant une période d'observation afin de décider dans les 24 heures de son orientation (douleurs thoraciques, douleurs abdominales, intoxications médicamenteuses...),
- Patient nécessitant une hospitalisation mais en attente de place (ces cas reflètent un dysfonctionnement en aval du service),
- Patient admis administrativement mais non couché en UHCD, pour lequel un codage en consultation ne valorise pas l'activité (attente prolongée d'examen complémentaire, d'un avis spécialisé, patient nécessitant un important recours au plateau technique).

L'UHCD a vocation à accueillir prioritairement les deux premières catégories de patient.

L'UHCD ne doit devenir ni un point de passage obligé car cela entraînerait un désengagement des services de spécialité dans leur mission d'accueil des urgences. De même, l'UHCD ne doit pas être « un vase d'expansion »¹⁷ destiné uniquement à désengorger l'accueil car le problème d'aval ne serait que déplacé.

Toutefois, les services font une utilisation variable de ces unités.

Le CGS distingue deux modes de fonctionnement du « service porte »¹⁸ :

- L'orientation systématique des patients en attente d'un résultat d'examen ou d'un diagnostic. Deux files d'attente apparaissent alors à l'entrée de l'UHCD et à l'entrée dans les services cliniques. Cette utilisation rejoint les unités d'observation nord-américaines.
- Le service de nuit qui consiste à n'orienter les patients en UHCD qu'entre 17 heures et 7 heures du matin pour ne pas perturber les services cliniques. Un double flux s'instaure alors, un flux d'entrants à partir de 17 heures et un flux de sortants à partir de 7 heures. L'objectif est de vider l'UHCD dans la journée afin de pouvoir y accueillir les patients en fin d'après-midi.

L'UHCD de l'Hôtel Dieu fonctionne essentiellement en service de nuit car les patients qui nécessitent une hospitalisation en fin de journée y sont installés afin de ne pas gêner les patients des services d'hospitalisation. De plus, l'absence de contiguïté empêche l'utilisation

¹⁷ Les urgences au CHU de Rennes – Projet de réforme, diagnostic et propositions. Rapport d'orientation de la commission d'études pour la réforme des urgences, 27/04/1998, 55p.

¹⁸ Moisdon JC., Tonneau D., Arslan S., La démarche gestionnaire à l'hôpital, recherche sur la gestion interne, 254 p.

en orientation systématique car les déplacements de patients seraient alors trop nombreux. Cela génère une importante attente couchée aujourd'hui mal gérée.

3.2. *Le tri à l'arrivée, garantie de l'efficacité et de la sécurité*

(1) Missions de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO)

Face à l'engorgement que connaissent les urgences dans les années 1980, les urgentistes et les infirmières anglo-saxons instituent des règles de tri des patients en trois classes : les détresses vitales, les urgences et les consultations.

En France, la circulaire de 1991 crée la fonction d'infirmière d'accueil et d'orientation, vers laquelle les malades sont systématiquement dirigés à leur arrivée. Lorsque le SAMU adresse un patient au service, l'IAO en est avertie. Elle dirige les patients vers les salles d'examen et informe immédiatement le médecin. S'il y a lieu, elle fait rechercher le dossier médical des patients. Elle coordonne les relations avec les accompagnants et la famille. Elle assure la surveillance régulière de la salle d'attente. Elle assure et selon le cas coordonne l'information des patients entre les différentes phases de la prise en charge.

De l'avis des urgentistes, la création du poste d'IAO représente une avancée importante dans l'amélioration de la gestion des flux de patients en terme de qualité, de rapidité et de sécurité car celle-ci classe les patients selon le degré d'urgence qu'ils présentent. Les objectifs du tri sont les suivants :

- Evaluation rapide par un professionnel de santé de la nécessité d'administrer en priorité des soins en fonction de l'état du patient et diminution éventuelle du délai d'attente ;
- Amélioration de la décision d'orientation vers des filières appropriées si une attention immédiate et rapide est nécessaire ;
- Diminution de l'anxiété et amélioration de la satisfaction des patients mieux informés ;
- Individualisation de l'accueil.

Dans son projet de réforme des urgences, le CHU de Rennes souligne que le tri des patients à l'arrivée est un processus indispensable, notamment lorsque la prise en charge est organisée en filières distinctes comme c'est le cas actuellement au CHU.

Mais le risque consiste à faire attendre très longuement les patients les moins urgents. Les infirmières doivent donc veiller à ce que ces derniers ne soient pas « oubliés » au profit des cas plus graves. Les missions confiées à l'IAO sont pas aisées car très diverses. Le choix de l'emplacement de ce box est essentiel pour la réussite de ces fonctions. Le box doit être situé directement à côté de la salle d'attente pour lui permettre de surveiller celle-ci, de recevoir très rapidement tout nouvel arrivant mais aussi de pouvoir renseigner les patients ou

leurs accompagnants sur leur prise en charge ou leur état de santé. Le box d'IAO doit donc communiquer directement avec la zone d'examen. Son emplacement apparaît ainsi stratégique afin de garantir l'efficacité.

(2) La difficile définition du degré d'urgence

La pertinence du tri repose sur l'identification du degré d'urgence, ce qui est difficile d'une part du fait de la diversification de la demande d'urgence et d'autre part parce qu'il est difficile de parvenir à un consensus sur le contour de la notion. Identifier une consultation pour motif non urgent est très délicat puisqu'il n'existe pas de critère de référence indiscutable. Une même situation est perçue différemment selon que la position que l'on occupe (patient ou médecin notamment). La frontière entre urgence ressentie et consultation non urgente est particulièrement floue.

Le rapport Steg¹⁹ a tenté de classer les divers types d'urgence sur la base d'une enquête de la DRASS de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur :

- Les urgences vraies recouvrent les situations où le pronostic vital est mis en jeu, les situations de détresse pour la vie ou un organe qui nécessitent une intervention médicale avec des moyens lourds et les situations où le pronostic vital n'est pas mis en jeu mais pour lesquelles une intervention médicale ou chirurgicale avec des moyens diagnostiques et thérapeutiques est nécessaire.
- Les urgences ressenties concernent les états morbides susceptibles par leur intensité ou leur soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour la personne ou son entourage. Ces situations sont vécues par le patient comme nécessitant une consultation médicale d'urgence.
- Les soins de dispensaire sont des soins ambulatoires pouvant être uniquement paramédicaux, mais ayant nécessité au moins un avis médical pour un syndrome morbide d'apparition soudaine et récente
- Passages non urgents regroupent les consultations externes, l'activité programmée et les problèmes sociaux.

La Cour de Cassation a précisé la notion en juin 1996 au moyen de critères objectifs : « la condition d'urgence s'apprécie exclusivement au regard de l'état du malade et de la nécessité où il se trouve de voir intervenir le praticien sans délai ». C'est donc au regard de critères prédéfinis et protocolisés que l'IAO est en mesure de déterminer le degré d'urgence. Cette fonction essentielle pour la gestion des flux est primordiale au plan médical. L'IAO doit faire preuve d'aptitude à la décision, de résistance au stress et de qualités relationnelles. L'IAO doit être formée à cette mission et suffisamment expérimentée pour ne faire courir

¹⁹ Op. cit.11

aucun risque au patients. L'IAO est aidée en cas de doute par un médecin du service auquel elle peut faire immédiatement appel. De plus, en cas d'incertitude, l'IAO doit classer le patient dans la catégorie de risque la plus élevée.

3.3. L'environnement des urgences, un fonctionnement en réseau indispensable

L'ensemble des textes insistent sur l'environnement indispensable au fonctionnement d'un service d'urgence, notamment concernant le plateau technique afin de permettre la réalisation d'examen complémentaires 24 heures sur 24.

Pour remplir leur mission d'orientation des patients, les urgences doivent travailler en étroite relation avec les services d'aval de l'hôpital, les établissements environnants susceptibles d'accueillir les patients qu'elles ne peuvent prendre seules en charge et notamment les établissements psychiatriques.

Concernant l'aval interne des urgences, la circulaire du 14/05/1991 prévoyait déjà qu'à tout moment l'établissement puisse accueillir sans discrimination les malades devant être hospitalisés à partir des urgences. Le décret n°97-615 stipule en outre qu'un bilan des relations entre l'UP et les autres services de l'hôpital est réalisé par l'établissement.

Le chef de service du SAU de Cochin insiste particulièrement sur ce fonctionnement intégré, dans l'hôpital et dans la ville. Le schéma en annexe illustre cette fonction.

Les textes ont accordé une importance croissante à l'orientation des patients vers d'autres établissements et ce notamment pour les unités de proximité qui n'ont pas vocation à soigner sur place l'ensemble des patients. La reconnaissance de l'activité d'urgence pour des établissements ne disposant pas du plateau technique suffisant ni de toutes les spécialités requises pour être SAU (médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, chirurgie orthopédique et viscérale) rend nécessaire l'organisation des transferts de certains patients. Pour assurer ces transferts le service doit s'appuyer sur les relais extérieurs à l'établissement. Le décret n°97-615 prévoit ainsi la signature d'un contrat de relais entre l'établissement siège de l'UP et tout autre établissement de santé qui dispose des compétences médicales et des moyens humains et technologiques nécessaires à la prise en charge sans délai des patients orientés vers lui. Le contrat précise les disciplines, activités ou pathologies pour lesquelles l'établissement d'accueil s'engage à recevoir les patients, ainsi que les modalités pratiques du transferts (calendrier et horaires d'accueil).

La prise en charge en réseau des patients relevant de la psychiatrie s'avère elle aussi nécessaire pour les UP qui doivent conclure une convention avec un établissement

participant à la lutte contre les maladies mentales auxquels sont rattachés les secteurs psychiatriques existant dans l'aire d'attraction géographique des urgences. Ces accords permettent à l'UP de faire venir un psychiatre à tout moment.

Enfin, en réponse à l'évolution de la demande de soins en urgence, le décret n°95-647 prévoit l'orientation des patients dont l'état ne justifie pas l'hospitalisation vers le médecin traitant, généraliste ou spécialiste, vers une consultation externe de l'établissement ou d'un autre établissement, ou éventuellement vers toute autre structure sanitaire ou sociale adaptée à son état. Les acteurs de terrain ont notamment développé des initiatives en ce sens en vue de l'amélioration de la gestion des flux.

C. Les facteurs de réussite expérimentés au niveau local

Les pouvoirs publics ont choisi de laisser aux acteurs de l'urgence une grande latitude dans la gestion des flux de patients.

Contrairement à l'expérience américaine où les associations de médecins se sont regroupées dès les années 1960 afin de définir eux mêmes les normes de bon fonctionnement des établissements et des services d'urgence en publiant les premiers standards, il n'existe pas en France de standard de soins en médecine d'urgence, qu'il s'agisse des délais de prise en charge ou des moyens à mettre en œuvre. Sont donc progressivement apparues diverses expérimentations locales, dont aucune synthèse n'existe à ce jour.

La démarche de recensement des outils de gestion des flux de patients aux urgences développés au niveau local s'est inspirée de la philosophie du benchmarking, méthode issue du secteur de l'industrie et qui consiste à rechercher les meilleures pratiques qui amènent à un niveau de performance supérieur. Il s'agit en effet de convertir l'expérience du voisin en standards réalisables. Le choix des services ayant servis de base à l'analyse comparée a été effectué selon les critères suivants :

- Services devant faire l'objet d'une opération de restructuration architecturale (CHU de Rennes, Hôpital H. Mondor, Saint-Antoine),
- Services présentés dans le palmarès de la revue Sciences et Avenir²⁰ comme performants car enregistrant des temps d'attente faibles (Hôpital Américain de Neuilly sur Seine, Hôpital H. Mondor),

²⁰ Op. cit. 1

- Services présentés comme des standard dans ce domaine (CHU de Nantes, Hôpital Cochin),
- Service très récent dans un établissement de renommée, l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP)
- Service du secteur privé (Clinique du Petit Colmoulins, Hôpital Américain de Neuilly sur Seine).

La méthodologie retenue a été celle d'entretiens avec les chefs de service des urgences et/ou avec des membres des équipes de direction lorsque le service devait faire l'objet d'une restructuration architecturale notamment. L'analyse comparée repose sur un questionnaire semi-directif présenté en annexe.

A l'issue de ces entretiens, quelques outils de gestion des flux ont pu être mis en évidence. Tout d'abord, certains établissements ont cherché des réponses adaptées à la diversité des flux. D'autres établissements misent sur la gestion du système d'information. Enfin, des outils d'amélioration de l'aval sont expérimentés.

Les solutions architecturales seront abordées dans le cadre de l'analyse du projet architectural de l'Hôtel Dieu en dernière partie.

1. La mise en place de circuits pour gérer la diversité des flux

L'augmentation des passages place les professionnels de santé devant une double problématique : améliorer l'efficacité des prestations et satisfaire une clientèle hétéroclite exprimant des besoins variés. De plus, malgré la forte proportion de consultations non urgentes, la demande exprimée par les patients est vécue comme urgente et témoigne de besoins spécifiques que l'organisation actuelle des urgences est inapte à prendre en compte. La nécessité de créer des filières étant progressivement admise, des expériences locales se sont donc développées, prenant en compte le type d'urgence d'une part et le degré d'urgence d'autre part.

1.1. Intérêt de la création de filières de prise en charge

La circulaire du 14/05/1991 ouvre aux établissements la possibilité de définir « pour certains types de patients une prise en charge personnalisée par le biais de circuits différenciés ».

La mise en place de circuits distincts de prise en charge apparaît en réaction à l'engorgement des services, dans une logique de rationalisation de la gestion des flux. Elle présente en effet de nombreux avantages. Elle diminue la pression exercée à la fois sur les agents du service et sur les patients en divisant le flux principal en plusieurs canaux et en

réduisant la concentration humaine. Au plan médical, elle permet d'offrir au patient une réponse adaptée à son état. La qualité de la prise en charge en est donc améliorée.

Toutefois, cette organisation est source de contraintes. Elle génère un accroissement des besoins en moyens humains et matériel mais aussi en surface. La polyvalence permet en effet des économies d'échelle grâce à la mutualisation. Le nombre de circuits nécessaire doit donc être adapté aux réalités et contraintes locales. Deuxièmement, la création de circuits ne peut être efficace que si la fonction de tri est assurée sans faille. Les difficultés de tri conduisent ainsi à renoncer à certaines filières.

1.2. *Des filières de prise en charge en fonction du type d'urgence*

A la traditionnelle organisation entre filière médicale et chirurgicale a succédé une distinction des circuits traumatologique et non traumatologique. La réflexion s'oriente finalement vers une organisation polyvalente.

La réflexion sur l'organisation en filière de prise en charge menée au CHU de Rennes dans le cadre de son projet de restructuration des urgences illustre parfaitement la tendance actuelle dans la conception des services d'urgence puisqu'en 1995, conformément aux recommandations des urgentistes, le CHU a tout d'abord remplacé l'organisation en filières médicale/ chirurgicale par une distinction entre filières traumatologie/non traumatologie.

(1) La distinction médecine/ chirurgie versus la distinction traumatologie/ non traumatologie

La distinction classique entre urgences médicales et chirurgicales a progressivement laissé la place à la deuxième organisation, car celle-là s'avère peu adaptée aux besoins des patients.

En effet, cette distinction médecine/chirurgie repose sur des critères difficilement identifiables à l'arrivée du patient. L'attribution de l'une ou l'autre des deux filières ne peut être décidée le plus souvent qu'à l'issue de la démarche diagnostique. L'orientation décidée au niveau du poste d'IAO est donc complexe et peut être sources d'erreurs d'aiguillage, dommageables pour la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient. De plus, certains patients peuvent relever simultanément des deux filières. C'est notamment le cas d'une personne âgée orientée aux urgences après une chute (qui relève donc de la filière chirurgicale) mais qui présente d'autres symptômes qui relèvent de la médecine.

Au vue de ces arguments, il semble que le bien fondé de la distinction médecine/ chirurgie ait pendant longtemps résidé dans le clivage entre les spécialités médicales et chirurgicales plus que dans un raisonnement purement médical. L'absence historique de désignation d'un responsable unique des unités d'urgence depuis la loi du 29 janvier 1975 et la dépendance

de ces unités vis-à-vis des chefs de service de l'établissement ne semble pas étrangère à la première distinction médecine/chirurgie. Cette dichotomie reflète les conflits de spécialités, parmi lesquelles la médecine d'urgence est absente. Cette organisation médicale s'est par conséquent traduite dans l'organisation de la prise en charge au sein des services.

L'organisation de deux filières traumatologique et non traumatologique permet de remédier aux inconvénients de la précédente. Elle repose en effet sur des critères objectivables et rapidement repérables par l'IAO. Ils peuvent en outre faire l'objet de protocoles. Les risques d'erreur d'orientation sont donc limités.

Au SAU du CHU de Nantes par exemple, ces filières de prise en charge se traduisent dans l'organisation spatiale par la séparation entre deux secteurs dotés chacun d'un personnel médical et soignant. Des boxes sont réservés aux urgences traumatologiques et d'autres aux autres urgences. D'autres établissements ont fait ce même choix mais sans traduction architecturale.

Au sein du CHU de Rennes, la distinction traumatologie/ non traumatologie n'a toutefois pas fait l'objet d'une totale acceptation de la part du corps médical rennais qui a souhaité le maintien d'une filière chirurgicale et traumatologique et d'une filière non traumatologique. Les tenants de cette solution mettent en avant la logique de métier pour justifier le regroupement entre la chirurgie et la traumatologie. Les débats qui perdurent au sein du CHU de Rennes renvoient donc plus à des logiques professionnelles qu'à des considérations pratiques puisque le tri en est compliqué et la lisibilité de la structure de prise en charge considérablement diminuée.

(2) Vers la prise en charge polyvalente

La nomination progressive d'anesthésistes réanimateurs à la tête des unités d'urgence a probablement influencé l'évolution de l'organisation de celles-ci dans le sens d'une uniformisation de la prise en charge sans distinction selon le motif de recours au service. Lors des divers entretiens, cette hypothèse a été confirmée par les remarques des chefs de service rencontrés, qui ont presque tous souligné l'importance de la polyvalence de la formation et de la culture du responsable des urgences comme un gage de qualité de la prise en charge. Cette polyvalence trouve bien évidemment sa traduction dans l'organisation du service. Comme le souligne le rapport du CHU de Rennes, l'option de la polyvalence semble aujourd'hui majoritaire dans la conception des SAU. Ainsi le SAU de Cochin a retenu cette solution, défendue également par le Pr. Papon dans la lignée des conceptions nord américaines.

La polyvalence de la prise en charge présente en outre de nombreux avantages.

➤ La polyvalence gomme les inconvénients de l'organisation en filières. La dichotomie est réductrice de la complexité des situations et peut être source d'erreurs d'orientation malgré l'expérience de l'IAO. La réalité des urgences renvoie à des besoins de prise en charge globale.

➤ La prise en charge du patient est globale, le patient n'étant plus perçu uniquement sous l'angle d'une spécialité. La polyvalence répond au polymorphisme des pathologies et aux besoins des patients. Cette évolution s'inscrit donc en réponse à celle des disciplines médicales décrite ci-dessus.

➤ Cette polyvalence résout en outre le problème de dilution des responsabilités qui peut exister en cas de coexistence de deux secteurs. Elle identifie un responsable médical unique et est plus lisible pour l'extérieur.

➤ La polyvalence permet d'améliorer la gestion des flux de patients. Elle ne modifie en rien les missions du service des urgences qui doit caractériser la situation d'urgence lors de la démarche diagnostique, initier le traitement et orienter le patient vers la filière adaptée. Cette organisation permet au contraire d'y répondre de façon améliorée. La polyvalence de la prise en charge permet en effet de fluidifier l'organisation du service puisque les pertes de temps liées aux orientations inappropriées et aux réorientations nécessaires, voire à la mobilisation successive ou simultanée des deux équipes peuvent être évitées. Un gain de temps dans la prise en charge est possible car la polyvalence des boxes permet plus de souplesse de gestion de la file d'attente. Il n'est en effet pas nécessaire de faire attendre un patient qui relève de la traumatologie alors que des boxes sont libres en secteur non traumatologique. La mutualisation des équipements, équipes médicales et paramédicales et des boxes peut améliorer la gestion des flux de patients. Cette organisation permet une mobilisation rapide des compétences et des installations au service du patient.

La polyvalence est notamment pertinente pour les unités de proximité qui n'accueillent par définition que peu de patients traumatisés et doivent au contraire absorber un flux important d'urgences légères et de consultants.

La polyvalence du circuit induit par contre des contraintes fortes pour l'organisation de la prise en charge.

➤ Si elle accroît l'autonomie des urgentistes, la polyvalence renforce les exigences en terme de compétences médicales des urgentistes car ceux-ci doivent prendre en charge l'ensemble des situations. Ils doivent notamment pouvoir effectuer la prise en charge de la petite traumatologie (explorations de plaies superficielles, points de suture, brûlures localisées, entorses...).

- Les urgentistes doivent en outre solliciter les spécialistes en fonction des besoins pour des avis rapides. La fermeture des permanences de spécialistes doit être suivie de l'établissement de protocoles entre les services de spécialité et les urgences.
- La polyvalence renforce l'importance du tri effectué à l'arrivée par l'IAO, car cette première étape permet de caractériser le degré d'urgence.

La suppression des filières en fonction du type d'urgence s'accompagne dans nombre de cas de la mise en place de filière en fonction du degré d'urgence.

1.3. La mise en place de filières en fonction de la gravité de l'urgence

La principale difficulté rencontrée par les urgences est la diversité des flux décrite ci-dessus. Cette réponse s'organise autour de la prise en charge de l'urgence extrême mais aussi et surtout autour de l'urgence ressentie.

(1) Les fast track comme réponse à l'urgence extrême

Le circuit d'accès au déchocage constitue une voie rapide puisque le patient y est en principe immédiatement conduit sans passer par le poste d'IAO.

La mise en place de ces fast track est notamment préconisée en France pour la prise en charge des polytraumatisés, comme à Rennes par exemple. La filière rapide envisagée par le CHU de Rennes doit permettre d'adresser les patients polytraumatisés directement vers le déchocage ou vers le secteur opératoire où le réanimateur chirurgical les prend en charge, sans passer par la zone d'accueil. Selon le Professeur Brunet, ces voies rapides peuvent permettre d'accélérer et de sécuriser la prise en charge de maladies comme l'asthme, l'embolie pulmonaire ou l'insuffisance coronarienne.

Le centre hospitalier de Besançon a instauré au sein des urgences une filière d'accueil traumatologique (*centre de traumatologie à la française*)²¹ destinée aux blessés. Ce centre ne comprend pas de service de tri afin d'accélérer la prise en charge. Il est conçu autour du patient qui n'est pas déplacé, l'ensemble des spécialistes concernés étant rassemblés.

L'Hôtel Dieu a également élaboré un projet de « voie rapide » de prise en charge des patients inscrits dans le réseau de soins palliatifs. Ces patients arrivés aux urgences sont en effet pris en charge selon une filière spécifique qui leur évite le passage dans le circuit

²¹ Pr. Vichard P. Plaidoyer pour la création de filières d'accueil spécialisées. *Décision santé*, 01-15/06/1998, n°130, pp.23-26.

classique avant hospitalisation. Ils sont directement conduits dans des lits réservés au sein de l'UHCD.

(2) La réponse à l'urgence ressentie

➤ L'appel à des partenaires extérieurs

Le rapport Steg, repris sur ce point par le rapport Barrier²², soulignait déjà la nécessité de réintégrer le médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence. Le SROS d'Ile-de-France préconise d'accentuer le rôle de la médecine libérale par une politique volontariste. Parmi les modalités de cette participation élargie des médecins libéraux à la prise en charge de l'urgence, le SROS recommande notamment la participation directe des médecins de ville au fonctionnement des services d'urgence dans le cadre de réseaux, en participant à des consultations non programmées dans le cadre des permanences d'accès aux soins, en assurant des vacations ou des temps partiels.

Nombre d'établissements ont choisi de créer une consultation non programmée individualisée et confiée à des médecins libéraux dans l'enceinte des urgences, dans le cadre d'une convention. Cette solution présente certains intérêts. Elle apporte au patient une réponse rapide, en garantissant une unicité de lieu. Le médecin dispose du plateau technique et peut orienter le patient dans l'hôpital si nécessaire. Le service des urgences est alors soulagé d'une part importante des patients. L'hôpital Nord de Marseille a opté pour la création d'un accueil médicalisé et la création d'une consultation de médecine générale. Etaient recherchées la régulation des flux, l'amélioration de la communication avec les patients et l'éducation des patients sur la vraie urgence.

Toutefois, les mêmes raisons qui conduisent les médecins à délaisser les tours de garde rendent la réalisation de ces expériences complexe. La difficulté pour trouver des médecins libéraux intéressés par les urgences hospitalières s'ajoute aux obstacles financiers de rémunération d'une telle activité. Le professeur Barrier demandait dans son rapport la revalorisation des interventions des praticiens libéraux. Une rémunération forfaitaire doit être suffisamment élevée pour être attractive. A l'opposé, la rémunération du médecin à l'acte risquerait de provoquer une inflation des coûts difficilement supportable pour l'hôpital. Un autre obstacle réside dans le partage des responsabilités. Créer une consultation sans rendez-vous avec des médecins de ville pose la question de l'attribution de la responsabilité en cas d'orientation inadaptée d'un patient vers la consultation de médecine libérale. Enfin, le succès de ces dispositifs conventionnels (avec parfois la création de maisons médicales comme à Rennes) semble lié à des contextes particulièrement favorables et repose sur

²² Barrier G. *Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences*, Paris : Ministère de la santé, Septembre 1994, 68 p.

l'engagement des participants. Cette solution n'est pas envisagée par l'Hôtel Dieu qui préfère au contraire concentrer ses efforts sur l'organisation interne au service et à l'hôpital. En outre, les difficultés évoquées ci-avant en matière de garde de médecine générale, notamment en région Ile-de-France laissent présager un faible intérêt des généralistes pour cette démarche.

➤ Un circuit court organisé en interne

Les urgentistes américains ont créés des filières de prise en charge rapides afin de désengorger les services assaillis. Un médecin réserve une salle d'examen à l'entrée du service et y voit les patients qui ne relèvent pas du plateau technique lourd, classés dans la catégorie consultation par l'infirmière. Le temps de consultation moyen est de 10 minutes, ce qui permet au médecin de recevoir six patients par heure. Si le médecin diagnostique un problème nécessitant une prise en charge plus approfondie, le patient reprend le circuit classique²³.

Dans le schéma idéal d'un service d'urgence décrit par le Pr. Papon, une telle réponse aux urgences qui relèvent de la médecine générale est indispensable. Le box réservé à cette activité doit en outre être situé à proximité du poste d'IAO, vers l'entrée afin d'éviter à ces patients d'entrer plus avant dans le service.

Les établissements français ont également développé des solutions en ce sens à l'initiative du SAU de l'hôpital H. Mondor qui a inauguré la mise en place d'un médecin trieur régulateur. Les patients sont accueillis par l'IAO qui évalue le degré de gravité et prend les constantes. Dès qu'elle décèle un besoin de consultation simple (urgence ressentie car ne correspondant pas à une urgence au sens médical), l'IAO fait appel au médecin trieur qui procède alors immédiatement à l'examen médical dans le poste d'IAO. Ce circuit court permet ainsi au service de ne pas faire entrer dans le circuit classique de prise en charge les patients qui ne nécessitent pas d'examen complémentaire. Il concerne environ 15% des patients du SAU. Ces patients non urgents évitent une attente souvent longue du fait de l'absence de signe d'urgence. Ce médecin régulateur trieur a en outre comme fonction de réguler l'ensemble des flux du service, notamment au niveau de l'accès à l'UHCD et de coordonner les relations avec l'extérieur.

Cette expérience permet au SAU d'H. Mondor d'afficher des délais de prise en charge très faibles. L'équipe du SAU de l'HEGP expérimente actuellement ce mode d'organisation.

Il convient de souligner que l'efficacité de ce dispositif repose sur la compétence de l'IAO et du médecin trieur qui doivent être capables d'identifier très rapidement les besoins d'un

²³ Papon B. Les urgences made in America . *Accueil urgence Revue du syndicat d'urgences hospitalières*, 01/2001, pp.9-12.

patient. Seule une expérience suffisante du médecin peut garantir la sécurité de la décision de sortie du patient.

➤ Le remplacement de l'IAO par un médecin

La complexification du rôle de l'IAO du fait de la diversité des besoins mais aussi du fait des nombreuses solutions d'orientation mises en place à partir des urgences conduisent certains à plaider pour le remplacement de l'IAO par un médecin comme le fait le Pr. Pelloux, chef du service des urgences de Saint-Antoine. D'aucuns remettent en cause l'existence même d'un tri au motif que les urgences doivent accueillir et prendre en charge tous les patients qui s'y présentent. Nous avons toutefois déjà montré que le tri facilite et améliore la gestion des flux.

De plus, certains mettent en cause le fait de confier le tri à une infirmière et plutôt qu'à un médecin. En effet, décider d'orienter un patient vers une éventuelle consultation de médecine libérale installée dans les urgences, orienter un patient vers la consultation sans rendez-vous établie dans le cadre de la permanence d'accès aux soins ou vers une fast track ou encore faire sortir le patient du service après un simple examen exige des compétences à la hauteur des responsabilités d'un tel pouvoir de décision.

Toutefois, comme le souligne le Pr. Papon, confier le tri à un médecin revient à lui faire perdre de son intérêt. Un médecin ne se contentera pas de prendre les constantes d'un patient et d'évaluer son degré de gravité. Il sera nécessairement tenté de poser un diagnostic même provisoire, qui risque alors d'influencer le médecin qui assurera la prise en charge du patient. Dans le cas d'un diagnostic final divergent, un doute sera alors émis sur la compétence des médecins du service. Ceci risque donc de nuire à la cohésion de l'équipe médicale. De plus, tous les services ne disposent pas des effectifs suffisants pour affecter un médecin à l'accueil et l'orientation.

Associer, chaque fois que nécessaire et sur sa demande, un médecin à l'IAO semble préférable. La sécurité de l'orientation et du diagnostic est ainsi garantie (à la condition qu'il s'agisse d'un senior expérimenté) tout en responsabilisant l'IAO dans une fonction enrichie.

2. Le système d'information à l'appui de la gestion des flux

L'amélioration de la gestion des flux de patients est possible en améliorant la gestion des flux d'information, rendue nécessaire par les nombreuses interfaces entre les urgences et les autres acteurs de la santé. Le système d'information doit notamment être développé au niveau du patient et à l'échelle de l'établissement.

2.1. *L'information sur le patient, la télémédecine*

La télémédecine est un mode organisationnel qui met en œuvre les technologies de l'information et de la communication pour améliorer la prise en charge du patient. La télémédecine doit par priorité venir en appui des nœuds critiques du processus de prise en charge²⁴.

La télémédecine permet de réduire la distance entre les acteurs de la prise en charge qu'ils soient extra-hospitaliers ou hospitaliers (notamment pour l'aval) par la transmission de l'information. Mais c'est notamment dans la gestion interne du service d'urgence qu'elle peut s'avérer très efficace. La télémédecine s'est initialement développée dans le domaine des urgences au niveau du transfert d'images. Elle a ensuite accompagné des projets d'organisation en offrant des possibilités de suivi du patient (système de « tracking ») comme à Metz en 1997 ou au Mans en 1998. Les technologies de l'information contribuent ainsi à l'optimisation de l'organisation en permettant de suivre le circuit des patients et l'occupation des différents secteurs du service, de protocoliser les actes et de mettre en évidence les dysfonctionnements afin d'engager des actions correctives.

Le principal intérêt de ces technologies réside dans l'amélioration de la visibilité dans la gestion du service. Le logiciel URQUAL installé à Cochin et à l'Hôtel Dieu et en cours d'installation à H. Mondor et Saint-Antoine permet ainsi de visualiser sur écran le plan du service et d'y faire figurer les patients. L'icône du patient est progressivement déplacée à chaque étape du circuit. Outre la visualisation des flux, ce logiciel offre la possibilité de suivre et gérer les délais d'attente à chaque étape grâce à un système de signal lumineux qui apparaît en cas d'attente excessive. La prise en charge de ce patient devient alors prioritaire. Le logiciel améliore également la connaissance des flux grâce à un recueil exhaustif des données d'activité. Cette approche fine des flux rend possible l'ajustement des moyens du service aux besoins grâce à la flexibilité des structures. Ce logiciel s'accompagne enfin d'un « charting system », qui constitue le dossier médical au fur et à mesure du circuit du patient. Les technologies de l'information contribuent ainsi à l'optimisation de l'organisation en permettant de suivre le circuit des patients, de connaître en temps réel l'occupation des différents secteurs du service et d'adapter les ressources, de protocoliser les actes et de mettre en évidence les dysfonctionnements.

²⁴ Kornblum C., Brunet F. et al. *Télémédecine et urgences*, Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000, 73 p.

2.2. *Le système d'information au service d'un fonctionnement intégré des urgences*

Le fonctionnement des urgences demande une dimension absente des textes, à savoir le système d'information, qui permettra d'ajuster l'adressage des patients aux disponibilités effectives pour limiter l'inadéquation. Suivant la même logique, B. Riou fait du système d'information un élément essentiel du service d'urgence idéal qu'il dépeint. «*Le SAU a connaissance en permanence de l'ensemble des ressources de soins disponibles au niveau de l'hôpital et en dehors de celui-ci et les utilise de manière optimale*²⁵ ».

La clinique du Petit Colmoulins a mesuré l'avantage à tirer d'un système d'information intégré et développé. Grâce à son système d'information, cette clinique gère parfaitement l'ensemble des flux de patients et parvient à intégrer efficacement la gestion des flux des urgences au sein du fonctionnement d'ensemble de la structure. Le service de régulation des planning centralise quotidiennement l'information sur l'occupation des lits et places dans l'établissement et communique les disponibilités au cadre des urgences en fin de journée. Ce fonctionnement semble classique puisqu'en principe le service des admissions communique aux urgences, chaque fin d'après-midi, les disponibilités en lits. Toutefois, concernant l'Hôtel Dieu, ces informations s'avèrent souvent insuffisantes et difficilement exploitables car la liste n'indique pas si les places disponibles sont réservées aux femmes ou aux hommes et surtout ne précisent pas quelles sont les lits réservés pour l'admission d'un patient le lendemain matin.

L'information diffusée par la clinique au service des urgences comble ces lacunes et présente un avantage supplémentaire grâce à un principe d'organisation original. Le service de régulation planning est contacté par un médecin qui souhaite procéder à une hospitalisation. En accord avec le cadre du service, le service de régulation décide de la date d'hospitalisation et en informe le médecin et le patient concerné. Le service fixera également l'horaire d'admission de chaque patient de façon à les étaler et à garantir à chacun un accueil de qualité. Chaque jour, un bilan de l'occupation des lits est réalisé avec chaque cadre infirmier afin de faire le point sur les hospitalisations intervenues en urgence de nuit et sur les sorties prévisionnelles. Le service de régulation tient ainsi à jour l'occupation de chaque lit et programme les sorties dont l'horaire sera également fixé de façon échelonnée sur l'ensemble des services. Les séjours, entrées et sorties sont donc coordonnés par ce service administratif.

Les urgences ont une connaissance exacte des disponibilités dans la transparence la plus complète. L'information qui leur est fournie intègre les admissions programmées et il n'est

²⁵ Riou B. Evolution et enjeux des urgences en France. *L'information psychiatrique*, 05/2000, n°5, pp. 569-575.

donc pas utile au cadre de contacter tous les services afin de s'en inquiéter. Enfin et surtout, les arbitrages sur le service d'aval n'ont pas lieu d'être car un service ne peut refuser un patient dès lors que le service de régulation indique un lit disponible.

Cette organisation, aussi séduisante soit elle, semble éloignée de la culture hospitalière. Elle dépossède en effet les cadres infirmiers ainsi que les médecins de la gestion des lits confiée à un service administratif. Elle répond à une préoccupation gestionnaire de rationalisation du fonctionnement qui s'applique parfaitement à des médecins libéraux peu présents dans les services et qui se désintéressent de la logique organisationnelle.

Toutefois, l'enseignement à en tirer pour les hôpitaux publics et notamment pour l'Hôtel Dieu est la nécessité d'affiner les informations disponibles aux urgences. Connaître les lits réservés par service et les contraintes liées aux chambres doubles permettrait de faciliter la recherche d'un lit. Le système d'information mérite d'être perfectionné en ce sens.

3. Gérer l'aval pour assurer la fluidité de l'accueil

Disposer des capacités d'accueil adaptées aux besoins des patients des services des urgences est nécessaire à deux niveaux, d'une part pour assurer la qualité de la prise en charge post-urgence des patients nécessitant une hospitalisation et d'autre part afin de ne pas « engorger le service par l'aval ».

Des chercheurs ont élaboré un modèle statistique qui traduit la pression exercée par les urgences sur les services d'aval²⁶.

$$T = 0.4 + CR - 0.34 U - 0.048 C$$

Avec T, le taux d'admission en aval pour les urgences

CR, la capacité résiduelle de l'hôpital = 1 – taux d'occupation

U, la pression des urgences = nombre d'arrivées par an par le nombre de lits de l'hôpital

C, la pression des consultations = nombre de consultations par an par le nombre de lits de l'hôpital.

Le taux d'admission en aval pour les urgences est ainsi fonction du taux d'occupation des services et du poids des passages aux urgences et en consultations dans l'établissement.

Cette formule leur permet de mettre en évidence le lien entre la saturation de l'hôpital et les difficultés d'aval des urgences. De même, plus la pression sur les urgences augmente ou plus le recrutement par les consultations augmente et plus la tendance à les admettre diminue. Cela confirme le conflit existant entre les urgences et l'activité programmée.

²⁶ Op. cit. 18

L'existence de chambres à deux lits limite encore les possibilités d'aval, d'une part en raison du respect de l'intimité des occupants, et d'autre part du fait du risque infectieux.

Certains établissements ont développé des initiatives afin de remédier à ces difficultés.

3.1. *Les limites des solutions contraignantes*

(1) *L'impôt-lit*

La première réponse était indiquée par la circulaire du 29/01/1975, l'instauration d'un impôt-lit. Un nombre de lits déterminé peut ainsi être mis à disposition du service des urgences et rester vacant pour permettre l'admission des patients non programmés. Cette solution évoquée en 1975 est à nouveau d'actualité aujourd'hui.

Plusieurs méthodes de mise en œuvre existent.

Il peut s'agir d'un nombre de lits, fixé en fonction des besoins par service clinique, qui restent vacants chaque jour. Les services cliniques sont sensibilisés aux difficultés rencontrées par les urgences. Cette pratique semble pourtant très difficilement applicable. L'impôt-lit risque fortement de faire diminuer le taux d'occupation des services concernés si les lits réservés ne sont pas utilisés. De plus, il va à l'encontre de la logique médicale de spécialisation et de maîtrise de l'activité par les médecins. Cette mesure emportera donc difficilement l'adhésion des médecins et des gestionnaires d'établissement. Il semble préférable que l'impôt-lit soit proportionnel au profil des pathologies hospitalisées à partir des urgences afin de moins pénaliser les services peu concernés par l'aval des urgences. De nombreux lits de médecine risquent par contre d'être immobilisés.

Une alternative peut être d'instaurer un roulement entre les services afin de concentrer la contrainte sur un seul service. La perte d'activité est réduite et la contrainte moindre. Toutefois, l'impôt-lit ne garantit pas de façon satisfaisante la sécurité et la qualité des soins puisque tous les patients sont admis dans le service «contribuable » à la mission de service public sans respecter l'adéquation entre le diagnostic et la discipline d'accueil.

La méthode de l'impôt-lit, séduisante de prime abord par son caractère efficace, n'est *in fine* pas satisfaisante pour l'établissement. Elle peut toutefois être retenue en période d'afflux important de malades comme en hiver. Les services prévenus à l'avance peuvent s'organiser et l'activité des urgences est alors moins perturbatrice. En période de fermeture de lits pour l'été, l'impôt-lit permet de limiter l'installation de lits supplémentaires provisoires ainsi que les transferts, par ailleurs peu possibles car tous les établissements sont confrontés aux mêmes diminutions de disponibilités. Les entretiens avec les chefs de services cliniques de l'Hôtel Dieu ont mis en évidence le rejet systématique de cette solution, par conséquent inenvisageable.

(2) L'indifférenciation des lits

Une deuxième pratique qui permet de remédier aux difficultés en matière de flux d'aval est d'admettre les patients sans rechercher systématiquement l'adéquation entre la spécialité d'accueil et la pathologie. Pendant la période d'été 2001, la Direction de l'Hôtel Dieu a ainsi opté pour cette solution apparemment plus consensuelle, en insistant auprès de tous les services pour qu'ils contribuent à la mission d'aval des urgences en acceptant des patients ne relevant pas nécessairement de leur spécialité. Toutefois, certains chefs de service refusent l'admission de patients dont la pathologie est jugée incompatible avec l'activité du service. Un patient présentant un risque infectieux ne peut donc être hospitalisé en ophtalmologie. L'admission de patients

Le problème d'aval ne se pose pas dans les mêmes termes aux Etats Unis où les lits sont indifférenciés selon les spécialités. Seuls les lits de réanimation sont regroupés au sein d'un service spécifique, les autres lits ne faisant pas l'objet de regroupement par discipline. Les médecins se déplacent donc auprès de leurs patients. L'Hôpital Américain de Neuilly sur Seine fonctionne selon ce schéma d'organisation. L'ensemble des difficultés évoquées ci-avant est donc levé. Il est intéressant de souligner que la clinique du Petit Colmoulins est également organisé ainsi afin de limiter les difficultés d'aval. Elle dispose en effet de 100 lits de chirurgie et de 87 lits de médecine qui ne sont pas différenciés hormis les 15 lits de soins intensifs.

Dans les hôpitaux français, des motivations d'hygiène et de spécialisation des missions des infirmières en fonction des disciplines (une infirmière d'un service d'hématologie n'effectue pas les mêmes gestes qu'une infirmière en pneumologie par exemple) justifient la spécialisation des services. En outre, la logique de territoire n'est sans doute pas absente.

3.2. Le succès variable des démarches contractuelles

Les textes relatifs aux modalités de fonctionnement des services d'urgence prévoient la contractualisation des relations avec les services partenaires de l'urgence, contractualisation requise lors de la demande d'autorisation. Toutefois, les établissements font une application variable de ces dispositions. Le CHU de Rennes a fait le pari du développement des relations contractuelles entre les urgences et le reste de l'hôpital sous la forme d'une charte de l'urgence. Ce document a vocation à regrouper l'ensemble des protocoles requis dans le cadre de l'autorisation d'activité d'urgence. Ces protocoles doivent détailler pour le CHU de Rennes les modalités pratiques d'admission des patients urgents dans les services (horaires, délais...), les pathologies d'organes relevant de la médecine spécialisée d'organe et celles plus usuelles pouvant relever du secteur de médecine générale et enfin, les

modalités de mise à disposition de consultants spécialisés au SAU et auprès du secteur de médecine générale.

Le SAU de Cochin s'inscrit également dans cette logique. Pour son chef de service, le Pr. Brunet, le service des urgences est « une plate-forme d'accueil et d'orientation intégrée dans un réseau intra- et extra-hospitalier », ce qui suppose l'implication de l'ensemble des acteurs. Il souligne la nécessité d'un fort engagement de la communauté de l'établissement. Ce fonctionnement en réseau prend le plus souvent la forme d'une Fédération d'Activités Médicales Associées (FAMA) constituée autour du service d'urgence avec les services partenaires dans l'établissement²⁷. Ces démarches démontrent l'importance de l'association de l'ensemble du corps médical dans la prise en charge des urgences. En outre, elles organisent le partage de la responsabilité médicale entre les services.

Concernant la prise en charge des patients des urgences, ces protocoles visent à garantir l'intervention, dans des délais adaptés, des spécialistes sollicités pour avis et à assurer la continuité des soins en cas d'aval.

Cette protocolisation ne semble pourtant pas être en mesure d'apporter une solution aux difficultés relationnelles entre les services. Comme le souligne le Pr. Pourriat, les protocoles permettent de formaliser des relations existantes satisfaisantes. Par contre, s'ils donnent l'occasion aux deux partenaires de se rencontrer afin de débattre de leurs contraintes réciproques, la rédaction de protocoles ne permet pas de régler les difficultés liées à la mauvaise volonté de chacun. A l'issue des expériences analysées, complétées par une période d'observation dans le service de l'Hôtel Dieu, il semble que le facteur d'amélioration réside plus dans la confiance réciproque des deux services et dans l'établissement de relations personnelles de qualité. Un patient sera différemment accepté selon le médecin contacté et selon l'urgentiste qui formule la demande. L'établissement de la confiance repose sur l'attitude des urgentistes et leur capacité à gérer un maximum de situations afin de gagner en reconnaissance. Les protocoles ne prendront tout leur sens que dans l'hypothèse d'une relation de confiance entre les services.

Ceci n'est cependant pas toujours réalisable, d'autres outils sont alors à rechercher.

3.3. *Une réponse consensuelle : la création d'unités post-urgences*

La recherche d'une solution au problème d'aval a conduit le SAU de l'hôpital H. Mondor à augmenter les capacités d'hospitalisation via les urgences.

²⁷ Brunet F. Le service d'accueil des urgences un nouveau concept pour une réforme. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2000, n°2, pp.379-402.

En 1996, ce service a créé la première unité de médecine à vocation généraliste, à recrutement exclusif via les urgences et donc dédié aux post-urgences. Ce service n'opère aucune sélection des patients en fonction d'une pathologie d'organe.

Cette expérience a ensuite été reprise par différents établissements, dont le CHU de Nantes, qui dispose d'une « unité de médecine polyvalente urgence » de 45 lits entièrement consacrée à l'aval des urgences.

Ces unités ont pour spécificité d'accueillir tous les patients sans sélection en fonction d'une pathologie ou d'un organe. C'est pourquoi, leur gestion est confiée aux urgentistes dans certains cas, comme à Nantes où elle est entièrement distincte du service de médecine interne. Par contre, à H. Mondor, l'unité de post-accueil est placée sous la responsabilité du service de médecine interne. Le CHU de Rennes a également retenu cette démarche dans le cadre du projet de construction du nouveau bâtiment des urgences. L'insuffisante capacité en lits de post-accueil de médecine générale rend nécessaire l'extension de ce secteur par redéploiement interne. Le directeur du site concerné y voit un avantage supplémentaire à celui de l'amélioration de l'aval, à savoir le fait de proposer aux urgentistes une activité en hospitalisation, complémentaire de celle de l'accueil des urgences et moins exposée au stress et aux tensions permanentes.

Ces unités correspondent bien à un besoin de santé publique, puisque nombre de patients hospitalisés via les urgences relèvent de la médecine. A Nantes, sur les hospitalisations via les urgences, 45 à 50% d'entre elles concernent des problèmes non traumatologiques. Ces unités évitent donc d'admettre ces patients en médecine interne, service qui programme également son activité, voire de les hospitaliser dans des services inadaptés à leur pathologie en l'absence de service polyvalent. Comme nous l'avons développé précédemment, perturber la programmation dans ces spécialités peut s'avérer très pénalisant pour les résultats d'activité de l'hôpital.

Cependant, ces unités présentent l'inconvénient de leur avantage. Libérant les services de spécialité de l'accueil de patients non programmés, ne relevant pas nécessairement de leur activité, elles déplacent les contraintes sur une unité unique et identifiée. Il est en effet à craindre que les lits de ces unités ne seront occupés que de façon aléatoire et que leur taux d'occupation soit probablement plus faible que dans le reste de l'établissement. Les expériences de Nantes et H. Mondor lèvent malgré tout cette réticence puisque ces unités fonctionnent depuis plusieurs années. A Nantes, l'unité de médecine polyvalente urgence a démontré sa pertinence puisque sur les 2414 patients hospitalisés en 2000, 95% ont été pris en charge intégralement par l'unité et seulement 5% sont passés dans un service de spécialité de l'établissement. L'unité de médecine polyvalente urgence est beaucoup moins

consommatrice en actes complémentaires que le service de médecine interne (consommation en B 2.5 fois inférieure dans cette unité qu'en médecine interne en 2000).

Il semble préférable pour l'établissement d'accepter un taux d'occupation légèrement inférieur dans ces unités à tarification médicale que d'immobiliser (par l'impôt lit par exemple) des lits en spécialité coûteuse. Il est important de souligner que la création de ces unités est réalisée par redéploiement des lits de spécialité vers des lits de post-urgence.

Un deuxième danger est de contribuer au désengagement des services d'aval, déchargés de leur mission d'accueil des urgences par l'instauration de telles unités.

Malgré ce risque à moyen terme dont il faut être conscient, les unités polyvalentes de post-portes semblent apporter une solution immédiate aux difficultés cruciales de l'aval des urgences.

Les textes relatifs aux modalités d'organisation des services d'urgence constituent des pistes d'amélioration de la gestion des flux de patients qui doivent être adaptées à chaque établissement. Sur cette base, les établissements ont su être inventifs dans ce domaine à différents niveaux. La conception des filières de prise en charge a évolué sous la pression de la diversification de la demande de soins. Le système d'information démontre qu'il est un outil efficace. Enfin, la réflexion sur la prise en charge de l'aval des urgences progresse.

Dans quelle mesure ces divers éléments sont-ils transposables à l'Hôtel Dieu ?

Chapitre III. Propositions pour la future organisation des UMC

Cette dernière partie a une visée pragmatique puisqu'elle a pour objectif de proposer des pistes de réflexion pour la nouvelle organisation.

L'approche fonctionnelle développée ci-dessous recherche la réponse aux besoins dans le cadre d'une organisation adaptée à l'environnement physique et social. *Le fonctionnalisme architectural est une démarche stricte selon laquelle les fonctions internes [d'un service] sont groupées d'une façon optimale pour répondre aux exigences de surface et de relation correspondant au programme de [ce service], compte tenu des contraintes propres du site où il est implanté (...) D'après le fonctionnalisme, la forme doit suivre la fonction, elle est l'enveloppe issue de l'organisation²⁸.* L'approche retenue consiste donc à définir l'organisation souhaitée avant de la traduire avec réalisme dans des locaux. Cette démarche s'oppose à l'approche formelle qui consiste à prédéfinir la forme architecturale avant d'y inscrire l'organisation des locaux.

La mise en perspective de l'activité du service décrite en première partie, des solutions apportées par les textes ou initiées par les acteurs de terrain et des contraintes pesant sur l'Hôtel Dieu permettent de proposer des modalités d'organisation possibles pour l'Hôtel Dieu (A), avant d'envisager dans quelle mesure ils peuvent trouver leur traduction dans les locaux (B). Toutefois, il semble que la seule réponse en terme architectural ne suffise pas (C).

A. Les débats d'organisation à mener

Divers points méritent d'être débattus au sein de l'établissement afin d'adapter à l'Hôtel Dieu les outils de gestion des flux recensés. La contrainte réglementaire doit tout d'abord trouver son application en tenant compte des réalités locales. Les activités d'urgence autres que celle des UMC doivent ensuite être intégrées au projet. Enfin, une réponse efficace doit être apportée à la demande de consultation non urgente au plan médical.

²⁸ Le Mandat M. Prévoir l'espace hospitalier Paris : Berger Levrault, 1989 , 665 p. Manuels B.-L. Santé.

1. Adapter la contrainte réglementaire aux réalités locales

Comme il a été souligné dans le chapitre II, les textes définissent quelques principes d'organisation des services d'urgence mais laissent aux établissements toute latitude dans leur mise en œuvre. Des modalités d'organisation propres à l'Hôtel Dieu peuvent ainsi permettre de répondre aux besoins.

1.1. Respecter le minimum requis

Les textes décrivant l'organisation d'un service d'urgence présentés en deuxième partie font ici l'objet d'un bref rappel afin de définir les locaux indispensables à la future organisation.

La circulaire du 14/05/1991 précise en effet l'organisation des locaux afin de permettre une prise en charge respectant un circuit de marche en avant.

Le service doit comporter la zone d'accueil et d'orientation unique pour le service, la zone d'examen et de soins et la zone d'hospitalisation de très courte durée. Le nombre de boxes varie pour une UP de 2 à 4 par tranche de 10 000 passages par an, soit pour l'Hôtel Dieu entre 8 et 15 boxes. Le service en dispose actuellement de 12.

Les exigences réglementaires sont donc remplies. En outre, il ne semble pas nécessaire d'étendre cette unité qui a une durée moyenne de séjour de 1.02 jour en 2000.

L'AHR d'Ile-de-France a apporté des précisions sur le nombre de boxes nécessaires dans la zone d'examen et de soins. Elle a en effet établi les indicateurs suivants :

- Le ratio du nombre de passages par box est satisfaisant dans une limite maximale de 15 patients par jour et par box.
- Par contre, en dessous de 10 passages par jour et par box, cela signifie une sous-occupation.

Les salles de plâtre et de sutures ne sont pas incluses dans le calcul. Il faut donc prévoir au moins deux boxes supplémentaires.

Concernant l'Hôtel Dieu, le calcul du nombre de boxes à partir du volume d'activité de l'année 2000, permet d'estimer à 10 le nombre de boxes maximal et à 7 le nombre minimum. Le service dispose actuellement de six boxes de soins, ce qui correspond à recevoir 16.92 patients par box et par jour. C'est donc insuffisant au regard de ces recommandations comme au niveau des délais d'attente que cette situation génère. Le volume d'activité de l'année 2000 permet d'estimer le nombre de boxes nécessaire entre 7 et 10. Toutefois, cette estimation n'intègre pas l'évolution tendancielle d'activité liée à la généralisation du recours aux urgences. C'est pourquoi, il semble qu'il faille plutôt retenir l'hypothèse haute de la fourchette, sauf à courir le risque que les locaux s'avèrent rapidement sous-dimensionnés.

De plus, cette estimation ne tient pas compte des boxes spécifiques dont la création sera abordée ultérieurement.

Compte-tenu de ces éléments, le recensement des locaux par zone concernant l'Hôtel Dieu a été établi à l'issue d'une réunion avec le chef de service et le cadre supérieur (annexe). Les surfaces indiquées par local correspondent aux moyennes obtenues à partir des projet de travaux d'H. Mondor et de la Pitié Salpêtrière.

1.2. La réponse organisationnelle spécifique à l'Hôtel Dieu

Les locaux indispensables décrits ci-dessus sont organisés librement par chaque établissement en fonction du projet de service, du projet médical et des réalités locales. Ainsi en est-il de l'accueil, des circuits de prise en charge en fonction d'une typologie médicale et des circuits de prise en charge en fonction du type de patient.

(1) L'organisation de la zone d'accueil

Les textes prévoient un accueil unique et commun pour tous les patients. Par contre, ils ne précisent pas quelle doit être son organisation.

➤ *Priorité de l'accueil administratif par rapport à l'accueil infirmier*

Les visites de sites ont permis de mettre en évidence la place très variable du secteur administratif dans un service d'urgence. Au SAU de Nantes, l'accueil administratif et le guichet de caisse sont situés très en retrait de la zone d'accueil alors que le poste d'IAO se trouve immédiatement face à l'entrée du public. A l'HEGP, les guichets d'inscription et de caisse se situent à quelques mètres de l'accueil. De même, dans son projet de construction, le CHU de Rennes prévoit que l'IAO établit le premier contact avec le patient et sa famille, ouvre le dossier de soins et évalue la situation au plan clinique. Les formalités administratives d'inscription ne sont réalisées que dans un deuxième temps. Par contre, à l'Hôpital américain, à Cochin ou à H. Mondor, l'accueil du patient est avant tout administratif, ce qui peut donner au patient l'impression que sa prise en charge infirmière et médicale est conditionnée par les formalités administratives. De plus, cette organisation induit une confusion des rôles entre l'IAO et l'agent de l'accueil qui devient l'interlocuteur privilégié des familles à la place de l'IAO.

Le circuit actuel de l'Hôtel Dieu privilégie les formalités administratives sur la prise en charge immédiate par l'IAO. Cet accueil administratif est toutefois confié à un aide-soignant ce qui atténue le désagrément éventuellement ressenti par certains patients car l'aide-soignant est en mesure d'informer le patient sur les modalités de sa prise en charge.

En outre, placer l'IAO en première ligne de l'accueil nécessite d'assurer le respect de l'ordre d'arrivée des patients. De plus, l'IAO ne peut assurer la permanence de l'accueil. Enfin, les patients ne semblent pas se plaindre de cette organisation.

Il est par conséquent préférable de maintenir le circuit actuel.

Ce débat sur la place du circuit administratif par rapport à la mission des urgences avait conduit le chef de service intérimaire à réclamer la suppression de la caisse des urgences. De nombreux arguments plaident pourtant pour son maintien. Ses horaires d'ouverture élargis permettent d'assurer le relais des autres caisses de l'établissement notamment en fin d'après-midi. La suppression permettrait de clarifier les missions du service qui accueille nombre de personnes venues uniquement pour régler une facture mais elle ferait courir un risque de non recouvrement important, notamment du fait du nombre considérable de touristes qui règlent actuellement leurs soins sur place. Cette fermeture devrait être compensée à l'échelle de l'établissement par des horaires d'ouverture élargis de la caisse centrale. Le circuit des patients des urgences serait alors compliqué et le problème déplacé voire aggravé car l'isolement de cette caisse ne garantit pas la sécurité des agents. En conclusion, il semble difficile d'envisager la fermeture de cette caisse sans remettre en cause l'organisation du service des traitements externes.

Des améliorations sont toutefois nécessaires. La localisation de la caisse dans les nouveaux locaux devra garantir la sécurité des agents. La localisation doit ensuite être choisie de sorte que le circuit du patient soit facilement modifié aux heures de fermeture de la caisse. Pour cette raison, la caisse est actuellement située derrière le même guichet que l'accueil. Les gestionnaires apportent ainsi leur aide à l'accueil en cas de besoin. Enfin, le passage à la caisse ne doit pas gêner le circuit des autres patients contrairement à la situation actuelle. Elle doit donc être située en retrait du circuit principal.

➤ La conception des zones d'attente

Diverses modalités d'organisation méritent d'être étudiées.

Attente patients/ accompagnants.

Dans le SAU de l'hôpital H. Mondor, la salle d'attente des patients est séparée de celle des accompagnants, de même qu'à Nantes où un seul accompagnant est autorisé à pénétrer dans la zone de soins. La logique de marche en avant préconisée pour les services d'urgence incite à ne pas faire revenir les patients dans la salle d'attente située à l'entrée du service mais à les faire attendre dans la zone d'examen et de soins. La zone d'accueil réservée à l'attente des accompagnants peut donc être réduite.

De plus, cette distinction peut permettre de réduire l'agressivité en direction du personnel, générée notamment par l'attente et la concentration humaine dans un petit espace. Les patients sont en principe moins agressifs que leurs accompagnants qui expriment leur angoisse par l'impatience ou l'agressivité. C'est pourquoi, séparer les deux publics peut permettre de canaliser l'agressivité des accompagnants et de limiter le phénomène de contagion aux autres personnes en réduisant le nombre de personnes réunies.

Toutefois, cette argumentation séduisante suppose, pour garantir la réalisation de ses objectifs, qu'une information régulière soit faite aux accompagnants complètement coupés de leur proche. C'est la raison pour laquelle, dans les services organisés selon ce schéma, une personne est autorisée à suivre le patient dans la zone de soins, en fonction de l'âge du patient et du degré d'urgence, ce qui fait perdre de son intérêt à la distinction. Il convient donc de maintenir une salle d'attente commune car elle est rassurante pour les deux catégories de public et parce qu'elle garantit la séparation des zones prescrite par les textes.

Attente patients debout/ patients couchés

Cette distinction n'est pas contestée car il existe un consensus sur l'angoisse que peut provoquer chez des patients valides l'attente à proximité de personnes gravement atteintes. Au souci de confort des patients s'ajoutent des motivations de place (surface nécessaire à l'attente sur des brancards) et de sécurité (patients devant bénéficier d'une surveillance rapprochée par rapport aux autres patients).

Diverses modalités d'organisation sont possibles. Certains établissements choisissent de disposer les brancards dans le couloir pour en faciliter la surveillance, mais cette solution contribue à donner l'image d'un service désordonné et débordé. Elle ne respecte pas l'intimité des patients. De plus, elle rend la circulation dans les couloirs difficile et pose donc des problèmes de sécurité.

La création d'une zone d'attente est donc indispensable. Il s'agit le plus souvent d'un vaste espace dans un couloir de la zone d'examen comme à H. Mondor ou à Cochin. Cette solution intermédiaire, plus discrète pour les patients, permet de ne pas gêner la circulation. Sa localisation est essentielle pour garantir une surveillance continue. Elle pose toutefois la question du confort pour des patients qui attendent plusieurs heures dans ces conditions.

En plus de cette attente destinée aux patients non encore vus par le médecin ou pour lesquels l'attente sera brève, il est souhaitable de créer une zone d'observation réservée aux patients qui doivent attendre plus longuement. Le SAU de Nantes dispose d'une salle d'attente dédiée aux patients qui restent plusieurs heures dans le service. Cette zone permet de libérer les boxes, de ne pas encombrer les surfaces de circulations et de ne pas occuper inutilement les lits d'hospitalisation de très courte durée. L'attente est plus confortable pour

ces patients installés dans une salle distincte, placée sous la surveillance d'une infirmière. Il s'agit d'un degré de prise en charge intermédiaire entre les boxes de soins et l'UHCD, qui correspond à la prise en charge de la catégorie 4 des patients accueillis en UHCD, pour lesquels un codage en acte externe n'est pas concevable mais qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Cette salle d'attente permet donc de pallier les limites d'utilisation de l'UHCD et se rapproche du concept nord américain d'unité d'observation (UO). L'UHCD du SAU de Cochin est d'ailleurs qualifiée d'UO puisque les patients n'y restent pas plus de six heures. Dans son projet, le SAU de l'hôpital Saint-Antoine prévoit la création d'une telle «salle d'observation » afin de répondre aux besoins non couverts par l'UHCD. Enfin, le SAU de Rennes prévoit de créer dans l'UHCD à la fois des chambres individuelles et une zone de surveillance de treize places équipée de fauteuils.

Cette salle d'observation semble d'autant plus indispensable à l'Hôtel Dieu que les brancards sont disposés dans le couloir et que l'absence de contiguïté avec l'UHCD en modifie la mission. En effet, les patients ne sont orientés à l'UHCD que si leur installation dans un service nécessite une attente de plusieurs heures, si aucun lit d'hospitalisation n'est disponible ou si un suivi spécifique s'impose (la mise en œuvre d'un traitement par exemple). Les patients en attente de résultats d'examen et ceux placés en hôpital de jour ou de nuit notamment ceux qui relèvent de la «salle Saint-émilion » (salle de dégrisement qualifiée ainsi avec humour par les agents des urgences) n'y sont pas orientés contrairement aux recommandations présentées au troisième chapitre. La création d'une telle salle de surveillance ou d'observation, placée sous la surveillance d'une infirmière permettrait donc de pallier cette lacune dans la prise en charge.

(2) Privilégier la polyvalence du circuit

➤ Les recommandations en faveur de la polyvalence

En 1995, le groupe ad hoc sur les urgences créé par l'AP-HP²⁹ édicte certaines recommandations qui complètent les textes. Le schéma proposé pour les unités de proximité accueillant les urgences adultes comporte un circuit commun à tous les patients dans lequel les urgentistes font appel à un avis chirurgical en fonction des besoins. Le rapport préconise l'absence de filières spécifiques selon le type de prise en charge (médicale ou chirurgicale). Le SROS d'Ile-de-France, va également dans le sens d'une indifférenciation des filières de soins. De plus, il signale que le principe d'un site unique recevant l'ensemble des urgences doit être retenu.

²⁹ Rapport ?????

Service ou département des urgences médico-chirurgicales
1 chef de service ou département

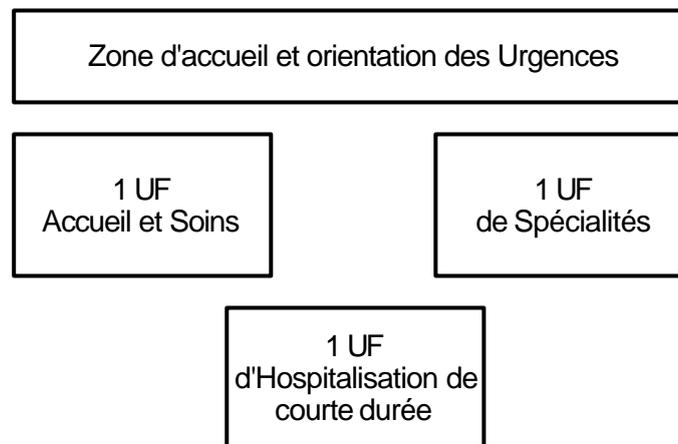


Schéma d'organisation d'une unité de proximité adultes,
Rapport du groupe ad hoc sur les urgences,
Direction de la Politique Médicale, 1998

➤ La polyvalence, imposée par la réalité locale

Le service des UMC de l'Hôtel Dieu illustre l'évolution du débat sur l'organisation des circuits décrite en deuxième partie. L'unité des urgences autrefois placée sous la responsabilité d'un cardiologue est désormais confiée à un anesthésiste-réanimateur, nouveau chef du service. Le service était caractérisé par l'étanchéité entre les deux circuits médical et chirurgical. Le secteur de chirurgie disposait donc des deux salles de suture, de la salle de plâtre et de trois boxes de soins. Le secteur de médecine disposait de trois boxes. Le personnel médical à temps plein était composé à la fois de médecins et de chirurgiens. Les difficultés de gestion des flux étaient considérables du fait de cette séparation combinée à l'insuffisance du nombre de boxes. Le transfert de l'orthopédie et l'arrivée de la chirurgie thoracique pour laquelle il n'y a que peu de cas d'urgence a conduit à supprimer la différenciation des filières. Des filières traumatologie/ non traumatologie n'auraient pas eu plus de sens.

Par contre, la circulaire du 14/05/1991 prévoyait la possibilité de créer des circuits différenciés en fonction de la nature des soins et de l'importance des flux. Les caractéristiques de l'activité des UMC incitent à imaginer des filières différentes en fonction de certains publics.

(3) Deux filières de prise en charge à envisager

➤ La réponse à la mission sociale de l'hôpital passe-t-elle par la mise en place d'un circuit distinct ?

La création éventuelle d'une filière « sociale » (création d'un box dédié et/ou d'une salle d'attente différenciée) à l'Hôtel Dieu mérite d'être débattue, dans cet établissement qui a une vocation historique à accueillir les personnes pauvres et démunies.

Les urgences à caractère social sont difficiles à dénombrer puisque aucun critère objectif n'existe. Cette réalité peut être approchée grâce à divers indices mais aucun ne semble recouvrir la totalité des situations. Dans la première partie, il a été indiqué que les personnes sans domicile fixe représentent 1.1% des passages aux UMC. Ces données ne sont pas représentatives de la part des personnes en situation de précarité sociale rencontrées aux urgences car l'absence de domicile n'est pas le seul critère. Les données d'activité de l'assistante sociale des urgences ne sont pas non plus un indicateur exhaustif car elle n'est pas en permanence présente dans le service. Le nombre de personnes susceptibles d'entrer dans cette filière semble toutefois important puisqu'en 2000, elle a reçu 338 personnes.

La création de cette filière suppose un tri des patients en fonction de critères flous et subjectifs qui renvoient à la définition de l'urgence sociale, extrêmement difficile à établir. De plus, le risque existe de voir se créer une zone de soins qui soit délaissée par l'équipe du service. Enfin, comme l'a souligné une infirmière des UMC, « l'urgence, c'est aussi ces patients et il ne faut pas les cacher ».

Cette remarque rejoint la réflexion de Jean Peneff³⁰. S'il reconnaît que *cohabiter dans un espace réduit avec des compagnons non choisis, culturellement et socialement éloignés, peut inspirer des sentiments forts*, il rappelle également que les urgences symbolisent le dogme de l'égalité de traitement devant le service public. Les urgences jouent un rôle d'intégration sociale car elles ne reposent pas sur une hiérarchie fondée sur l'argent ou le pouvoir mais sur le degré de gravité du problème. *Dans les salles d'attente, on est socialisé en tant que malade. (...) Dans ces petits espaces, c'est tout un rapport à la médecine qui s'exprime, à savoir l'acceptation des normes par elle définie.* La création d'une filière spécifique doit donc être écartée.

Toutefois, deux améliorations notables semblent devoir être apportées à l'occasion du projet de réorganisation du service.

La création d'une salle d'observation évoquée ci-dessus permettrait d'améliorer les conditions d'attente des patients de la salle « Saint-émilion », le plus souvent caractérisés par des problèmes sociaux majeurs.

³⁰ Op. cit. 4

Il convient ensuite de réaffirmer le rôle et la place de l'assistante sociale au sein du service. La circulaire du 14/05/1991 fait de l'assistante sociale un membre de l'équipe soignante des urgences. « *Elle apporte une aide personnelle et psychologique au patient et à sa famille ; elle aide à résoudre les difficultés personnelles, administratives et matérielles liées à l'hospitalisation ; elle met en œuvre la suite du traitement médical dans l'orientation vers une autre structure et dans l'organisation du retour à domicile* ». Ce texte consacre la reconnaissance du rôle social de l'hôpital. La connaissance des réseaux extra-hospitaliers qu'a l'assistante sociale en fait un partenaire très efficace dans la gestion des flux notamment dans la recherche de structures d'hébergement en aval du service des urgences. Le SAU de Cochin a pris conscience de son importance puisque l'assistante sociale participe chaque jour aux transmissions médicales avec les équipes du service et est étroitement associée aux décisions d'orientation des patients. De même, au SAU de Nantes, le bureau de l'assistante sociale se situe au cœur de la zone d'examen. La situation aux UMC est tout à fait différente puisque le bureau de l'assistante sociale se trouve au niveau de l'UHCD. Elle n'est pas partie prenante à la vie du service. Le futur schéma d'organisation devrait prévoir d'installer son bureau au rez-de-chaussée pour renforcer sa participation.

➤ Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques

La psychiatrie est en moyenne le deuxième motif de passage aux urgences après la traumatologie³¹. En 2000, les passages aux UMC relevant de la psychiatrie représentent 3,47% des passages.

L'urgence psychiatrique est définie par la circulaire du 30/07/1992 comme une demande dont la réponse doit être rapide et adéquate de la part de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. Les urgences psychiatriques dans un service d'urgence regroupent essentiellement les cas d'urgence traditionnelle telle que les décompensations délirantes ou dépressives ou les troubles du comportement et les situations de crise, qui connaissent une augmentation importante. Or ces situations de crise aiguë sont source de difficultés importantes pour les services d'urgence car elles se situent dans un contexte d'angoisse, d'agressivité voire de violence et les agents médicaux et soignants des services d'urgence ne se sentent pas toujours suffisamment bien armés face à de telles situations. La circulaire n°97-616 prévoit que l'équipe médicale d'une unité de proximité puisse faire venir un psychiatre à tout moment. Toutefois, le texte ne donne aucune précision sur les moyens matériels nécessaires à l'accueil de ces urgences, pourtant en forte augmentation.

³¹ Horassius-Jarrié N., Baldo E . La psychiatrie „attrape-tout“ dans les services d'urgence des hôpitaux généraux. *L'information psychiatrique*, 05/2000, n°5, pp. 521-533.

A l'Hôtel Dieu, l'absence de circuit différencié pour ces urgences pose notamment des difficultés en cas de patient agité ou violent. La création d'une salle d'attente spécifique n'apparaît pas envisageable afin de ne pas stigmatiser des patients qui recourent à l'hôpital général pour tenter d'inscrire un comportement qui sort du commun dans un circuit ordinaire. *Un malade à l'hôpital général n'est pas encore un malade psychiatrique. L'entourage, même s'il n'ignore pas la tonalité psychiatrique de la pathologie, garde un secret espoir que ce passage reste temporaire et exclusif de tout circuit psychiatrique pur*³². Les futurs locaux devront par contre prévoir un box sécurisé. Les patients agités pourront y être installés rapidement, jusqu'à l'intervention du psychiatre. Il conviendra de veiller à ce que l'orientation des patients dans ce circuit ne se fasse pas au détriment de la fiabilité du diagnostic médical. Enfin, ces patients devront être surveillés avec attention jusqu'à l'intervention du psychiatre afin d'éviter les départs anticipés du service.

2. Intégrer les éléments prioritaires du projet médical

Les activités spécifiques à l'Hôtel Dieu conduisent à envisager des modalités de prise en charge originales.

(1) La nécessaire prise en compte des liens avec les UMJ

Le nombre de personnes accompagnées par la police est relativement important du fait de la présence d'UMJ à l'Hôtel Dieu. Les forces de l'ordre conduisent les gardés à vue aux urgences pour examen médical avant de les emmener au commissariat. Trois à cinq agents de police escortent ces patients, ce qui crée un encombrement important des locaux et peut provoquer une gêne pour les autres patients. Chaque jour, 5 à 10 de ces patients sont pris en charge aux UMC. La question de la création d'un circuit spécifique mérite donc d'être posée. Pour des raisons de commodité, il semble que le circuit d'accès commun puisse être conservé. Une zone d'attente spécifique semble par contre justifiée, située à proximité immédiate d'un box réservé de façon prioritaire pour ces patients, afin de limiter l'encombrement du service. Le personnel soignant interrogé a fait part à plusieurs reprises de son souhait de créer une zone d'examen distincte. Aucune base de comparaison n'existe à ce sujet car aucun des services visités ne disposait de telles urgences. Il convient de souligner que la motivation pour un tel circuit est plus ressentie au sein du personnel qu'auprès des patients, pour lesquels la présence de gardés à vue ne figure pas parmi les motifs de mécontentement.

³² Gonzalez MA., Vilamot B. et al. Urgences psychiatriques : service spécialisé ou SAU, La revue des SAMU hors série, 2000, pp.192-195.

(2) Assurer la grande garde d'ophtalmologie de l'AP-HP

Contrairement aux préconisations du SROS, les urgences de l'Hôtel Dieu ne sont pas accueillies sur un site unique. En effet, l'accueil des urgences ophtalmologiques se situe à l'opposé des UMC, car elles sont rattachées au service d'ophtalmologie et sont à proximité immédiate du bloc opératoire.

En 1999, 23 493 passages ont été enregistrés en ophtalmologie, 22 950 en 2000. Cette importante activité réside d'une part dans la renommée du service et d'autre part dans le fait que l'établissement héberge la grande garde d'ophtalmologie de l'AP-HP (l'ensemble des patients de la spécialité sont adressés à l'établissement référent). La prise en charge de ces urgences pose des difficultés qui conduisent à envisager un regroupement avec les UMC.

➤ Le transfert souhaitable de l'activité de nuit

La localisation actuelle présente comme indéniable avantage la proximité du bloc opératoire d'ophtalmologie et du reste du service. La proximité des consultations permet si besoins de faire appel à un senior du service. Enfin, les dossiers médicaux sont immédiatement disponibles car les archives se trouvent dans le service.

Par contre, pendant la nuit, cette localisation comporte des inconvénients notables pour les patients et les agents. Les urgences ophtalmologiques sont accessibles directement depuis la rue d'Arcole jusqu'à 19 heures. Passée cette heure, les patients entrent par l'entrée principale sur le parvis de Notre-Dame, puis par l'entrée des urgences. Les patients doivent alors traverser l'ensemble du bâtiment, en longeant des galeries mal éclairées alors qu'ils se rendent aux urgences pour un problème visuel. De plus, après 18 heures, les deux infirmières (ou l'infirmière et l'aide-soignant) sont seules dans les locaux, la salle de garde de l'interne se trouvant à l'étage supérieur. Cette organisation présente des risques pour la sécurité des agents qui justifient un regroupement avec les UMC.

➤ Les contraintes à prendre en compte

Le report de flux sur les UMC doit tout d'abord être évalué. En 2000, alors que 17 829 patients ont été reçus entre 8 heures et 20 heures, 5 121 passages ont été enregistrés entre 20 heures et 8 heures. Cette activité supplémentaire et les contraintes spécifiques qu'elle induit doivent être intégrées au projet de réorganisation des UMC. Un circuit spécifique doit être instauré pour ces patients. Après avoir été examiné par l'IAO, le patient sera orienté vers un box dédié, équipé de façon adaptée. Malgré le fait que les urgences ophtalmologiques s'adressent également aux enfants (591 enfants accueillis en 2000 entre 20 heures et 8 heures), la création d'une salle d'attente distincte n'est pas justifiée d'après le chef du service d'ophtalmologie.

La nouvelle organisation doit permettre de centraliser les archives au sein du service d'ophtalmologie mais l'ophtalmologiste ne disposera plus du dossier d'un patient suivi par ailleurs dans le service. La dernière question est celle de la plage horaire à retenir. Choisir 20 heures - 8 heures semble logique car 20 heures correspond à un creux relatif d'activité. Cet horaire permettrait de recevoir l'ensemble des patients arrivés en fin d'après-midi aux urgences ophtalmologiques, avant de transférer celles-ci aux UMC.

3. Gérer la demande de consultation non urgente : La mise en place d'un circuit géré par un médecin

L'ampleur du recours aux urgences pour des soins ambulatoires ne relevant pas d'une réelle urgence au sens médical impose de s'interroger sur la nécessaire création d'un circuit réservé aux consultations de médecine générale. La participation de la médecine de ville au fonctionnement des urgences sous la forme d'un cabinet médical intégré au service ne sera pas abordé car l'Hôtel Dieu n'a pas envisagé à ce jour de développer le partenariat avec les médecins généralistes sous forme de vacations. La recherche de solutions concerne la mise en place du médecin trieur régulateur en binôme avec l'IAO et l'intégration des consultations post-urgence.

3.1. La mise en place d'un circuit interne géré par un médecin

Le tri des patients en fonction du degré de gravité conduit certains patients à attendre plusieurs heures avant la prise en charge médicale. Or, comme le souligne le Pr. Pourriat, une unité de proximité ne peut faire attendre si longtemps les patients car elle ne peut prétexter des patients lourds pour justifier des délais d'attente élevés. Médicaliser le box d'IAO en y associant un médecin chaque fois que l'IAO constate qu'il ne s'agit que d'une consultation non urgente revient à créer un circuit court en réponse à la demande ambulatoire. Le médecin procède immédiatement à l'examen d'un patient venu consulter pour un problème de médecine générale. En cas de besoin d'examen complémentaire, il est aisé de réorienter le patient dans le circuit standard. Les conditions susceptibles de garantir l'efficacité du dispositif ont été évoquées par ailleurs.

Une étude fine des catégories GEMSA indiquerait le volume de patients concernés à l'Hôtel Dieu. Le service serait alors considérablement désengorgé grâce à ce dispositif de prise en charge. Les UMC évoluent d'ailleurs vers cette organisation sous l'impulsion du nouveau chef de service qui incite l'IAO à faire immédiatement appel à un senior lorsqu'un examen médical suffit. Cette organisation mérite d'être systématisée, notamment en prévoyant dans les futurs locaux un box jouxtant celui de l'IAO pour ces consultations de médecine générale

assurées par le médecin régulateur trieur du service, afin de ne pas créer un goulet d'étranglement au niveau du box d'IAO.

La multiplication des circuits envisagés ci-dessus, consommatrice de surfaces, doit être confrontée à la contrainte architecturale. De plus, l'articulation entre les différents secteurs est tout aussi essentielle que leur définition.

3.2. *La nécessaire intégration des consultations post-urgence*

Les consultations de post-urgence en chirurgie étaient jusqu'au premier septembre assurées par la consultation de chirurgie (un consultant dont le poste n'est pas renouvelé et deux bénévoles qui ne peuvent poursuivre cette activité). Cette consultation sans rendez-vous assurait entre 8h30 et 12 heures les soins infirmiers de post-urgence (enlèvement de points de suture, de plâtres), les certificats médicaux et une consultation en orthopédie pour les urgences légères (prise en charge des patients orientés par les urgences ou consultations de suivi). Sur les sept premiers mois de l'année 2001³³, elle a enregistré 4302 passages, soit en moyenne trente patients par jour. Sa fermeture oblige les UMC à repenser l'organisation de la prise en charge de ces patients. L'orientation des patients vers le SAU de Cochin avec lequel l'établissement a conclu le contrat de relais était initialement envisagée. Toutefois, le contrat ne mentionne pas ce type de prise en charge et le service, par ailleurs très attractif, n'est pas en mesure de proposer aux patients de l'Hôtel Dieu des délais de rendez-vous acceptables. Les patients étaient par conséquent orientés vers des cliniques privées du centre de Paris ou des médecins de ville. Au final, l'image de l'établissement auprès des patients risque d'être considérablement dépréciée. A terme, l'établissement peut devenir moins attractif pour ce type de patients. Trois matinées sont provisoirement maintenues actuellement mais il est souhaitable qu'à terme, cette activité soit poursuivie et rattachée aux UMC. Le circuit des patients serait considérablement simplifié et l'image du service auprès du public améliorée. De plus, cette activité correspond à la mission de proximité du service. Il est enfin important de souligner que les UMC sont désavantagées dans les comparaisons d'activité entre services d'urgence car la plupart assurent ces consultations de post-urgence en interne.

Le projet de travaux devrait donc comporter des locaux supplémentaires. Le report d'activité sera de 2590 consultations médicales. Au moins un box supplémentaire devrait être prévu. Une analyse de l'utilisation actuelle des salles de plâtre serait nécessaire pour vérifier que l'activité puisse être absorbée. Au plan médical enfin, des médecins aux compétences

³³ L'année 2000 n'est pas significative car l'activité d'orthopédie a été transférée au mois de septembre.

requis et validées par le chef du service de chirurgie devraient assurer les vacances correspondantes.

B. Du projet médical au projet spatial

Selon l'approche fonctionnaliste définie par Le Mandat, l'architecture traduit l'organisation retenue pour le service. Après avoir débattu de cette organisation, il convient d'étudier la façon dont ce schéma peut s'intégrer au bâtiment existant. La contrainte architecturale de l'Hôtel Dieu est une composante essentielle du projet de restructuration. Les principes directeurs dégagés à la suite des visites de sites sont une deuxième composante. Enfin, une description succincte des fonctionnalités des locaux pourra servir de base à l'établissement du programme.

1. Intégrer la contrainte architecturale

(1) Le dimensionnement des locaux

Le SROS d'Ile-de-France recommande les surfaces suivantes : la surface d'un service doit se situer aux alentours de 0.02 m² hors œuvre par passage. Elle ne doit pas être inférieure à 0.01 m² hors œuvre par passage. Appliquées à l'Hôtel Dieu, ces recommandations indiquent un besoin en locaux situé entre 370 m² et 740 m² calculé sur la base de l'activité 2000, ces surfaces ne tenant pas compte des circulations. Parallèlement, les données de l'ARH d'Ile-de-France en 1997 préconisent une surface utile hors UHCD par passage de 0.03, un ratio de 0.1 étant jugé inadapté. Pour l'Hôtel Dieu, ce ratio conduit à une estimation de 1111 m² en surface utile hors UHCD sur la base de l'activité 2000.

Le projet de travaux des UMC s'inscrit dans le bâtiment existant. Le service est situé sur deux étages, les locaux administratifs et logistiques se trouvant au-dessus de l'unité d'accueil et de soins.

Les surfaces actuelles des locaux de l'UP de l'Hôtel Dieu comprennent une zone d'accueil et de soins sur 450 m² à laquelle s'ajoutent 350 m² pour l'UHCD. Le déplacement des UMJ (qui occupent actuellement le rez-de-chaussée mais aussi une partie de l'étage) qui fait l'objet d'une autre opération dégagera une surface supplémentaire de 350 m².

Le projet pourrait être l'occasion de rapprocher l'UHCD du reste du service comme le préconise le rapport de la visite de conformité. Les nombreux inconvénients déjà évoqués (dévoiement de l'utilisation de l'UHCD entraînant une importante attente couchée,

déplacements des patients) pourraient conduire à opter pour sa réintégration dans les nouveaux locaux agrandis. Celle-ci permettrait une mutualisation des effectifs bénéfique au service. Toutefois, cela ferait perdre le bénéfice de l'extension des locaux, sauf à étendre la surface des locaux sur tout ou partie de la cour. Par contre, quelque soit l'emplacement de l'UHCD, sa conception actuelle pose la question de sa vocation. Dans l'hypothèse d'un rapprochement, il est souhaitable de la concevoir, non pas comme une salle d'hospitalisation conventionnelle (chambres avec sanitaires), contrairement à la situation actuelle et aux recommandations de la SFMU, mais de créer des boxes individuels, semblables à ceux de la zone de soins. Cette nuance est d'une grande importance symbolique dans l'esprit des services d'hospitalisation classique.

(2) Les contraintes fonctionnelles

La contrainte architecturale pesant sur l'Hôtel Dieu est d'autant plus forte que le bâtiment étant inscrit au patrimoine des Bâtiments de France. Il est impossible d'en modifier l'aspect général, d'apporter toute modification qui soit visible depuis les tours de Notre-Dame. Toute modification de l'aspect des façades est soumise à autorisation.

Cette contrainte pèse notamment sur les conditions d'accessibilité générale au service. Actuellement, aucune entrée piétonne n'existe depuis la rue de la Cité. Ceux-ci empruntent l'entrée des véhicules, sans aucune visibilité. De plus, le porche n'est pas adapté aux véhicules des sapeurs pompiers, contraints de sortir les patients sur brancard sur le trottoir devant l'entrée de la cour. La création d'une porte d'entrée pour les piétons et l'extension en hauteur de l'accès des véhicules doivent pouvoir être négociées afin de garantir la sécurité et le confort des patients.

La réorganisation de la cour d'une surface d'environ 400 m², du sas des ambulances et des circulations s'inscrit dans cette contrainte architecturale et constitue un défi pour l'architecte qui devra concilier des besoins en surface et en fonctionnalité dignes des services d'urgence modernes et l'architecture centenaire du bâtiment.

2. Les principes directeurs

Si les locaux des différents sites visités ne se ressemblent pas car sont le reflet de chaque projet médical, des principes directeurs applicables à l'Hôtel Dieu s'en dégagent.

2.1. La traduction circulaire du circuit

Les locaux doivent traduire la progression du circuit, de l'accueil jusqu'à l'hospitalisation.

Les locaux de l'unité de traitement et de soins du SAU de Cochin respectent parfaitement cette logique. Conçus de façon circulaire autour du poste de soins entièrement vitré, les locaux sont distribués conformément aux étapes de la prise en charge. Ils témoignent de la volonté du service de faciliter les circulations, l'observation permanente des patients et la transparence. Ce service apparaît ainsi très lumineux et simplifié en réponse à l'angoisse des patients. Cette organisation donne aux locaux un aspect convivial.

A l'inverse, la conception du service d'urgence de l'HEGP se caractérise par de longs couloirs et de nombreux angles droits. Le circuit des patients en est plus complexe et la lisibilité du service amoindrie. Les longs couloirs assombrissent considérablement le service. En outre, cela entrave la bonne surveillance des patients. Le service de l'Hôpital H. Mondor est lui aussi caractérisé par des couloirs relativement longs car la zone de soins s'étend de part et d'autre de l'accueil et du poste d'IAO. Les futurs locaux seront corrigés sur ce point (schéma en annexe).

Cette conception circulaire est essentielle car elle contribue à la fois au bon fonctionnement et au confort du patient. La forme en « L » des locaux de l'Hôtel Dieu ne semble pas s'y prêter.

2.2. *L'importance des liaisons fonctionnelles*

*S'il y a un lieu où la symbiose entre à la fois la compétence du médecin spécialisé et l'organisation fonctionnelle est primordiale, ce sont les urgences.*³⁴ Les locaux recensés jusqu'ici n'ont pas pris en compte les surfaces de circulation. Or, celles-ci jouent un rôle essentiel dans la gestion des flux qu'elles orientent et canalisent. La disposition des locaux est déterminée par les mouvements du personnel, des patients et du matériel à l'intérieur du service. Les circulations organisent la vie intérieure d'un bâtiment puisqu'elles organisent le déroulement des différentes activités. De plus, elles constituent des lieux de rencontre et de concertation importants pour le bon fonctionnement d'un service, notamment aux urgences où la communication entre les différents intervenants est un facteur déterminant pour la qualité de la prise en charge.

Les liaisons de personnes peuvent être des liaisons vitales demandant une contiguïté immédiate (comme la salle de déchocage directement accessible de l'entrée), des liaisons courtes et rapides ou liaisons de grand flux comme entre le service et l'imagerie et des liaisons aisées mais ne nécessitant pas de moyens spécifiques.

La conception des circuits de circulation doit être guidée par :

³⁴ Dufaud B. *Les urgences : une des entrées obligées de l'hôpital, Intégration des urgences sur le site de l'hôpital.* Septembre 1996, 189 p.

- la recherche du raccourcissement de ceux-ci pour économiser en déplacements, faciliter la surveillance des patients et favoriser le respect des règles d'hygiène,
- la garantie de l'accessibilité de toutes les zones du service, notamment pour les brancards (contrairement aux locaux actuels),
- le respect des distinctions éventuelles entre filières si certaines sont retenues conformément aux propositions,
- la recherche de lisibilité des circulations pour le personnel, les patients et les visiteurs afin de favoriser l'orientation autonome des personnes et permettre ainsi de fluidifier les déplacements.

2.3. Des locaux adaptables

Les locaux du futur service d'H. Mondor seront évolutifs. Comme le souligne Philippe Picard, programmiste à l'AP-HP, *l'une des qualités majeures d'un programmiste doit être sa capacité à intégrer la notion de remise en cause permanente, car les espaces devront eux-mêmes comporter un grand potentiel d'évolutivité*³⁵. Le Mandat précise que l'organisation hospitalière doit être anticipative pour réduire les risques d'obsolescence. Aussi excellente qu'elle ait été la conception initiale, elle sera d'autant plus appréciée qu'elle permettra une utilisation variée dans le temps, modulable intérieurement et adaptée à répondre aux nouvelles exigences. L'hôpital H. Mondor a ainsi anticipé sur l'augmentation à venir des flux de patients en concevant des locaux modulables en fonction de l'affluence. Ainsi, de petites salles d'attente sont organisées autour de quelques boxes (schéma d'organisation en annexe). Ces zones d'examen et de soins individualisées seront ouvertes en fonction du nombre de patients présents dans le service en vue de réduire le délai d'attente. De même, le nombre de brancards installés dans les boxes d'examen du SAU de Cochin est modifiable car les boxes sont tous équipés de parois mobiles coulissantes qui permettent de les dédoubler. Les équipements médicaux nécessaires sont en outre présents en double dans chaque box.

L'usage de parois modulables de séparation des brancards dans la salle de déchocage et dans la salle de surveillance de l'Hôtel Dieu permettra ainsi d'accroître les capacités du service en fonction des besoins tout en améliorant les conditions d'attente des patients. Cela suppose que les arrivées de fluides nécessaires soient prévues dans ces pièces afin de garantir une installation rapide et sécurisée des brancards supplémentaires. Sans aller jusqu'à la solution imaginée par l'hôpital H. Mondor, consommatrice d'espace dont les UMC ne disposent pas, les locaux des UMC seraient adaptés aux pics d'activité décrits en

³⁵ Femand C. Les hôpitaux et les cliniques. Architectures de la santé. Le Moniteur, 1999, 287 p. Collections techniques de conception.

première partie. Le dépassement d'un taux d'occupation plafond prédéfini déclencherait le recours à ce dispositif. Cette solution peut également être envisagée dans la pièce de rangement des brancards où les mêmes arrivées peuvent être installées afin d'étendre les capacités du service en cas d'afflux massif de patients.

2.4. L'insonorisation des locaux et le respect de la confidentialité

Le poste de l'IAO et les boxes doivent garantir la confidentialité des discussions avec le patient. De même, l'insonorisation de la zone de soins par rapport à la zone d'accueil et d'attente est particulièrement importante. L'actuelle absence de séparation stricte entre les deux zones génère l'agressivité des patients sous les yeux desquels le personnel évolue. Cette séparation doit également être renforcée au niveau du guichet d'accueil actuellement ouvert sur la zone de soins, avec les mêmes effets négatifs. Elle doit toutefois être conciliée avec la nécessaire communication entre l'accueil et la zone d'examen. De même, la confidentialité doit être assurée pour les personnes se tenant à l'accueil ou à la caisse.

2.5. Le confort des locaux

L'architecture intervient dans la conception et l'organisation de ces ensembles en apportant les qualités fonctionnelles, mais aussi plastiques, où les volumes, les formes et les couleurs permettent de mieux vivre ce qui, pour la plupart des patients, est une épreuve. (...) Le maître d'œuvre ne doit point oublier que celui pour lequel il construit, c'est la malade, avec sa solitude et sa fragilité, mais aussi son attente d'espoir³⁶. B. Dufaud attache une importance particulière au confort des locaux qui contribue à réduire l'angoisse et le stress. Il préconise donc de privilégier l'éclairage naturel. Le mobilier et la décoration ont également une influence.

A ces principes généraux s'ajoutent des principes spécifiques à chaque zone du service.

3. Les caractéristiques architecturales des différents lieux

Les fonctionnalités détaillées ci-après ont été recensées au cours des différentes visites, complétées par les entretiens réalisés et l'analyse des programmes du SAU de Rennes et du SAU de la Pitié Salpêtrière. Elles ont vocation à servir de base à la conception du programme de l'Hôtel Dieu.

³⁶ Op. cit.34

3.1. *Deux circuits d'accès au service*

En journée, il est souhaitable de fermer l'accès direct entre la cour des urgences et le reste de l'établissement de façon à clarifier les flux et à réserver l'entrée dans la cour aux patients des UMC. Les nombreux agents de l'établissement ainsi que les patients qui empruntent cet accès à l'hôpital depuis la rue de la Cité entreraient alors par l'entrée principale. En contre partie, un accès aux UMC devra être prévu depuis le hall d'entrée de l'hôpital. De plus, un accès à l'hôpital devra être maintenu depuis la cour des urgences pendant la nuit, dans la mesure où l'accès depuis le hall central est fermé. Les flux de personnes seront ainsi clarifiés et le service des UMC ainsi que la cour retrouveront leur vocation spécifique.

L'accès au service pour les patients allongés se fait par le sas des ambulances, dont l'usage doit être restauré. Cet accès se trouve à proximité immédiate du poste d'IAO et du sas de déchocage puisque le patient est conduit directement à l'un ou l'autre à son arrivée.

A proximité immédiate de l'entrée dans le service se trouve le dépôt des brancards et chaises roulantes, par ailleurs équipé de façon à accueillir des patients en cas de forte affluence.

L'accès pour les patients valides se fait par une entrée distincte. Il débouche sur la zone d'accueil et d'attente où s'arrêtent les accompagnants.

Par ailleurs, l'accès à la cour est réservé aux patients des UMC afin de clarifier la destination de ces locaux. Le stationnement dans la cour est contrôlé et limité aux pompiers, ambulanciers et aux accompagnants des patients.

3.2. *La zone d'accueil*

Elle est destinée aux patients valides, aux accompagnants et aux adresseurs institutionnels. S'y trouvent le guichet d'accueil, l'antenne des traitements externes, la salle d'attente (uniquement réservée aux accompagnants ou non selon le choix qui sera fait) un téléphone et les sanitaires à destination du public.

La zone d'attente est disposée de façon à en faciliter la surveillance et à la protéger des courants d'air (contrairement à la disposition actuelle).

Le poste de l'IAO assure la jonction entre la zone d'accueil et la zone de traitement. Il est contigu au guichet d'accueil pour permettre la transmission du dossier du patient. La confidentialité du poste d'IAO est respectée.

Une pièce d'entretien avec les familles se trouve dans cette zone.

3.3. *La zone d'examen et de soins*

(1) Concernant le circuit général

Le poste infirmier et médical est situé au centre de la zone. Il peut accueillir l'ensemble des effectifs infirmiers et médicaux présents dans l'équipe.

Les boxes sont distribués autour de celui-ci. La confidentialité des boxes est assurée.

La salle de dégravillonnage destinée notamment aux personnes sans domicile fixe permet de leur prodiguer les soins d'hygiène et de propreté. Elle ne doit pas se trouver à proximité de la salle de déchocage où se trouvent les patients les plus fragiles.

La zone d'attente couchée est située dans un espace qui concilie intimité et tranquillité d'une part et possibilité de surveillance d'autre part.

La salle d'observation accueille les patients qui ne relèvent pas de l'UHCD mais qui doivent rester plusieurs heures dans le service. Elle est organisée avec des parois modulables et placée sous la surveillance d'une infirmière.

La salle de petite chirurgie et la salle de plâtre peuvent occuper une situation moins centrale.

(2) Concernant les circuits spécifiques

Le poste de déchocage occupe lui aussi une place centrale afin de faciliter la surveillance des patients. Il est directement accessible depuis le sas des ambulances en cas d'urgence extrême, sans traverser la zone de soins. Il comporte au moins deux places séparées par des parois modulables. Il est situé de façon à faciliter l'accès au bloc opératoire et au plateau médico-technique.

Un box réservé au médecin régulateur pour les consultations non urgentes signalées par l'IAO est contigu au poste de l'IAO.

Un box est dédié à la prise en charge des urgences psychiatriques. Il est sécurisé et ne comporte pas de matériel susceptible de faire courir un risque au patient ou aux agents. Sa proximité du poste infirmier favorise la surveillance.

Le circuit identifié pour les urgences ophtalmologiques comprend un box dédié. Situé de façon à ne pas croiser les flux des patients des UMC et ceux des urgences ophtalmologiques.

Un circuit réservé aux patients accompagnés par les forces de l'ordre comporte une petite zone d'attente située près d'un box dédié prioritairement à ces patients. Il se trouve en retrait du circuit principal.

En plus des locaux administratifs et logistiques recensés en annexe, s'ajoute le bureau de l'assistante sociale.

Au regard des difficultés de gestion des flux rencontrées à l'Hôtel Dieu et signalées en début de ce document, il semble que la fonctionnalité des locaux ne puisse suffire à résoudre l'ampleur du problème. L'intervention d'autres outils semble par conséquent un complément nécessaire.

C. D'autres éléments de solutions à rechercher

Malgré l'apport indéniable qu'elle représente, la restructuration des locaux ne peut suffire à résoudre la totalité du problème de gestion des flux de patients. En effet, deux limites existent, la première à l'échelle de l'établissement, la seconde à un niveau supérieur.

1. Les solutions à l'échelle de l'établissement

La restructuration du service doit s'accompagner d'autres éléments d'amélioration, au niveau du service, dans les interfaces avec le reste de l'hôpital et à l'échelle globale de l'établissement.

1.1. La gestion de l'attente

Malgré les améliorations attendues de la nouvelle organisation, certains délais d'attente resteront incompressibles. Or les délais d'attente influent directement sur le ressenti des patients. Réduire ces délais ressentis passe donc par l'humanisation de l'attente.

La réussite technologique de l'hôpital induit une demande accrue de considération humaine. (...) Il semble aujourd'hui que le progrès technologique n'ait pas été accompagné par le développement de l'approche qualitative ou humaine du malade³⁷. L'analyse des plaintes adressées aux UMC en 2000, confirme cette remarque. Sur les vingt-cinq plaintes adressées aux UMC en 2000, huit d'entre elles ont pour motif le délai d'attente. De plus, à treize reprises, les patients invoquent le manque d'information, les mauvaises relations avec le personnel médical et non médical du service et l'attitude de celui-ci. Au total, ce sont bien le délai d'attente et l'aspect relationnel qui sont source de mécontentement.

La circulaire du 14/05/1991 indique que l'équipe soignante et le travailleur social doivent faire en sorte d'humaniser les périodes d'attente inévitables, en expliquant les motifs de l'attente, en manifestant envers le patient une attention régulière et en mettant à sa disposition les

³⁷ Weil E. L'accueil des soignants et des patients à l'hôpital, in *Hôpital et Urbanisme Actes d'un colloque international Lyon France, Communauté urbaine de Lyon 27-28/01/1994*, pp.124-127.

moyens d'établir les relations extérieures nécessaires. Informer sur le délai et le motif de l'attente permet de la rendre psychologiquement plus supportable.

L'IAO a un rôle spécifique à jouer dans cette gestion de l'attente. Aux hôpitaux universitaires de Strasbourg, la mise en place de l'IAO en novembre 1998 poursuivait ainsi le double objectif, d'une part, de gérer les flux de patients et assurer la continuité de la prise en charge afin de réduire l'attente et d'autre part, d'informer les patients et accompagnants sur la gestion des flux³⁸.

Dès le passage dans le poste d'IAO, il convient d'informer le patient du mode de tri et de la durée probable d'attente avant la prise en charge médicale. Ensuite, une information régulière sur les délais intermédiaires (notamment sur les raisons de l'attente parfois prolongée d'un résultat d'examen) rendra l'attente plus acceptable. En plus du patient, les familles et accompagnants doivent être fréquemment informés de l'avancement de la prise en charge et de son état. Confier à l'IAO la gestion de l'attente offre l'occasion d'enrichir une fonction parfois réduite au tri des patients. L'IAO peut personnaliser l'accueil des patients et ainsi contribuer à leur réconfort.

L'établissement de protocoles définissant le rôle de chacun dans cette mission d'information (IAO, infirmière référent pour le patient, médecin référent) semble utile du fait du nombre important d'intervenants. Le médecin participe également à la gestion de l'attente en prenant en charge la douleur.

1.2. La globalisation de la réflexion sur la prise en charge des urgences

(1) L'amélioration des relations avec le plateau technique

Les relations avec le plateau technique méritent d'être modifiées. L'acheminement des résultats pose des difficultés déjà évoquées en première partie. De même, le rendu des résultats n'est pas satisfaisant en biochimie et en hématologie biologique. Plusieurs pistes existent, chacune d'efficacité partielle.

Le délai d'acheminement des résultats serait considérablement réduit si un agent des urgences s'en chargeait. Toutefois, ce serait très consommateur de temps et le service devrait y consacrer un agent. L'acheminement des examens par un système pneumatique peut être envisagé. L'intérêt d'une telle solution réside dans la mutualisation du bénéfice qui pourrait être réalisée. En effet, ce système pourrait desservir tous les laboratoires regroupés

³⁸ Les urgences : dossier. *Impressions Le journal des hôpitaux universitaires de Strasbourg*. 1^{er} trimestre 1999, n°67. pp.5-13.

en un lieu du bâtiment ainsi que les deux réanimations médicale et chirurgicale. Un grand nombre d'examens pourrait être acheminé par cette voie. Mais le rendu des résultats n'en serait pas facilité. L'utilisation d'un logiciel informatique permettant de mettre à disposition de l'ensemble des services les résultats d'examens de tous ordres (biologiques ou radiologiques) constituerait alors le complément indispensable à la résolution définitive du problème.

L'installation de valises mobiles comme celles qui existent à Nantes permettrait de combiner les avantages de l'ensemble des solutions et de réduire considérablement les délais d'acheminement des examens et de rendu des résultats.

(2) Le nécessaire renforcement des liens avec les consultations de l'établissement

L'encombrement du service des urgences par des consultants non urgents au sens médical met en évidence l'insuffisance des liens avec les consultations de l'hôpital. Les urgences ont développé un partenariat efficace avec l'hôpital de jour de pneumologie qui permet une orientation systématique des patients présentant les signes d'une crise d'asthme. Ces patients sont alors immédiatement pris en charge en pneumologie. La rapidité et la sécurité de la réponse à leurs besoins est donc garantie. A l'inverse, les liens avec le centre de diagnostic (centre de consultations de l'établissement) sont quasiment inexistants, ce qui est dommageable pour la gestion des flux aux urgences.

Aucun n'existe actuellement entre les urgences et la permanence d'accès aux soins qui prend la forme d'une consultation sans rendez-vous ouverte au centre de diagnostic du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00..

Le service des urgences pourrait systématiquement orienter les patients non urgents vers la consultation sans rendez-vous du centre de diagnostic. Le SAU de Saint-Antoine projette ainsi, dans le cadre de la restructuration du service, d'instaurer un circuit fléché pour la demande de consultation simple. Lorsque l'IAO identifiera un tel besoin, elle orientera le patient vers la consultation sans rendez-vous de la polyclinique située à l'étage. Un moindre encombrement du service des urgences peut donc être attendu. De plus, une étude réalisée sur la même cohorte de patients des urgences et de la polyclinique a mis en évidence qu'une diminution des hospitalisations non programmées est possible, le taux d'hospitalisation n'étant que de 10% pour les patients reçus à la polyclinique et de 18% pour les patients pris en charge aux urgences.

Les données du problème sont toutefois complexes et plusieurs obstacles doivent préalablement être levés :

- Tout d'abord, les urgences sont tenues d'accueillir et d'examiner tous les patients qui se présentent dans le service. Ils doivent donc être vus par l'IAO et un médecin avant d'être orientés vers cette consultation qui ne se situe pas dans le service.
- Le nombre de patients qui pourraient être adressés à cette consultation est important. Seule une analyse fiable de l'activité des UMC en fonction de la classification GEMSA permettrait de connaître avec précision le volume d'activité concerné. Or la consultation fonctionne aujourd'hui grâce à un interne et deux médecins généralistes qui se répartissent au total deux vacations par jour, cinq jours par semaine. Son activité (3988 consultations en 2000) ne pourrait être augmentée sans renforcer l'équipe médicale qui assure aujourd'hui 15 à 20 consultations par jour.
- Le problème de facturation et de comptabilisation de l'activité se pose ensuite. Faudrait-il comptabiliser l'activité à la consultation sans rendez-vous ou au service des urgences qui n'a fait qu'orienter le patient. L'enjeu est considérable pour chacun des deux services.
- De plus, le centre de diagnostic est relativement éloigné du service des urgences. Pour y accéder, il faut ressortir du bâtiment. Les patients refuseraient sans doute d'effectuer le déplacement d'autant plus que leur venue aux urgences est souvent motivée par des raisons de commodité et d'accessibilité.
- Si des examens complémentaires s'avèrent nécessaires, le patient devra être renvoyé aux urgences car la consultation sans rendez-vous n'est qu'une consultation de médecine générale.
- Enfin, l'attribution de la responsabilité médicale entre le médecin des UMC et celui de la consultation sans rendez-vous pose problème.

Il semble donc difficile en l'état des choses de créer un tel circuit, sauf à installer cette consultation au sein des urgences pour permettre à l'IAO d'y orienter les patients. La consultation devrait alors être rattachée au service afin que l'activité soit comptabilisée avec les passages aux urgences et que les moyens en personnel soignant soient mutualisés. L'assistante sociale de la consultation sans rendez-vous aux urgences pourrait alors apporter son aide à sa collègue. Cette option suppose un large débat au sein de l'établissement eu égard aux nombreuses conséquences qu'elle comporte pour les deux services concernés. Elle ne peut donc être envisagée que comme une solution à moyen terme.

En outre, la pertinence de ces différents modes de prise en charge doit s'analyser au regard des motifs du recours aux urgences. S'il s'agit d'un recours par défaut de disponibilité de la médecine de ville, ces solutions semblent viables car les patients acceptent d'être réintroduits dans le circuit des soins programmés. Par contre, si comme le perçoit Jean

Peneff, il s'agit majoritairement d'un consumérisme médical adopté par des personnes qui ne souhaitent pas consacrer de temps à la santé, cette organisation sera vaine. De plus, d'après le chef de service du centre de diagnostic, le profil des patients qui se rendent aux urgences est différent de celui des patients de la consultation sans rendez-vous. Les patients venus aux urgences pourraient ne pas accepter que l'on ne considère pas leur problème comme du domaine de l'urgence d'une part et qu'on les contraigne à consulter un médecin généraliste d'autre part.

Une étude précise sur les motifs de recours à la consultation sans rendez-vous de l'Hôtel Dieu et aux UMC permettrait d'identifier avec exactitude la pertinence d'un regroupement ou d'une orientation de ces dernières vers la première.

Il est donc plus réaliste de préconiser d'autres modalités de partenariat à plus court terme et de façon plus facile à mettre en place.

Les UMC doivent informer les patients venus pour une consultation non urgente de l'existence de cette consultation sans rendez-vous ainsi que des nombreuses consultations spécialisées assurées au centre de diagnostic. De plus, il est souhaitable que le renforcement des liens avec les consultations prenne la forme d'une orientation systématique des patients des urgences vers le centre de diagnostic lorsqu'ils ont besoin d'un suivi spécialisé. Les urgences proposent alors au patient de lui prendre un rendez-vous en consultation au centre de diagnostic avant qu'il ne quitte les UMC. Cette organisation permet de réintroduire le patient dans le circuit des soins programmés. Elle se heurte toutefois aux délais d'attente des rendez-vous du fait d'un fonctionnement en activité programmée. Seule la réservation de créneaux horaires pour les patients adressés par les urgences permettrait d'offrir une prise en charge satisfaisante.

Le renforcement des liens avec les consultations est donc nécessaire pour améliorer la prise en charge des consultants qui ont besoin de compétences spécialisées. Il s'inscrit dans le cadre de l'éducation à la santé à laquelle les UMC pourraient participer plus activement. Enfin, il offre aux UMC l'occasion d'un fonctionnement mieux intégré au reste du pôle de proximité de l'établissement. Le règlement intérieur de la FAMA des urgences prévoit en outre que les services support participent à la prise en charge des urgences par le suivi en consultation.

(3) Créer une culture autour de l'urgence

La réflexion institutionnelle menée au sein de l'établissement a conduit à faire des urgences une priorité du projet médical. La structuration du service s'est achevée par la nomination en 2001 d'un professeur des universités - praticien hospitalier à la chefferie du service, érigeant

ainsi les UMC au rang hospitalo-universitaire comme l'ensemble des autres services. D'une grande importance symbolique en terme de valorisation et de reconnaissance des UMC, cette évolution s'est accompagnée d'un renforcement de l'équipe médicale par la nomination de trois praticiens hospitaliers temps plein et d'un assistant - chef de clinique. Le service des urgences s'apparente donc désormais aux autres services cliniques au niveau de l'organisation médicale. Le service est par ailleurs le pivot d'une FAMA des urgences. Elle intègre des services support (service des urgences, de médecine interne, de psychiatrie, de diagnostic, les UMJ et le centre de long séjour). L'ensemble des autres services de l'établissement sont des services associés. L'UP fait également partie de la FAMA de médecine de proximité qui coordonne les circuits d'accueil et de soins des patients médicaux. tel qu'il est décrit en deuxième partie. Toutefois, la création récente de la FAMA des urgences n'a pas encore permis de lui donner sa pleine mesure. Elle mérite d'être concrétisée et de devenir effective. Elle peut en effet devenir un outil efficace de prise de conscience collective des besoins de prise en charge des patients des UMC sous forme d'avis spécialisés ainsi qu'en aval. Pour cela, il conviendrait de procéder à l'élection du médecin coordonnateur de la fédération, chargé notamment d'animer les instances de délibération, de présider les réunions du conseil et du comité permanent de la fédération. De même, le comité permanent ayant vocation à animer l'activité médicale, pédagogique et scientifique de la fédération et le conseil de la fédération chargé de discuter des orientations générales de celle-ci ne sont pas constitués.

Les protocoles régissant les relations entre les UMC et le reste de l'établissement n'existent que rarement. Cette situation évolue car le Pr. Pourriat les conclut progressivement avec ses collègues. Les modalités d'évaluation de ces protocoles devront être établies avec le consentement de l'ensemble du corps médical et ajoutée aux protocoles en cours de signature.

Le rapport du comité de pilotage sur la restructuration des urgences porte adultes de l'AP-HP de 1994 préconisait la rédaction d'une charte de l'urgence, qui matérialise l'engagement de l'ensemble de la communauté hospitalière à assurer prioritairement le fonctionnement efficace de la prise en charge des urgences. L'intérêt d'une telle charte est de permettre une véritable discussion à l'échelle de l'établissement sur la place et les modalités de la prise en charge des urgences. L'adoption de cette charte témoigne d'un fort engagement du corps médical et est plus significative que la conclusion d'accords bilatéraux.

Globaliser la question de la gestion des flux de patients peut permettre de créer une culture d'établissement autour de la prise en charge de l'urgence. Toutefois, un obstacle subsiste, le manque de structure d'aval pour le court séjour.

2. L'aval de l'aval

Un dernier élément qui freine l'efficacité de la gestion des flux est l'insuffisance de lits de suite qui allonge les durées de séjour des patients, notamment ceux qui sont hospitalisés via les urgences. Le CHU de Nantes estime que 10% des lits de court séjour de l'établissement est occupé par des patients en attente d'une place en moyen séjour ou en rééducation. L'hôpital Saint-Antoine a évalué du 21 au 27 février 2001 à 12%, la part des lits de l'établissement occupés par des patients dont l'hospitalisation n'était plus justifiée mais dont la sortie était impossible faute de lits d'aval. Trois motifs ont été identifiés, le manque de place en structure, le refus des structures d'accueillir des patients jugés trop lourds et l'éloignement des structures. Sur les 113 patients en retard de sortie recensés, la moitié avait été adressée par les urgences. Ces difficultés d'aval n'incitent pas les services cliniques à accueillir les patients adressés par les urgences car le lit sera occupé pour une durée supérieure au séjour moyen des patients du service.

La situation est particulièrement critique en Ile-de-France. Devant la pénurie de lits de soins de suite en Ile-de-France, l'AP-HP a engagé un programme de création de capacités en soins de suite et réadaptation. 497 lits seront créés à Paris et en Seine Saint-Denis avec l'ouverture de Bretonneau, la reconversion de Rothschild et l'augmentation des capacités de soins de suite dans les hôpitaux de gérontologie. Le projet médical de l'Hôtel Dieu illustre la complexité du problème. L'établissement dispose de 120 lits de long séjour. En 2001, une unité de 40 lits de soins de longue durée sont transformés en lits de soins de suite. L'ouverture de cette structure de moyen séjour devait permettre d'améliorer la situation et de réduire la durée de séjour dans les service de court séjour, notamment en médecine interne. Toutefois, l'ouverture de ces lits a dû être repoussée faute de personnel. L'ouverture de structures de moyens séjour, si elle est nécessaire, est freinée par leur faible attractivité.

In fine, certains facteurs d'amélioration de la gestion des flux des patients aux UMC de l'Hôtel Dieu peuvent être proposés, comme la polyvalence du circuit, la création d'une zone d'observation ou la mise en place d'un médecin régulateur. Les urgences psychiatriques, les gardés à vue et les urgences ophtalmologiques devront faire l'objet d'un circuit spécifique. Cette organisation trouvera sa traduction dans les futurs locaux offrant un service plus fonctionnel. Par contre, ces éléments doivent s'accompagner de mesures de gestion de l'attente et d'un fonctionnement mieux intégré dans le reste de l'établissement. Ces conditions réunies, les UMC se heurteront toutefois encore au problème de l'insuffisance de lits de soins de suite.

Conclusion

Les UMC doivent gérer un flux de patients croissant et diversifié. Une grande majorité de patients expriment une demande de consultation. Malgré une durée moyenne de séjour à l'UHCD très satisfaisante et un taux de transfert faible, les UMC connaissent des difficultés de gestion des flux de patients, essentiellement du fait de l'inadaptation des locaux actuels.

La situation des UMC n'est à ce titre pas exceptionnelle, puisque la plupart des services d'urgence sont confrontés à une demande de soins d'urgence qui explose et se diversifie. La mission des urgences est encore compliquée par leur difficile intégration au fonctionnement de l'hôpital, notamment lorsqu'il est hospitalo-universitaire.

Face à cette problématique, les textes relatifs au fonctionnement des services d'urgence ont instauré des outils facilitant la gestion des flux de patients. La configuration des locaux doit ainsi permettre une prise en charge graduée. Le tri à l'arrivée assure la régulation du flux à l'entrée du service alors que l'UHCD permet de réguler l'aval du service. Parallèlement, les professionnels ont développé des outils efficaces afin de gérer la diversité des flux, selon leur nature et selon leur degré de gravité. Le système d'information est un facteur de connaissance et de régulation des flux en interne comme en aval. Enfin, des unités de post-urgence améliorent les conditions d'aval à partir du service.

Concernant l'Hôtel Dieu, des pistes d'amélioration existent au niveau de l'organisation du service tout d'abord. La polyvalence du circuit, la création d'une salle d'observation et la mise en place d'un médecin régulateur sont à retenir comme principes généraux. Des circuits spécifiques sont à créer pour assurer l'accueil des urgences psychiatriques, des patients des UMJ et des urgences ophtalmologiques.

Au niveau des locaux ensuite, ces principes d'organisation trouveront leur traduction dans une architecture alliant le respect des fonctionnalités requises et les contraintes du bâtiment. Enfin, ce projet de restructuration du service n'atteindra son objectif que si une culture de gestion de l'attente se développe au sein du service et si la prise en charge des urgences est mieux intégrée au fonctionnement global de l'hôpital.

Les pistes proposées au terme de ce document pourraient être complétées sur trois aspects. Premièrement, le développement d'un partenariat avec la médecine de ville n'a pas été abordée puisque l'étude s'inscrivait dans la perspective de restructuration du service des UMC. La recherche de solutions a donc porté sur l'organisation interne de l'établissement.

Un deuxième axe de réflexion complémentaire envisageable porte sur la gestion des ressources humaines. L'ajustement des effectifs en fonction des pics d'activité représente un outil supplémentaire de gestion des flux de patients, notamment par le biais d'un échelonnement des arrivées des effectifs soignants en fonction du taux d'occupation du service.

Enfin, les limites du système d'information signalées à diverses reprises au cours du développement seront progressivement levées puisque, suite à la circulaire du 10/09/2001 relative au projet de mise en œuvre progressive d'un financement propre aux urgences dans les établissements de santé, l'Hôtel Dieu est volontaire pour participer à l'étude préalable à la modification des modalités de financement de l'activité de prise en charge des urgences.

Cette réforme pourrait en outre contribuer à faciliter la gestion des flux de patients des urgences car elle va dans le sens d'une valorisation et d'une rémunération spécifique de l'activité de des services. L'activité d'accueil des urgences ne fait en effet actuellement pas l'objet d'une valorisation individualisée, dans la mesure où la description médico-économique de l'activité d'urgence se résume pour l'instant à une comptabilisation du nombre de passages aux urgences dans le cadre de la statistique annuelle d'établissement. Les séjours en UHCD et les passages suivis d'un séjour MCO sont assimilés aux séjours MCO. Les passages non suivis d'une hospitalisation sont quant à eux comptabilisés sous la forme classique des consultations et actes externes. Le projet de réforme prévoit d'instaurer un système mixte de rémunération, combinant un forfait de base assorti d'un paiement en relation avec le nombre de passages. La valorisation de chaque service d'urgence tiendra compte des moyens nécessaires à son fonctionnement, du volume d'activité et de la nature de cette activité.

Ainsi, la reconnaissance de la spécificité de l'activité des urgences laisse supposer une plus grande prise en compte de celle-ci au sein de la communauté de l'établissement et donc une gestion des flux en aval facilitée.

Bibliographie

A. Rapports, mémoires et études

Steg A. *Rapport sur la médicalisation des urgences Commission nationale de la restructuration des urgences*. Paris : Ministère de la santé, Septembre 1993. ? ?p.

Rapport du comité de pilotage sur la restructuration des urgences porte adultes des hôpitaux situés dans Paris, Direction de la prospective et de l'information médicale, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1994. 40 p.

Barrier G. *Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences*. Paris : Ministère de la santé, Septembre 1994. 68 p.

Lecourt Y. *Hospitalisations consécutives à une admission au CH de Lorient La recherche d'un développement équilibré*. Mémoire de fin d'étude, formation Elève Directeur d'Hôpital. Rennes : Ecole Nationale de la santé Publique, 12/1994. 100 p.

Dufaud B. *Les urgences : Une des entrées obligées de l'hôpital Intégration des urgences dans le site de l'hôpital*. Septembre 1996. 189 p.

Les urgences au CHU de Rennes Projet de réforme Diagnostics et propositions Rapport d'orientation de la Commission d'étude pour la réforme des urgences, Rennes, 1998. 55 p.

Rapport du groupe ad hoc sur les urgences. Direction de la politique médicale, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Septembre 1998. 41 p.

Les urgences, urgences porte et urgences spécialisées organisées en garde générale. ctivité et moyens Données chiffrées 1999. Direction de la politique médicale, Département des projets médicaux, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1999. 99 p.

Beaudoin L., Bouziri S. *Etude ergonomique préalable à la mise en œuvre de travaux au service des urgences Hôtel Dieu*, Direction du personnel et des relations sociales Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Novembre 1999. 41 p.

Péan S. *L'organisation en filières de prise en charge au SAU du CH de Blois*. Mémoire de fin d'étude, formation Elève Directeur d'Hôpital. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 12/1999. 92 p.

Télémédecine et urgences Rapport du comité de pilotage présidé par le Pr. P. Dabadie, Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000. 73 p.

Rapport de la visite de conformité Unité de proximité, de traitement et orientation des urgences. Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France, Mai 2000. 18 p.

Point sur les urgences de l'assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Communication au Conseil d'Administration Séance du 29/06/2001, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 06/2001. 19 p.

Indicateurs de suivi des actions prioritaires du projet 2000, Indicateur n°10 Qualité de l'organisation de la prise en charge des urgences Données 2000 résultats provisoires. Direction de la politique médicale, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 06/2001. 12 p.

B. Textes réglementaires

Décret n°95-647 du 09/05/1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

Décret n°95-648 du 09/05/1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique.

Décret n°97-615 du 30/05/1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

Décret n°97-616 du 30/05/1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique.

Arrêté du 12/10/1998, Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à l'accueil et au traitement des urgences en Ile-de-France, 154 p.

C. Articles

Le cadre législatif et réglementaire de la restructuration des urgences. Techniques hospitalières, Novembre 1993, pp.45-52.

Lang T., Davido A., Diakité B. et al. Motifs de recours aux services d'urgence et à leur fonction « dispensaire ». *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, 3-1998, pp.72-78.

Dossier Gérer les urgences Première partie. *Revue hospitalière de France*, Mai-Juin 1998, n°3 pp. ? ? ?

Pr.Vichard P. Plaidoyer pour la création de filières d'accueil spécialisées. *Décision Santé*, 1^{er} -15/06/1998, n°130, pp.28-29.

Dr. Raikovic M. Pour une réforme des urgences, de la pratique à la théorie Un service d'accueil fonctionnel. *Décision Santé*, 1-15/03/2000, n°158, pp.23-26.

Riou B. Evolution et enjeux des urgences en France. *L'information psychiatrique*, 05/2000, n°5, pp.569-575.

Horassius-Jarrié N., Baldo E. La psychiatrie « attrape-tout » dans les services d'urgence des hôpitaux généraux. *L'information psychiatrique* Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux, 05/2000, n°5 vol.17, pp.521-533.

Mangola B. Le SUH veut la création d'une spécialité de médecine d'urgence. *Officiel Santé*, Septembre-Octobre 2000, pp. 19-21.

Etudes et résultats, juillet 2000, n°72 Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 8 p.

Charles E. Urgences entre réussite et difficultés. *Revue de l'infirmière*, Novembre 2000, supplément au n°65, pp.5-9.

Brunet F. Le service d'accueil des urgences : un nouveau concept pour une réforme. *Bulletin Acad. Natle Méd.*, 2000, 184, n°2, pp.379-402.

Gonzalez-Ouhayoun, Vilamot B., Pasamar M. et al. Urgence psychiatrique : service spécialisé ou SAU. *La revue des SAMU hors série*, 2000, pp.192-195.

Papon B. Les urgences made in America. *Accueil Urgence Revue du Syndicat des Urgentistes Hospitaliers*, Janvier 2001, pp.9-12.

Le premier palmès des urgences Numéro Spécial Urgences. *Sciences et Avenir*, Mars 2001, pp.99-146.

Gerbeaux P., Bourrier P., Chéron G. et al. Recommandations de la société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. *JEUR*, 2001, 14, pp.144-152.

D. Ouvrages

Le Mandat M. *Prévoir l'espace hospitalier*. Paris : Berger Levrault, 1989. 665 p. Manuels B.-L. Santé.

Commission des urgences de la société de réanimation de langue française, Commission d'évaluation de la SFMU. *Guide des outils d'évaluation aux urgences*. Arnette Blackwell, 1996.114 p.

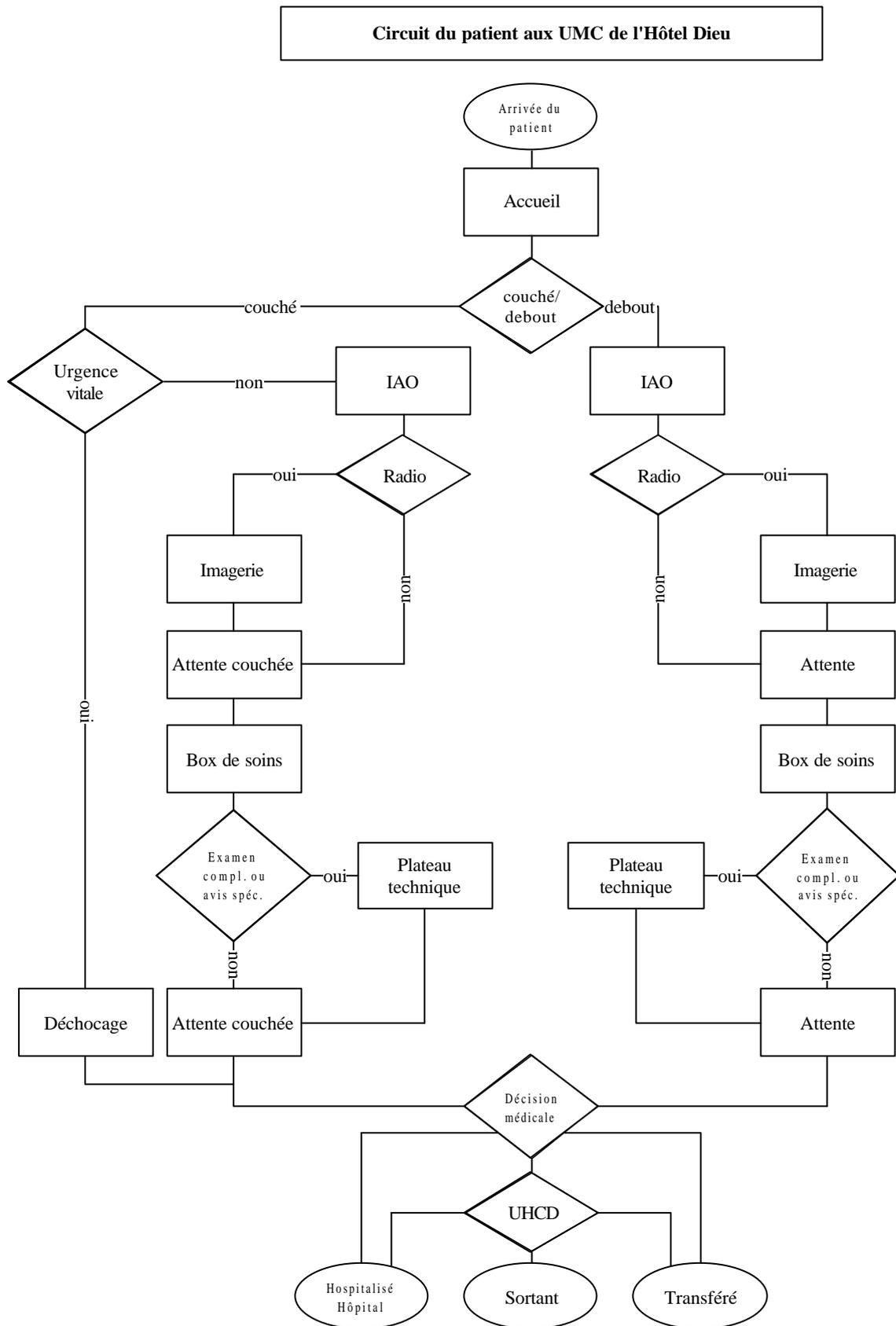
Peneff J. *Les malades des urgences Une forme de consommation médicale*. Paris : Ed. Métailié, 2000. 190 p.

Moisdon JC., Tonneau D., Arslan S. La démarche gestionnaire à l'hôpital Recherche sur la gestion interne. Paris : Centre de gestion scientifique Ecole des Mines. 254 p.

Steudler F. Les besoins et attentes des usagers. In *Hôpital et urbanisme Actes d'un colloque international Lyon-France*. Communauté urbaine de la ville de Lyon. Pp.73-77.

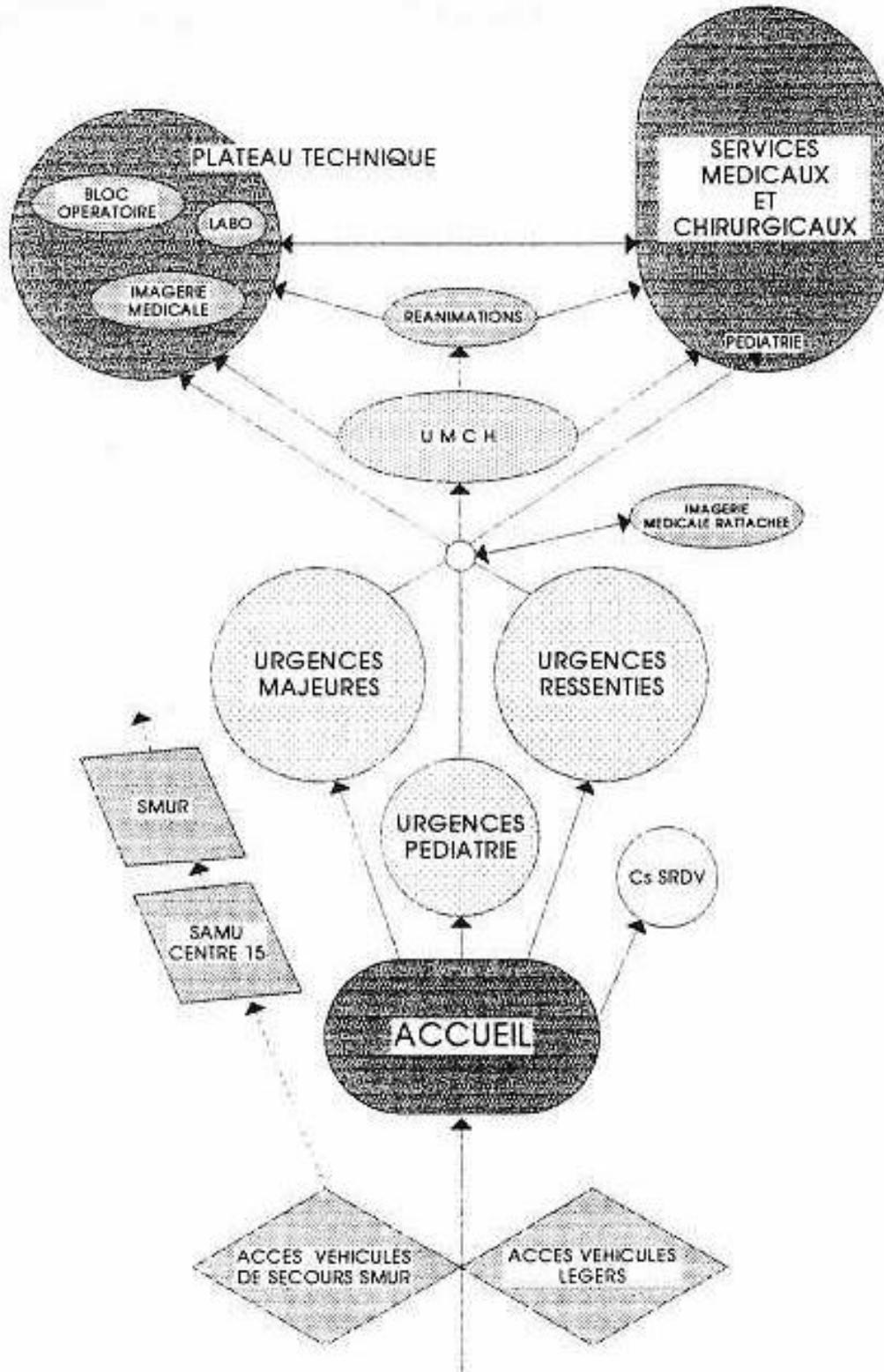
Weil E. L'accueil des soignants et des patients à l'hôpital. In *Hôpital et urbanisme Actes d'un colloque international Lyon-France*. Communauté urbaine de la ville de Lyon. Pp.124-127.

Annexe 1 : Schéma de la prise en charge actuelle aux UMC

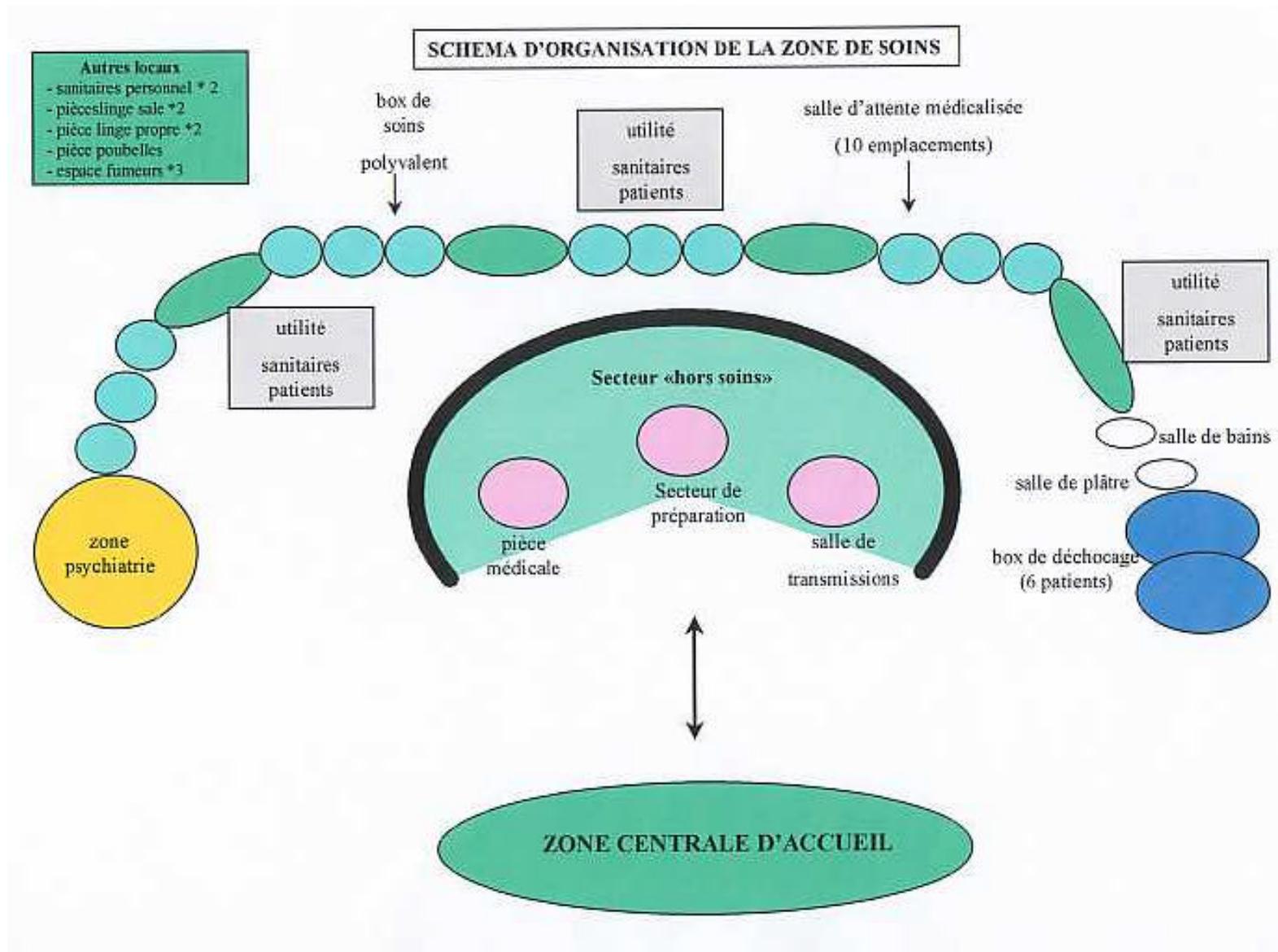


Annexe 3 : Schéma général de l'environnement des urgences

Dufaud B. *Les urgences : Une des entrées obligées de l'hôpital Intégration des urgences dans le site de l'hôpital.* Septembre 1996. 189 p.



Annexe 5 : Schéma d'organisation de la zone de soin, projet de restructuration des urgences d'Henry Mondor (AP-HP)



Annexe 10 : Classifications des patients des urgences

Guide des outils d'évaluation aux urgences 1996 (Société Francophone des urgences médicales – Société de réanimation de langue française), ed. Arnette Blackwell, 114 p.

Définition des classes CCMU

Classe	Définition	Exemples
I	Etat clinique jugé stable - pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au SU	- consultation médicale simple - angine, pharyngite - algie dentaire ou douleur relevant d'un traitement antalgique différé : prescription sur ordonnance - traumatisme crânien sans perte de connaissance et sans déficit neurologique.
II	Etat clinique jugé stable décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au SU	- douleur nécessitant un traitement antalgique au SU - plaie superficielle à suturer - fracture de membre ouverte ou fermée sans complication vasculo-nerveuse - broncho-pneumopathie sans retentissement fonctionnel.
III	Etat clinique jugé susceptible de s'aggraver au SU sans mise en jeu du pronostic vital	- fracture de membre ouverte ou fermée avec complication vasculo-nerveuse - traumatisme dorso-lombaire avec menace de complication neurologique - angor instable - pneumopathie dyspnéisante - suspicion d'embolie pulmonaire avec dyspnée sans défaillance circulatoire
IV	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat	- lésion myocardique - polytraumatisme avec hypotension artérielle - défaillance circulatoire ou respiratoire avec dyspnée sans indication immédiate d'assistance ventilatoire : OAP embolie pulmonaire, pneumopathie - accident vasculaire cérébral
V	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat	- défaillance respiratoire aiguë nécessitant une assistance ventilatoire immédiate - défaillance circulatoire aiguë : trouble du rythme ventriculaire, arrêt cardiaque, nécrose massive - coma traumatique, score de Glasgow

Définition des groupes GEMSA

GEMSA	Définition	Commentaires et exemples
1	Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation	- Prise en charge sociale du décès (contact avec la famille et les autorités, certificat, etc.)
2	Patient non convoqué sortant après consultation ou soins	- Traumatologie légère ; consultation médicale aboutissant à des soins, des conseils ou à une ordonnance avant le retour à domicile : fracture fermée non déplacée, entorse bénigne, migraine, mal de dent, bronchite, angine, cystite ...
3	Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale	- Surveillance de plâtre ; réfection de pansement ; ablation de fils, rappel de vaccination
4	Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au SU	- Démarche diagnostique ou thérapeutique effectuée ou reprise et thérapeutique éventuellement initiée avant hospitalisation : angor, douleur épigastrique (ulcère, cholécystite), pyélonéphrite, fracture ouverte ou déplacée relevant d'un traitement chirurgical, nécessité d'une surveillance ou d'examen complémentaires non réalisables en urgence (fièvre inexpiquée, TC avec PC transitoire, AVC, ...)
5	Patient attendu dans un service, ne passant au SAU que pour des raisons d'organisation	- Pour ces patients, le lit est déjà réservé dans un service après entente directe entre le médecin traitant et le médecin hospitalier qui le prendra en charge ; le passage au SU n'est motivé que pour faciliter la réalisation de certains examens (liée à la structure pavillonnaire de l'hôpital par exemple) avant une chirurgie ou un bilan programmé
6	Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongée	- Manœuvres de réanimation, surveillance médico-infirmière attentive pendant au moins une heure (état d'agitation, asthme aigu grave, certains OAP, embolie pulmonaire hypoxique, polytraumatisme, trouble du rythme cardiaque réduit au SU)

Annexe 11 : Recensement des besoins en locaux aux UMC

	Niveau 1	Niveau 2	Indiff.	ailleurs	surface (m2)
URGENCES					
1 accueil					10
1 salle d'attente					60
1 poste I.A.O.					12
9 box de consultation					135
1 sas de déchocage de 3 places					18
1 box urgences nuit O.P.H.					15
1 poste de soins centralisé					20
1 attente couchée					50
1 salle de radio-écho(poumons-os)					
1 salle de détente					12
1 bureaux de cadres					12
1 bureau d'Assistante sociale					12
2 réserves dont une pour le matériel roulant					32
Lingerie					10
linge sale					
1 salle de bain patients sanitaires patients					10
sanitaire personnels					10
1 bureau médical					12
2 pièces d'entretien, une pour les familles, une pour la psychiatrie					24
SOUS-TOTAL					464
LOGISTIQUE					
1 bureau cadre supérieur					12
2 à 3 secrétariats,(ou un petit et un grand)					36
1 salle de réunion pour 19 personnes					30
6 bureaux de médecins					72
vestiaires pour les médecins					
1 pièce pour 4 internes					15
SOUS-TOTAL					165
CHAMBRES DE GARDE:					
2 pour les seniors de garde					
1 pour l'interne de garde					
3 pour les externes					
l'interne de chirurgie, le psychiatre et L'O.P.H. doivent avoir des chambres ailleurs. A voir tout de même pour l'OPH et le PSY vérifier que les 2 médecins des U.M.J. ont des chambres de garde dans le projet					
HOSPITALISATION					
9 à 12 emplacements d'observation avec douches et W.C.					240
1 office					15
1 poste de soins					15
1 bureau médical					12
1 lingerie					10
1 réserve					10
1 bureau cadre					12
1 bureau assistante sociale					12
linge sale					
SOUS-TOTAL					326
POUR MEMOIRE					
S.A. M. U à inclure dans les urgences actuellement 6 box et un SAS de déchocage, pas de garde OPH, pas de poste radio					955

Il faut ajouter les surfaces de circulation, les deux locaux linge sale, les vestiaires

Annexe 12 : Questionnaire utilisé pour l'analyse comparative

1/ Données générales sur le service et son activité :

Type d'autorisation du service

Type d'activité : urgences adultes, spécialisées

Nombre de passages, part des hospitalisations

2/ Principes d'organisation de la prise en charge :

Pour l'organisation administrative : circuit administratif éventuellement croisé avec le circuit médical

Pour l'accueil : accueil par une IAO ou un médecin

Pour la prise en charge médicale : existence éventuelle de circuits différenciés

3/ Locaux du service : lorsque le service élabore un projet de réorganisation

Les dysfonctionnements de l'organisation actuelle visée par le projet

Principes retenus pour la nouvelle organisation, disposition et organisation des locaux

4/ relations avec le reste de l'établissement :

Comment qualifier les relations urgences-autres services de l'hôpital

Comment fluidifier l'aval : formalisation des relations, valorisation de la prise en charge des urgences, impôt –lit ou sensibilisation des services.

Annexe 13 : Questionnaire aux agents du service des urgences (soignants et médecins)

1/ Quel est votre rôle dans le service ?

2/ Pourriez-vous me décrire le circuit d'un patient et précisez à quel moment vous intervenez dans sa prise en charge ?

3/ Quels dysfonctionnements avez-vous repérés dans le fonctionnement du service concernant la gestion des flux des patients ? (au niveau de l'organisation des locaux, de l'organisation de la prise en charge – distinction entre filière chirurgicale et médicale notamment) ?

4/ Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la nouvelle organisation ? (distinction ou non des circuits, IAO ou médecin)

5/ Quelles propositions feriez-vous pour améliorer le fonctionnement du service ?

Annexe 14 : Photos du service actuel des urgences



Entrée des urgences



Cour et sas d'entrée des urgences



Encombrement de la cour



Sas des urgences



Sas des Urgences utilisé pour le stockage des brancards



Accueil des Urgences



Salle d'attente des urgences



Rampe d'accès à la radiologie