

Où en est-on du fonctionnement des UHCD en 2008 ?

Dr Magali Pisapia

SAU Hôpital Sainte Marguerite

I. Définition :

L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée doit être une unité d'hospitalisation non conventionnelle dont la durée moyenne de séjour est inférieure ou égale à 24 heures.

II. Bilan d'activité du SAU 2006/2007 :

Le SAU des hôpitaux sud accueille 33 000 urgences par an, dont environ 60% d'entre elles sont régulées. Le taux d'hospitalisation avoisine les 35% et le pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans est de 20 à 25%. Concernant le nombre de patients hospitalisés (sur le site ou hors site), 50% d'entre eux passent d'abord par une hospitalisation à l'UHCD.

III. Les moyens humains de l'UHCD :

Les moyens humains déployés à l'UHCD sont :

- 2 médecins seniors (± 1 interne suivant les choix)
- 1 cadre infirmier (y compris le week end cadre de la PCI)
- 2 infirmières par vacation
- 1 aide soignante et une ASH par vacation
- 2 étudiants hospitaliers
- 1 assistante sociale

Une équipe mobile de gériatrie passe tous les matins à l'UHCD. Elle prend en charge les malades de plus de 65 ans et nous tiens informée des lits disponibles en gériatrie (Sce Pr. HEIM).

IV. Bilan d'activité de l'UHCD 2006/2007 :

Notre UHCD comporte 16 lits, 7 chambres doubles et 2 chambres simples et aucun de ces lits n'est scopé.

Le nombre de passage à l'UHCD est d'environ 4800 par an, avec une durée moyenne de séjour de 1.3 jour.

A l'heure actuelle nos 16 lits d'UHCD sont occupés quotidiennement, et le devenir des malades sortants est :

- 52% de retour à domicile
- 18 % de transfert vers les services des hôpitaux sud
- 26% de transfert hors AP-HM (moyen et long séjour)
- 1.5 de transfert en service de psychiatrie
- 2.5% de décès

Cependant, il existe environ 30% des patients hospitalisés à l'UHCD qui restent plus de 48 heures, dont 75% d'entre eux ont plus de 75 ans entraînant une charge de travail supplémentaire.

V. Commentaires :

Le travail fourni à l'UHCD a été alourdi à la fois pour le personnel médical et paramédical.

En plus d'une charge administrative importante, du fait d'un turn-over important de patients, d'un rôle d'information et de soutien aux familles, il existe une surveillance renforcée de malades poly pathologiques et âgés.

En ce qui concerne les médecins, malgré l'aide du cadre infirmier, le temps passé à la recherche de lits d'hospitalisation (sur le site ou grâce à des réseaux extérieurs à l'AP-HM), empiète sur le temps passé au lit du malade.

Le **rôle du service social**, quant à lui, est précieux pour la recherche ainsi que la mise en place des droits sociaux des malades ; mais peu adapté à la mission de placement de l'UHCD. La lenteur du système administratif ne permet pas en effet, un placement rapide de patients âgés en 24 à 36 heures.

Il est à noter aussi le problème que pose les patients âgés, souvent sans famille, ni ressource, rentrant au SAU et par la suite à l'UHCD, dont le maintien à domicile n'est plus possible. Ces patients malheureusement de plus en plus nombreux, pour lesquels il n'existe pas toujours de problèmes d'ordre médical finissent, malgré un suivi en ville, par être pris en charge par les médecins urgentistes.

Tous les matins, le **but de l'équipe** de l'UHCD est de libérer des lits le plus tôt possible afin de pouvoir accueillir de nouveaux malades. Régulièrement des patients hospitalisés pendant la nuit ont dormi sur un brancard en attente de place et sans un turn over précoce de patients de l'UHCD, le SAU pourrait être vite saturé. Le week end reste toujours épineux, car le manque de lit se fait

ressentir dès le vendredi soir et les médecins de garde savent très bien qu'ils ne peuvent compter essentiellement que sur les lits de l'UHCD. Lits qu'il faudra dès le samedi libérer, du moins en partie, afin de ne pas saturer les urgences.

Les **autres missions** plus adaptées de l'UHCD, sont la surveillance de certains malades quelques heures ainsi que la possibilité aux médecins urgentistes d'avoir une démarche diagnostique, ou bien thérapeutique satisfaisante. Cela a permis une amélioration de la sécurité des malades dans certaines pathologies courantes telles que : les traumatisés crâniens, les intoxications médicamenteuses et les douleurs thoraciques atypiques. Malheureusement le manque de lits disponibles, nous oblige parfois à surveiller ces malades au SAU.

En ce qui concerne les patients relevant de la psychiatrie, l'ouverture d'un accueil d'urgence (5 lits) a permis une prise en charge plus ciblée, exception faite pour les IMV dont une surveillance somatique est nécessaire.

VI. Conclusion :

L'UHCD des hôpitaux sud n'a plus sa fonction première comme celle décrite par la SFMU, elle sert de service tampon pour l'hôpital. Le manque de lits d'aval disponibles, surtout en gériatrie est responsable de l'augmentation de l'occupation des lits de l'UHCD par des personnes âgées poly pathologiques, ainsi que d'une augmentation progressive de la durée moyenne de séjour. Le rôle de l'UHCD est aussi détourné par le nombre croissant de malades relevant de soins palliatifs, y compris pour des malades suivis dans d'autres services, voire d'autres établissements.

La mise à contribution des différents réseaux de ville ne permet pas « d'absorber » quotidiennement les malades de l'UHCD pour lesquels nous n'avons pas trouvé de lit sur l'AP-HM. L'équipe mobile de gériatrie présente sur le site permet la prise en charge de malades de plus de 65 ans et l'hospitalisation d'environ 2 à 4 malades par jour.

Le nombre de lits d'hospitalisation de l'UHCD est élevé par rapport au nombre de passages au SAU, mais il semble impossible de le diminuer sans saturer les urgences.

Le retour vers une UHCD plus conventionnelle permettra de diminuer la charge de travail de l'équipe et d'éviter un reliquat de malades, en simple surveillance au SAU, en fin de nuit. Cela ne pourra être possible que si un nombre de lits disponibles augmentent.