HAL
open science

Difficultés d hospitalisation des patients admis en service de médecine en juin, octobre et décembre 2003 depuis le SAU de l'hôpital Bel Air de Thionville

Christel Feidt - Brovillé

To cite this version:

Christel Feidt - Brovillé. Difficultés d hospitalisation des patients admis en service de médecine en juin, octobre et décembre 2003 depuis le SAU de l'hôpital Bel Air de Thionville. Sciences du Vivant [q-bio]. 2006. hal-01732291

HAL Id: hal-01732291

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732291

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I
2006

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Christel FEIDT – BROVILLÉ

Le 30 mai 2006

DIFFICULTÉS D'HOSPITALISATION DES PATIENTS ADMIS EN SERVICE DE MÉDECINE EN JUIN, OCTOBRE ET DÉCEMBRE 2003 DEPUIS LE SAU DE L'HÔPITAL BEL AIR DE THIONVILLE

Examinateurs de la Thèse :

Monsieur LAMBERT H.	Professeur	Président
Monsieur BENETOS A.	Professeur	Juges
Monsieur BELLOU A.	Professeur	
Madame ALLOUCH-FOLLMER C.	Docteur en Médecine	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs :

du 1er Cycle :	**M. le Docteur François ALLA**
du 2ème Cycle :	**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**M. le Professeur Marc BRAUN**
de la Vie Facultaire :	**M. le Professeur Bruno LEHEUP**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : *(Réanimation médicale)*

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : *(Thérapeutique)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur François ALLA
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteur François SCHOONEMAN
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Anne KENNEL
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***
Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
5ème sous-section : (***Médecine physique et de réadaptation***)
Docteur Jean PAYSANT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

=========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur H. LAMBERT,

Professeur de Réanimation Médicale

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Nous vous remercions de l'accueil que vous nous avez réservé, de votre disponibilité et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Pendant nos études nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement et de votre expérience.

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance et notre profond respect.

A nos Maîtres et Juges,

Monsieur le Professeur A. BENETOS,

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du Vieillissement

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger notre travail.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre étude.

Nous espérons pouvoir profiter de votre expérience dans l'enseignement de la capacité de gériatrie.

Soyez assuré de notre grand respect et de notre gratitude.

Monsieur le Professeur A. BELLOU,

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du Vieillissement

Nous vous remercions de bien vouloir juger notre travail.

Vous nous avez fait bénéficier de vos connaissances et de votre savoir.

Veuillez accepter l'expression de notre reconnaissance et notre grand respect.

A notre Maître et Directrice de Thèse,

Madame le Docteur C. ALLOUCH-FOLLMER,

Praticien Hospitalier au Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Bel Air de Thionville

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce travail.

Nous avons pu bénéficier de votre enseignement et votre expérience dans le domaine de la médecine d'urgence.

Nous vous exprimons notre grand respect.

A mon petit Robin,

Te voir grandir chaque jour est une source de motivation.
Ton sourire est mon plus grand bonheur.
Ta maman qui t'aime.

A Fabien,

Merci pour ton soutien tout au long de ce travail et pour les heures passées à la réalisation des graphiques,
Merci de continuer à croire en moi.
Reçois tout mon amour.

A mes Parents,

Merci pour votre soutien depuis toutes ces années, pour toute l'aide que vous m'avez apporté pendant mes études,
Merci d'être toujours présents,
Que ce travail soit également votre récompense.

A Nathalie et Anne pour leur soutien,
A Fred, à Pascal pour nos longues discussions,
A Alex et Colette,
Aux trois "jeunes assistantes" Sandra, Joëlle et Manue,
Pour votre amitié.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES **16**

INTRODUCTION **17**

1 - LES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES EN FRANCE **18**

1.1 - DEFINITIONS 18

1.2 - ORGANISATION DES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES. HISTORIQUE 21

1.3 - LE SAU DE L'HOPITAL BEL AIR DU CHR DE THIONVILLE 28

1.3.1 - Evolution du service 28

1.3.2 - Les locaux 28

1.3.3 - Le personnel 30

1.3.3.1 - Le personnel médical 30

1.3.3.2 - Le personnel paramédical 30

1.3.4 - L'UHCD 32

1.4 - DEMANDES DE SOINS : LES USAGERS DES URGENCES 36

1.4.1 - Données nationales 36

1.4.2 - Evolution du nombre total d'admissions à l'hôpital Bel Air entre 2001 et 2003 38

1.4.3 - Fermetures de lits 39

1.4.3.1 - Au niveau national 39

1.4.3.2 - Au niveau régional 41

1.4.3.3 - Pour le CHR de Thionville (annexe 3) 42

2 - L'ETUDE **44**

2.1 - INTERETS 44

2.2 - METHODOLOGIE 44

2.2.1 - Critères d'inclusion 44

2.2.2 - Recueil et exploitation des données 47

2.2.3 - Codifications 47

2.2.3.1 - Par pathologies 47

2.2.3.2 - Par service 48

2.2.4 - Lieux des transferts 48

2.3 - RESULTATS DE L'ETUDE ET ANALYSE 50

2.3.1 - Taux d'hospitalisations pour les mois de juin, octobre et décembre 2003 50
2.3.2 - Moyenne d'âge des patients hospitalisés en juin, octobre et décembre 2003 51
2.3.3 - Pathologies ayant motivé une hospitalisation en juin, octobre et décembre 2003 .. 55
2.3.4 - Les transferts 58
2.3.5 - Admissions à l'UHCD 66

3 - DISCUSSION 72

3.1 - ACCROITRE LES CAPACITES D'HOSPITALISATIONS EN AVAL DES URGENCES 72

3.1.1 - Les conventions avec les services spécialisés 72
3.1.2 - Favoriser l'articulation des Zones de Surveillance de Très Courte Durée avec des unités de soins polyvalents ou spécialisés 75
3.1.3 - Développer les services de Médecine Polyvalente 76
3.1.4 - Intérêt du partenariat avec les hôpitaux de proximité 80
3.1.5 - Médicalisation des soins de suite 82

3.2 - FAVORISER LES FILIERES COURTES 82

3.2.1 - Développer les réseaux 84
3.2.2 - Renforcer le potentiel des lits de gériatrie de court séjour 85
3.2.3 - Développer les équipes mobiles gériatriques 87
3.2.4 - Améliorer les réponses en aval de l'hospitalisation en court séjour 88
3.2.5 - L'accueil gérontologique médicosocial aux urgences : une alternative à l'hospitalisation ? 89

3.3 - PROGRAMMATION DES FERMETURES DE LITS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE 92

4 - CONCLUSION 94

BIBLIOGRAPHIE 97

ANNEXES 104

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

- ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
- AS : Aide Soignant
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CSG : Court Séjour Gériatrique
- DMS : Durée Moyenne de Séjour
- EMG : Equipes Mobiles Gériatriques
- HAD : Hospitalisation à Domicile
- IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
- IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation
- SROSS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- UPATOU : Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
- ZSTCD : Zone de Surveillance de Très Courte Durée

INTRODUCTION

Au cours de mes trois années de résidanat, j'ai eu la chance d'effectuer deux stages au Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Bel Air à Thionville. Ces stages se sont déroulés de mai à novembre 2002 et de novembre 2004 à mai 2005. J'ai pu être confrontée à la difficulté d'hospitaliser mes patients à différentes périodes de l'année, en été et en hiver.

L'idée de cette thèse est née d'une demande de l'Agence Régionale d'Hospitalisation en décembre 2003 qui souhaitait que soit tenue quotidiennement une fiche indiquant le nombre de patients à hospitaliser, le service adapté et le service où le patient a finalement été pris en charge afin de préciser les difficultés d'hospitalisation et notamment l'impact de la fermeture de lits en période des fêtes de fin d'année.

De plus, la grève généralisée des urgentistes au printemps 2005, dénonçant le manque de lits d'aval, a permis de renforcer la pertinence de ce travail.

Mon étude porte sur les mois de juin 2003 : période estivale, octobre 2003 : mois de référence et décembre 2003 : période hivernale ; existe-t-il plus de difficultés à hospitaliser en été ou en hiver ? Pour quelles pathologies ? Quelles sont les tranches d'âge les plus confrontées à ces difficultés ?

1 - LES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES EN FRANCE

1.1 - DEFINITIONS

Les Services d'Accueil des Urgences des hôpitaux à mission de service public ont la charge d'accueillir tous les patients qui se présentent en urgence, qu'il s'agisse d'une urgence réelle ou d'une urgence ressentie ; que cela se solde par une consultation simple ou par une hospitalisation.

Selon l'article R 711.4 du Code de la Santé Publique (1), les établissements hospitaliers doivent être en mesure d'accueillir, de jour comme de nuit, toutes les personnes dont l'état de santé requiert leurs services.

De plus, les SAU ont pour missions d'accueillir tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'une urgence lourde ou d'une urgence ressentie.

Les articles R 712.64 et R 712.65 du Code de la Santé Publique (2,3) sont plus exhaustifs :

- accueillir sans sélection, 24h sur 24, tous les jours de l'année toute personne se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique.
- prendre en charge la personne notamment en cas de détresse et d'urgences vitales.

L'établissement doit pouvoir :

- dispenser en hospitalisation complète, des soins de courte durée, ou des soins concernant des affections graves pendant leur phase aigue en spécialités de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.
- comporter au moins des services ou des unités de :
  - réanimation
  - médecine générale ou médecine interne
  - médecine à orientation cardio-vasculaire
  - médecine pédiatrique
  - anesthésie réanimation
  - chirurgie orthopédique
  - chirurgie viscérale y compris gynécologique.

L'établissement doit présenter en même temps une demande de SMUR sauf s'il existe des services suffisants dans les établissements proches.

En réalité, la définition de l'urgence est plus générale : toute personne qui n'a pas pu ou pas voulu avoir recours à un autre acteur de la santé et se présente aux urgences doit être accueillie et prise en charge.

Un rapport paru en 2001 (4) souligne l'ambiguïté de la notion d'urgence. Ces conclusions résultent des travaux des groupes de réflexion sur les urgences constitués en mars 2001 dans le cadre de l'application des

protocoles des 13 et 14 mars 2000. Ces groupes se composent de personnels hospitaliers non médicaux, de personnels hospitaliers médicaux, de représentants du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ainsi que des représentants d'autres institutions (Ordre des Médecins, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés, Conférence des Doyens, Directeurs d'Agence Régionale d'Hospitalisation...) et de médecins libéraux. Le rapport propose une typologie en 4 « groupes » des besoins de soins exprimés en urgence :

1. l'urgence où le pronostic vital est engagé et qui exige, quelque soit l'endroit ou les circonstances , l'intervention immédiate de moyens médicalisés lourds de type SMUR avec ses partenaires éventuels et en particulier les services d'incendie et de secours.
2. l'urgence de « la demi-heure » qui appelle dans ce délai la présence d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.
3. la situation qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat la présence d'un médecin. Cette demande relève prioritairement de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.
4. quatrième demande : le conseil. Il faut distinguer ce besoin de la simple demande de renseignements ; il s'agit d'une part de plus en plus prépondérante. Cette mission contribue à réorienter ce qui est ressenti comme une urgence vers une programmation de soins ou une dédramatisation du ressenti du patient ou de sa famille.

Ces divers besoins, même si l'on ne prend en compte que les trois premières catégories, sont très hétérogènes quant à leur réel degré d'urgence et aux moyens qu'ils appellent.

Dans le cadre d'un service d'accueil des urgences, nous retiendrons comme définition de l'urgence : une consultation ou une admission non programmée, suivie ou non d'une hospitalisation.

1.2 - ORGANISATION DES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES. HISTORIQUE

Article L 711.4 du Code de la Santé Publique (1) :

L'organisation des SAU doit permettre le tri et l'orientation des patients puis, suivant la gravité de leur état de santé, organise la mise en œuvre des moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires.

La circulaire Ministérielle n° 60 du 29 janvier 1975 (5) relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital et notamment des urgences précise l'organisation du SAU. Le service d'accueil des urgences :

- doit être facile d'accès, bien signalé.
- doit recevoir 24h sur 24 tout malade ou blessé qui se présente en adaptant les soins au degré de gravité.
- doit être unique dans l'hôpital et la ville pour des raisons d'ordre financier et pratique.
- doit avoir un chef de service à sa tête.

Depuis le début des années 1990, le Conseil Economique et Social et la Commission Nationale de restructuration des urgences présidée par le Professeur Steg, ont souligné certains dysfonctionnements et proposé de restructurer l'accueil des urgences dans les hôpitaux. Le rapport STEG d'avril 1987(6) décrit pour la première fois les problèmes relatifs à l'activité des SAU en terme d'organisation et d'humanisation de l'accueil hospitalier et propose des solutions pour y remédier :

- augmenter la médicalisation des urgences tant sur le plan quantitatif que qualitatif ce qui implique une séniorisation.
- améliorer l'approche humaine et psychologique du patient se présentant au SAU.
- regrouper les urgences autour d'un centre 15 en organisant une concertation régionale.
- autonomiser le SAU avec un personnel propre, un praticien hospitalier chef de service, un budget hospitalier propre.
- planifier l'aval des SAU, développer les alternatives à l'hospitalisation, les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

En réponse à ce rapport, la Circulaire n°326 de février 1990 (7) propose des mesures immédiates de renforcement :

- une présence médicale accrue avec, soit des créations de postes, soit l'appel à des collaborateurs libéraux.
- un renforcement des équipes paramédicales.
- la collaboration d'une Assistante Sociale.

- la présence d'un Infirmier Diplômé d'Etat en psychiatrie, avec possibilité de recours à un psychiatre d'astreinte.
- la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux.
- l'aménagement des locaux et humanisation des conditions d'accueil.

La Circulaire DH.4B/DGS 3E/91-34 du 14 mai 1991(8) constitue le guide de l'organisation des SAU en décrivant le plateau technique nécessaire : situation, locaux, Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, personnel. Le fonctionnement du Service d'Accueil est basé sur des groupes de permanence et de continuité des soins, avec notamment une médicalisation continue et une évaluation de la qualité des soins.

En avril 1997 est paru le décret relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé qui prévoit la révision et l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire des urgences afin d'indiquer les orientations en vue d'assurer une répartition géographique homogène des installations (10,11) :

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROSS) : les quatre décrets du 30 avril 1997 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences, aux conditions techniques de fonctionnement, au SMUR, viennent compléter les textes de mai 1995. Leur application dans chaque région doit tenir compte des recommandations du premier schéma régional. Ils concernent à la fois les urgences pré hospitalières et hospitalières.

L'urgence hospitalière est la venue non programmée dans un établissement de santé public ou privé, en situation d'urgence vitale ou sociale, 24h sur 24, de toute personne quelque soit sa condition.

Les textes précisent notamment la gradation de l'offre de soins en matière d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements : il existe 3 types de structures pouvant répondre à cette demande de soins :

- les Services d'Accueil et de Traitement des Urgences : SAU, SATU.
- Les Unités de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences : UPATOU.
- Les POles Spécialisés : POSU : pour les urgences pédiatriques, neurologiques, chirurgie de la main et cardio-vasculaire.

Les décrets précisent un dispositif de planification sanitaire avec la mise en place pour les urgences hospitalières de deux instances :

- la session régionale d'étude et de proposition sur l'offre de soins en urgences dont le rôle est de proposer au directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation le projet de répartition territoriale des sites d'accueil et de traitement des urgences et de préciser les éléments susceptibles de demander l'autorisation d'exercer l'activité de soins « accueil et traitement des urgences ».
- la mission interrégionale d'expertise chargée, sur demande de l'ARH, de donner son avis sur les demandes d'autorisation ou les projets contrats relais.

L'urgence pré hospitalière est l'appel primaire débouchant sur la mise en œuvre d'un moyen SMUR. Ceci regroupe :

- SAMU Centre15. Le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) est appelé plus officiellement Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRAA). La circulaire du 6 février 1979 officialise la création des Centres 15 c'est-à-dire des structures chargées de recevoir à un numéro unique l'ensemble des appels médicaux urgents. Le rôle des SAMU consiste en une écouté médicale permanente, le déclenchement de la réponse la mieux adaptée à l'état du patient dans le délai le plus rapide possible, la préparation de l'accueil hospitalier, l'organisation éventuelle du transport dans l'établissement hospitalier par le recours au service public ou à une entreprise privée, la surveillance de l'admission du patient à l'hôpital.
- SMUR et antennes SMUR. Le SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) est un service hospitalier mobile et spécialisé dans l'urgence et la réanimation. Il assure une délivrance de soins sur place ou le transport médicalisé des patients entre le domicile ou le lieu de l'accident et l'établissement de soins en coordination avec le SAMU.
- effecteurs périphériques de secteur ou médecins correspondants du SAMU.

Il apparaît donc, qu'au fil des ans, la prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers a constitué une priorité de Santé Publique dans toutes les régions. Les ARH ont toutes élaboré un volet « urgences » dans les SROSS de 2ème génération (1999-2004) et

consacré des moyens importants à l'amélioration du fonctionnement de ces services.

La Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 (11) relative à la prise en charge des urgences, afin de répondre aux difficultés d'organisation rencontrées, recommande de :

- clarifier, dans chaque région, le rôle et les missions des structures et des personnels concernés.
- organiser les urgences dans le cadre de projet médical de territoire répondant aux besoins d'une population.
- améliorer la qualité des soins par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (télémédecine).
- organiser des filières permettant le transfert direct et immédiat des patients présentant des pathologies spécifiques.
- organiser les relations entre services d'urgence et permanence des soins en médecine de ville.
- articuler la régulation des appels relevant de la permanence des soins avec le Centre 15.
- soutenir notamment financièrement des maisons médicales articulées avec les services d'urgence.
- développer la mise en réseaux des SAMU.
- développer le système de médecins correspondants du SAMU dans des territoires enclavés.
- prévoir par convention les modalités de participation ou de recours aux spécialistes aux urgences.

- prévoir la contribution de chaque service dans la prise en charge en aval des urgences.
- développer la mutualisation des permanences médicales.
- créer une commission des hospitalisations non programmées.
- favoriser l'articulation des zones de surveillance de très courte durée et des unités de soins, particulièrement en médecine interne et psychiatrie.
- développer des fédérations de services (SAU, SAMU, SMUR).
- inciter au développement de consultations non programmées au sein des établissements de santé, autorisés ou non à l'accueil des urgences.
- développer l'admission directe dans les services de gériatrie.
- permettre l'accueil individualisé des enfants et adolescents se présentant aux urgences.
- développer des centres d'accueil intersectoriels de 72h.
- évaluer la mise en œuvre et le fonctionnement des contrats relais.
- formaliser les collaborations entre établissements par des conventions organisant l'aval des urgences afin d'assurer une prise en charge globale et continue des soins.
- organiser une campagne d'informations de la population au niveau local.
- développer les outils de connaissance et d'évaluation de l'activité des services.

1.3 - LE SAU DE L'HOPITAL BEL AIR DU CHR DE THIONVILLE

1.3.1 - Evolution du service

Le SAU de l'Hôpital Bel Air a été créé en 1968. Il a bénéficié d'une rénovation en 1991 et d'une extension de la zone d'accueil en 1998.

Voici la présentation du service d'accueil des urgences tel qu'il fonctionnait en 2003.

1.3.2 - Les locaux

Les conditions techniques du fonctionnement s'appuient sur les articles D 712.52 et suivants du Code de la Santé Publique (12).

Le SAU se situe au rez-de-chaussée de l'établissement.

Les patients valides « ambulants » se présentent dans la zone d'accueil jouxtant la salle d'attente et sont pris en charge par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation. Ils sont ensuite orientés vers une salle d'examen en fonction de la priorité du motif de consultation et de leur ordre d'arrivée sauf pour les enfants qui sont intercalés, le plus souvent possible, pour diminuer leur temps de passage.

Les patients couchés « non ambulants » sont pris an charge au niveau d'un SAS dit de « dégravillonage » puis sont dirigés vers une salle d'examen après intervention de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation.

Le service disposait de :

- 5 salles d'examens, dont une salle réservée aux consultations de petite chirurgie.
- 1 salle de sutures.
- 1 salle de plâtres.
- 3 postes de « déchocage » équipés à l'identique, répartis en 2 salles.
- 1 salle disposant d'une baignoire et d'une douche.
- l'infirmerie au centre du service.
- 4 bureaux médicaux.
- Le bureau de l'assistante sociale.
- 1 salle de détente.
- l'office attenant à l'UHCD.
- 4 chambres de garde.

A proximité du service se situe le service d'imagerie médicale capable de réaliser : radiographies standard et numérisées, échographies, scanners et IRM.

Il est possible de réaliser des scintigraphies pulmonaires aux heures ouvrables en semaine.

L'hôpital comprend un laboratoire en mesure de pratiquer les examens de biochimie, hématologie, microbiologie, toxicologie et les examens relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang et de fournir sans délai les résultats obtenus.

1.3.3 - Le personnel

1.3.3.1 - Le personnel médical

Le personnel médical est commun au service SAU-SMUR-UHCD.

Actuellement, en 2005, l'effectif se compose de :

- 1 praticien hospitalier chef de service
- 9 praticiens hospitaliers à temps plein
- 9 assistants
- 4 résidents

Trois médecins prennent en charge les patients de médecine et de chirurgie de 8h30 à 18h30 7 jours sur 7. Ils sont assistés de 2 résidents, l'un en médecine, l'autre en chirurgie.

L'UHCD est assurée par un médecin qui vient renforcer le pôle SAU et assure les urgences « intra-muros ».

La garde médecine et chirurgie est assurée par 4 médecins : 3 médecins de la journée auxquels se joint le médecin de l'UHCD assistés par 2 internes : 1 résident du service et un résident hospitalier d'un service extérieur.

1.3.3.2 - Le personnel paramédical

A ce jour, le personnel paramédical se compose de :

- 33,85 Infirmiers Diplômés d'Etat renforcés par 6 Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat

- 2 Infirmiers Psychiatriques
- 14,80 Aides-soignants
- 1 Assistante Sociale
- 2 cadres infirmiers dont une IADE.

A l'accueil :

- Le matin : 3 IDE + 2 AS + 1 IAO
- L'après-midi : 4 IDE + 2 AS + 1 IAO
- La nuit : 3 IDE + 2 AS + 1 IAO

L'équipe est renforcée par 2 IADE qui assurent depuis le 1er juin 2005 une permanence de 8h à 20h. Ils apportent leur concours spécialisé dans la prise en charge des patients en salle de déchoquage et sont les effecteurs privilégiés des 2 départs SMUR.

De plus, 1 brancardier renforce l'équipe 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

A l'UHCD :

- 1 IDE par poste
- 1 AS de 8 heures à 16 heures

L'assistante sociale s'occupe des nombreux patients démunis ou en situation de précarité ainsi que des problèmes d'aides à domicile ou de

placement des personnes âgées. Sa participation dans la vie du service allège la composante sociale intriquée chez de nombreux patients.

Un infirmier psychiatrique est également présent tous les jours de 8 h 00 à 16 h 00 pour accueillir et orienter les patients. Il travaille en relation avec le psychiatre de garde.

1.3.4 - L'UHCD

Les UHCD sont définies administrativement en France comme faisant partie intégrante des services d'urgence depuis 1991 (8). Un décret a remplacé l'appellation UHCD par l'appellation « zone de surveillance de très courte durée » (14). Cette appellation est limitative car elle ne souligne pas la caractéristique indiscutable d'unité d'hospitalisation de ces unités, ne reflète pas l'ensemble de leurs fonctions et risque d'entraîner une confusion avec le secteur de déchoquage de l'unité d'accueil des urgences. L'appellation UHCD doit donc être préférée. Une enquête de 1998 de la Société Francophone de Médecine d'Urgence a montré que si certains services en sont équipés depuis plus de vingt ans, seulement 53 % des services d'urgence en sont pourvus (17).

Aux Etats-Unis, ces unités sont appelées Observation Units (Unités d'observation). Leur structure et leur mode de fonctionnement sont définis pas un texte de recommandations édité par l'American College of Emergency Physicians (15, 16).

L'article D 712-56 du Code de la Santé Publique (13) prévoit que le service d'urgences dispose d'une zone de surveillance de très courte durée par tranche de 10 000 passages annuels. Les ZSTCD sont donc

obligatoires avec des capacités clairement définies. Ces unités doivent être de véritables unités d'hospitalisation à proximité de l'accueil des urgences, sous la responsabilité du service des urgences, avec des personnels propres, un fonctionnement de service à part entière. Son fonctionnement doit assurer une durée de séjour des patients de moins de 24 heures dans au moins 90% des cas.

Les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) (17) précisent la définition d'une UHCD, ses moyens structurels et matériels, ses moyens médicaux et paramédicaux ainsi que les critères d'admission, de non admission et de sortie des patients. Elles recommandent également une évaluation annuelle de son fonctionnement. Les spécificités de l'UHCD la différencient d'une unité conventionnelle d'hospitalisation (contrainte de temps) ou d'une unité d'hôpital de jour (recrutement non programmé non spécialisé) ce qui lui permet de combler un vide dans l'organisation des services d'urgences.

La philosophie de ces unités repose sur deux notions : un séjour hospitalier de très courte durée, une efficacité et une efficience de la démarche médicale et des soins. Toute pathologie peut se rencontrer dans un service d'urgence et l'urgentiste n'est concerné dans son activité professionnelle que dans les premières heures de la prise en charge. Pour certaines pathologies, il est possible à l'issue de la consultation aux urgences de savoir si un retour à domicile peut être envisagé ou si une hospitalisation est nécessaire. Dans d'autres cas, quelques heures supplémentaires de prise en charge sont nécessaires et suffisantes pour assurer une thérapeutique efficace et autoriser le retour à domicile. Parfois, les alternatives diagnostiques sont

nombreuses et l'UHCD permet d'assurer des soins et d'affiner le diagnostic dans le but d'orienter les patients vers les services adaptés à leur état clinique.

Le rôle de l'UHCD est d'accueillir les patients pour une durée qui ne doit pas excéder 24 à 48 heures.

Ces patients peuvent être classée en plusieurs catégories :

- les patients en attente d'examens complémentaires
- les patients en attente d'un lit d'hospitalisation
- les patients dont l'état de santé est jugé « limite » pour un service traditionnel sans qu'ils relèvent de la réanimation
- les patients poly-pathologiques avec diagnostics intriqués nécessitant une observation afin de préciser le service destinataire le plus pertinent
- le recrutement « propre » : intoxications médicamenteuses volontaires non justifiables d'une réanimation, exogénose aigue, allergies non justifiables d'une réanimation, hébergement social, fin de vie.

L'UHCD dispose de 5 lits tous équipés d'un monitorage et d'une cellule d'isolement psychiatrique.

Depuis mai 2005, le plateau d'accueil a été entièrement restructuré ce qui a été rendu nécessaire par la saturation complète des anciens locaux face à l'activité croissante. Cette extension permet un accroissement

sensible de la zone SAU avec création de 2 filières : « non ambulants » et « ambulants », tandis que la capacité d'accueil de l'UHCD sera portée, à terme, à 15 lits (5 lits à ce jour).

Le service dispose :

- d'une filière « ambulants » :
    - 5 salles de consultation dont une salle réservée aux consultations de petite chirurgie
    - 2 salles de suture
    - 1 salle de plâtre permettant d'accueillir 3 patients

- d'une filière « non ambulants » :
    - 4 postes de « déchoquage chaud » pour les patients intubés ventilés, 3 postes adultes et 1 poste pédiatrique
    - 3 postes de « déchoquage tiède »
    - 4 salles de consultation médicale

- d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) comportant actuellement 6 lits avec monitorage
- cinq bureaux médicaux
- un bureau pour l'assistante sociale
- une salle d'accueil pour les familles
- un office.

Actuellement, un médecin PH non posté assure les premiers départs SMUR de 8 h 30 à 18 h 30 du lundi au vendredi et les consultations d'Urgences Médico-Judicières.

Depuis septembre 2005, l'équipe de psychiatrie est renforcée par la présence d'un psychiatre aux urgences du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 30.

En 2007, il est prévu le rapprochement physique avec les urgences médicales pédiatriques, qui demeureront sous la responsabilité des pédiatres, détresses vitales exclues, avec création de 6 lits d'UHCD en pédiatrie.

1.4 - DEMANDES DE SOINS : LES USAGERS DES URGENCES

1.4.1 - Données nationales

Le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a cru de 64 % entre 1990 et 2001 soit une progression annuelle de 4.6 % (9).

Une enquête nationale sur les urgences réalisée par le Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques en janvier 2002 (19) livre des premières informations relatives aux différentes populations fréquentant les urgences, à leur mode d'arrivée, aux motifs pour lesquels elles consultent et aux soins qu'elles y ont reçu. Cette

étude nationale a été réalisée auprès d'un échantillon de patients pris en charge dans 150 services d'urgences. Elle montre notamment que 19% des patients sont hospitalisés, les personnes de plus de 70 ans l'étant dans plus de la moitié des cas. 25 % des usagers ont moins de 15 ans (grande proportion de consultations des nourrissons), 43 % ont moins de 25 ans, les personnes de plus de 70 ans représentent 14 % de l'ensemble des usagers.

En 2003, l'ARH en Ile de France publie le bilan d'activité des services d'urgences qui, avec des données de 2001 (21), retrace le profil évolutif et l'état des lieux des services d'urgences. On retrouve une importante augmentation du nombre de passages aux urgences avec une augmentation annuelle de 5 % entre 1996 et 2001, taux comparable à celui de l'enquête nationale, ainsi qu'un taux d'hospitalisation de 15 % environ qui tend à diminuer puisqu'il était de 20 % en 1996.

Le nombre de passages aux urgences croit régulièrement alors que le nombre de patients hospitalisés tend à diminuer ce qui traduit de nouveaux comportements des usagers qui recherchent un accès à des consultations non programmées (20). Il ressort de cette étude que près de ¾ des usagers arrivent directement aux urgences sans contact médical préalable. Ce mode d'arrivée concerne 80 % des patients de toutes les tranches d'age inférieur à 50 ans puis diminue fortement avec l'age : au delà de 80 ans, plus de 2/3 des patients ont bénéficié d'une orientation médicale préalable.

Les motifs de recours se répartissent à part égale entre « problème somatique » (toutes les affections non liées à un accident ou à un trouble mental) et « traumatisme » (19,21).

Globalement 19 % des passages aux urgences ont donné lieu à un transfert dans une unité d'hospitalisation en dehors du service des urgences. 3 % des patients ont été pris en charge en UHCD.

Le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge pour atteindre 49 % chez les 71-80 ans ; au-delà, c'est un patient sur 2 qui est hospitalisé.

Parallèlement, le rapport issu des groupes de réflexion sur les urgences de mars 2001 (4) constate que le nombre de passages aux urgences a augmenté considérablement notamment pour des actes qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. Un élément important mis en évidence par plusieurs études est l'anticipation par le patient du besoin de recours au plateau technique : on choisit d'aller aux urgences parce que l'on pense que des examens complémentaires seront nécessaires notamment des actes d'imagerie, et qu'ils seront effectués dans la continuité, même au prix du temps d'attente.

Une organisation de la prise en charge en amont des établissements de santé autorisés à l'accueil et aux traitements des urgences permettrait d'éviter le recours systématique et parfois médicalement injustifié aux urgences.

1.4.2 - Evolution du nombre total d'admissions à l'hôpital Bel Air entre 2001 et 2003

Comme l'ont démontré les différentes études nationales, le nombre de passages au SAU du CHR Bel Air n'a lui aussi cessé d'augmenter entre 2001 et 2003 (annexes 1 et 2).

En 2001, 35 207 patients ont bénéficié d'une consultation pour un motif médical ou chirurgical ; en 2002, les consultations ont concerné 37 143 patients ; en 2003, ils sont 39 705 soit une augmentation de + 13 % en deux ans.

Ce chiffre est supérieur à la progression annuelle moyenne nationale constatée entre 1990 et 2001 qui était de + 5 %. Ceci peut s'expliquer en partie par le recrutement particulier du CHR de Thionville lié à sa localisation : la région Lorraine est la 13ème région de France pour sa superficie avec de grandes disparités au niveau départemental puisque la Moselle représente 26 % de la surface mais plus de 44 % de la population. Thionville est le 3ème principale agglomération lorraine après Nancy et Metz. A proximité, on trouve la Centrale Nucléaire de Cattenom, une portion de l'autoroute A31 à très forte densité de circulation, un gazoduc. Par ailleurs, de part sa situation géographique, située à proximité des frontières luxembourgeoises, belges et allemandes, Thionville est une zone de fort trafic de stupéfiants.

1.4.3 - Fermetures de lits

1.4.3.1 - Au niveau national

La circulaire N° 152/DHOS/2004 du 29 mars 2004 (26) relative à la programmation des fermetures de lits dans les établissements de santé publics et privés souligne les difficultés rencontrées chaque été et chaque hiver du fait de la réduction des capacités d'hospitalisation dans certains services au-delà des crises sanitaires particulières comme la canicule de l'été 2003.

Cette circulaire vise à coordonner et organiser les fermetures de lits au sein de territoires de santé. Les ARH en lien avec les DDASS doivent mettre en place un réseau d'aval inter et intra établissements publics et privés, y compris les structures de long séjour, afin de gérer le flux de patients.

Elle propose également la possibilité de regroupement de certains services sur un seul site afin de préserver des effectifs suffisants. Les ARH doivent restituer les informations relatives aux fermetures de lits aux établissements du bassin qui les concerne.

Elle dégage également de grands principes afin de guider l'organisation des fermetures de lits d'hospitalisations en périodes de vacances :

- anticipation de l'adaptation des capacités d'hospitalisations en rapport avec la survenue récurrente de pathologies hivernales (grippe, bronchiolite, gastro-entérite)
- maintien des capacités d'hospitalisations dans les services de soins intensifs continus, grands brûlés et service de réanimation adulte, pédiatrique et néonatal
- maintien des capacités d'hospitalisations dans certains services particulièrement concernés pour la prise en charge des urgences (médecine, chirurgie orthopédique et viscérale)
- maintien des capacités d'hospitalisations en soins de suite et réadaptation pour personnes âgées et renforcement des partenariats avec les services de gériatrie
- fermeture exceptionnelle des zones de surveillance de très courte durée des SAU (UHCD).

Un communiqué du Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Jean François Mattéi de juillet 2003 (27) relève notamment que les fermetures de lits pour l'été 2003 oscillaient entre 8 et 11.6 % alors que globalement, les fermetures de lits avaient été en moyenne de 15 % au cours des étés 2001 et 2002. Ce taux varie selon les spécialités, avec pour la médecine, un taux de fermeture de lits entre 8.2 et 10.9 %.

1.4.3.2 - Au niveau régional

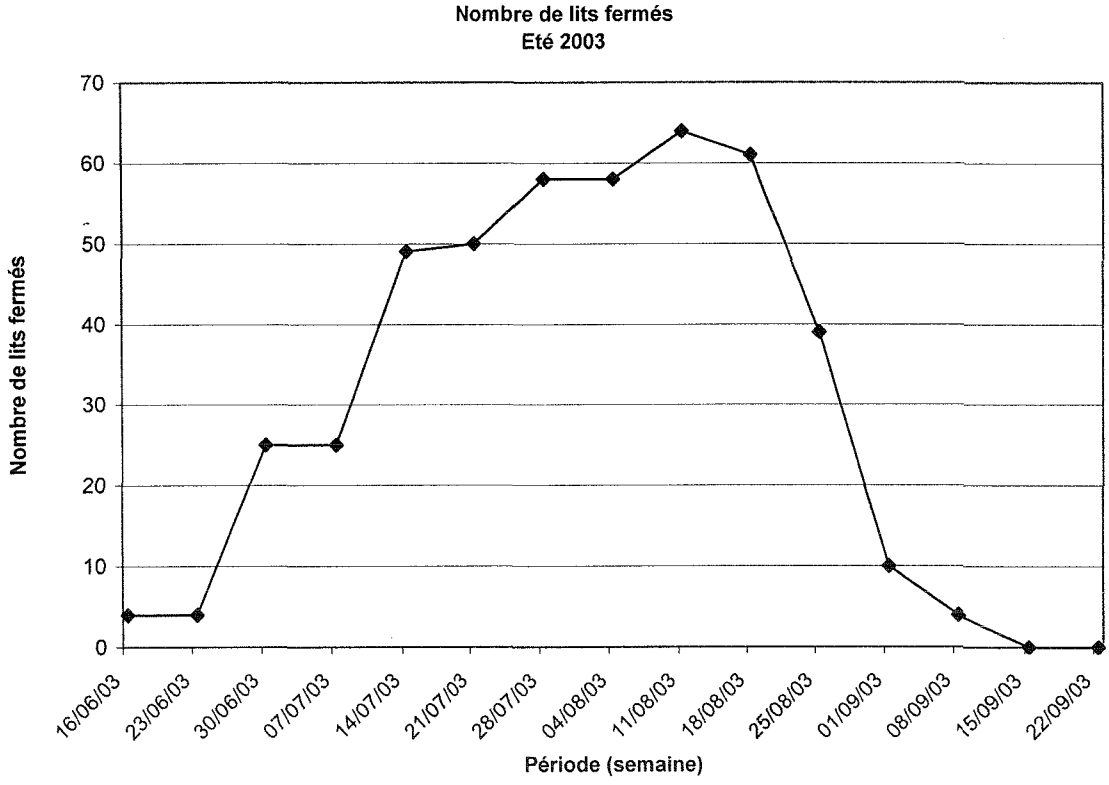
Le Réseau Lorraine Urgences créé en 2001 (28), permettant notamment de favoriser la coordination entre les différents intervenants de la prise en charge des urgences, a également réalisé des travaux portant sur les difficultés d'hospitalisations et les fermetures de lits. Mandaté par l'ARH, le réseau réalise depuis 2001 des enquêtes « difficultés d'hospitalisations » afin de dresser un état des lieux et d'émettre des propositions d'amélioration. Parallèlement, le réseau propose une politique de fermetures des lits notamment pour les périodes de congés annuels ayant permis de mettre en évidence une disparité régionale importante.

Les 56 établissements de la région Lorraine ont été répartis en 6 groupes géographiques ; le groupe 57 Thionville comportait 3 établissements : Ste Elisabeth, Alpha Santé, CHR Thionville soit 713 lits. Le taux hebdomadaire de fermeture de lits était de 5 à 10 % en juin 2003 pour ce groupe : il atteignait 20 % pour la période du 27 juillet au 2 août 2003. Le groupe 54 (sauf Briey et Longwy) comportait 12 établissements soit 3 335 lits avec des taux hebdomadaires de fermetures de lits entre 10 et 15 % pour juin, pour atteindre 25 % entre le 27 juillet et le 2 août.

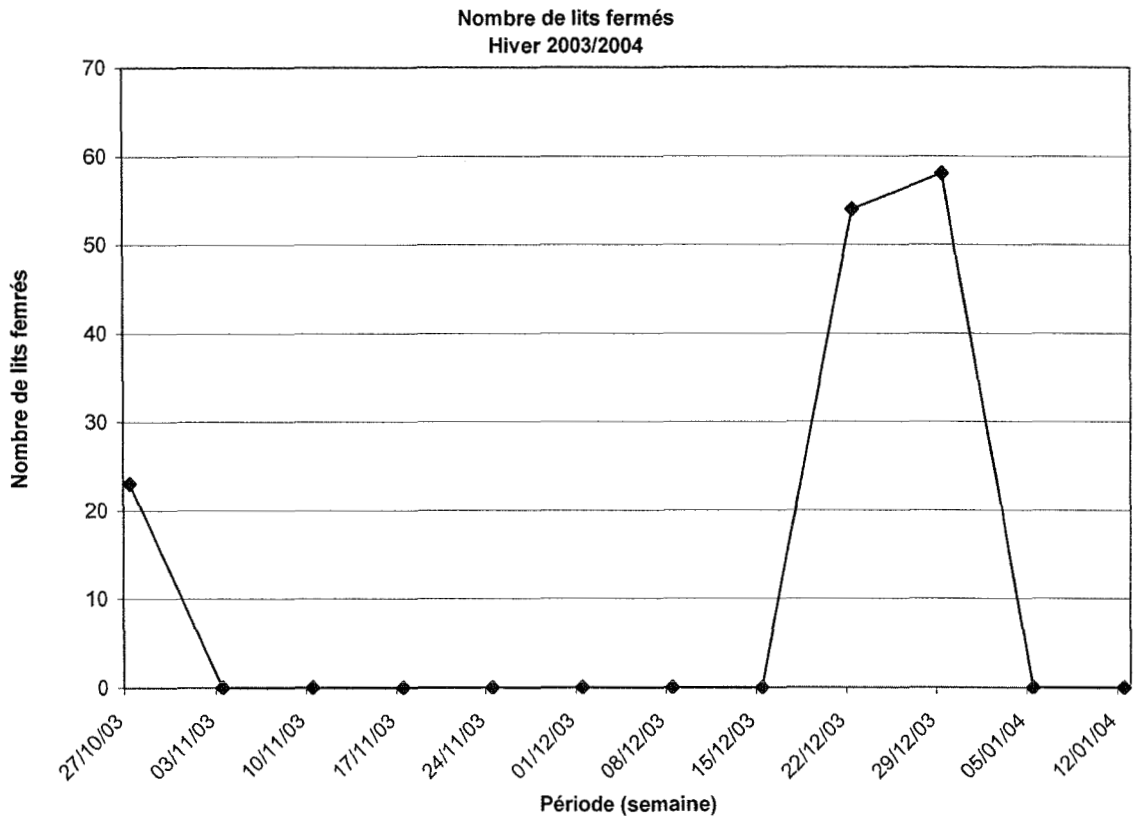
Ce qui, en terme d'écarts de lits en nombre entre les fermetures effectives et prévisionnelles par semaine mettait en évidence une adéquation pour le groupe 57 sur toute la période estivale alors que pour le groupe 54, le manque de lits était en moyenne de 150 par semaine pour l'été 2003.

1.4.3.3 - Pour le CHR de Thionville (annexe 3)

Concernant la fermeture de lits pour l'été 2003, on comptait au maximum 124 lits fermés tous secteurs confondus (médecine, pédiatrie, chirurgie, pédopsychiatrie) avec 64 lits de médecine fermés dans la semaine du 11 août. Les services de médecine concernés sont surtout les services d'hôpital de jour des spécialités de neurologie, cardiologie et hépato-gastro-entérologie qui accueillent des patients « programmés ».



En hiver (annexe 4), les fermetures de lits intéressent surtout les périodes des fêtes de fin d'années avec un maximum de 90 lits fermés du 22 au 29 décembre avec 54 lits de médecine fermés concernant surtout les hôpitaux de jour de pneumologie et d'hépato-gastro-entérologie.



2 - L'ETUDE

2.1 - INTERETS

Le but de cette étude est d'évaluer l'adaptation du Service d'Accueil des Urgences aux besoins de la population et aux caractéristiques de l'Hôpital Bel Air, de préciser les difficultés d'hospitalisation à différentes périodes de l'année notamment l'impact de la fermeture de lits en période estivale et au moment des fêtes de fin d'année, d'évaluer le nombre de transferts, les motifs de ces transferts et les patients concernés. Cette démarche d'autoévaluation s'intègre pleinement dans celle de l'accréditation.

2.2 - METHODOLOGIE

2.2.1 - Critères d'inclusion

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les patients âgés de plus de 15 ans se présentant aux urgences et relevant d'une hospitalisation en service de médecine pour les mois de juin, octobre et décembre 2003 soit 1 525 patients.

Ce travail concerne également les patients relevant de pathologies psychiatriques nécessitant une hospitalisation dans un établissement spécialisé transitant par le SAU.

Le choix de ces différents mois a été motivé par la nécessité de refléter les difficultés d'hospitalisations en été et en hiver en fonction de la fermeture des lits de médecine pendant des périodes.

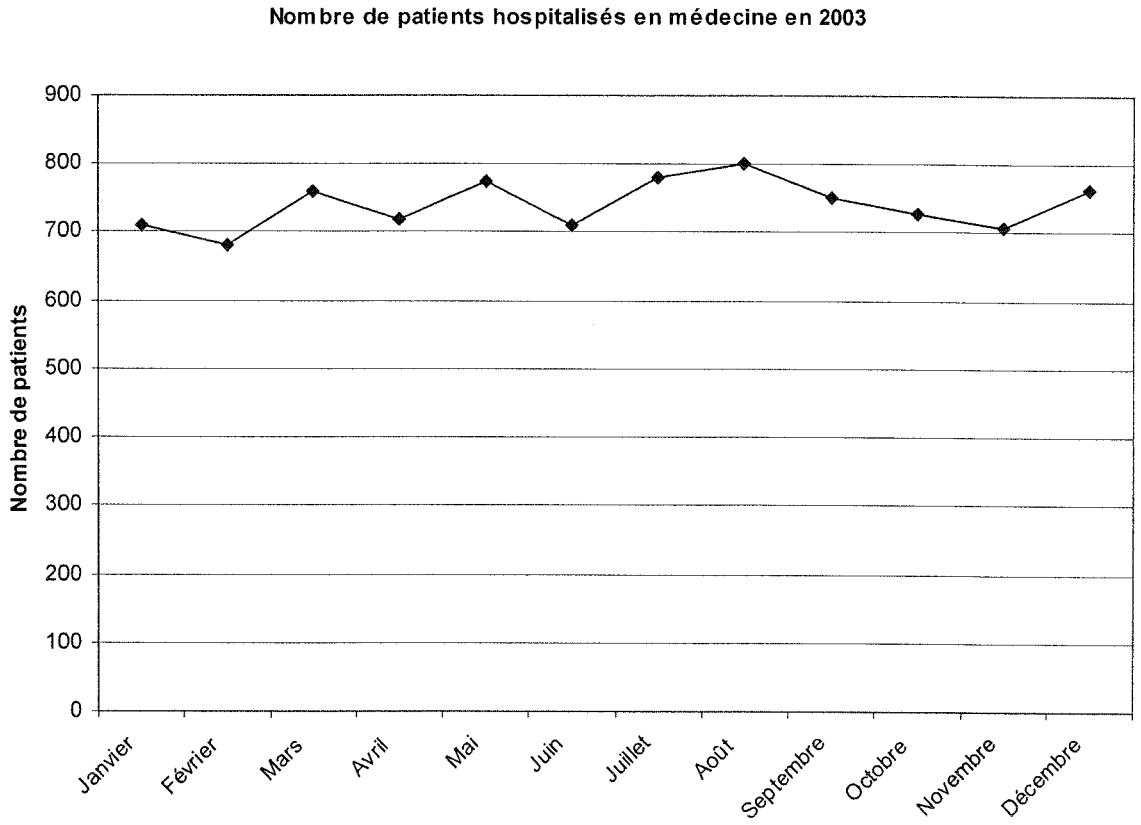
En 2003, le nombre de passages aux urgences est en moyenne de 109 patients/jour bénéficiant d'une consultation de médecine ou de chirurgie et nécessitant ou non une hospitalisation.
Le nombre de patients hospitalisés en médecine est en moyenne de 508 patients/mois (annexe 2).

Octobre a été choisi comme mois de référence. En effet, 102 patients/jour ont bénéficié d'une consultation médicale ou chirurgicale et 500 patients sur cette période ont dus être hospitalisés en service de médecine. Ces chiffres sont donc superposables aux moyennes mensuelles calculées pour 2003. De plus, cette période ne correspond à aucun pic épidémiologique ce qui pourrait biaiser les résultats et n'être donc pas représentatif des difficultés d'hospitalisations pour ce mois de référence.
Par ailleurs, on observe une absence de fermeture de lits de médecine entre le 1er et le 27 octobre 2003.

Juin 2003 illustre la période estivale. Les mois de juillet et d'août ont été volontairement exclus car le but de ce travail n'est pas de souligner les difficultés particulières rencontrées lors de la canicule de l'été 2003. C'est en juin que le nombre de passages aux urgences atteint un pic avec 124 patients/jour. Ce pic s'explique par une augmentation des consultations de médecine et de chirurgie ; c'est à cette période que l'on dénombre le plus de consultations avec un total de 3 010 patients

« ambulants » en chirurgie et médecine pour un nombre total de patients hospitalisés de 709 dont 463 en médecine. On compte au maximum 25 lits de médecine fermés.

Décembre représente la période hivernale. 104 patients/jour ont bénéficié d'une consultation de médecine ou de chirurgie. C'est en décembre que le nombre de patients hospitalisés en service de médecine est le plus important avec 562 patients ce qui s'explique par la survenue de pathologies saisonnières. C'est également en décembre que le nombre de lits fermés en médecine atteint son maximum avec 58 lits entre le 20 et le 31 décembre 2003.



2.2.2 - Recueil et exploitation des données

Une fiche a été complétée pour chaque patient hospitalisé dans un service de médecine et ayant transité par le SAU pour chaque période (annexe 5). Les données ont été exploitées par le biais du logiciel Polyxène qui regroupe, pour chaque patient, les dossiers administratif, médical et paramédical.

Cette fiche comporte :

- le nom du patient auquel on attribue un numéro
- son âge
- son sexe
- le diagnostic principal établi au SAU
- le service adapté proposé pour sa prise en charge
- le service effectif d'hospitalisation
- le motif du transfert
- le temps passé aux urgences
- le passage éventuel dans le service d'UHCD

2.2.3 - Codifications

2.2.3.1 - Par pathologies

Le diagnostic principal a été codé selon la CIM 10 afin de permettre un regroupement par spécialités médicales.

2.2.3.2 - Par service

Un chiffre a été attribué à chaque service d'hospitalisations ainsi qu'à chaque lieu de transfert.

2.2.4 - Lieux des transferts

Le SAU fait partie du CHR de Metz Thionville qui regroupe 3 hôpitaux : Hôpital Bel Air et Hôpital Beauregard situés à Thionville et Hôpital Bon Secours de Metz. Le service est amené à fonctionner avec les établissements hospitaliers régionaux, nationaux et étrangers (proximité du Luxembourg).

Les établissements ayant accueilli des patients ayant transité par le SAU pour les mois de juin, octobre et décembre 2003 étaient :

- Hôpital de Moyeuvre Grande
- Hôpital de Mont Saint Martin à Longwy
- Clinique Sainte Elisabeth Thionville
- Clinique Notre Dame Thionville
- Clinique Ambroise Paré Thionville
- CHRU Hôpital Central Nancy
- Hôpital d'Algrange (groupe Alpha Santé)
- Hôpital d'Hayange (groupe Alpha Santé)
- Hôpital gériatrique Le Kem Thionville (groupe Alpha Santé)
- Hôpital Saint Maurice
- Hôpital de Marange Silvange
- Hôpital de Briey
- CHR Bon Secours Metz
- Hôpital Sainte Blandine Metz

- Hôpital des Armées Legouest Metz
- Clinique Claude Bernard Metz
- Hôpital Belle Isle Metz
- Centre Félix Maréchal Metz
- Hôpital Saint André Metz
- Hôpital de Verdun
- Clinique d'Essey les Nancy
- Neurochirurgie CHUR Strasbourg
- Hôpital de Freyming-Merlebach
- Hôpital de Saint Dié

Pour la spécialité psychiatrique, la région est divisée géographiquement en 3 secteurs. En fonction du lieu de son domicile, le patient relève du 1er, 2ème ou 3ème secteur soient les services 203 et 204 du CHR Beauregard de Thionville ou le Centre Hospitalier Spécialisé de Jury. Les Centres Hospitaliers Spécialisés ayant accueilli des patients pour les mois concernés de 2003 étaient :

- CHS Sarreguemines (57)
- CHS Saint Dizier (88)
- CHS Lorquin (57)
- CHS Toul (54)
- CHS Saint Nicolas de Port (54)
- Centre Hospitalier Neuro-psychiatrique d'Ettelbruck (Luxembourg)

2.3 - RESULTATS DE L'ETUDE ET ANALYSE

2.3.1 - Taux d'hospitalisations pour les mois de juin, octobre et décembre 2003

En octobre 2003, 1 536 patients ont bénéficié d'une consultation pour motif médical et 500 patients ont été hospitalisés.
En juin, 1 814 patients ont été vus en consultation ; 529 ont été hospitalisés en service de médecine.
En décembre, 1 816 patients ont consulté pour motif médical dont 562 patients ont dus être hospitalisés.

Pour les différents mois étudiés, le pourcentage de patients hospitalisés en service de médecine est relativement constant : 32.5 % en octobre, 30.95 % en décembre et 29.6 % en juin malgré un nombre de consultations médicales plus important en juin et décembre.

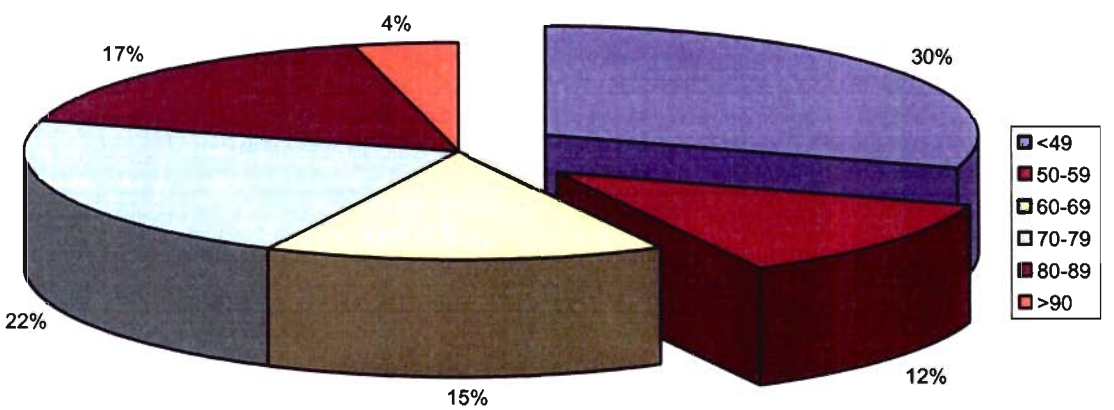
Une étude de la filière d'hospitalisations des patients admis au SAU de Nancy en 1999 pour un motif de recours médical (29) met en évidence un taux d'hospitalisations en médecine de 42.2 % en moyenne entre 1996 et 2000 pour une activité globale (médicale et chirurgicale) en augmentation ce qui correspond à une progression annuelle de + 14.5 % de l'activité du SAU.
Ceci traduit de nouveaux comportements des usagers des urgences. Ce constat est également souligné dans le bilan de l'activité des services d'urgences en Ile de France de janvier 2003 (21) qui confirme une

tendance à la baisse du taux d'hospitalisations entre 2000 et 2001 associée à une augmentation du nombre total de passages aux urgences.

2.3.2 - Moyenne d'âge des patients hospitalisés en juin, octobre et décembre 2003

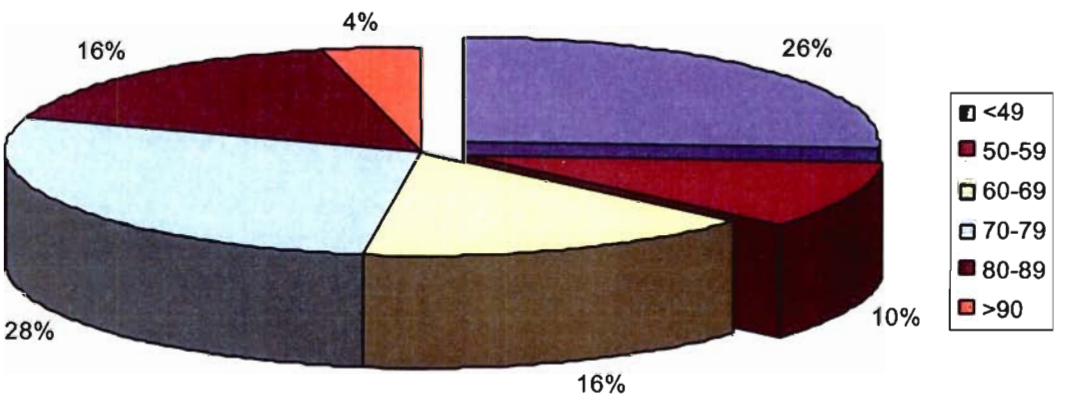
En octobre, l'âge moyen des patients hospitalisés était de 60 ans. La répartition par tranches d'âge montrait que 30 % des patients avaient moins de 49 ans, 12 % entre 50 et 59 ans et 58 % des patients hospitalisés étaient âgés de plus de 60 ans dont 21 % qui avaient plus de 80 ans.

Répartition par tranches d'âge en octobre 2003



En décembre, l'âge moyen des hospitalisés était de 63 ans avec pour répartition : 26 % des patients avaient moins de 49 ans, 10 % entre 50 et 59 ans, 64 % avaient plus de 60 ans dont 27 % plus de 80 ans.

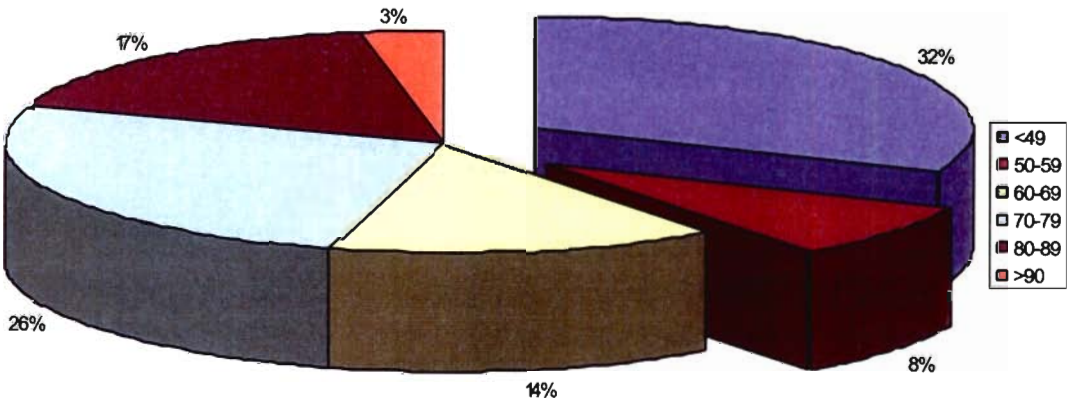
Répartition par tranches d'âge en décembre 2003



D'après le rapport annuel sur l'activité des structures d'urgences en Midi-Pyrénées en 2004 (30), les patients de plus de 75 ans arrivant aux urgences sont le plus souvent hospitalisés. Les facteurs d'âge et de gravité de l'état de santé à l'arrivée aux urgences expliquent cette orientation vers l'hospitalisation : 65% des patients de plus de 75 ans sont hospitalisés à l'issue de leur passage aux urgences alors que cette proportion est de 21 % tout âge confondu (23).

En juin, la moyenne d'âge était de 61 ans avec 32 % de moins de 49 ans, 8 % entre 50 et 59 ans, 60 % âgés de plus de 60 ans dont 20 % de plus de 80 ans.

Répartition par tranches d'âge en juin 2003

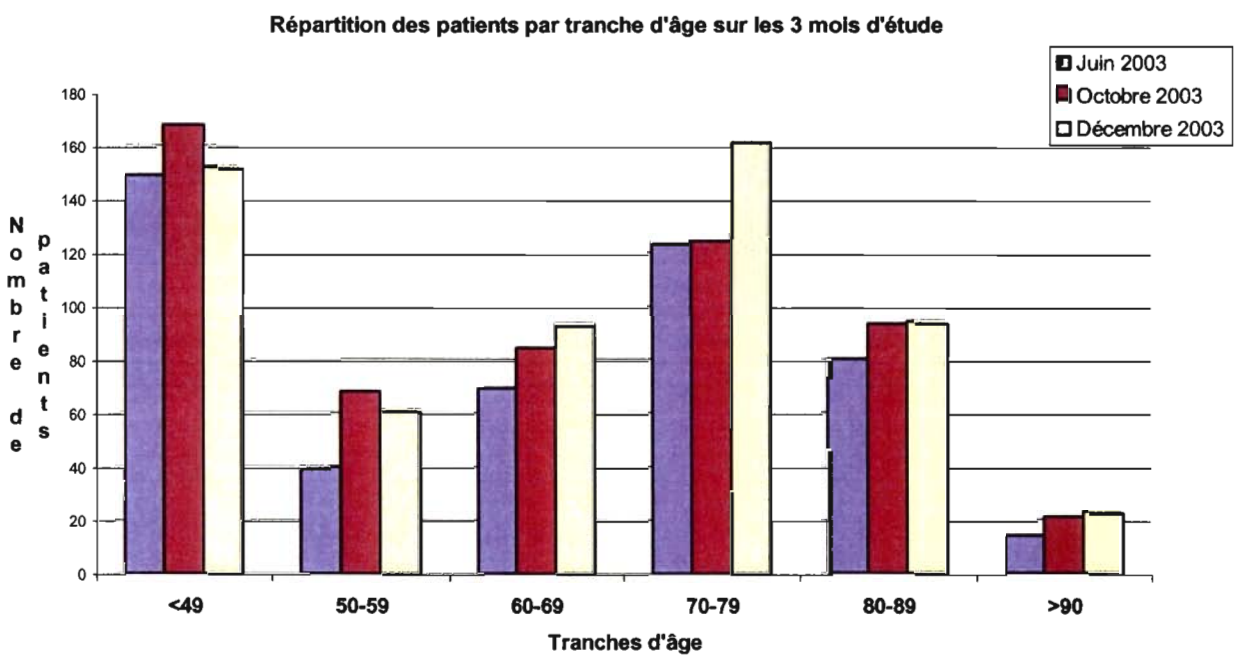


En Midi-Pyrénées, l'accueil aux urgences des patients de plus de 75 ans connaît lui aussi une saisonnalité avec un recours plus marqué durant les mois d'hiver, notamment pour les affections pneumologiques (grippe, pneumopathie). L'été 2003 n'a cependant pas connu une augmentation d'activité importante pour la prise en charge de cette population malgré la canicule.

Une étude portant sur l'évolution sur 5 ans de l'âge et de la durée de séjour des patients hospitalisés après passage au SAU pour une cause médicale (31) conclue à une altération de la performance de la filière SAU-hospitalisation de courte durée principalement du fait des personnes âgées ; en 5 ans, on assiste à une augmentation de la durée

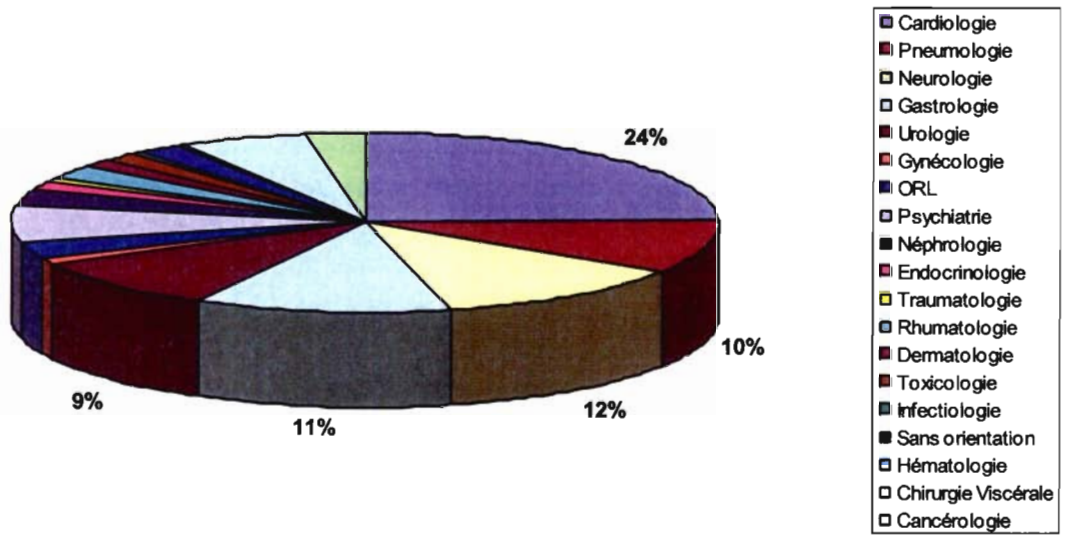
moyenne de séjour de l'ensemble de la population mais surtout des personnes âgées : plus 50 % pour les moins de 70 ans mais plus 91 % pour les plus de 70 ans avec une augmentation de +19 % de la proportion des plus de 70 ans.

L'étude montre que ce sont les patients âgés de plus de 60 ans qui représentent la plus large proportion des patients hospitalisés quelle que soit la période de l'année avec un pic en période hivernale notamment chez les plus de 80 ans ; en décembre 2003, sur 10 patients hospitalisés, 3 avaient plus de 80 ans.

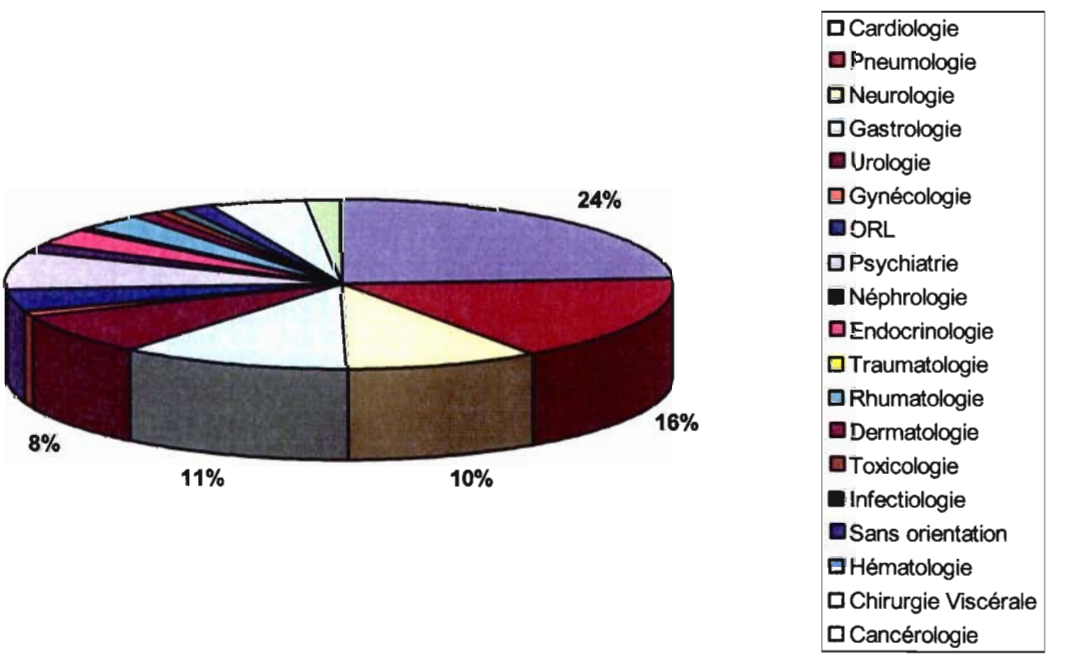


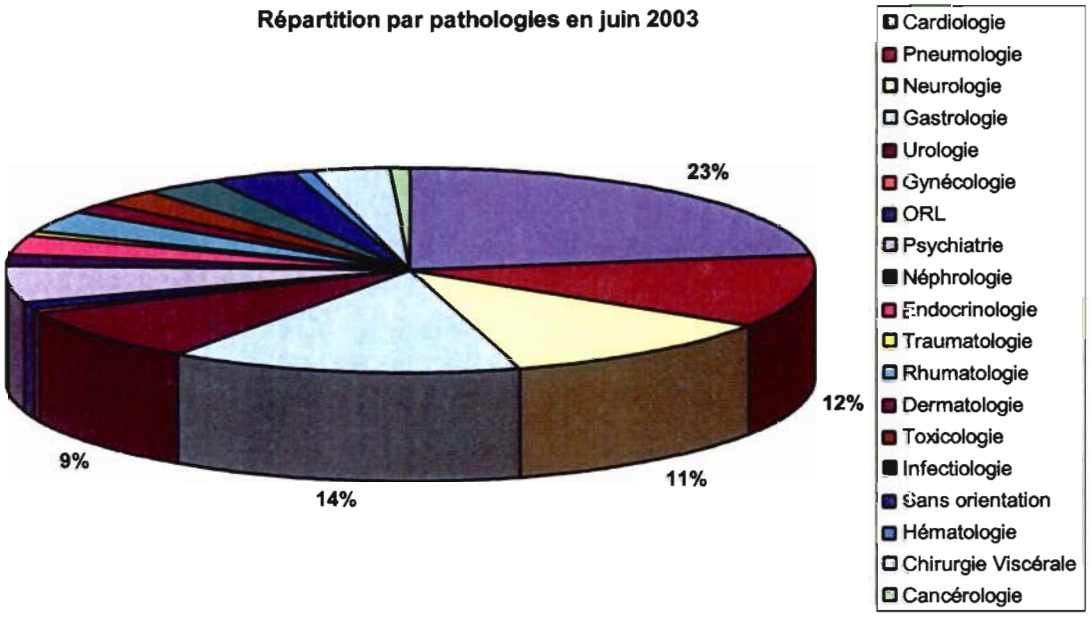
2.3.3 - Pathologies ayant motivé une hospitalisation en juin, octobre et décembre 2003

Répartition par pathologies en octobre 2003



Répartition par pathologies en décembre 2003





Motifs de recours ayant nécessité une hospitalisation	Octobre	Décembre	Juin
Cardiologie	24%	24%	23%
Neurologie	12%	10%	11%
Pneumologie	10%	16%	12%
HGE	11%	11%	14%
Urologie	9%	8%	9%
Psychiatrie	6%	7%	6%

Si l'on s'intéresse aux motifs de recours les plus fréquents ayant donné lieu à une décision d'hospitalisation, 6 spécialités sont les plus représentées quelle que soit la période : la cardiologie, la neurologie, la pneumologie, l'hépato-gastro-entérologie, l'urologie et la psychiatrie. Celles-ci comptent pour 3/4 des motifs d'hospitalisations.

Les diagnostics indiqués par les équipes soignantes dans l'enquête nationale sur les usagers des urgences lancée en 2002 (19) retrouvent ces 6 spécialités : hépato-gastro-entérologie 12 %, cardiologie 10 %, pneumologie et neurologie 9 %, psychiatrie 8 % et urologie 4 %.

Le quart restant regroupe les spécialités de :

- chirurgie viscérale
- ORL
- rhumatologie
- endocrinologie
- néphrologie
- sans orientation
- toxicologie
- infectiologie
- gynécologie
- dermatologie
- traumatologie

Les pourcentages d'hospitalisations en cardiologie, neurologie, urologie et psychiatrie sont sensiblement identiques en octobre, décembre et juin 2003.

Par contre, on observe une augmentation de la proportion de la pathologie digestive en été avec 14 % des hospitalisations (+ 3 % par rapport au mois d'octobre). En hiver, les pathologies pulmonaires représentent 16 % des hospitalisations (+ 6 % par rapport à octobre) ce qui s'explique par la survenue de pathologies saisonnières : grippe, broncho-pneumopathie, gastro-entérite aigue...

2.3.4 - Les transferts

Il y a 5 motifs de transferts :

- l'absence de lit disponible qui explique la majorité des transferts des patients hospitalisés : près de 6 transferts sur 10 quelle que soit la période de l'année ce qui traduit des capacités d'hospitalisations insuffisantes,
- l'hébergement : c'est l'accueil d'un patient dans un service pour une pathologie ne relevant pas de l'orientation de ce service ; par exemple, hospitalisation en dermatologie d'un patient souffrant de pneumopathie. Le suivi du patient est assuré conjointement par le médecin du service hôte et par le médecin de la spécialité ayant motivé l'hospitalisation,
- le secteur psychiatrique : la pathologie psychiatrique constitue une part importante de transferts en raison d'une organisation particulière en secteurs définis par le lieu de domicile du patient. Le bilan des équipements existants en psychiatrie réalisé en juin 2002 confirme le constat des insuffisances de structures d'accueil pour

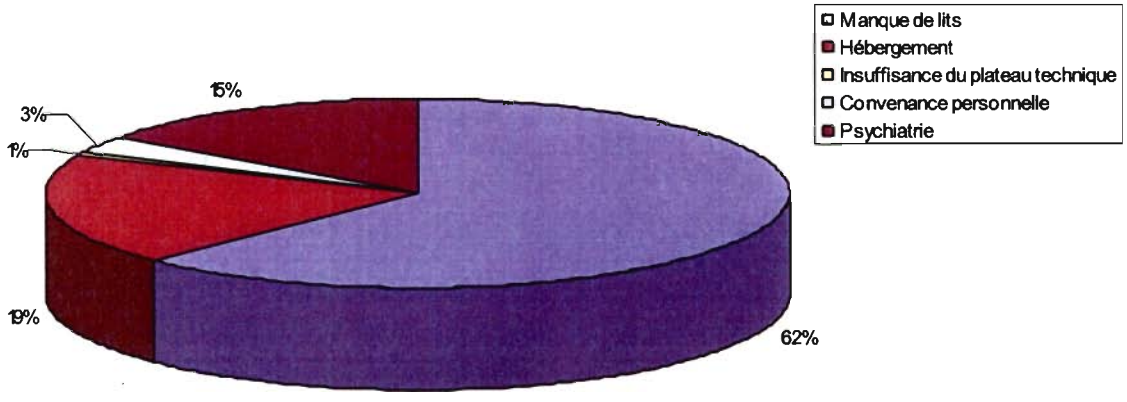
les personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques (33,34),

- la convenance personnelle,
- l'insuffisance du plateau technique en neurochirurgie et chirurgie vasculaire notamment.

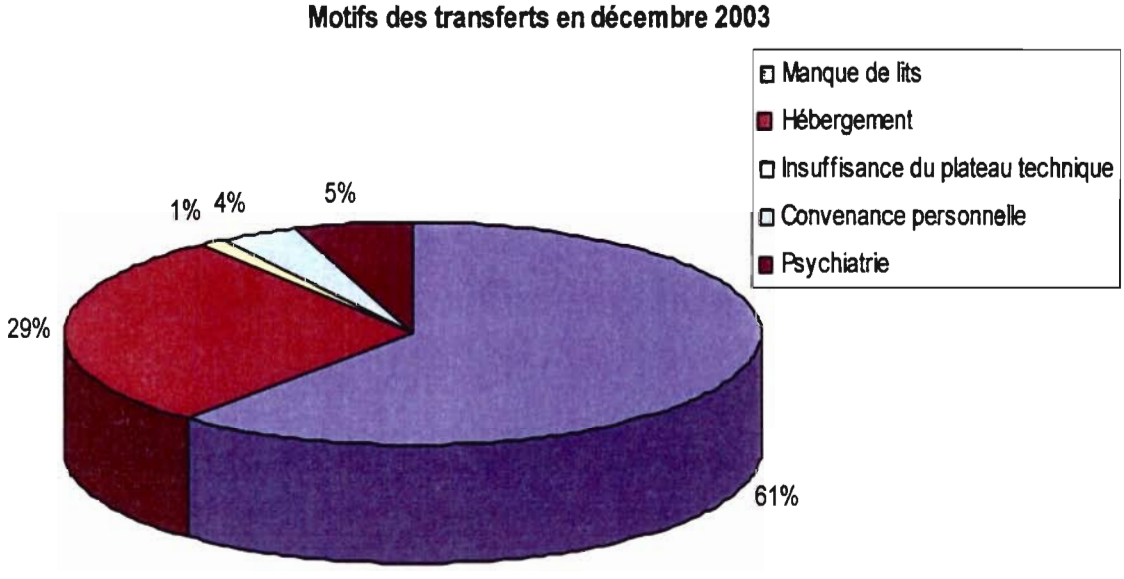
En octobre, 163 patients sur 500 hospitalisations avaient dus être transférés soit 32.6 %.Ce pourcentage de transferts est comparable à celui d'un service d'accueil d'un hôpital parisien (35). Dans cette étude, un tiers des patients était transféré après admission dans les services d'urgences.

62 % de ces transferts s'expliquaient par l'absence de lits ; 19 % des patients avaient été hébergés dans un service.

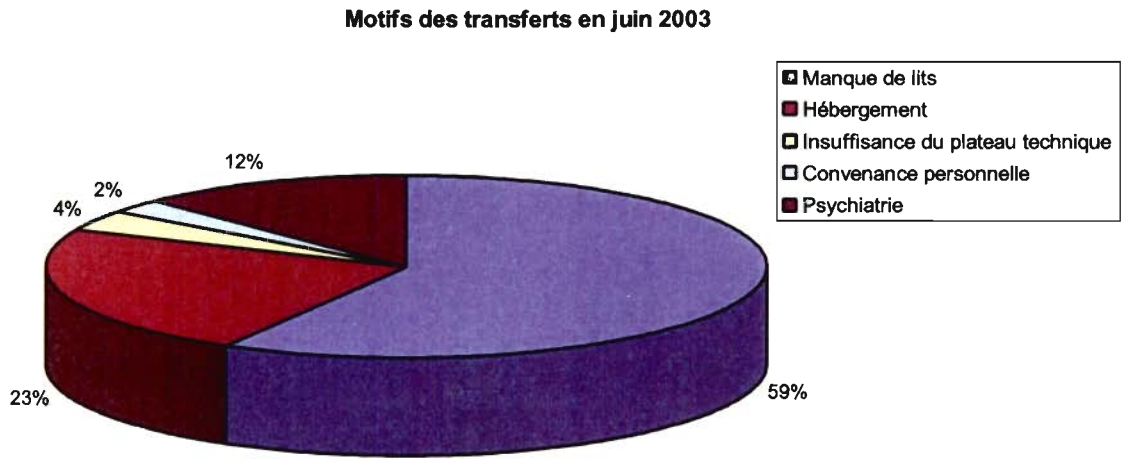
Motifs des transferts en octobre 2003



En décembre, on comptait 164 transferts pour 562 hospitalisations soit 29,2 %. Le pourcentage des transferts était donc moins important. Parallèlement, le pourcentage de patients hébergés était plus important avec une augmentation de 10 %.



En juin, 131 patients sur 529 avaient dus être transférés. On constate le même résultat qu'en décembre avec 24.76 % de transferts et 23 % d'hébergement.



	Pourcentages des transferts	Pourcentage des hébergements
Octobre	32%	19%
Décembre	39%	29%
Juin	24%	23%

On remarque donc que les services « jouent le jeu » en acceptant de prendre en charge des patients ne relevant pas de leur spécialité. L'hébergement signifie que, faute de place dans le service adéquat, le patient est hospitalisé dans un lit vacant d'un service d'une autre spécialité sans aucun lien avec les problèmes médicaux posés. Ce

système est généralement mal accepté par le service receveur. Il est mal adapté aux malades poly pathologiques, a fortiori quand la spécialité du malade n'est pas représentée dans l'établissement. Les inadéquations les plus criantes concernent par exemple les malades de médecine hospitalisés dans les services de chirurgie. De ce point de vue, la réorientation secondaire vers des services spécialisés est d'autant plus problématique qu'il s'agit de patients poly pathologiques qui peuvent n'être revendiqués par aucun service d'organe. Cette procédure nécessite l'accord du médecin hébergeur et du médecin dont relève le patient, lorsqu'il a pu être identifié (problèmes des malades poly pathologiques qui ne sont revendiqués par aucun service). Ce dernier s'engage à assurer le suivi médical dans le service hébergeur, et à reprendre le patient dans son service dans un délai court (en général moins de 48 heures).

Les hébergements doivent être réalisés préférentiellement dans des services proches géographiquement et complémentaires par leur activité, le plus souvent réunis au sein d'un même pôle. L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée peut permettre d'attendre la libération du lit dans une spécialité, et éviter l'hébergement dans une autre spécialité, à échéance de 24-36 heures (18) mais ce n'est pas sa vocation première; la fonction de l'UHCD ne doit pas se résumer à une zone tampon. Elle doit permettre une observation du patient avant un diagnostic définitif et une orientation ou initier la prise en charge en filière spécialisée.

En pratique, ces hébergements sont souvent imposés aux médecins par l'administration sur réquisition des lits. La réquisition de lits consiste à prendre un lit pour un patient des urgences, alors que ce lit devait être occupé le lendemain par un patient programmé. Une étude prospective (38) dans un SAU ne disposant pas d'une UHCD fait ressortir les conséquences du manque de disponibilité des lits de médecine pour les patients des urgences : hospitalisation inadaptée entraînant des conséquences en terme de dysfonctionnement hospitalier ou de mécontentement des familles, sortie entraînant une prise de risque ou une prise en charge inadaptée. Il serait intéressant de savoir si le manque de lits à certaines périodes de l'année influe sur la décision d'hospitaliser le patient.

Les spécialités ayant donné lieu aux plus de transferts sont : la cardiologie, la neurologie, l'hépato-gastro-entérologie, la pneumologie, l'urologie et la psychiatrie. On retrouve les 6 spécialités qui représentaient les motifs de recours les plus fréquents.

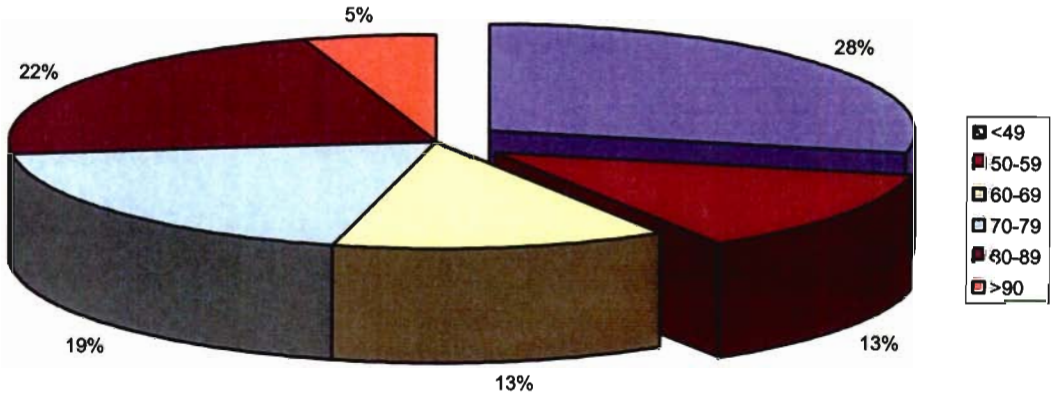
Pourcentage des transferts	Octobre	Décembre	Juin
En cardiologie	15.3%	14%	16.1%
En neurologie	14.1%	13.4%	10%
En pneumologie	11%	28.6%	11.5%
En HGE	7.9%	5.5%	10%
En urologie	12.9%	7.8%	7.7%
En psychiatrie	16.6%	7.9%	12.3%

On remarque une nette augmentation des transferts pour la pneumologie en hiver et de l'hépato-gastro-entérologie en été ce qui s'explique en partie par l'augmentation saisonnière de ces pathologies. D'autre part, les fermetures de lits sur l'hôpital Bel Air (annexes 3 et 4) concernent notamment les services de médecine digestive en été (14 lits fermés) et de pneumologie en hiver (12 lits fermés). Il existe donc une inadéquation entre la demande et la fermeture des lits.

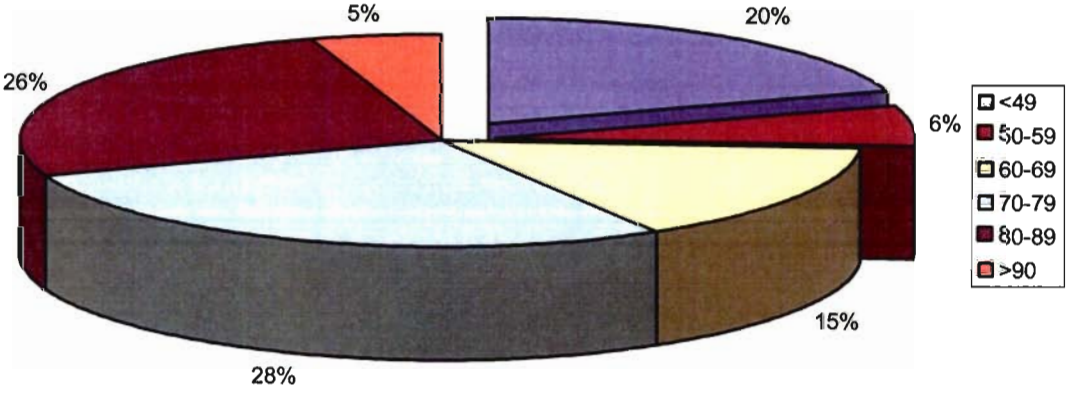
Si l'on s'intéresse aux transferts en fonction de l'âge des patients, 60 % des transferts intéressaient les plus de 60 ans. En hiver, 75 % des patients transférés ont plus de 60 ans.

Une étude de 2005 portant sur l'évaluation de l'adéquation entre les capacités d'accueil d'un service de court séjour gériatrique et la demande induite par les urgences pour las patients âgés de 80 ans et plus (39) montre que 14 % des patients ont dus être transférés dans un autre établissement et qu'au décours d'une hospitalisation aux lits porte, 44 % des patients n'ont pu être orientés vers la structure d'accueil souhaitée par le médecin par manque de place dans 95 % des cas.

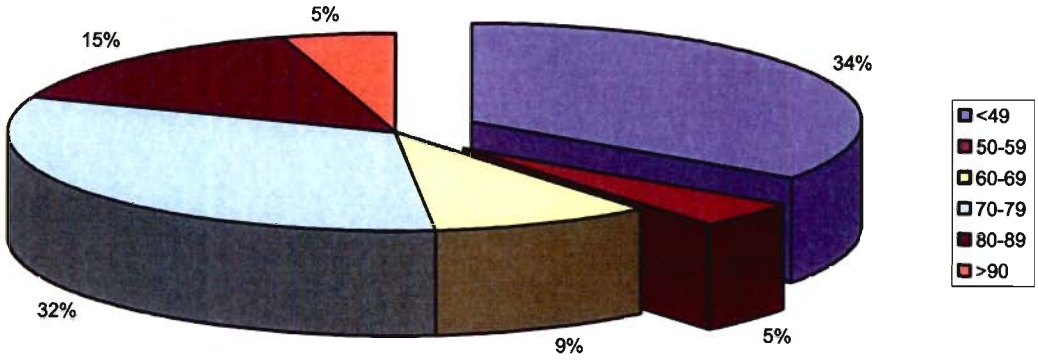
Répartition des transferts par tranches d'âge en octobre 2003



Répartition des transferts par tranches d'âge en décembre 2003



Répartition des transferts par tranches d'âge en juin 2003



Chez les personnes âgées, les transferts vers d'autres établissements sont également plus nombreux et concernent 3,4 % des patients de plus de 75 ans (30).

2.3.5 - Admissions à l'UHCD

En octobre 2003, 35 patients sur 558 hospitalisés ont été admis à l'UHCD soit 6.27 %.

25 patients (71.4 %) ont été hospitalisés pour un motif de recours médical.

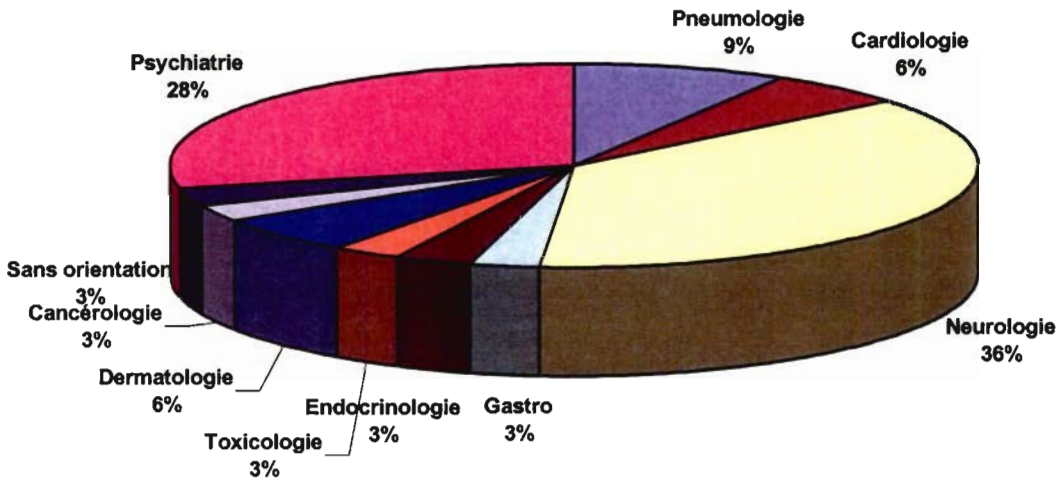
10 patients (28.6 %) ont été admis pour une pathologie psychiatrique.

L'âge moyen des patients était de 68 ans ; la médiane était de 73 ans (+/- 18 ans).

La répartition par pathologies montrait que la neurologie était la spécialité médicale ayant motivé le plus d'admissions à l'UHCD avec

36 %, la psychiatrie représentait 28 % des admissions. Neuf pour cent des patients admis à l'UHCD relevaient de la pneumologie.

Pathologies des patients admis à l'UHCD en octobre 2003



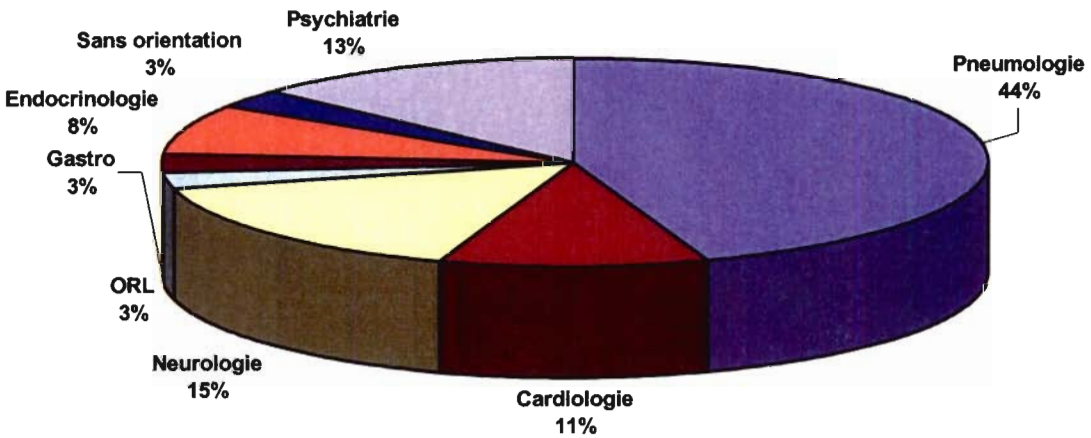
En décembre 2003, l'UHCD a accueilli 38 patients sur les 585 patients hospitalisés soit 6.49 %.

33 patients (86.8 %) ont été admis pour une pathologie médicale. 5 patients (13.2 %) relevaient de la psychiatrie.

L'âge moyen des patients hospitalisés était de 65 ans avec une médiane à 73 ans (+/- 23 ans).

La répartition par pathologies montrait que la pneumologie représentait 44 % des admissions.

Pathologies des patients admis à l'UHCD en décembre 2003



En juin 2003, 31 patients sur 476 patients hospitalisés ont été admis à l'UHCD soit 6.51 %.

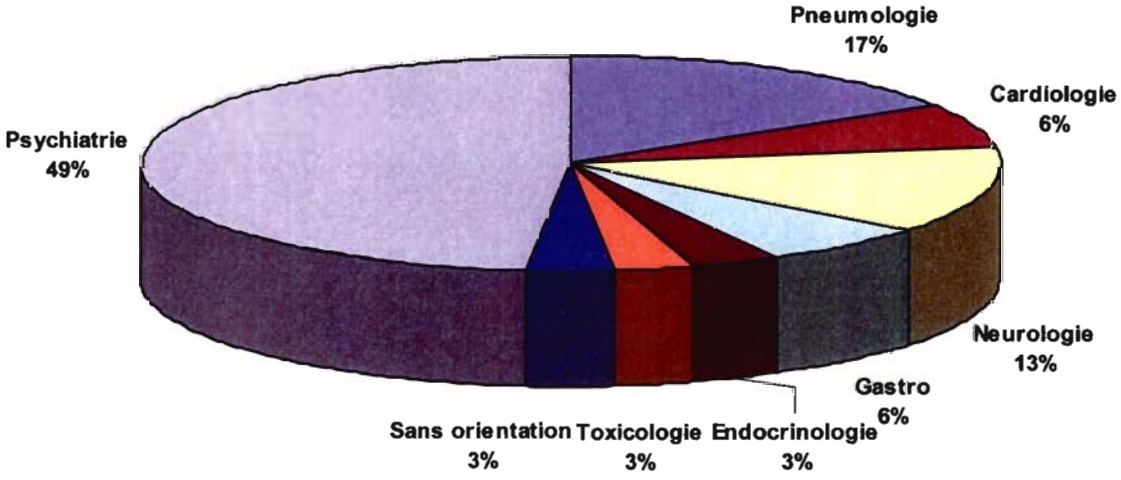
16 patients (51.6 %) relevaient d'une spécialité médicale.

15 patients (48.4 %) ont été admis pour un motif psychiatrique.

L'âge moyen des patients hospitalisés était de 66 ans ; la médiane se situait à 62 ans +/- 14 ans.

La pneumologie représentait 17% des admissions. On comptait 6 % des admissions pour une pathologie digestive.

Pathologies des patients admis à l'UHCD en juin 2003



Si l'on compare les différents mois étudiés, on remarque que la moyenne d'âge des patients admis à l'UHCD se situe au-delà des 60 ans avec une plus importante proportion de personnes âgées admises en hiver.

Une étude prospective réalisée sur 149 patients âgés de plus de 80 ans (19) montre que dans 69 % des cas, l'hospitalisation était l'issue la plus fréquente de la consultation aux urgences ; cette hospitalisation avait lieu aux lits portes pour 51 patients (50 %).

Cinq spécialités médicales constituent les motifs de recours les plus fréquents : la psychiatrie, la neurologie, la cardiologie, la pneumologie et l'hépato-gastro-entérologie.

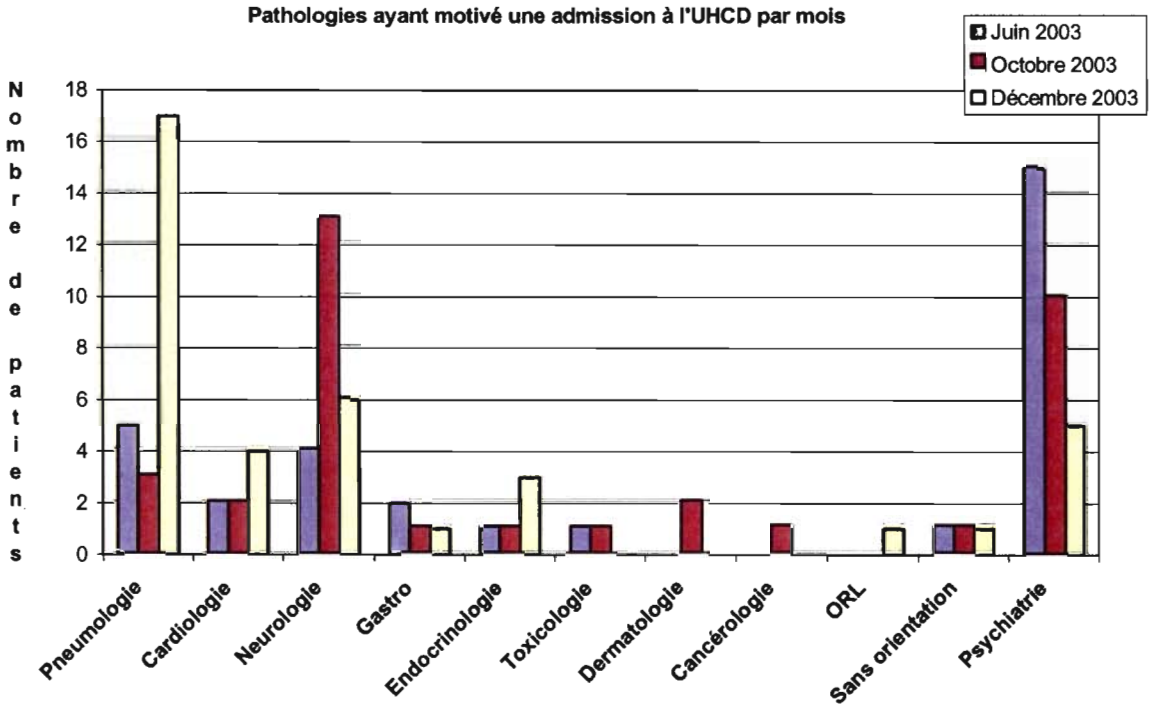
La neurologie occupe une part importante des admissions à l'UHCD notamment car certains patients nécessitent une surveillance par

monitorage qui ne peut être réalisée en secteur d'hospitalisation. Dans le cadre de l'extension de la capacité d'accueil de l'UHCD, des lits dédiés aux urgences neuro-vasculaires seront à ce titre intégrés dans le projet.

Dans le même cadre, des lits de crise seront créés pour répondre à la demande de soins en psychiatrie.

La pneumologie est la spécialité médicale à l'origine du plus grand nombre d'admissions à l'UHCD en hiver : en décembre 2003, près d'un patient sur 2 admis à l'UHCD relevait de la pneumologie. Ceci s'explique par la survenue d'épidémies saisonnières et par les fermetures des lits de pneumologie pendant les fêtes de fin d'année.

La proportion de patients relevant de la médecine digestive est 2 fois plus importante en été (6 % en juin, 3 % en octobre et décembre).



Points clés de l'analyse des résultats :

- des taux d'hospitalisations comparables quelque soit la période de l'année.
- les patients de plus de 60 ans représentent la plus large proportion des patients hospitalisés.
- en hiver 30 % des patients hospitalisés ont plus de 80 ans.
- les motifs de recours les plus fréquents intéressent 6 spécialités médicales : la cardiologie, la neurologie, la pneumologie, l'hépato-gastro-entérologie, l'urologie et la psychiatrie avec une augmentation de la proportion de la pneumologie en hiver et de la gastro-entérologie en été.
- il existe une inadéquation entre les fermetures de lits de pneumologie en hiver et de pathologie digestive en été et les besoins durant ces deux saisons.
- les pathologies représentées à l'UHCD illustrent ce phénomène.
- près d'un patient sur 3 est transféré, quelque soit la période de l'année, en raison de l'absence de lits disponibles.
- les transferts intéressent majoritairement les patients de plus de 60 ans. Ceci s'explique d'une part par le pourcentage important d'hospitalisation pour cette tranche d'âge, d'autre part par l'absence de services de médecine générale et de service de interne sur le CHR de Thionville.
- les hébergements représentent une proportion importante des patients hospitalisés avec des conséquences en terme de qualité des soins.

3 - DISCUSSION

Historiquement, le service des urgences était la principale porte d'entrée de l'hôpital, et constituait donc un passage quasi-obligatoire pour les patients avant leur admission dans la plupart des services hospitaliers. En raison des progrès médicaux et techniques et du développement des spécialités médicales, les admissions directes dans les services hospitaliers sont devenues possibles puis ont progressivement augmenté, au point d'être, aujourd'hui privilégiées par les spécialistes.

Les difficultés d'hospitalisation des patients des urgences se sont encore aggravées en raison d'une demande générale en soins qui s'accroît, d'une modification des besoins en santé d'une population vieillissante, d'une transformation des structures hospitalières en unités de soins programmés et de contraintes économiques fortes. Aujourd'hui, alors que la fréquentation des services d'urgences a doublé en 10 ans, les patients ayant initialement transité par le SAU ne représentent que 40 % des malades séjournant dans les services hospitaliers (24,25).

Des propositions ont été développées afin de mieux organiser l'aval des urgences et de limiter l'engorgement des services d'accueil.

3.1 - ACCROITRE LES CAPACITES D'HOSPITALISATIONS EN AVAL DES URGENCES

3.1.1 - Les conventions avec les services spécialisés

La prise en charge des urgences ne concerne pas seulement le service des urgences mais l'ensemble des services de soins et des plateaux

techniques. Trop souvent, les patients arrivant aux urgences sont considérés comme le problème du seul service des urgences. Les services spécialisés ont en effet quelque fois tendance à considérer que ceux qui leur sont alors confiés viennent perturber le fonctionnement normal du service avec sa programmation et ses malades adressés par des confrères (4). Or l'accueil des urgences est l'une des missions importante de l'institution toute entière. Pour cela, les établissements de santé doivent prévoir la contribution de chaque service dans la prise en charge en aval notamment, mais aussi pour des avis spécialisés. La prise en charge du patient en aval des services d'urgences est une difficulté essentielle qui implique fréquemment de longues recherches de lits, d'importants délais d'attente pour les malades et parfois une inadéquation entre le placement et la pathologie.

Le rapport des groupes de travail sur les urgences (4) insiste sur l'importance de la création d'une Commission des admissions et des consultations non programmées au sein de la Commission Médicale d'Etablissement. Celle-ci doit permettre de dégager des solutions consensuelles qui garantissent la fluidité de la prise en charge en aval au sein de l'établissement accueillant les urgences. Cette commission aurait notamment pour mission de prévoir la contribution de chaque service et de garantir que les services de spécialités prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des activités programmées et des périodes. L'une de ses fonctions serait de veiller à la mise en place d'une évaluation des capacités précisant les capacités d'accueil, par type de pathologie, par secteur sanitaire et par établissement au jour le jour, sous forme d'histogramme précis.

Un partenariat entre services d'urgences et services de soins de l'établissement est également indispensable en vue d'améliorer la qualité des soins.

L'hospitalisation de malades non programmés ne nécessite pas le passage systématique par les urgences. Les pôles et les services reçoivent directement des malades dont l'admission se fait en temps réel (ou presque) sur appel téléphonique d'un médecin libéral ou d'un autre hôpital. Ces entrées directes permettent un accès plus rapide aux soins spécialisés et évitent l'encombrement des services d'urgences. Parmi les patients reçus au SAU qui relèvent d'une hospitalisation, il faut distinguer cependant ceux qui se présentent aux urgences sans consultation préalable d'un médecin, ceux régulés par le centre 15, et ceux adressés aux urgences par un médecin libéral. Pour ces derniers, le médecin traitant appelle parfois d'abord le spécialiste qui peut demander un passage par les urgences. Le malade y bénéficiera d'une nouvelle évaluation médicale et d'examens para cliniques permettant de préciser l'hypothèse diagnostique. Cette nouvelle évaluation peut rendre le malade inéligible pour une admission secondaire dans le service de spécialité initialement prévu. Mais cette pratique doit rester marginale et faire l'objet d'un accord verbal entre médecins.

Le plus souvent, le médecin adresse le patient au SAU sans joindre le service spécialisé. L'envoi de ces malades aux urgences correspond le plus souvent à une demande d'hospitalisation justifiée, si l'on en juge par le ratio d'hospitalisation de tels patients en aval de l'accueil qui est proche de 70 %. (37). Pour Derame (38), 10 % des patients se présentant dans une unité d'accueil d'urgences médicales adultes

auraient pu être admis directement dans un service, sans préjudice pour leur prise en charge. Il s'agissait surtout de patients âgés, adressés par leur médecin traitant, présentant des affections médicales variées.
La contribution de l'ensemble des services de l'établissement à la prise en charge de l'activité non programmée doit être définie. Les médecins spécialistes hospitaliers ne peuvent s'exclure de cette problématique ; leur contribution peut consister à s'impliquer dans le diagnostic ou dans la prise en charge en aval.
Ceci a également été souligné lors du congrès Urgences 2005 : l'analyse du processus de passage aux urgences permet de distinguer les problématiques rencontrées et de mettre en place des solutions adaptées : information réciproque sur les missions et les organisations des services des urgences et les autres services, déclaration des lits vacants par les cadres de soins, obtention dans un délai acceptable d'avis spécialisés, conduite à tenir en l'absence de lits dans le service désiré (39).

3.1.2 - Favoriser l'articulation des Zones de Surveillance de Très Courte Durée avec des unités de soins polyvalents ou spécialisés

L'article D712-52 du Code de la Santé Publique prévoit que le SAU dispose d'une Zone de Surveillance de Très Courte Durée par tranche de 10 000 passages annuels. Ces zones sont donc obligatoires avec des capacités clairement définies. Elles ne doivent pas être un passage obligé ou une zone tampon. Elles ne sont pas une unité d'hospitalisation : leur vocation est de permettre une observation du malade avant un diagnostic définitif et une orientation ou d'initier une

prise en charge en filière spécialisée. Leur fonctionnement doivent assurer un séjour de moins de 24 heures dans au moins 90 % des cas.
Les ZSTCD peuvent jouer un rôle essentiel dans l'organisation d'une filière d'aval : elles permettent une collaboration et une complémentarité entre le médecin urgentiste et un représentant de la filière de soins considérée. Ce dernier ne doit pas être seulement porteur d'un avis spécialisé mais également, en collaboration avec le médecin urgentiste, acteur et décideur de la filière de soins concernée. Il doit être disponible pour le service des urgences de façon quotidienne. A cette fin, le SAU doit disposer chaque jour de la liste nominative des praticiens concernés. Cette collaboration est particulièrement utile avec la médecine interne et polyvalente. Il est souhaitable que ce service soit associé au SAU dans un projet qui peut aller jusqu'à l'accueil commun.

3.1.3 - Développer les services de Médecine Polyvalente

L'engorgement chronique des SAU n'est pas seulement lié à l'insuffisance quantitative de lits d'aval, mais aussi à l'inadéquation croissante entre la demande de soins qui s'exprime dans les structures d'urgence et l'offre d'aval.
Cette inadéquation atteint son paroxysme dans les grands centres hospitaliers, où la participation de nombreux services à des activités de référence de plus en plus spécialisées et programmées est de moins en moins compatible avec une activité de proximité plus polyvalente et non programmée. Les services à vocation généraliste ont peu à peu disparu des grands hôpitaux, remplacés par des services spécialisés.
L'intérêt du concept de Médecine Polyvalente ou « unité post-porte » avait déjà été souligné en 1996 à l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne

Billancourt (40) : la création d'une unité post-porte de 8 lits au sein du SAU a permis d'améliorer l'aval immédiat des urgences : alors que le nombre de passages au SAU augmentait de 2,2 %, les transferts faute de place diminuaient de 45 % permettant une augmentation des admissions en urgences de 4 %. La moyenne d'âge des patients hospitalisés était de 83 ans, la durée moyenne de séjour de 9,4 jours.
Dans une enquête prospective réalisée au CHU de Nantes sur une cohorte de 1 300 patients consécutifs admis à l'accueil adulte non traumatique (à l'exclusion des patients de psychiatrie et de gynécologie obstétrique), plus de la moitié relevaient d'un prise en charge non spécialisée (38).
Le concept de Médecine Polyvalente trouve donc aujourd'hui sa justification à travers un projet de prise en charge des patients indépendant du ou des organes atteints; il permet de réunir les praticiens autour d'une fonction commune: une prise en charge à la fois globale (au sens où tous les aspects médicaux et psycho sociaux doivent être pris en compte) et ciblée (41).

Le cahier des charges des Unités de Médecine Polyvalente se définit ainsi (24,42) :

- l'unité est rattachée au SAU.
- son volume doit être dimensionné pour répondre à la demande non spécialisée du SAU. Elle comporte des lits d'hospitalisation ouverts en permanence, avec une possibilité d'ouverture transitoire de lits supplémentaires en cas d'afflux conjoncturel notamment saisonnier.
- les référentiels de prise en charge des pathologies les plus fréquentes sont disponibles et actualisés de façon régulière, en

collaboration avec les spécialistes de l'établissement, tenant compte de l'évolution des consensus et des recommandations professionnelles.

- les praticiens qui y sont affectés sont issus de diverses filières (notamment médecine interne, médecine générale, mais aussi médecine d'urgence, cardiologie, pneumologie, gériatrie...) mais exercent une fonction commune au sein de l'unité, dans le cadre de la prise en charge indifférenciée de tous les patients se présentant dans l'unité. Ils exercent ou ont exercé des activités dans un SAU.
- les patients admis dans l'unité proviennent en totalité du service des urgences et ne sont donc pas programmés. L'admission d'un malade dans l'unité ne donne lieu à aucune négociation entre l'accueil et l'unité, dès lors que la décision d'hospitaliser a été décidée. Aucun recrutement direct à partir du secteur libéral ou d'un autre service hospitalier ne peut être effectué, à la seule exception des patients connus de l'unité et de ceux pour lesquels le passage aux urgences n'apparaît pas utile. Ce recrutement direct ne doit pas excéder 5 à 10 % de l'activité.
- une durée de séjour aussi courte que possible est un objectif figurant explicitement dans le projet médical de l'unité (l'objectif d'une moyenne de 7 jours paraît réaliste au vu des expériences déjà réalisées). Pour y parvenir, il est nécessaire d'identifier, dès l'admission du patient, les procédures diagnostiques appropriées à l'hospitalisation et celles pouvant être différées et réalisées en externe.
- l'orientation précoce vers un centre de soins de suite et rééducation doit se faire dans le cadre d'un contrat, dans lequel

l'unité de Médecine Polyvalente s'engage à reprendre le malade en cas de ré aggravation précoce.

- dans le cadre d'une démarche qualité, les indicateurs d'évaluation comprennent la Durée Moyenne de Séjour (DMS), le pourcentage de retours précoces non programmés (dans les jours ou les semaines qui suivent) et le taux de mutation en services de spécialités.
- des sorties sont possibles 7j/7.
- l'appel à des médecins spécialistes doit être fait dès lors que l'application des référentiels pour les situations les plus courantes se révèle insuffisante.
- le nombre de praticiens affectés au fonctionnement de l'unité doit être suffisant pour que la mutualisation des moyens médicaux avec le service des urgences permette de faire face aux périodes de congés et de formation, et pour permettre les sorties de patients 7j/7
- ces unités de Médecine Polyvalente ont aussi une mission universitaire de formation des internes en médecine générale.

L'expérience de l'unité de médecine polyvalente du CHU de Nice (40) constituée de 22 lits, gérée par 2,8 urgentistes, montre que le service est très performant quantitativement en terme de réduction de la durée moyenne de séjour à groupes homogènes de malades identiques (18 % de renouvellement quotidien) et qualitativement (78 % de diagnostics ré affinés) : 60 % de retours à domicile et 0,2 % de ré hospitalisations malgré l'âge des patients (âge moyen de 75,3 +/- 17 ans avec durée moyenne de séjour de 5,5 +/- 5 jours).

Depuis juillet 2005, l'hôpital Bel Air bénéficie de la création d'un service de médecine polyvalente qui comporte 16 lits et dont le fonctionnement est assuré par 2 médecins des urgences. Ce service s'inscrit dans une démarche caractérisée par des objectifs précis : il permet de sécuriser les décisions médicales prises dans le service des urgences en alternative à des sorties prématurées ou des hospitalisations inadaptées ; il est également la zone tampon dans l'attente d'une disponibilité en service de gériatrie. Cela permet d'améliorer l'organisation de la prise en charge diagnostique et l'orientation des patients en aval du service d'accueil des urgences.

3.1.4 - Intérêt du partenariat avec les hôpitaux de proximité

La place des hôpitaux de proximité en aval des établissements très techniques a besoin d'être réaffirmée notamment du fait du vieillissement de la population et du rôle qu'ils peuvent développer dans les soins de fin de vie et d'une manière générale, dans un second temps de l'hospitalisation, quand la technicité peut être relayée par la proximité avec possibilité de délocalisation, dans ces établissements, de consultations effectuées par les spécialistes du centre hospitalier. La collaboration entre établissements doit être formalisée par une convention qui définit les modalités de prise en charge des patients en aval des urgences. Cette convention organise les remontées d'informations quant aux disponibilités de lits dans les établissements partenaires du service d'accueil des urgences. Elle prévoit l'organisation de la sortie du patient et le suivi des informations par la transmission du dossier médical.

La rédaction de conventions entre l'établissement siège d'un service d'urgences et les établissements du secteur libéral doit obéir à certaines règles :

- typologie des patients concernés : de façon générale, elle doit s'adapter à la fréquente spécialisation des établissements receveurs, le plus souvent à vocation chirurgicale ou médico technique. Ceci implique donc de sélectionner les patients par pathologies et de définir les conditions de transfert.
- origine des transferts : directement à partir d'un SU.
- établissements receveurs : tous les établissements sont concernés, qu'ils soient de statut privé ou Participant au Service Public Hospitalier (PSPH). Les unités qui reçoivent ces patients sont généralement de court séjour, mais rien ne s'oppose à l'implication de structures de type soins de suite et réadaptation ou long séjour. Ces établissements doivent être situés à proximité de l'hôpital.
- un tel transfert implique l'obtention de l'accord écrit du patient ou de ses représentants légaux. La confidentialité est garantie. Tout le contenu du dossier médical est transféré.
- le transfert a lieu après accord entre le médecin urgentiste et le médecin receveur.
- l'évaluation de la convention est régulière, au moins annuelle ou à la demande de l'un des établissements concernés.

Ces conventions sont signées par les directeurs des établissements de santé et doivent donner lieu à une évaluation périodique notamment médicale au niveau de l'établissement et du réseau (22). Pour le Centre Hospitalier de Thionville, il existe de ce fait une convention entre le

service d'accueil des urgences et la clinique Sainte Elisabeth de Thionville. Les médecins de la clinique nous informent quotidiennement des disponibilités en lits, parallèlement le service des urgences acceptent de prendre en charge les patients hospitalisés en cas d'aggravation de leur état clinique la nuit ou le week-end.

3.1.5 - Médicalisation des soins de suite

Afin de libérer des lits de soins aigus dans un délai raisonnable et d'assurer la fluidité de l'aval des urgences, il est nécessaire que la liaison entre soins aigus et prise en charge en secteur de soins de suite puisse être faite le plus rapidement possible en liaison étroite sous la responsabilité des chefs de service. Des structures d'aval existent mais sont toutefois inadaptées ; les lits de soins de suite permettraient de diminuer les séjours en médecine hyper spécialisée mais ceux-ci sont en nombre insuffisant et s'avèrent inappropriés du fait d'une sous médicalisation.

3.2 - FAVORISER LES FILIERES COURTES

La disponibilité des lits d'hospitalisation tout au long de l'année doit faire l'objet d'une organisation coordonnée entre l'ensemble des établissements de santé d'un territoire de santé. L'objectif est de développer les capacités d'hospitalisation en aval des urgences. Les patients peuvent ainsi être hospitalisés dans des conditions satisfaisantes sans avoir à attendre aux urgences. L'impact social des

conséquences de la maladie ou de l'accident est particulièrement important en gériatrie.
En vingt ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de 3 ans. Sauf rupture imprévisible, la part des personnes les plus âgées dans la population continuera à augmenter dans les 20 années à venir. A partir de 2020, les effets du "baby boom" se produiront sur la classe d'age des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter près de 10 % de la population et les personnes de 85 ans un peu plus de 3 %. En même temps que la population vieillit, on assiste au développement des pathologies liées à l'age. C'est surtout à partir de 75 ans que les pathologies croissent avec l'age avec une large part de personnes très âgées poly pathologiques.

Près du tiers des séjours hospitaliers concernent les personnes âgées de 65 ans et plus : cette part va croissante avec l'âge. Dans le même temps on constate une progression du nombre de patients gériatriques hospitalisés. On entend par patient gériatrique un patient âgé, poly pathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe.
L'offre d'aval pour les personnes âgées doit être privilégiée compte tenu des enjeux de santé publique qui s'y attachent.
Quelques grandes règles semblent pouvoir être admises s'appuyant sur la Circulaire DHOS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques (44), et sur les recommandations de la conférence de consensus sur l'accueil de la personne âgée aux urgences qui a eu lieu en décembre 2003 (45).

A l'occasion de leur séjour hospitalier, les patients âgés présentent des risques particuliers de décompensation pouvant révéler des pathologies chroniques et invalidantes risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible. Or trop souvent, l'offre de soins en milieu hospitalier reste limitée à une hospitalisation à temps complet majorant la survenue de tels risques sans que soit envisagée une autre alternative. Alors que les modes de prise en charge permettant d'éviter ou de limiter ces risques sont valides, leur diffusion reste trop souvent circonscrite.

3.2.1 - Développer les réseaux

Le réseau est une réponse médicosociale et sanitaire coordonnée, pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hôpital et permet dans certains cas de l'éviter. Or, en dépit d'expériences exemplaires dans ce domaine, les réseaux gérontologiques sont trop peu développés : au 31 décembre 2002, sur 182 réseaux recensés, seule une trentaine est dédiée à la gérontologie.

En pratique, le Plan Urgences (46) établi par le Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes Handicapées a publié une fiche action visant à développer ces réseaux en rendant obligatoire l'appartenance des services d'urgences à un réseau d'hospitalisation et de médecine de ville comme condition d'accréditation. D'autre part, le plan ministériel prévoit une augmentation de la dotation budgétaire annuelle des réseaux et plus particulièrement des réseaux gériatriques en vue d'accélérer leur développement.

3.2.2 - Renforcer le potentiel des lits de gériatrie de court séjour

Une large proportion de patients âgés entre à l'hôpital par le service d'urgence qui oriente souvent davantage en fonction des lits disponibles que des besoins du patient. En l'absence de service de court séjour gériatrique, les services d'accueil des urgences manquent en effet bien souvent de solutions d'aval adaptées pour la prise en charge des patients gériatriques.

Le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité. Cependant, les personnes âgées entrent trop souvent dans ces services par défaut. Il importe donc de développer des unités de court séjour gériatrique destinées aux patients âgés et mieux adaptées à leurs besoins, c'est-à-dire à même d'apporter une approche globale, appropriée à leur poly pathologie et/ou à leur risque de dépendance. Les établissements de santé devront également privilégier des prises en charges rapides et des circuits courts et veiller à ce que la dimension psychologique soit prise en compte.

La carte sanitaire et le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de Lorraine paru en mars 2002 (47) vise à développer le court séjour gériatrique tout d'abord en individualisant de tels services au sein des établissements disposant d'un service d'accueil des urgences. En 2002, dans les 207 établissements de santé autorisés à disposer d'un SAU en France, seulement 50 ont un service de court séjour gériatrique.

Le service de court séjour gériatrique est celui qui admet des malades âgés, poly pathologiques ou très âgés à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service de spécialité d'organes. Il dispose d'un savoir faire gériatrique

permettant une prise en charge globale du patient par une équipe pluridisciplinaire formée à la gérontologie. La majorité des patients âgés des urgences est poly pathologique, leur prise en charge optimale est susceptible de réclamer une contribution gériatrique complémentaire de la prise en charge par l'urgentiste. Il existe très peu d'unités de gériatrie aiguë. Le développement de telles structures financé dans le cadre du volet 2004 du Plan Urgences 2004-7 a pour objet de favoriser la prise en charge de la personne âgée malade admise au SU. Les missions de ce service sont de procéder à une évaluation globale du patient âgé à la fois médicale, psychologique et sociale, d'établir les diagnostics utiles à la guérison du malade et/ou au maintien de sa qualité de vie, de proposer des traitements adaptés à l'état des personnes, d'envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation.
L'admission dans ce type de service se fait par l'intermédiaire du médecin traitant ou par le biais du service des urgences, l'objectif étant de favoriser les admissions directes sans passage préalable par le SAU.

Toutefois, il est des situations où le passage aux urgences ne peut être évité. C'est pourquoi il est indispensable d'améliorer la prise en charge de la personne âgée dans ces services. L'un des objectifs du SROSS est de permettre aux médecins urgentistes de faire appel à l'intervention précoce d'un gériatre ou d'un membre d'une équipe mobile gériatrique afin de procéder à une évaluation globale du patient permettant de mieux l'orienter : des hospitalisations ou des hospitalisations itératives peuvent ainsi être évitées en organisant le retour à domicile avec les aménagements et les aides nécessaires, éventuellement en faisant

appel à une Hospitalisation A Domicile ou en proposant, si nécessaire, un rendez-vous en hôpital de jour pour une évaluation plus complète.

3.2.3 - Développer les équipes mobiles gériatriques

La mise en place d'équipes mobiles gériatriques est encouragée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
Il n'est pas opportun, actuellement, de disposer d'une équipe gériatrique à l'accueil des urgences 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. En pratique, c'est dans les UHCD que les équipes mobiles gériatriques peuvent être amenées à intervenir régulièrement au SAU afin d'éviter notamment des admissions inopportunes.
Les équipes mobiles gériatriques sont chargées de dispenser des avis nécessaires à la bonne prise en charge des patients âgés fragilisés dans l'ensemble des services y compris aux urgences. Ces équipes interviennent à la demande des services hospitaliers. Il est indispensable que ces équipes soient rattachées à un service de court séjour gériatrique. Elles sont composées, idéalement, d'un gériatre et d'une assistante sociale. Le travail d'évaluation médicale gériatrique est long, il exige un examen médical approfondi et réclame souvent le contact ou la présence de l'entourage. La lourdeur de la tâche suppose que ces équipes ne soient sollicitées que pour des malades ciblés, posant des problèmes d'orientation dépassant les compétences et le temps disponible de l'urgentiste.
Le Plan Urgences prévoit un budget de 10 millions d'euros pour 50 équipes en 2004 avec pour objectif la création de 160 équipes au total sur 3 ans.

3.2.4 - Améliorer les réponses en aval de l'hospitalisation en court séjour

La suite d'une hospitalisation d'une personne âgée en service de court séjour gériatrique ou dans un autre service doit être organisée le plus précocement possible. Le retour à domicile doit être, dans la mesure du possible, favorisé en utilisant l'ensemble du dispositif de soins et d'aides à domicile. L'Hospitalisation A Domicile, lorsque l'environnement le permet, est une modalité de soins particulièrement pertinente pour les personnes âgées fragiles limitant la durée d'hospitalisation tout en garantissant des soins de qualité.
Les structures d'HAD peuvent offrir un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein ; elle permet de prendre en charge toutes les pathologies à des degrés divers dans la mesure où les conditions médicales et familiales sont réunies, ceci conformément à la Circulaire n°295 du 30 mai 2000. Des conventions doivent être signées entre l'hôpital et les structures d'Hospitalisation A Domicile. Un plan de développement a pour objectif de multiplier le nombre de places en HAD pour atteindre une capacité totale de 8 000 places.

A l'issue d'une hospitalisation, lorsqu'une phase de réadaptation est nécessaire, des soins de suite et de réadaptations appropriés peuvent être dispensés. Deux malades sur 3 malades hospitalisés en soins de suite ou de réadaptation sont âgés de 65 ans et plus et un malade sur 2 a plus de 75 ans. Il faut donc que parallèlement au développement des unités de court séjour gériatrique se développent des services de soins de suite et de réadaptation. Ces services doivent pouvoir réaliser ou compléter l'évaluation médico- psycho- sociale des patients accueillis. Ils

disposent de soins techniques et visent à prévenir des ré hospitalisations prématurées. L'admission dans ces services peut être directe sans passage systématique par les urgences pour un service de court séjour.

3.2.5 - L'accueil gérontologique médicosocial aux urgences : une alternative à l'hospitalisation ?

L'organisation du système de santé en France est telle que l'urgence médicale chez les personnes très âgées aboutit beaucoup plus souvent que dans d'autres tranches d'âge à l'entrée dans un service d'urgences hospitalier. Quelque soit la qualité de ces services, l'absence de protocole d'accueil spécifique conduit presque toujours à une hospitalisation (48).

En 1992 (43), un premier travail avait été réalisé aux urgences médicales de centre Hospitalier Universitaire de Brest sur l'admission des personnes âgées. Les premiers résultats de cette enquête étaient tout à fait édifiants : toute personne âgée de plus de 75 ans admise aux urgences était hospitalisée ; 50 % d'entre elles dans un service de médecine interne, les autres dans des services de neurologie, pneumologie, cardiologie et dermatologie. L'hospitalisation était décidée quelque soit le motif d'admission du patient : médical ou plus volontiers médicosocial voire médicopsychosocial.

En aval, dans les services de médecine, l'utilité de l'hospitalisation n'apparaissait pas toujours évidente.

C'est à partir de cette constatation qu'est née l'idée d'un accueil gérontologique médicosocial aux urgences assuré par un gériatre et une assistante sociale présents du lundi au vendredi de 10 à 18 heures.

Cette équipe accueille les patients de plus de 75 ans à l'exception de ceux présentant des symptômes ou une pathologie nécessitant une prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique rapides (infarctus du myocarde, hémorragie digestive...).
A l'issue de cette évaluation, une orientation est décidée. Lorsqu'une hospitalisation ne parait pas nécessaire sur le plan médical, l'orientation est discutée avec la personne âgées (lorsqu'elle est capable d'exprimer ses souhaits), avec la famille, les référents à domicile ou institutionnels, le médecin traitant.
Le retour à domicile concerne globalement 36,1 % des patients évalués à l'accueil et 54,4 % des patients venant d'une institution.

L'hospitalisation en service de médecine est évidemment nécessaire pour la personne âgée lorsqu'une pathologie aigue survient, susceptible de rompre un équilibre précaire dans un contexte poly pathologique. Mais l'hospitalisation ne doit pas être la réponse unique à toute situation de crise conduisant la personne âgée aux urgences. En effet un séjour à l'hôpital peut être parfois la porte d'entrée dans la dépendance ou l'élément aggravant d'une dépendance déjà installée (48, 49). L'absence de méthodologie d'approche de la vulnérabilité de la personne âgée amène assez souvent à une institutionnalisation justifiée par l'aggravation de la dépendance au cours de l'hospitalisation.
Cette prise de conscience des conséquences délétères de l'hospitalisation pour la personne âgée a engendré des propositions adaptées aux possibilités des établissements hospitaliers concernés : admissions à partir des urgences dans des services adaptés à la prise en charge des personnes âgées : « unités de médecine interne et de gériatrie » (43,50), admission dans des unités post-porte d'« accueil et

d'orientation des personnes âgées » pour une durée moyenne de séjour de 10 jours, admission directe dans des services de soins de suite et réadaptation.
Cette évaluation médicosociale de la personne âgée a déjà été démontrée en terme de diminution de la morbidité, mortalité, institutionnalisation et donc de coût de la santé à moyen et long terme (51,52).
L'expérience du CHU de Brest montre que cet accueil gérontologique médicosocial est devenu le pivot central d'un réseau géronto-ville.

Une enquête nationale de 2003 (53) décrivant l'organisation des urgences et de la gériatrie dans 168 services d'urgences montre que la présence d'une assistante sociale, d'un court séjour gériatrique et d'une équipe mobile permettent d'augmenter le taux de retours à domicile des patients de plus de 80 ans.

Il est impératif d'envisager la problématique personnes âgées dans sa globalité en ne se limitant pas aux seuls aspects hospitaliers. Il est nécessaire de mettre en place des articulations entre les soins de ville, les soins hospitaliers, les services d'aides à domicile et les établissements d'hébergements.
Dans la même démarche, une équipe mobile d'évaluation gériatrique , Géronto-Nord, Réseau Gérontologique de Moselle Nord, est mise en place depuis décembre 2004 (annexe 6). Composée d'un médecin gériatre et d'une infirmière, elle intervient au domicile des patients pour dépister et évaluer les facteurs de fragilisation de la personne âgée. Leur mission est double : à domicile, elle permet un suivi de la personne âgée prise en charge tant sur le plan cognitif en posant parfois l'indication

d'une consultation mémoire que sur le plan des aides à mettre en place avec la constitution du dossier APA et la sollicitation des services sociaux concernés. En cas d'hospitalisation, elle permet d'anticiper le retour à domicile.

Cette équipe trouve sa pleine définition dans le dépistage des démences afin de ne pas perdre le bénéfice d'un traitement précoce et de pouvoir maintenir le patient, le plus longtemps possible à domicile en permettant une prise en charge globale ainsi que dans la constitution d'un outil de santé publique permettant une projection des problèmes à venir.

3.3 - PROGRAMMATION DES FERMETURES DE LITS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

La canicule de l'été 2003 a mis en évidence l'impact des fermetures estivales de lits d'hospitalisations sur la capacité su système de soins à faire face aux crises sanitaires. Au-delà des crises exceptionnelles, des tensions importantes sont rencontrées chaque été et chaque hiver du fait de la réduction des capacités dans certains établissements particulièrement sensibles.

L'organisation en période de congés doit faire l'objet d'une réflexion anticipée et coordonnée au plan régional et au sein de chaque territoire de santé. Les fermetures de lits doivent être planifiées et programmées entre tous les établissements de santé qu'ils disposent ou non d'un service d'urgences, y compris les établissements de soins de suite et de réadaptation.

Les ARH en lien avec les DDASS doivent mettre en place un réseau d'aval intra et inter établissements afin de définir plusieurs niveaux de

mise en œuvre des complémentarités avec notamment possibilité de regrouper certains services.

La Circulaire n°152/DHOS/2004 du 29 mars 2003 (22) énonce les grands principes devant guider l'organisation des fermetures de lits d'hospitalisation pendant les vacances. La survenue récurrente de grandes pathologies (bronchiolite, grippe, gastro-entérite...) rend obligatoire l'anticipation de l'adaptation des capacités d'hospitalisations des spécialités en cause aux périodes concernées. Les fermetures de lits justifiées par la baisse des activités programmées dans certaines spécialités doivent tenir compte des besoins de soins non programmés ; la programmation des fermetures des lits des services concernés pour la prise en charge des urgences doit être établie en coordination avec les établissements voisins et permettre de garantir l'existence de capacités d'hospitalisation en nombre suffisant pour répondre aux besoins des services d'urgences au sein du territoire de santé concerné.

Dans cette même démarche, la Commission des Hospitalisations Non Programmées pourrait valider les propositions de fermeture temporaire de lits et fixer les capacités à maintenir disponible pour les urgences.

A cette fin, la commission devra veiller à la mise en place d'une évaluation précise des capacités d'accueil, par type de pathologie, par secteur sanitaire et par établissement et au recueil précis et quotidien des capacités disponibles en temps réel.

4 - CONCLUSION

Les Services d'Accueil des Urgences sont quotidiennement confrontés au nombre croissant de patients arrivant alors que le nombre de lits d'aval est en diminution constante. Ils doivent accueillir une population en demande de soins, la soigner et l'orienter au mieux de sa pathologie.

L'hospitalisation dépend de multiples facteurs dont le nombre de lits vacants à l'hôpital. La disponibilité en lits est parfois limitée par des hospitalisations non justifiées sur le plan médical, pouvant l'être néanmoins sur le plan social.

Le rôle de l'urgentiste reste pivot pour l'activité de l'hôpital et les hospitalisations dans les services en particulier dans les services de médecine interne. L'une des composantes du travail de l'urgentiste est d'optimiser ces hospitalisations afin d'améliorer la qualité des soins, ce qui est difficile en raison du profil de la population rencontrée (personnes âgées, poly pathologiques) et du mode de fonctionnement des services d'urgences (durée de séjour brève, difficultés d'obtenir des examens complémentaires ou des avis spécialisés).

L'une des solutions envisageables est la création d'Unités d'Hospitalisation de Courte Durée qui permettent d'augmenter la durée de séjour du patient et de permettre une orientation optimale.

Parallèlement, la création de services de Médecine Polyvalente semble être une réponse pour l'adéquation entre la demande de soins et l'offre d'aval car le fonctionnement de l'hôpital repose de plus en plus sur une division en spécialités et sous spécialités qui empêche une approche globale du malade.

De la même façon, les hôpitaux doivent s'organiser en réseaux c'est-à-dire en favorisant les partenariats avec les hôpitaux de proximité par le biais de conventions.

Une partie importante de cette étude est également consacrée aux personnes âgées insistant sur la grande proportion des personnes âgées hospitalisées et sur les difficultés liées à ces hospitalisations. Les perspectives démographiques prévoient une augmentation des personnes de plus de 75 ans à 16 % de la population totale d'ici 2030. Il est donc indispensable de mettre en place des solutions pour répondre efficacement aux besoins particuliers de cette population en renforçant le potentiel des lits de gériatrie de court séjour. Ces unités de Court Séjour Gériatrique doivent s'inscrire dans une activité en réseau ou en fédération entre plusieurs hôpitaux dans un projet de secteur incluant une structure d'Hospitalisation A Domicile afin d'obtenir des partenariats de proximité entre les SAU et les hôpitaux gériatriques.

Il est également primordial d'améliorer la prise en charge de la personne âgée au sein du service d'urgences en favorisant une évaluation globale, précoce du patient afin de mieux l'orienter; les Equipes Mobiles Gériatriques sont chargées de dispenser des avis dans l'ensemble des services y compris aux urgences.

Ce travail souligne les difficultés d'hospitalisations des patients en service de médecine depuis le SAU et propose des solutions permettant d'optimiser l'orientation des patients en aval des urgences. Toutefois, le projet de regroupement en pôles et la tarification selon la T2A pourrait majorer ces difficultés; certaines hospitalisations risqueraient d'être refusées au titre de la T2A ce qui s'est malheureusement déjà rencontré au SAU.

Au sein même de l'hôpital Bel Air, une informatisation des hospitalisations et la mise en commun des dossiers médicaux par des logiciels informatiques performants favoriseraient les échanges entre le SAU et les services de spécialités et permettraient une implication de tous les praticiens dans la permanence des soins.

Poursuivre cette étude et la généraliser en établissant un rapport annuel de l'activité des urgences permettraient de mieux analyser et d'améliorer le fonctionnement du SAU. Ce rapport pourrait être présenté annuellement devant la Commission Médicale de l'Etablissement afin d'adapter au mieux l'offre à la demande en s'appuyant sur une gestion performante des lits notamment en terme de programmation des fermetures de lits.

BIBLIOGRAPHIE

1) Article R 711.4 du Code de la Santé Publique.

2) Article R 712.64 du Code de la Santé Publique.

3) Article R 712.65 du Code de la Santé Publique.

4) Rapport des groupes de travail sur les urgences.
Janvier 2002, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, octobre 2001.

5) Circulaire Ministérielle n°60 du 29 janvier 1975 relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital.

6) Rapport STEG d'avril 1987.

7) Circulaire Ministérielle n°326 de février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers.

8) Circulaire DH 4B/DGS 3^{E}/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des SAU dans les établissements hospitaliers à vocation générale.

9) Les urgences, chapitre 2-4, la santé observée dans les régions de France, Fédération Nationale des observatoires régionaux de la santé. Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé, mise à jour n°1 (2000).

10) Décret n°97-615 du 30 mai 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 modifiant le Code de la Santé publique.

11) Circulaire n°195 DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, version 4.

12) Article R 712.52 du Code de la Santé Publique.

13) Article D 712.56 du Code de la Santé Publique.

14) Décret 95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le Code de la Santé Publique.
JO 10 mai 1995 p 7588-9.

15) American College of Emergency Physicians.
Management of Observation Units.
Ann Emerg Med 1995; 25 : 823-30.

16) GRAFF LG.
Observation Units : Implementation and management strategies 1998.
American College of Emergency Physicians, Dallas, Texas, USA.

17) GERBAUX P., BOURRIER P., CHERON G., FOURESTIE V.
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'urgences.
JEUR, 2001, 14 ; 144-152.

18) Principes d'organisation des urgences et de la permanence des soins, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, annexe 1 à la circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003.

19) CARASCO V., BAUBEAU D.
Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques n°212 janvier 2003.

20) TELLIER S., DE PERETTI C., BOISGUERIN B.
Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ?
DREES n° 167 avril 2002

21) Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France.
Bilan de l'activité des services d'urgences en Ile de France, suivi du SROS Urgence, janvier 2003.

22) POTEL G. et coll
L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions. Société Francophone de Médecine d'Urgences, mai 2005.

23) TAJAHMADY AT. et coll
Evaluation de l'adéquation entre les capacités d'accueil d'un service de court séjour gériatrique et la demande induite par les urgences pour les patients âgés de 80 ans et plus.
Revue de gériatrie 2005 ; 30 :651-661

24) BELLOU A., DE KORWIN JD, BOUGET J., CARPENTIER F., LEDORAY V., KOPFERSCHMITT J., LAMBERT H.
Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques.
La Revue de Médecine Interne 2003 ; 24 : 602-12.

25) Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières n°215, janvier 2003, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques n°212 janvier 2003.

26) Circulaire n° 152 DHOS 2004 du 29 mars 2004 relative à la programmation des fermetures de lits dans les établissements de santé publics et privés.

27) Disponibilité estivale des lits dans les hôpitaux, juillet 2003, Communiqué du cabinet de J.F. MATTEI.
http://www.sante.gouv.fr

28) NACE L., BELLOU A.
Réseau Régional des Urgences 2001-2004 : 4 ans de fonctionnement.
Lorraine Urgences p 207-214.

29) VINCKEL E.
Etude de la filière d'hospitalisation des patients admis au SAU du CHU de Nancy en 1999 pour un motif de recours médical.
Th : Méd. : Nancy I : 2001 ; 73.

30) Rapport annuel sur l'activité des structures d'urgences en Midi-Pyrénées 2004.
Analyse thématique SROS III, prise en charge des personnes âgées O.R.U.MIP p 121-124.

31) JUAN PH., DUCLUZEAU R., COPPERE B., ACHACHE P ., ROBERT D.
Evaluation sur 5 ans de l'âge et la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés après passage aux services d'accueil des urgences pour une cause médicale.
Réanimation 12 (2003) 107s-134.

32) ANDRONIFOY et Coll.
Les services de spécialité médicale sont ils capables de programmer des hospitalisations sur demande téléphonique d'un généraliste ?
Evaluation de 4 spécialités de l'AP-HP.
Congrès Urgence 2003.

33) Insuffisance des structures d'accueil pour les patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques.
JO AN 28/07/2003 p 6104.

34) CHAIX J.R., CHS Bourges
Annexe 3, Urgences psychiatriques, 6 septembre 2001.

35) TABOULET P., SCHLEMMER B., DEGOS L., LEGALL JR.
Filières d'arrivée aux urgences et transferts secondaires des patients:l'exemple d'un hôpital parisien.
Rean Urg 1999 ; 8 : 21-6.

36) BENZAQUIN S., JACOLY C., DESCHAMPS P., GOBERT M., VACHIERY-LAHAYE F., DUVAL G.
L'absence de disponibilités de lits en médecine modifie-t-elle la prise en charge des patients aux urgences ?
JEUR 2002, 15 1s59-1s62.

37) BILLAULT C., MARSAUD R. et coll.
Valeur informative de la lettre d'admission d'un patient au SAU ; étude prospective avec analyse de 228 courriers au cous d'une « semaine-type » reconstituée.
Congrès urgences 2003.

SCD-UHP - NANCY 1 BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

38) DERAME G., EL KOURI D. Et coll.
Les passages non justifiés au SAU. Propositions d'une offre de soins différenciée.
La Presse Médicale 2004 ; 33 : 780-783.

39) DESMETTRE T., HACHELAF M., HUGOT C., DEPARDIEU F., BONO S.
Urgence et contractualisation : contradiction ou évidence ?
JEUR, 2005, 18 : 1522-1524.

40) BRUN-NEY D., DUPONT C., DANIEL JF., BOULARD JC.
Amélioration des capacités d'accueil d'un SAU après ouverture d'une unité post-porte. XIIIèmes journées de la Société Francophone de Médecine d'Urgences.
Rean Urg 1998 ; 7 118-60.

41) FOURNIER JP., BERTHIER F., THIERCELIN D., VAN ELSLANDE L., BERTRAND F.
Une unité de médecine polyvalente est-elle pertinente?
JEUR 2005, 1s154.

42) POTEL et all.
L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions.
Société Francophone de Médecine d'Urgences, mai 2005.

43) SAINT JEAN O., BERIGAUD MS., MATIGNON-EPASSERON J., ELLROST A., BOUCHON JP. Et all.
Circuits d'hospitalisation d'urgences des personnes âgées : expérience de transfert direct en unité de médecine interne et gériatrie.
Rean Urg 1992 ; 1 : 555-61.

44) Circulaire DHOS/DGS/n° 2202-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

45) Conférence de consensus « prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences », Strasbourg 5 décembre 2003.
JEUR 2004 ; 17 : 183-201.

46) Plan Urgences.
Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées
2003

47) Carte sanitaire et SROS de Lorraine DHOS/02/DGS/SD 5D
n°2002-157 du 18 mars 2002.

48) GENTRIC A., DUQUESNE F., GRAZIANA A., SIVY H., DUGES F., GARO B., BOLES JM.
L'accueil gérontologique médicosocial aux urgences : une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine ?
Revue Méd Interne 98 ; 19 :85-90.

49) MOULIAS R.
Et si l'hôpital rendait dépendant ?
Entourage 1995 ; 2 : 12-3.

50) MORTON C.
Hazards of hospitalization of the elderly.
Am Intern Med 1993; 118: 219-23.

51) STUCK A., SIU AL., WIELAND D., ADAM J., RUBENSTEIN LZ.
Comprehensive geriatric assessment : a meta analysis of controlled trials.
Lancet 1993; 348: 1032-6.

52) MILLER DK., LEWIS LM., NORK MJ., MORLEY JE.
Controlled trial of a geriatric case finding and liaison service in a emergency department.
J Am Geriatr Soc 1996; 44: 601-2.

53) ESPINOZA P., SOMME D. CHATELLIER G., SAINT JEAN O.
Organisation des urgences et gériatrie, enquête nationale.
JEUR, 2005, 18, Is 26.

ANNEXES

Annexe n° 1 : Nombre de passages aux Urgences en 2002

Annexe n° 2 : Nombre de passages aux Urgences en 2003

Annexe n° 3 : Fermeture de lits pour l'été 2003

Annexe n° 4 : Fermeture de lits pour l'hiver 2003

Annexe n° 5 : Fiche de recueil des données

Annexe n° 6 : Réseau Géronto Nord

C.H.R. METZ - THIONVILLE
GROUPEMENT DES HOPITAUX DE THIONVILLE

Annexe n° 1

PASSAGES URGENCES - - Année 2002

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	Total GENERAL
hospitalisés en Chir.	240	233	278	247	238	240	175	166	227	227	211	218	2700
hospitalisés en Méd.	545	514	499	512	530	504	538	570	482	547	540	565	6346
Total hospitalisés	**785**	**747**	**777**	**759**	**768**	**744**	**713**	**736**	**709**	**774**	**751**	**783**	**9046**
Ambulants en Chir.	1128	1093	1317	1374	1573	1657	1392	1238	1382	1351	1229	1371	16105
Ambulants en Méd.	1034	953	966	1008	1074	1105	981	925	830	942	993	1048	11859
Total ambulants	**2162**	**2046**	**2283**	**2382**	**2647**	**2762**	**2373**	**2163**	**2212**	**2293**	**2222**	**2419**	**27964**
(dont tr. non méd.)	91	59	63	85	91	95	58	77	61	64	92	89	925
Transfert médicalisé	**10**	**10**	**10**	**9**	**5**	**4**	**6**	**18**	**1**	**10**	**8**	**4**	**95**
Décès	**6**	**3**	**4**	**1**	**2**	**1**	**4**	**6**	**2**	**3**	**5**	**1**	**38**
total général	**2963**	**2806**	**3074**	**3151**	**3422**	**3511**	**3096**	**2923**	**2924**	**3080**	**2986**	**3207**	**37143**
(dont patients orientés)	**303**	**320**	**312**	**269**	**322**	**310**	**263**	**272**	**244**	**304**	**294**	**331**	**3544**
MOYENNE/JOUR	96	100	99	105	110	117	100	94	97	99	100	103	102
MOYENNE/MOIS													3095

C.H.R. METZ - THIONVILLE
GROUPEMENT DES HOPITAUX DE THIONVILLE

Annexe n° 2.

BIBLIOTHEQUE MEDECINE

PASSAGES URGENCES - - Année 2003

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	Total GENERAL
hospitalisés en Chir.	220	163	241	233	263	246	250	255	260	228	215	201	2775
hospitalisés en Méd.	491	517	519	485	512	463	529	545	490	500	491	562	6104
Total hospitalisés	**711**	**680**	**760**	**718**	**775**	**709**	**779**	**800**	**750**	**728**	**706**	**763**	**8879**
Ambulants en Chir.	1353	1131	1399	1521	1611	1732	1569	1413	1415	1395	1257	1207	17003
Ambulants en Méd.	1038	988	1203	1217	1136	1278	1285	1162	1035	1036	1084	1254	13716
Total ambulants	**2391**	**2119**	**2602**	**2738**	**2747**	**3010**	**2854**	**2575**	**2450**	**2431**	**2341**	**2461**	**30719**
(dont tr. non méd.)	108	89	108	109	106	99	85	103	70	114	96	78	1165
Transfert médicalisé	7	7	6	5	4	8	7	8	6	4	8	6	76
Décès	4	3	3	3	5	3	0	2	2		4	2	31
total général	**3113**	**2809**	**3371**	**3464**	**3531**	**3730**	**3640**	**3385**	**3208**	**3163**	**3059**	**3232**	**39705**
(dont enfants orientés)	253	275	308	337	285	243	327	289	285	258	300	392	3552
MOYENNE/JOUR	100	100	109	115	114	124	117	109	107	102	102	104	109
MOYENNE/MOIS													3309

modifier
Dr Petit le 15.1.2004
Mme A Pierle 16.1.2004

DIM Thionville - poste 8004

90-2003/FL-NK
Thionville, le 31 mars 2003

NOTE 2003 - 15
Concernant la fermeture de lits pour l'été 2003

Service	Unités	Lits installés	Lits fermés	16/6	23/6	30/6	7/7	14/7	21/7	28/7	4/8	11/8	18/8	25/8	1/9	8/9	15/9	22/9	OBSERVATIONS
HPDD Neurologie	HPDD12N	8	8					8	8	8	8	8	8						du 14/07 au 24/08/03
HPDD Cardiologie	HPDD12C	8	8					8	8	8	8	8	8						du 14/07 au 24/08/04
Réa Adultes	15	16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			du 16/6 au 15/9
Gastro	HPDD 61	14	14					14	14	14	14	14	14						du 14/7 au 28/8
Curiethérapie	3	1	1						1	1	1	1							du 21/7 au 17/8
Oncologie	83	15	2					2	2	2	2	2							du 15/7 au 17/8
Rhumatologie	16	25	6			6	6	6	6	6	6	6	6	6	6				du 30/6 au 7/9
Dermatologie	222J	4	4			4	4	4	4	4	4	4	4	4					du 27/6 au 31/8
Endocrinologie	223HS	8	8							8	8	8	8	8					du 28/7 au 31/8
Endocrinologie	223	20	5			5	5	5	5	5	5	5	5	5					du 1/7 au 31/8
Pneumologie	210H	8	8									8	8	8					du 11 au 31/8
Pneumologie	210J	4	4									4	4	4					du 11 au 31/8
Pneumologie	211	25	6			6	6	6	6	6	6								du 30/6 au 10/8
Total Médecine				4	4	25	25	49	50	58	58	64	61	39	10	4	0	0	
Pédiatrie	34	10	10			10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	du 27/6 au 29/9
Pédiatrie	51	15	15			15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	du 28/6 au 20/10
Total Pédiatrie						25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	
Chir. Digestive	22	12	12					12	12										du 11 au 27/07
Chir. Viscérale	31	23	8								8	8	8						du 4 au 24/8
Chir. Ambul.	21	15	15							15	15	15							du 28/7 au 17/8
Total Chirurgie				0	0	0	0	12	12	15	23	23	8	0	0	0	0	0	
Pédopsy	205	12	12								12	12	12	12					du 4 au 29/8
Total Pédopsy				0	0	0	0	0	0	0	12	12	12	12	0	0	0	0	
TOTAL GENERAL				4	4	50	50	86	87	98	118	124	106	76	35	29	25	25	

Le Directeur

+ Fermeture du CAMSP pour la période du 4 au 17 août 2003

Frédéric LIMOUZY

Annexe n° 3

591-2003/FL-NK

Thionville, le 25 novembre 2003

Annexe n° 4

NOTE 2003-76 - MISE A JOUR AU 25/11/2003

Concernant la fermeture de lits pour l'hiver 2003

Service	Unité	Lits installés	Lits fermés	27/10	03/11	10/11	17/11	24/11	01/12	08/12	15/12	22/12	29/12	05/01	12/01	OBSERVATIONS
12C Cardiologie	HPDD12C	8	8									8	8			du 20/12/03 au 04/01/04
12N Neurologie	HPDD12N	8	8									8	8			du 20/12/03 au 04/01/04
Gastroentérologie	HPDD 61	14	14										14			du 29/12/03 au 04/01/04
Dermatologie	222J	4	4										4			du 29/12/03 au 04/01/04
Pneumologie	210H	8	8									8	8			du 20/12/03 au 04/01/04
Pneumologie	210J	4	4									4	4			du 20/12/03 au 04/01/04
Pneumologie	211	25	3									3	3			du 22/12/03 au 04/01/04
Endocrinologie	223HS	8	8	8												du 27/10/03 au 31/10/03
Endocrinologie	223J	1	1	1												du 27/10/03 au 31/10/03
Endocrinologie	223HS	8	8									8	8			du 24/12/03 au 02/01/04
Endocrinologie	223J	1	1									1	1			du 22/12/03 au 02/01/04
Gastroentérologie	HPDD61	14	14	14								14				du 27/10/03 au 02/11/03 et du 22/12/03 au 28/12/03
TOTAL Médecine				23	0	0	0	0	0	0	0	54	58	0	0	
Chir. Ambulatoire	21	13	13									13	13			du 22/12/03 au05/01/04
Chir. Digestive	31	23	23									23				du 22/12/03 au 28/12/03
TOTAL Chirurgie				0	0	0	0	0	0	0	0	36	13	0	0	
TOTAL GENERAL				23	0	0	0	0	0	0	0	90	71	0	0	

Le Directeur

Frédéric LIMOUZY

Annexe n° 5 :

NOM :

AGE :

ANTECEDENTS :-

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

DIAGNOSTIC :

SERVICE ADAPTE PROPOSE :

SERVICE EFFECTIF :

MOTIF :

Annexe n°6

Réseau Gérontologique de Nord
Géronto
Moselle Nord

Le Réseau GérontoNord (association créée en 2002) regroupe une trentaine de partenaires intervenant dans la prise en charge médico-sociale des personnes âgées de son secteur géographique.
Soucieux d'améliorer l'harmonisation et la coordination des services en liens étroits avec les professionnels de santé et les « aidants naturels », le réseau s'est doté de 2 outils professionnels.

L'Equipe Mobile d'Expertise Gériatrique

Composée d'un médecin et d'une infirmière

Elle réalise à domicile, à la demande des médecins traitants ou après signalement de toute personne ayant connaissance d'une personne âgée fragilisée, une Evaluation Gérontologique Standardisée permettant de dépister précocement les facteurs de pertes d'autonomie et donc d'envisager des mesures préventives. Cette évaluation est validée pour l'obtention de l'APA, et le médecin traitant en reçoit une synthèse écrite.
L'équipe intervient sur tout le territoire du réseau, à savoir la Moselle nord

Le Centre Local d'Information et de Coordination

Composé d'une coordinatrice et d'une assistante d'accueil

Le CLIC est un lieu :
-d'accueil et d'écoute, gratuit, pour toutes les personnes âgées qu'elles soient ou non en perte d'autonomie
- d'information sur tous les aspects du soutien à domicile
    * soins à domicile, droits, adaptation du logement, transport, vie sociale et culturelle
    * les établissements d'hébergement
- de conseil et d'orientation vers les services compétents

Le CLIC est un service qui assure une mission de coordination et non un service qui « prend en charge » les personnes. (cf. évaluation des CLIC).

Son rôle est de promouvoir une organisation cohérente des prises en charges, principalement orientées vers le maintien à domicile (circ. 18/05/01) tout en assurant le lien avec les équipes médico-sociales de l'APA, les Adhérents du Réseau et l'Equipe Mobile d'Expertise Gériatrique

CD-UHP - NANCY BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

Siège social : Villa Roland – 94 route de Guentrange 57100 THIONVILLE Tel : 03.82.82.72.57 – Fax : 03.82.86.26.72
e-mail : accueil@gerontonord.cegetel.dsl.com

Réseau Gérontologique de Géronto Nord
Moselle Nord

Pourront s'adresser au CLIC :

- la personne âgée elle-même
- toute personne ayant connaissance d'une Personne Agée en difficulté pour rester à son domicile
- tout professionnel en quête d'informations relatives à la prise en charge coordonnée de la Personne Agée

Aire géographique d'intervention :

- cantons de Thionville Est et Ouest
- canton de Sierck les bains : Apach, Contz les bains, Flastroff, Grindorff-Bizing, Halstroff, Haute-Kontz, Hunting, Kerling les Sierck, Kirch les Sierck, Kirschnaumen, Laumesfeld, Launstroff, Malling, Manderen, Merschweiller, Montenach, Remeling, Rettel, Ritzing, Rustroff, Sierck les bains, Waldweistroff, Waldwisse
- canton de Yutz : Illange, Manom, Terville, Yutz

Principes à respecter :

- respect du droit d'information de la PA notamment lorsque sa situation est évoquée lors de réunion technique entre partenaires
- respect du libre choix de la PA dans son prestataire ou dans son orientation
- neutralité entre les différents partenaires et acteurs, et respect des attributions des domaines de compétences des différents professionnels

ACCUEIL

Du Lundi au Jeudi de 9h à 11h et de 13h30 à 16h30

* A la Villa Roland (près des sapeurs-pompiers)
* Par téléphone

Villa Roland – 94 route de Guentrange 57100 THIONVILLE Tel : 03.82.82.72.57 – Fax : 03.82.86.26.72
e-mail : accueil@gerontonord.cegetelds.com
Siège social :

RESUME DE LA THESE :

Le Service d'Accueil des Urgences est un service pivot dans un centre hospitalier. Il constitue le moyen d'accès privilégié à une hospitalisation.

Cette étude rétrospective portant sur 1 535 malades, réalisée sur 3 mois de l'année 2003, précise les difficultés d'hospitalisation des patients admis en médecine depuis le service des urgences du CHR de Thionville et reflète en particulier la problématique rencontrée dans la prise en charge des personnes âgées. Ce travail comporte une analyse du profil des patients hospitalisés, les motifs de recours médicaux et les orientations des malades en précisant le taux de transferts et les raisons de ceux-ci en fonction de l'âge, des pathologies et de la disponibilité de lits en période estivale et hivernale.

Les objectifs poursuivis étaient d'établir un état des lieux et de proposer des solutions d'amélioration dans l'organisation de l'aval des urgences:intérêt des UHCD, création de service de Médecine Polyvalente, développement des unités de Court Séjour Gériatrique, des Equipe Mobiles Gériatriques, mise en place de réseau ville-hôpital et partenariats avec les établissements d'un même territoire de santé.

TITRE EN ANGLAIS :

Difficulties in hospitalizing patients presenting in the emergency department to medical care units during the months of june, october and december 2003.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2006

MOTS-CLEFS :

- SAU
- Hospitalisation
- Aval des urgences
- Personnes âgées

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex