

# Gestion des flux de patients aux urgences

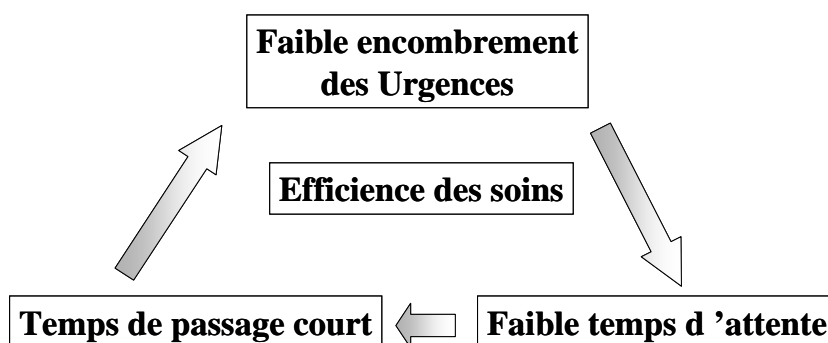
## Gestion des flux d'aval

*Mylène Etchart (cadre de santé), Jacques Levraut (praticien hospitalier)*

### 1. Présentation du problème

Les Services d'Accueil des Urgences sont confrontés à des flux de patients entrants qui ne cessent de croître. Ainsi au CHU de Nice, nous avons observé une augmentation du nombre de passages aux urgences qui sont passés en dix ans de 58000 à 69000. Il semble cependant que ce chiffre soit relativement stable depuis 3 à 4 ans.

Le nombre de patients présents est directement et forcément corrélé à la fois au nombre d'entrées horaires et au temps de passage. Le temps de passage au SAU est dépendant d'une part de la qualité de l'organisation interne du service et de ses prestataires directs (radiologie, biologie, ...), et surtout de la gestion des flux d'aval pour les patients nécessitant une hospitalisation au décours de leur passage. Le surencombrement des urgences est source de gaspillage des ressources humaines du SAU. Ainsi, pour prodiguer des soins de qualité, il faut désencombrer le SAU en agissant sur le temps de passage qui doit rester un élément prioritaire.



Au décours du passage aux urgences, nous enregistrons un taux d'hospitalisation global de 22%, ce qui correspond à la moyenne nationale. Ce taux est bien supérieur chez les personnes âgées de plus de 75 ans (51%) que chez les autres (15%). Etant donné que les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 19% de l'ensemble des passages, nous observons en moyenne, parmi les patients hospitalisés à partir des urgences, 44% des patients qui ont plus de 75 ans.

Il est surprenant de constater que les pathologies nécessitant une hospitalisation non programmée sont relativement stables d'une année à l'autre. Ainsi, par exemple, nous avons enregistré au CHU de Nice un nombre d'accidents vasculaires cérébraux stables d'une année à l'autre, puisque ce nombre était respectivement pour les années 2005 et 2006 de 1279 et de 1310. L'analyse quantitative montre même que le taux d'hospitalisation des patients à partir des urgences est stable tout au long de l'année, d'un mois à l'autre, où le taux d'hospitalisation reste proche de 22%. Cependant une analyse plus précise montre que si les besoins quantitatifs globaux restent constants, les besoins qualitatifs sont différents d'un mois à l'autre. Ainsi par exemple, la période hivernale est très consommatrice de lits permettant d'accueillir des patients présentant des décompensations cardiorespiratoires, tandis que la période estivale l'est plus en terme de traumatologie. Ainsi, globalement, le nombre de lits nécessaire est le même, mais les besoins sont en réalité différents, nécessitant donc une flexibilité de l'offre de soins en fonction de la période annuelle

La gestion maîtrisée des flux d'aval repose donc sur les éléments suivants que nous allons détailler par la suite :

- organisation du service optimale
- anticipation des besoins en terme d'offre de soins
- connaissance de l'ensemble des lits disponibles de l'offre de soins
- mise en place et développement des réseaux de soins

## **2. Maîtrise des flux sortants de patients**

### ***2.1. Organisation interne du service des urgences***

#### *2.1.1. Mise en place du Pôle des Urgences*

Il est nécessaire de développer et renforcer les partenariats entre les services composant le pôle d'urgence. Les médecins et soignants qui y travaillent doivent pouvoir favoriser les échanges voire les mutualisations partielles entre les services en cas de besoin. Ainsi, en cas d'afflux importants de patients, la possibilité de disposer de ressources disponibles permet de gérer rapidement des pics d'affluence afin d'éviter un surencombrement source de dysfonctionnement.

#### *2.1.2. Reconnaître la pénibilité et la spécificité du travail*

De nombreux intervenants, qu'ils soient médicaux ou soignants exerçant actuellement au sein des urgences n'y sont souvent pas formés spécifiquement. En outre, le travail au sein des SU est épuisant en cas de flux incessant de patients. Il est impossible de garantir l'efficacité, l'attention et le rendement maximal d'un médecin ou d'un soignant lorsque celui-

ci travaille plus de 12 heures d'affiler aux urgences. Aux USA, il a même été montré qu'un début de burn-out apparaissait dès 8 heures continues de travail. Il apparaît donc nécessaire que l'on mette en place un système où seuls des médecins urgentistes spécialisés et des soignants correctement formés travaillent au sein du SU, mais n'exercent pas une activité continue supérieure à 12 heures. Ce type d'activité en temps continu impliquerait, pour les médecins, une disparition des tableaux de garde, mais au prix bien sûr d'un renforcement de l'équipe médicale.

### *2.1.3. Améliorer la formation des équipes médico - soignantes*

La Médecine d'Urgence est reconnue maintenant comme une spécialité médicale, ce qui implique une formation académique des médecins beaucoup plus spécifique qu'elle ne l'est actuellement. La mise en place du DESC de Médecine d'Urgence va permettre de répondre à cette exigence. Concernant le personnel infirmier, il apparaît de plus en plus nécessaire que la spécialisation d'urgence se développe, au même titre que celle reconnue pour les IBODE, les IADE ou les puéricultrices. Les infirmières travaillant dans les services d'urgence doivent en effet acquérir une compétence spécifique pour certaines activités propres aux urgences telles que la zone de tri (formation IOA), la zone de déchocage et l'apprentissage de la gestion simultanée de nombreux patients

Cette amélioration de la formation initiale des personnels doit s'accompagner d'un programme de formation continue au sein des services à travers le développement de staffs de morbi-mortalité, d'enseignement post universitaire et d'évaluation des pratiques professionnelles.

### *2.1.4. Améliorer et développer l'informatisation des services d'urgence*

Il sera nécessaire de développer des dossiers informatisés médicaux permettant, outre un gain de temps appréciable, une amélioration de la qualité des informations médicales individuelles et collectives (disponibilité des lits d'aval, base de données, veille sanitaire, communication d'information aux médecins traitants en temps réel,...).

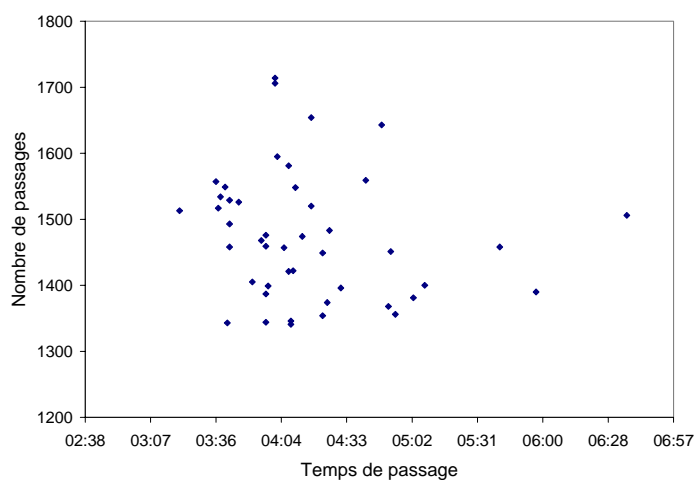
## **2.2. Anticipation des besoins en terme d'offre de soins**

### *2.2.1. Problème de la filière gériatrique*

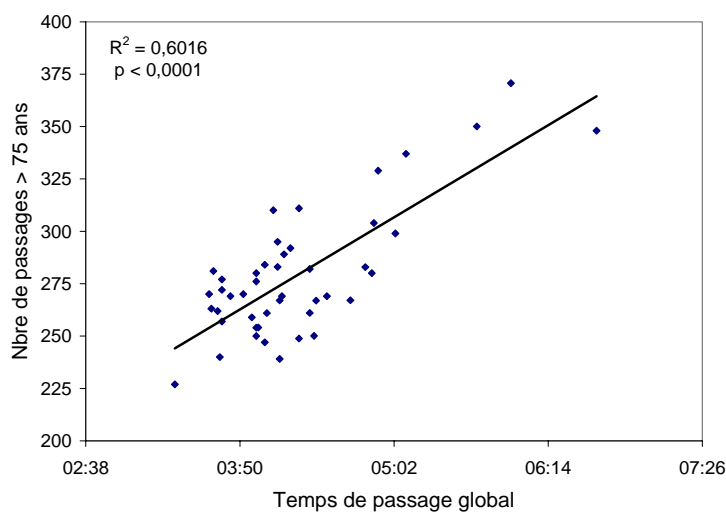
Une analyse précise de l'activité de notre service met en évidence que le temps de passage des patients aux urgences est étroitement corrélé au nombre de passages de personnes

âgées de plus de 75 ans. Ceci est d'autant plus intéressant à noter qu'il n'existe aucune relation apparente entre le nombre de passages tous patients confondus et le temps de passage au SAU.

**Relation entre le nombre de passages et le temps de passage au SAU  
(tranches hebdomadaires, n = 69000)**



**Relation entre le nombre de passages de personnes âgées de plus de 75 ans et le temps de passage global (tranches hebdomadaires, n = 69000)**



Ceci tient au fait que les personnes âgées, le plus souvent dépendantes, utilisent des ressources qui ne peuvent plus être utilisées pour prodiguer des soins aux consultants externes. Ce « gaspillage » de ressources humaines est vrai pour les soignants mais aussi pour l'équipe médicale qui perd énormément de temps avec les services d'aval pour tenter de

placer ces patients dont l'admission au SAU est souvent justifiée par des motifs médicosociaux qui auraient pu se gérer en amont par anticipation.

Ainsi, le développement de la filière gériatrique et de l'offre de soins pour les personnes âgées est un des points les plus importants si l'on veut améliorer la qualité des soins prodigués dans les SU. Ceci devra surtout passer par la création de lits de court séjour gériatriques, de médecine polyvalente et de SSR. Ceci devra également passer par un renforcement de la présence de l'équipe mobile de gérontologie au sein des SU mais aussi au sein des autres structures d'aval acceptant des patients en provenance des urgences.

### *2.2.2. Développer les partenariats et les réseaux avec les services d'aval*

Il est indispensable de renforcer les discussions avec les services d'aval en partenariat avec la Commission des Consultations et Admissions Non Programmées pour mettre en place des filières de soins permettant de fluidifier le passage aux urgences. D'après le Plan Urgences, cette commission a notamment pour missions de prévoir la contribution de chaque service et de garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des activités programmées et des périodes. De même, la commission doit valider les propositions de fermeture temporaire de lits et fixer les capacités à maintenir disponibles pour l'urgence. Elle doit également valider et évaluer les protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée.

L'ensemble de cette réflexion doit bien entendu s'intégrer dans la nouvelle organisation hospitalière. D'après le nouveau SROS, cette démarche devra s'ouvrir à terme sur la mise en place d'un réseau territorial d'urgence permettant d'exploiter au mieux les différentes ressources sanitaires opérationnelles publiques et privées.

### *2.2.3. Développer la flexibilité de l'offre de soins*

#### ***2-3 Connaissance de l'ensemble des lits disponibles***

Dans la circulaire relative à la prise en charge des urgences, il est noté que la prise en charge du patient en aval des services des urgences est une difficulté essentielle, qui implique fréquemment de longues recherches pour le personnel des urgences et celui des services de soins, d'importants temps d'attente pour les patients et parfois une inadéquation entre le

placement et la pathologie, ce qui est défavorable à la qualité des soins et à la prise en charge du patient.

Aussi, il est indispensable que les SAU puissent disposer de la disponibilité des lits des services de soins de leur établissement.

Parallèlement, le CHU de Nice a participé à partir de 2003 à un chantier intitulé « temps d'attente aux urgences », chantier initié par la MeaH. Lors d'un rapport de mission, la MeaH a souligné que le cas des passages très longs doit être abordé dans le cadre d'un travail approfondi sur l'hospitalisation. La fiabilité de l'information portant sur la disponibilité des lits, les horaires des sorties dans la journée ou encore l'amélioration de la programmation des hospitalisations paraissent être des axes de travail pertinents pour gagner des « heures lits » et contribuer à réduire le temps de passage des patients hospitalisés.

A ce jour, la lisibilité des lits d'aval n'a pas encore permis de réduire les délais d'attente et d'éviter l' « hospitalisation » prolongée sur des brancards.

#### ***2-4 Développement des réseaux d'aval extrahospitalier***

Il est essentiel que la sortie soit organisée dès sa prise en charge par le service des Urgences.

##### *2-4-1 Etablissements de santé publics et privés*

Des liens (ou conventions ?) ont été créés entre le CHU et un certain nombre d'établissements privés, notamment concernant la prise en charge de la chirurgie traumatologique et un établissement de santé spécialisé dans la prise en charge aigüe de la personne âgée.

##### *2-4-2 Etablissements de soins de suite*

L'identification des structures de soins de suite et de réadaptation pouvant accueillir des patients ainsi que leur disponibilité en lits est suivie par l'EMG.

##### *2-4-3 La PASS*

Les relations entre le SAU et les organismes sociaux sont institutionnalisées par la mise en place d'un PASS. Les patients en situation de grande précarité sont signalés et orientés vers la PASS.

#### *2-4-4 Les professionnels de santé libéraux*

La prise en charge du patient en ambulatoire implique que la continuité des soins soit assurée par un médecin libéral ainsi que par tous les professionnels de santé libéraux : IDE, kinésithérapeutes ...

Une enquête sociale peut être menée au sein du SAU afin de connaître les ressources tant sociales que financières du patient pour un éventuel retour à domicile.

### **3. Conclusion**

Au total, le problème d'encombrement des urgences est certes la conséquence d'une organisation interne du service et d'une optimisation des moyens, mais il est surtout dépendant des flux d'aval et de la fluidité des filières mises en place. Une amélioration des temps d'attente pourra être obtenue au cours des années qui viennent en redéfinissant clairement les missions de l'hôpital public et en trouvant une solution à l'apparent paradoxe des CHU à qui l'on demande en même temps d'assurer un rôle d'hôpital de proximité et celui d'un centre de référence.