

## CHARGE EN SOINS EN UHCD COPACAMU 2010

M.GENOUD Cadre Responsable de Pôle, D. CAGNARD Cadre UHCD  
Pr J .LEVRAUT Médecin responsable de Pôle  
POLE URGENCES /SAMU/SMUR  
CHU DE NICE

### 1. RAPPEL DES RECOMMANDATIONS DE LA SFMU

Ces unités sont définies comme faisant partie intégrante des services d'urgences depuis 1991.

L'UHCD se définit comme une unité d'hospitalisation non conventionnelle et de surveillance, pour laquelle il est recommandé une durée moyenne de séjour inférieure à 24h et une décision d'orientation prise avant la 24<sup>ème</sup> heure.

Elle doit comporter 3 à 5 lits pour 10000 passages au SAU.

### 2. COMPOSITION DU PÔLE URGENCES SAMU/SMUR CHU DE NICE

Il est constitué du Service d'Accueil des Urgences : 1 zone d'IAO, 1 zone de soins prioritaires (3 boxes), 1 zone de médecine (11 boxes) et 1 zone de chirurgie (8 boxes) regroupées sous une UF à laquelle vient s'ajouter une UF spécifique virtuelle de Zone de Surveillance de Très Courte Durée.

Le Pôle comprend aussi la Polyclinique (médecine et chirurgie, consultations programmées, urgences et post-urgences), une UHCD médecine (11 lits) et une UHCD chirurgie (10 lits), un Centre d'Accueil Psychiatrique (10 lits + 2 chambres d'isolement ainsi qu'un service de consultations), un service de Médecine Générale d'Urgence (21 lits) et enfin, du SAMU et du SMUR.

### 3. QUELQUES CHIFFRES DE L'ANNEE 2009

70 928 passages au SAU dont 19,12% de plus de 75 ans

24,12 % faisant l'objet d'une hospitalisation sur le CHU dont 49,13% au sein du pôle et 50,07% hors pôle.

Sur ces 49,13%, on décompte :

- 27,33% sur l'UHCD médecine
- 13,54% sur l'UHCD chirurgie
- 22,52% sur la ZSTCD

### 4. CIRCUIT DU PATIENT

Les patients nécessitant une hospitalisation suivent 3 filières principales :

- l'hospitalisation directement en spécialité
- l'hospitalisation en UHCD
- l'hospitalisation en MGU

### 5. PRESENTATION DE L'UHCD

Elle est composée de 2 unités fonctionnelles, médicale et chirurgicale avec respectivement :

- 2451 patients pour l'UHCD médecine avec 59,35 % de plus de 75 ans et une DMS globale de 1,46 jours
- 1425 patients pour l'UHCD chirurgie avec 32,89% de plus de 75 ans et une DMS globale de 2,07 jours.

Les personnels en charge des UHCD se répartissent en :

- 1 cadre de santé le jour (la nuit étant assurée par le cadre des urgences)
- 2 infirmières 3 aide-soignants et 1 ASH le matin
- 2 infirmières, 2 AS et 1 ASH l'après-midi
- 2 infirmières, 2 AS la nuit

Au niveau médical, 2 médecins seniors responsable d'UF avec un interne en médecine et un en chirurgie.

La permanence des soins la nuit est assurée par l'équipe médicale des urgences.

L'ensemble des personnels soignants est mutualisé sur le pôle, selon des cycles de 2 à 3 mois par unité.

## 6. SPECIFICITES DE LA STRUCTURE

Le secteur de médecine accueille de nombreux malades en fin de vie et des patients âgés polypathologiques récusés par les services de médecine spécialisés. La capacité d'hospitalisation en gériatrie, bien que augmentée de 25 lits de court séjour courant 2008, n'est pas suffisante au vu des demandes.

Le secteur de chirurgie accueille, outre la chirurgie d'urgence, les patients en post réanimation médico-chirurgicale, assure l'hébergement de la traumatologie et de la chirurgie vasculaire. Par ailleurs, elle assure aussi la chirurgie réglée issue des consultations de la polyclinique.

## 7. CHARGE EN SOINS

La mutualisation des personnels a pour avantage la connaissance des équipes de l'ensemble du circuit patient et surtout leur motivation face à des pathologies, surtout en médecine, lourdes en soins.

L'inconvénient pourrait être un investissement moindre du fait de la non appartenance pérenne à l'unité.

A ce jour, aucune étude sur la charge en soins par le biais des SIPS n'est faite.

Du fait des spécificités, la charge en soins est plus proche de celle d'une hospitalisation en court séjour gériatrique que celle initialement établie par les sociétés savantes pour un UHCD, surtout sur la médecine.

## 8. ASPECTS FINANCIERS

Dans le cadre du plan de retour à l'équilibre du CHU de Nice et de l'acquisition de la démarche de tarification à l'activité, un effort soutenu a été réalisé par les équipes tant médicales que soignantes afin d'améliorer la cotation des actes et des RUM en temps et en heure afin de valoriser au mieux le travail réalisé.

## 9. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'UHCD a des missions autres que celles préconisées par la SFMU, liées en grande partie à la typologie des patients et au manque de lits d'aval. Et faut-il mettre en place des SIPS ou catégoriser des groupes de patients afin d'affiner les améliorations d'action à proposer ?

La mise en place d'une unité dite de court séjour d'urgence sur des lits d'UHCD peut-elle justifier des postes soignants supplémentaires alors que le pôle est déficitaire ?

Quelle démarche managériale adopter pour fidéliser les IDE du Pôle souvent déstabilisés par la moyenne d'âge et les pathologies sous-jacentes : la mise en place d'un groupe sur prise en charge des fins de vie, la formation, la communication sont-elles suffisantes ?

Autant d'interrogations encore en cours de réflexion au sein des équipes d'encadrement et médicales.