



# Mémoire de projet

## Améliorer la prise en charge des patients au service des urgences

### IDCD - Projet d'intégration

Grégoire DALY, Kevin GUTIERREZ, Florian LE CUNFF, Wilfried YOUMBI KAMENI

Université de Technologie de Compiègne

MASTER 2 Ingénierie de la Santé  
Parcours Technologies Biomédicales et Territoires de Santé (TBTS) et  
Dispositifs Médicaux et Affaires Réglementaires (DMAR)

Tuteurs du projet :  
Mme Isabelle CLAUDE  
M. Simon DAVIDDI  
Mme Aurélie DAMIAN

Année 2018 - 2019

## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction : Le rôle des services d'urgences</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>I - Contexte et Enjeux des services d'urgences</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>1) Contexte : Mieux comprendre l'engorgement des urgences</b> .....   | <b>4</b>  |
| a) Démographique.....  | 4         |
| b) Hospitalier.....  | 4         |
| c) Médico-social.....  | 6         |
| d) Réglementaire.....  | 8         |
| e) Financier.....  | 8         |
| <b>2) Enjeux pour une meilleure prise en charge du patient et de meilleures conditions de travail pour le personnel soignant</b> ..... | <b>9</b>  |
| a) Pour la structure hospitalière .....  | 9         |
| b) Pour les services des urgences.....   | 9         |
| c) Pour le patient.....  | 10        |
| <b>Problématique</b> .....   | <b>10</b> |
| <b>II - Solutions pour répondre à l'engorgement des urgences</b> .....   | <b>11</b> |
| <b>1) Améliorer le fonctionnement interne des services d'urgences</b> .....  | <b>11</b> |
| a) Analyser le fonctionnement de son service par le supply chain management.....   | 11        |
| b) Des structures adaptées à l'activité .....  | 11        |
| a) Les bonnes pratiques aux urgences .....   | 14        |
| b) Favoriser de bonnes conditions de travail.....  | 15        |
| <b>2) Développer la coordination entre les urgences et les soins non programmés en ville</b> ..  | <b>16</b> |
| a) Les maisons médicales de garde (MMG) en aide aux urgences.....  | 16        |
| b) La question de la tarification des actes médicaux.....  | 18        |
| c) Vers une régulation médicale plus adaptée.....  | 19        |
| <b>III - Solutions retenues et perspectives aux urgences du CH de Compiègne</b> .....  | <b>21</b> |
| <b>1) Analyse de l'existant</b> .....  | <b>21</b> |
| a. Parcours patient .....  | 21        |
| b. Architecture du service .....   | 22        |
| c. Fonctionnement du service.....  | 22        |
| <b>2) Solutions proposées pour les urgences du CH de Compiègne</b> .....   | <b>23</b> |
| a. Repenser le fonctionnement de la Maison Médicale de Garde de Compiègne.....   | 23        |
| b. Orienter le patient en fonction de ses besoins.....   | 24        |
| c. Restructurer les urgences.....  | 24        |
| <b>3) Conclusion</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>Références bibliographiques</b> .....   | <b>27</b> |
| <b>Annexes</b> .....   | <b>30</b> |

## **Introduction : Le rôle des services d'urgences**

D'après les Agences Régionales de Santé (ARS), les structures des urgences représentent le service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique [1].

Le service des urgences représente le point d'évaluation du patient pour réaliser un diagnostic, proposer un traitement et déterminer une hospitalisation. Aux urgences, les situations qui représentent un risque latent pour le patient sont considérées comme prioritaires.

Les situations médicales les plus courantes aux urgences concernent la fracture du fémur, la bronchiolite du nourrisson ou l'accident cardiaque ou vasculaire cérébral. Les taux de passages aux urgences sont notamment de 20% pour l'infarctus du myocarde et à 80% pour les autres pathologies [2].

Le service des urgences est considéré comme la porte d'accueil aux différents services de l'hôpital. Les structures de santé mettent en place des outils de performance pour assurer la qualité des différents services à l'hôpital. Cependant, le personnel soignant est soumis à une importante surcharge de travail physique et mentale face à plusieurs problématiques.

Lors de ce projet, des propositions de changements d'organisations internes et externes aux urgences et des mises en place d'outils de gestion de flux pour l'amélioration du parcours du patient aux urgences seront proposées.

# I - Contexte et Enjeux des services d'urgences

## 1) Contexte : Mieux comprendre l'engorgement des urgences

### a) Démographique

Entre 2008 et 2018, la population française est passée de 63 960 000 d'habitants à 67 186 000 d'habitants soit une augmentation de 0,4 % par an [3]. Le nombre de baby-boomers (personnes nées entre 1946 et 1974) a tendance à augmenter depuis le début des années 2010 car ces générations arrivent à un âge proche de l'espérance de vie [4]. Ce vieillissement de la population influence la hausse des personnes polypathologiques qui contribuent à une surcharge des services d'urgences de par leurs maladies chroniques.

### b) Hospitalier

#### Nombre de structures de santé existantes en France

En 2016, 641 établissements de santé ont l'autorisation d'accueil des urgences donnant un total de 719 structures d'urgences en France métropolitaine et dans les DROM (figure 1). En effet, un établissement de santé peut comprendre plusieurs structures d'urgences (urgences générales et urgences pédiatriques par exemple). Les soins d'urgence sont pris en charge majoritairement par le secteur public qui concentre 77% des structures d'urgence. Le secteur privé à but lucratif assure 17% de la médecine d'urgence et uniquement 6% pour le secteur privé à but non lucratif [5].

#### Fréquentation des urgences

Au cours de l'année 2016, les 719 structures des urgences citées ci-dessus ont accueilli près de 21 millions de patients ce qui représente une augmentation de 3,5% par rapport à l'année 2015. En 1996, le nombre annuel de passages aux urgences était de 10,1 millions et il a été en augmentation de 3,5% par an en moyenne jusqu'à nos jours (figure 2). Cependant, la part de visites aux urgences dans les établissements privés est constante depuis 2010 et est de 18% en 2016. En effet, la permanence des soins est mis à disposition à tous les établissements de santé depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009, incluant les cliniques privées.

En moyenne, les structures d'urgences reçoivent 29 000 patients par an donc environ 80 patients par jour. D'autre part, les établissements privés à but lucratif sont en général plus petits que ceux des établissements publics comptant environ 22 000 visites annuelles contre 32 000 dans le secteur public. Secteurs publics et privés confondus, les petites structures d'urgences sont les plus nombreuses et reçoivent moins de 15 000 visites par année et 63 %, moins de 30 000. Au contraire, 22 % des structures d'urgences reçoivent plus de 40 000 patients par an et traitent 42 % de l'ensemble des visites [5].

## Architecture et dimensionnement du service

Les hôpitaux, depuis leur création jusqu'à leur mis en arrêt, sont pensés pour répondre à un besoin de soin par rapport à leur implantation géographique. Un projet de construction d'hôpital se réalise sur plusieurs années et n'est pas évident à mettre en place de par les évolutions techniques, organisationnelles et de soins constants. Les hôpitaux d'aujourd'hui sont inscrits dans leur ville et doivent pouvoir s'adapter et évoluer en fonction des changements.

Cependant les anciens hôpitaux ne répondent plus forcément aux besoins actuels car ils ont été pensés et implantés il y a plusieurs décennies. Les constructions qui ne sont pas évolutives de par leur manque de modularité pâtissent de conditions de travail dites "palliatives" et ne permettent pas d'offrir une bonne qualité de travail pour le personnel soignant et de soin pour le patient.

Les services d'urgence sont par exemple implantés ou délocalisés dans des bâtiments qui n'étaient pas prévus pour ce type d'activité, avec des locaux mal dimensionnés, des problèmes pour organiser l'activité et au final une perte de temps pour la prise en charge des patients. Il est donc important de prendre en compte tous les facteurs décisifs [6] pour le dimensionnement d'un service d'urgence.

## Organisation du service des urgences et déroulement de la prise en charge du patient aux urgences

Lors de son arrivée aux urgences et s'il est en état de communiquer, le patient doit présenter sa carte vitale et sa pièce d'identité à l'administration. Selon l'article 1111-6 du CSP le patient a le droit de désigner une personne pour remplir le formulaire obtenu auprès du personnel soignant.

Ensuite, le patient est appelé pour consulter une infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) ayant pour mission d'accueillir les patients et leur demander la raison de leur venue et leur antécédents médicaux. Elle réalise ensuite les premiers soins et prend les constantes vitales du patient avant de le diriger vers le secteur qui lui est adapté selon une échelle de tri de gravité. Elle a aussi pour rôle de tenir informé les personnes accompagnant le patient durant toute la prise en charge du patient aux urgences.

Les objectifs du tri des patients à leur arrivée effectués par l'IOA sont de faciliter la gestion du flux de patients en analysant le motif de leur présence aux urgences ainsi qu'évaluer leurs besoins en soins et l'urgence de la prise en charge. Tout ceci dans le but d'optimiser les délais de prise en charge.

Les étapes que suivent les IOA sont les suivantes :

- Première étape : identification du patient (recueil de données)
- Deuxième étape : classement des urgences par indice de gravité grâce à l'échelle ci-dessous:

|                    |                           |        |
|--------------------|---------------------------|--------|
| Délai 0            | Urgence vitale ou absolue | Code 1 |
| Délai < 20 minutes | Urgence immédiate         | Code 2 |

|                              |  |        |
|------------------------------|--|--------|
| Délai < 1 heure              | Urgence vraie  | Code 3 |
| Délai variable selon le flux | Urgence ressentie ou urgente relevant d'une consultation | Code 4 |

Figure 1 : Echelle de tri aux urgences [7]

Certaines échelles de tri permettent d'aider à la décision telles que l'échelle canadienne de tri de gravité aux urgences (ETG) et Classification infirmière de médecine d'urgence (CIMU).

- Troisième étape : décision de l'orientation vers le lieu de soins (Salle d'accueil des urgences vitales (SAUV), le secteur médecine, chirurgie ou pédiatrie...)
- Quatrième étape : transmission des données (les éléments significatifs, la décision du lieu de soin adapté...)

À ce moment-là, le patient est informé du délai d'attente estimé et il arrive dans une salle afin de permettre au médecin d'évaluer cliniquement son état de santé. Le patient est conduit après soit en zone d'attente couchée soit en salle d'attente, il ne peut donc pas rester dans la salle d'examen dû à l'arrivée d'autres patients au service des urgences.

### Temps d'attente aux urgences

La prise en charge du patient comprend plusieurs étapes et plusieurs temps d'attentes. Le patient peut attendre un temps considérable selon la gravité de son urgence. Des raisons qui provoquent l'attente du patient peuvent être la fréquentation importante du service, la gravité de la pathologie des autres patients plutôt plus importante que celle de l'individu reçu au service d'accueil, l'obtention des résultats des examens pratiqués mais aussi de la disponibilité en lits d'hospitalisation [8].

Plus de 50% des personnes se présentant aux urgences passent de 2 heures ou plus aux urgences ce qui représente un temps d'attente trop long.

Le flux de patients admis au service d'urgences est difficilement contrôlable et ne cesse pas de progresser, en moyenne 4% par an en France depuis 1996 ce qui provoque une surcharge et suractivité ainsi qu'un allongement des durées de passage et des délais de prise en charge aux urgences [7].

### c) Médico-social

#### Le problème des déserts médicaux

Actuellement la France est en pénurie de médecins sur plusieurs zones géographiques qu'on appelle "déserts médicaux". En effet les médecins sont répartis de manière inégale sur le territoire Français (figure 2).

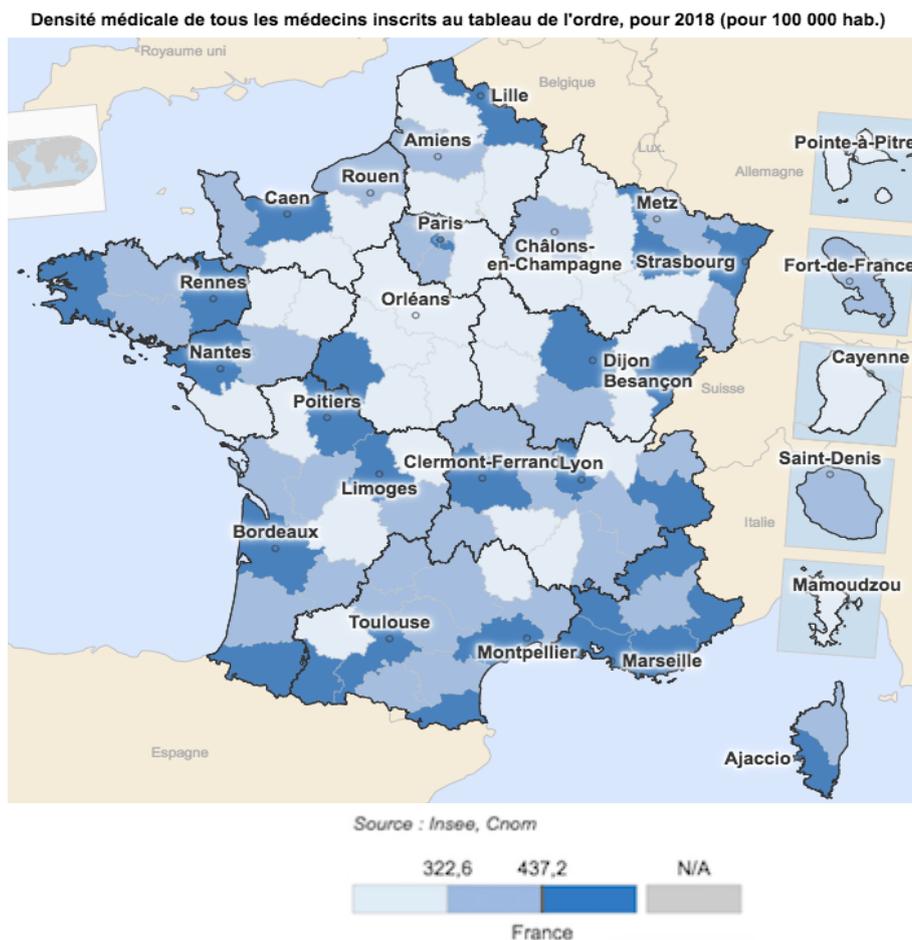


Figure 2 : Répartition des médecins pour 100 000 habitants en France par région [9]

Cette répartition inégale peut s'expliquer par l'attractivité plus ou moins forte de certaines zones géographiques telles que sur les côtes ou en Ile-de-France. De ce constat, les conséquences pour les services d'urgence sont une augmentation considérable du nombre de patients accueillis et donc du temps d'attente avant leur prise en charge. A noter qu'en plus de la faible densité de médecins généralistes en région, ces médecins sont déjà débordés par le nombre de patients à consulter, ils préfèrent donc réorienter les personnes vers les urgences.

### Des urgences non-vitales

En plus de la répartition inégale des médecins sur le territoire Français, il faut souligner le peu de permanences actuellement en place. Alors qu'auparavant une personne présentant des symptômes préoccupants mais non vitaux pouvait se diriger vers un médecin généraliste hors horaires d'ouverture (19h-8h), maintenant elle ne peut plus le faire et est forcée de se diriger vers un service d'urgence ou d'attendre la disponibilité d'un médecin généraliste.

A la question sur la raison pour laquelle les personnes vont aux urgences, le fait de ne pas savoir où trouver un médecin de garde en ville arrive en 3ème position avec un "Oui, ça a été un élément décisif de ma décision" ou "un des éléments de ma décision" avec 43%.

Alors que le nombre de patients accueillis aux urgences est en constante augmentation, 75% des patients ne présentent aucune urgence vitale. En effet, selon l'échelle de tri de la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) [10] principalement utilisée aux services d'urgence, la majorité des patients arrive aux urgences dans un état sans atteintes fonctionnelles ou lésionnelles.

Le manque de prévention et de sensibilisation de la population peut aussi être un facteur au déplacement des personnes directement aux urgences avant de demander conseil à un médecin. En effet selon le sondage [11], 76% des personnes vont aux urgences car ils seront pris en charge en cas d'urgence et 59% pour la facilité de la réalisation d'un examen complémentaire.

#### d) Réglementaire

Le Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgences et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [12] impose les exigences pour mettre en place un service d'urgences dans un établissement de santé.

#### e) Financier

Le service des urgences représente l'un des services générant la plus grande part de revenu dans un établissement de santé. Il est donc crucial pour le directeur d'un établissement de santé de veiller au budget alloué pour les urgences afin de pouvoir répondre à la demande d'accueil croissante.

Dans un contexte financier national, la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) par la loi HPST de 2016 impose aux établissements de soins à se regrouper pour concentrer les ressources et réduire les dépenses de santé. Plus récemment, Emmanuel Macron a annoncé qu'aucune coupe budgétaire ne serait effectuée, cependant Agnès Buzyn, ministre de la santé, a signé une circulaire pour le budget 2018 des hôpitaux avec une économie demandée de 960 millions d'euros [15]. Cette économie demandée impactera très certainement les urgences ainsi que l'ensemble des structures hospitalières.

Enfin lorsqu'une personne souhaite se rendre aux urgences, elle n'aura pas de frais à avancer directement grâce au système du tiers payant. Les professionnels de santé se font rembourser directement par la caisse d'assurance maladie au lieu de se faire payer par le patient comme chez un médecin généraliste. La caisse d'assurance maladie gratifie le médecin entre 60% et 100% en fonction de l'acte réalisé. La conséquence directe de ce système de tiers payant est le recours aux urgences plutôt qu'à un médecin généraliste pour éviter d'avancer des frais après l'acte médical [16]. Le tiers payant n'est donc pas en faveur du désengorgement des urgences.

## **2) Enjeux pour une meilleure prise en charge du patient et de meilleures conditions de travail pour le personnel soignant**

### **a) Pour la structure hospitalière**

Le secteur hospitalier doit en général répondre à une performance qui cherche à atteindre des objectifs d'efficacité, d'équité, de sécurité, de satisfaction du patient, de disponibilité et d'accessibilité [17]. L'efficacité, l'efficacité et la satisfaction client d'un service d'urgence fait la bonne réputation d'un établissement de santé.

Les services d'urgences, qui font partie des structures hospitalières, cherchent à satisfaire les besoins de soin des usagers. La réputation du secteur hospitalier repose sur l'efficacité clinique, la qualité des services des soins, l'amélioration des patients et la mise en œuvre d'outils de qualité pour l'amélioration continue. Le patient ne peut donc être considéré comme un simple client car il occupe une position stratégique dans le système hospitalier [17].

Les structures hospitalières mettent en œuvre des outils de qualité et de performance ainsi que d'évaluation pour offrir des services correspondants aux besoins des patients. L'amélioration continue est importante pour les acteurs hospitaliers et c'est ainsi que la réputation d'un hôpital se conserve. D'après l'OMS, la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé. La qualité des soins chez les structures hospitalières est donc un concept dynamique qui doit être modifié selon l'évolution des soins, de la science, de la technologie mais aussi des attentes de la population [18].

Par rapport aux autres services d'un établissement de santé, le service des urgences est un des plus fréquentés. Le coût moyen d'un passage aux urgences par un patient atteindrait 250 euros. Certains chefs d'établissement l'ont plutôt estimé autour de 180 à 190 euros, tandis que des chefs de services ont avancé le chiffre de 60 à 80 euros en moyenne pour les seuls actes de consultations effectivement pratiqués [18]. La réduction des coûts est aussi un objectif au service des urgences qui doit composer avec un nombre restreint de ressources matérielles et humaines. Un des enjeux principaux pour un service d'urgence est d'augmenter le nombre de patients accueillis sans augmenter le budget dédié au service.

### **b) Pour les services des urgences**

Le service des urgences représente la porte d'accueil aux différents services hospitaliers, le personnel soignant effectue des horaires de travail importants (travail de nuit, travail de week-end et jours fériés, travail en début de matinée et en début de soirée). Il faut prendre en compte les conditions de charge mentale et physique [18]. Il est donc très important de trouver des alternatives pour le personnel soignant qui se sent acculé et stressé par leur charge de travail.

L'amélioration de la prise en charge du patient, dès son arrivée au service des urgences est un objectif qui a besoin de la mise en place d'outils de performance et de qualité. La fluidité et la gestion des patients est nécessaire pour permettre de faciliter le parcours des patients dans le service.

### **c) Pour le patient**

Le patient est au cœur de toute l'organisation de santé, les outils d'amélioration et de performance visent à résoudre les problèmes et garantir la sécurité des soins pour le patient. En outre, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fait de la sécurité des patients une priorité mondiale. En effet, le patient ne peut jamais être victime d'erreurs évitables qui ont des conséquences directes sur son état de santé [18].

Le service des urgences est engorgé dû au flux trop important de patients. Il faut bien évidemment trouver des alternatives pour « éviter » l'arrivée inattendue des patients au service des urgences afin de contrôler le débit des patients reçus dans ce service.

### **Problématique**

Le patient est l'élément le plus important de toute la structure hospitalière. Les services des urgences dans les établissements de santé sont obligés de prendre en charge toutes les personnes se présentant sans sélection.

Plusieurs facteurs agissent sur le déroulement des activités dans ce service. Les enjeux humains, financiers et de structure sont présents au sein des structures hospitalières. Ces enjeux s'accroissent au service des urgences dû à son rôle d'accueil général ou porte d'accès dans un établissement de santé.

Après avoir mis en contexte la situation dans laquelle se trouve les services d'urgences et les enjeux auxquels les établissements de santé font face, nous allons tenter de répondre à la problématique suivante :

**Quelles solutions peuvent être mises en place pour faire face à l'engorgement des urgences ?**

Pour répondre à cette problématique, nous analyserons les solutions proposées par différents organismes puis nous sélectionnerons les plus pertinentes pour enfin faire une liste de propositions sur un cas concret.

## II - Solutions pour répondre à l'engorgement des urgences

### 1) Améliorer le fonctionnement interne des services d'urgences

#### a) Analyser le fonctionnement de son service par le supply chain management

Afin de mieux comprendre et analyser le fonctionnement d'un service d'urgence, une solution de gestion de flux nommée "supply chain management" peut être utilisée. Grâce à la combinaison de 4 étapes essentielles qui sont l'observation terrain, l'analyse des données, le travail collaboratif et enfin les résultats, un service d'urgence pourra fonctionner de manière plus adaptée et plus structurée en modifiant physiquement et/ou organisationnellement le service [19].

Le "supply chain management" propose de se concentrer essentiellement sur les besoins primaires puis d'en dégager une solution [19]. Il est observé par exemple au service des urgences du Centre Hospitalier (CH) de Compiègne l'inconfort des patients qui sont laissés assis alors qu'ils devraient être installés sur des lits ou fauteuils-brancard afin d'alléger leur souffrance.

Les propositions innovantes qu'apporte le "supply chain management" contribuent à mettre en place des axes d'améliorations qui se veulent évolutifs et efficaces pour permettre une polyvalence des espaces [19]. En se basant sur des données d'exploitation, cette méthode vise à répartir les activités de soins afin de mieux organiser la réception des patients.

#### b) Des structures adaptées à l'activité

Les activités menées au sein du service des urgences ont besoin d'une structure hospitalière adaptée. Dû à l'état de vie des patients qui arrivent dans le service, on parle d'un format de service individualisé bénéficiant de la présence continue d'équipes dédiées, au sein de locaux permettant des premiers soins, donc ceux dits de "déchocage" [18].

D'après la réglementation et les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) [20], un service d'urgences est toujours réparti en zones plutôt fonctionnelles ; zone d'accueil, zone d'examen et de soins, une unité d'hospitalisation de courte durée. Cette répartition peut alors être plus détaillée puisque la zone de soins se décompose en zones secondaires. De cette manière, la répartition des malades par zones n'est alors réalisable qu'à condition que les zones soient bien définies. D'autres zones sont définies selon les besoins et la structure du service concerné, zones d'attente ou départ, zones techniques et zones de service/administration.

Dans le service des urgences du CH de Compiègne, depuis l'année 2014, il y a eu la mise en place de changements par rapport au flux et la prise en charge des patients. La sectorisation de la zone de soins a été divisé en circuit léger ou court et en circuit lourd ou long (Figure 3). Le service d'urgences du CH de Compiègne est composé d'un accueil

pédiatrique, adulte et administratif, de zones de passage, de secteurs chirurgie et salles de suture, d'une salle de rédaction, d'une salle de plâtre, etc ... Malgré l'organisation de ce service, des patients en brancards attendent dans les couloirs du service, ce qui représente un manque de zones de transit et un problème profond de l'aménagement de la structure hospitalière.

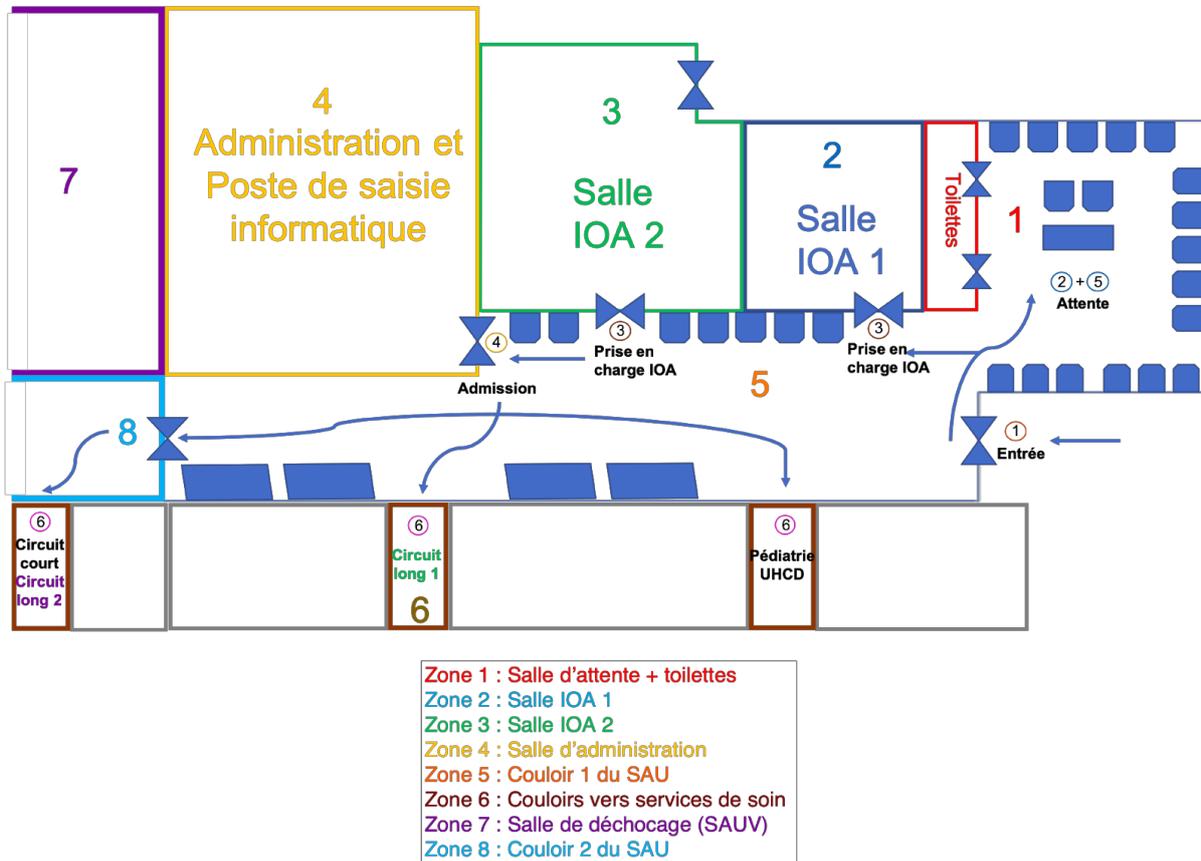


Figure 3 : Plan du service d'accueil des urgences (SAU) du CH de Compiègne

### Des urgences ouvertes aux urgences fermées

Le service des urgences, étant le point d'accès aux soins dans un établissement de santé, reste majoritairement « ouvert » à tout public, plus précisément aux patients et aux accompagnants qui peuvent se déplacer librement dans les couloirs du service. Certains comportements déviants s'observent dans la relation soignant/soigné et la violence se développe de plus en plus dans les institutions hospitalières. Un exemple qui représente ce fait est la mise en place d'un dispositif de sécurité par le CHU de Nice suite à une fusillade aux urgences, en juillet 2002 [21].

Les soignants et encadrants rencontrés au CH de Compiègne ont également mis l'accent sur la progression des actes de violence et d'incivilité, et ont fait part de leur forte inquiétude face à la banalisation de ces phénomènes dans leur exercice quotidien. Il a été indiqué à plusieurs reprises que la violence, longtemps restée verbale, tend de plus en plus souvent à devenir physique [18]. La fréquence des violences au travail (VT) a été estimée à 2,1/10000 agents. Chez le personnel de santé, elle est comprise entre 2,1 et 20,4/10000

agents. La fréquence annuelle des agressions physiques contre les agents de santé varie entre 3,1% et 71% , et les agressions non physiques représentent 38% à 90% [22].

Face à cette situation, plusieurs établissements de santé ont sécurisé leurs locaux, notamment par la mise en place de sas à doubles codes d'accès pour l'accès aux espaces de soins ; d'autres se sont dotés d'agents de sécurité. Le CHU de Lille a opté pour une formule intéressante en se dotant d'un médiateur social [18]. Au centre hospitalier d'Aurillac, des actions de prévention primaire et un plan d'actions de sécurité pour "fermer" le service ont été menés par l'encadrement du pôle en partenariat avec la direction [23].

Au CH de Compiègne une proposition de modification de l'architecture du service a été faite afin de renforcer la sécurité. Cela représente une fermeture par des cloisons, portes, ... de certaines parties du service pour éviter ainsi des événements indésirables et protéger l'ensemble des effectifs et des patients.

### **Une meilleure signalétique pour mieux guider le patient**

Lorsque les patients se rendent aux urgences ils sont souvent stressés car se rendre aux urgences est toujours un événement imprévu et indésirable. Les patients sont en général accompagnés de leurs familles, ces accompagnants sont dirigés vers l'accueil des urgences pour attendre des informations sur le patient qui vient d'être pris en charge. Ce stress affecte bien évidemment les patients mais aussi les accompagnants. La signalétique existante pour guider le patient lors d'une entrée en service d'urgences est alors très souvent ignorée.

Afin de faire passer un message de la manière la plus compréhensible possible, l'information doit être claire, simple, brève et cohérente. Pourtant, la signalétique au service des urgences est très complexe à mettre en place puisque la quantité d'informations à transmettre est très importante. En plus, l'anxiété des accompagnants comme des patients complexifie la compréhension de l'information. La signalétique doit alors comporter une hiérarchisation pour orienter le déplacement et l'identification des différentes étapes de prise en charge. La dimension, les couleurs, le contraste et les matériaux sont quelques critères cruciaux pour la mise en place d'une signalétique efficace.

Au CH de Compiègne, plusieurs mesures ont été mises en œuvre, les deux infirmières organisationnelles d'accueil (IOA) portent un gilet bleu pour que le patient puisse reconnaître la fonction qu'elles occupent, il y a aussi de plus en plus de pictogrammes standardisés qui représentent bien le parcours patient.

Malgré les mesures mises en œuvre par les urgences de Compiègne, une grande partie des patients ne suit pas correctement les étapes de prise en charge et vont par exemple directement se rendre à l'inscription administrative (2ème étape) alors que cette étape se fait suite à la prise en charge par l'IOA (1ère étape). Une mesure demandée dans le projet de restructuration des urgences est la mise en place d'une signalétique au sol, cette solution vient du constat que les patients ont plus souvent tendance à regarder le sol que les murs et donc les affiches accrochées sur celui-ci.

## Les urgences de demain

Le service des urgences est en évolution permanente. Actuellement, ce service doit forcément être sectorisé afin que la structure permette un flux régulier des patients qui arrivent aux urgences à la recherche de soins. Comme analysé auparavant, les enjeux de sécurité sont à chaque fois de plus en plus présents. Plusieurs établissements de santé mettent en œuvre des “plans de sécurité” pour maintenir des zones réservées aux personnes autorisées (effectifs de santé, patients, accompagnants). De cette manière, les zones d’attente pour les patients et les familles ont aussi évolué. La mise en place des salons de familles permet que les accompagnants ne soient plus en contact avec le personnel soignant et pouvoir être au courant de l’état de santé des patients.

Par rapport à la signalétique, elle utilise des codes de couleur pour repérer les différentes unités de soins. Outre la signalétique classique murale, la signalétique au sol est efficace et permet aux patients de se repérer et de cheminer dans le service sans difficultés [20]. Les enjeux de communication et des technologies sont importants, l’informatisation du service se développe de plus en plus dû à l’important flux de patients dans le service. Il faut donc mettre en place de nouvelles techniques de saisie et de visualisation d’information.

### a) Les bonnes pratiques aux urgences

#### Le circuit court et le circuit long

L’une des premières bonnes pratiques recommandées par le Sénat est la mise en place d’un circuit court pour fluidifier le flux de patient. Malgré le fait que les patients présentant une détresse vitale représentent une minorité des patients admis, il est nécessaire de différencier les patients présentant des symptômes vitaux ou non pour permettre une meilleure prise en charge et réduire les temps d’attente. Selon la Dress, 36,5% des services d’urgences ont organisé un circuit court en 2013 [18].

En dédiant un certain nombre de box, même faible, et un médecin de préférence expérimenté pour le circuit court, l’attente des patients sera considérablement réduite car ils n’auront pas à attendre que les patients présentant une détresse vitale ne soient pris en charge avant eux. De manière général, les urgences qui intègrent cette organisation ont tendance à opter pour trois circuits, un circuit court pour les consultations rapides, un circuit long correspondant au circuit “classique” des urgences et un circuit pour les urgences vitales, souvent appelé déchochage ou salle d’accueil des urgences vitales (SAUV) [18].

Au Centre Hospitalier Intercommunal Compiègne-Noyon (CHICN), cette évolution circuit court / circuit long / SAUV s’est faite en modifiant le parcours patient avec dans le parcours non plus le service affecté en fonction de la pathologie (par exemple médecine ou chirurgie) mais par le besoin d’intervention urgente ou non. Cette évolution est par exemple marquée dans le parcours patient des urgences du CH de Compiègne en annexes 1 et 2.

## **La verticalisation des patients**

Pour permettre de réduire la place occupée par les patients suite à la consultation en box, dans la mesure du possible il peut être judicieux de verticaliser les patients. Au lieu de coucher les patients sur des brancards, ce qui de surcroît n'est pas la position la plus agréable pour le patient (vision réduite, stress et anxiété, ...), la verticalisation offre un gain de place dans les couloirs, box, zones de transit, ... ce qui permet de mettre en attente un plus grand nombre de patient et donc d'en prendre en charge en box un plus grand nombre et plus rapidement.

Si les patients ne sont pas aptes à tenir debout suite à une blessure, un traumatisme ou autre, les fauteuils sont une solution qui peut être pertinente dans le cas où le patient ne présente pas un risque d'aggravation de ses blessures ou de danger pour les autres patients ou le personnel soignant.

## **La gestion des lits par un bed manager**

Un des problèmes majeurs aux urgences est le manque de lits avais disponibles. Les urgences étant débordées, le nombre de places pour accueillir les patients présentant un besoin d'hospitalisation est limité. Une solution appropriée est alors la mise en place d'un bed manager, c'est une personne qui a pour objectif de suivre en temps réel et prévisionnel la disponibilité des lits de l'hôpital et d'en améliorer la rotation [18].

Cette personne travaille en collaboration avec les urgences et les services de la structure hospitalière pour optimiser la gestion des lits et maximiser le nombre de places disponibles pour les patients. Le bed manager gère de façon prévisionnelle les entrées et sorties de patients, optimise les admissions et les séjours et diminue les transferts vers l'extérieur de l'hôpital [24].

Cette démarche est supportée depuis 2013 par le programme de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) qui a publiée plusieurs guides méthodologiques.

### **b) Favoriser de bonnes conditions de travail**

#### **Une gestion coordonnée du personnel médical**

L'amélioration des conditions de travail peut se faire par la mise en place d'une IOA 24h/24. Comme le stipule le référentiel du SFMU, une IOA doit être intégrée dans le parcours de prise en charge pour accueillir le patient et ses accompagnants, définir les priorités de soins et décider du lieu de soins adapté. Elle permet en occurrence d'améliorer la qualité de prise en charge du patient [25]. Auparavant au CH de Compiègne, l'infirmière d'accueil ne possédait pas de procédure d'accueil, ni d'échelle de tri et était formée par un prestataire extérieur.

Depuis décembre dernier, l'effectif de journée a été renforcé dû aux fortes affluences de 10h à 17h30 dans cet hôpital qui dispose d'une IOA du matin, une de l'après-midi et une de la nuit. Ainsi, pendant que l'une accueille les piétons et l'autre accueille les patients venus par ambulance. Pour améliorer la reconnaissance de l'IOA par les patients ou les ambulanciers, cette dernière porte un gilet bleu qui indique son rôle.

Aussi avec le plan "hôpital en tension", l'équipe de nuit est renforcée sur les périodes critiques d'hiver car un pic a été observé pendant tout l'hiver. Lors des périodes de tension, le nombre de personnel médical attribué à chaque circuit est adaptable en fonction de la nécessité. On peut par exemple renforcer le personnel médical intervenant dans le circuit long par le personnel de la réanimation ou alors compenser le manque de personnel soignant créé par un départ en congés. C'est donc dire que la gestion du personnel médical doit être suffisamment agile pour pallier facilement et rapidement en cas de sous effectif.

### **Augmenter le personnel médical**

L'augmentation du personnel médical permet une prise en charge plus rapide. Une étude [26] a prouvé que la mise en place d'un médecin de 11 h à minuit a permis une réduction de la durée moyenne de séjour de 18 % aux urgences pour les patients sortants. Aussi une autre étude (Structures d'Urgences de Bâle en Suisse) a montré que l'ajout d'un médecin supplémentaire en période d'affluence notamment l'après-midi diminue la durée moyenne de séjour de  $176 \pm 137$  min à  $141 \pm 86$  min concernant les patients sortants [27].

## **2) Développer la coordination entre les urgences et les soins non programmés en ville**

### **a) Les maisons médicales de garde (MMG) en aide aux urgences**

#### **Développer les MMG sur le territoire français**

Les maisons médicales de garde sont "des lieux fixes déterminés de prestation de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée" [circulaire de la DGOS du 23 mars 2017]. Lorsqu'elles sont situées proche des services d'urgence, elles permettent d'accueillir les patients qui ne nécessitent pas de moyens hospitaliers mais seulement d'une simple consultation avec dans certains cas des actes techniques qui n'ont pas besoin d'équipement lourd pour être réalisés.

Cependant, malgré ses avantages, on peut observer une stagnation du développement des maisons médicales de garde depuis leur apparition au début des années 2000. Le nombre de MMG semble stagner depuis quelques années, on compte seulement 414 maisons médicales de garde en 2014 [18]. Le nombre de consultations dans les MMG parisiennes a également très peu évolué depuis ces dernières années.

## Sensibiliser la population à l'existence des MMG

Un des problèmes majeurs avec les MMG est que la population ne connaît pas son existence. Il est donc très important d'informer les patients nécessitant des soins mais d'urgence faible de se tourner vers ces structures que vers les urgences hospitalières très encombrées. Selon le Sénat, leur méconnaissance serait due à leur amplitude horaire faible qui ne couvre pas la totalité de la période de la permanence des soins ambulatoires. Il y a aussi un grand manque de communication envers la population française sur leur existence, notamment de la part des Caisses Primaires d'Assurance Maladie mais aussi des Agences Régionales de Santé [18].

## Des MMG encore peu efficaces

Certains professionnels de santé ont relevé le manque d'efficacité des MMG en France notamment par l'absence de plateau technique dans certaines MMG qui ne possèdent pas de service pour les examens d'investigations comme par exemple les services de radiologie ou de laboratoires d'analyses ainsi que les soins de traumatologie dite "légère". Les MMG sur ce point ne diffèrent donc pas de la médecine de ville car les patients doivent alors être redirigés vers les urgences si des examens complémentaires sont nécessaires.

Un autre problème relève du manque de collaboration entre les services d'urgences et les MMG. C'est un constat nuancé car la collaboration fonctionne avec succès dans certains établissements comme à l'hôpital Saint Joseph à Paris qui a une MMG à proximité. Les réadressages des patients arrivant aux urgences vers les MMG sont très minimes car les urgences ne sont pas autorisées à refuser des patients. Ces refus contribuent à l'engorgement des services d'urgences et privent les maisons de garde de patientèle.

Il y a deux raisons principales à ce problème de coordination entre services d'urgences et MMG :

- Une **raison financière**, en effet, les urgences n'ont pas d'intérêt à réadresser les patients du fait de leur mode de financement (T2A).
- et un **problème de responsabilité**, en effet, les personnels de santé des urgences craignent laisser partir les patients dont l'état de santé pourrait se dégrader d'une minute à l'autre.

Une solution à ces problèmes pourrait donc être de privilégier la proximité, voire l'adossement des MMG au service d'urgences, et d'encourager la création de protocoles de réadressage entre les structures. La MMG fonctionnerait alors comme un circuit court des urgences et, dans le cas échéant, un transfert vers les urgences dans le cas où les ressources de la MMG ne suffiraient pas à régler la situation.

Un autre problème avec les MMG est le fait qu'il faille avancer les frais de soins contrairement aux services des urgences. Ceci inciterait des personnes à ne pas se rendre dans les MMG. Pour remédier à ce problème le Sénat propose ainsi de généraliser le tiers-payant intégral dans l'ensemble des MMG [18].

## **b) La question de la tarification des actes médicaux**

### **Instaurer des solutions équitables pour le financement des urgences**

Au vu de la politique de prise en charge de la sécurité sociale concernant les services d'urgences, les patients sont contraints de se diriger vers celles-ci en cas de danger vital ou non car le paiement en avance n'est pas imposé et le coût des soins reste toujours élevé.

Dans l'optique de pallier à ce modèle de financement, le Samu et les Urgences de France ont fixé des axes d'amélioration possibles pour une tarification plus souple de la médecine libérale. Plusieurs solutions sont d'ores et déjà envisageables à savoir :

- Maintenir le maillage territorial des structures d'urgences par un financement adapté des structures à faible activité, après la confirmation de leur implantation permettant ainsi de réduire les fermetures de services d'urgences;
- Inciter l'action territoriale des Samu-Centre 15 par un financement adaptée;
- Permettre le reversement d'une part de la T2A vers les structures d'urgences pour les patients hospitalisés à partir des urgences;
- Valoriser l'activité de la Sauv car la tarification à l'acte ne reflète pas la difficulté de la prise en charge des patients en urgences vitales lors de leurs transfert vers d'autres établissements de santé;
- Hausser et rendre permanent les budgets des structures d'urgence à cause de la mauvaise rémunération des activités d'urgences

De nos jours, l'activité de la médecine d'urgence ne devrait plus être considéré comme génératrice de coût mais comme le rendu d'un service public indispensable au bien-être de la population et de ce fait financièrement équilibrée.

### **Développer des soins de villes sans prise de rendez-vous et sans avance de frais**

Les personnes qui s'y rendent sont confortées par le fait que les rendez-vous médicaux dans certaines régions ont lieu plusieurs semaines après leur prise. De ce fait, il est important de soutenir l'engagement des jeunes médecins et des médecins de ville afin d'augmenter leur fréquence de prise en charge. Il apparaît indispensable de booster l'offre de ville pour la prise en charge en journée des soins non programmés.

Lors de la convention médical en août 2016, la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a pris l'engagement de verser une majoration d'urgences aux médecins traitants qui pourront faire une prise en charge non programmée dans les deux cas ci-dessous [18]:

- une majoration de 15 euros pour une prise en charge d'un patient à la demande du Samu ou du Smur par le médecin traitant;
- une majoration de 15 euros pour les médecins correspondants qui reçoivent sous 48 heures un patient envoyé par son médecin traitant, à laquelle correspond une majoration de 5 euros pour le médecin traitant ayant adressé le patient;

### **Réorienter les patients vers d'autres structures des urgences**

Aux Etats-Unis, on appelle cette pratique « ambulance diversion » qui est traduit en français par délestage. Elle permet de diminuer les entrées en structure d'urgence en réorientant les ambulances privées ou SMUR vers d'autres structures d'urgences. Cette pratique a un impact négatif car elle met en surcharge les autres structures d'urgences et dans une vision plus globale, le problème n'est pas résolu mais réparti [28, 29].

D'autres part, si le délestage est possible en zone de forte présence d'établissements de santé, il ne l'est pas dans les déserts médicaux où la densité de structure d'urgences est faible. Certains auteurs ne reconnaissent toujours pas actuellement une possible utilité à cette pratique [30], tandis que d'autres la soulignent en imposant qu'elle soit mise en place et régulée par un centre coordonnateur régional [31].

### **c) Vers une régulation médicale plus adaptée**

#### **Sensibiliser les patients**

Le débordement des urgences peut aussi s'expliquer par le manque de sensibilisation et de prévention des patients qui viennent aux urgences par "facilité". Un des leviers d'action reste la sensibilisation des personnes sur le fait que les urgences doivent être un recours d'urgence vitale. Cependant cette sensibilisation ne peut se faire sans l'implication d'une prise en charge pour les consultations par les médecins généralistes qui hélas ne proposent pas souvent de plages horaires 24h/24 comme aux urgences. Un autre frein reste la prise en charge des frais qui ne sont pas avancés aux urgences alors qu'il faut régler sa consultation chez un médecin généraliste.

D'après le rapport d'information du Sénat, les établissements de santé doivent renforcer l'information des patients sur les acteurs de la permanence et de la continuité des soins, ainsi que l'éducation des personnes sur la conduite à tenir en cas de problème de santé inopiné, dans le cadre d'une politique de prévention [18].

L'éducation du patient joue aussi un rôle très important. Si bien il n'existe pas de campagnes d'information nationale pour développer une prévention lors d'une consultation médicale en générale, des établissements de santé mettent en oeuvre des projets pour informer le parcours patient aux urgences. Par exemple, l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola a mis en place par le biais des films projetés sur des écrans installés dans les salles d'attente les thèmes importants tels que le fonctionnement du système de triage, la prévention et le traitement de la fièvre, les premiers secours en cas de blessures, ... [32].

Dans le cas du service des urgences du CH de Compiègne, cette prévention est plutôt effectuée dans la salle d'accueil grâce à des affiches.

### **Renforcer les interactions entre les acteurs de santé**

D'une part la permanence des soins ambulatoire (PDSA) a pour objectif d'offrir une réponse aux besoins de soins non programmées de la population aux heures de fermeture habituelles de cabinets libéraux. La PDSA travaille avec les Agences Régionales de Santé (ARS) en assurant une mission de service public par des professionnelles de santé volontaires exerçant dans les cabinets libéraux.

D'autre part, le service d'aide médicale urgente (SAMU), lors de l'application de l'article R.6123-1, fait la prise en charge "in situ" des détresses médicales et la réalisation des soins d'urgence avant et durant le transport du patient [18]. Les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) assurent la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation, ainsi que du transport dans un établissement de santé [33].

Tous ces acteurs ont pour but d'assurer l'état de vie du patient, le renforcement des activités de prendre en charge est indispensable pour améliorer l'environnement du patient lors qu'il est en urgence de santé. L'ensemble du personnel soignant joue un rôle indispensable pour concevoir toutes les activités du service. La partie administrative est aussi prenante des responsabilités au sein du service car toute la documentation des patients générée dans la salle de rédaction est traitée par l'accueil administratif qui gère au même temps les données des patients.

### III - Solutions retenues et perspectives aux urgences du CH de Compiègne

#### 1) Analyse de l'existant

##### a. Parcours patient

Le parcours patient au service des urgences du CH de Compiègne (figure 4) est le suivant :

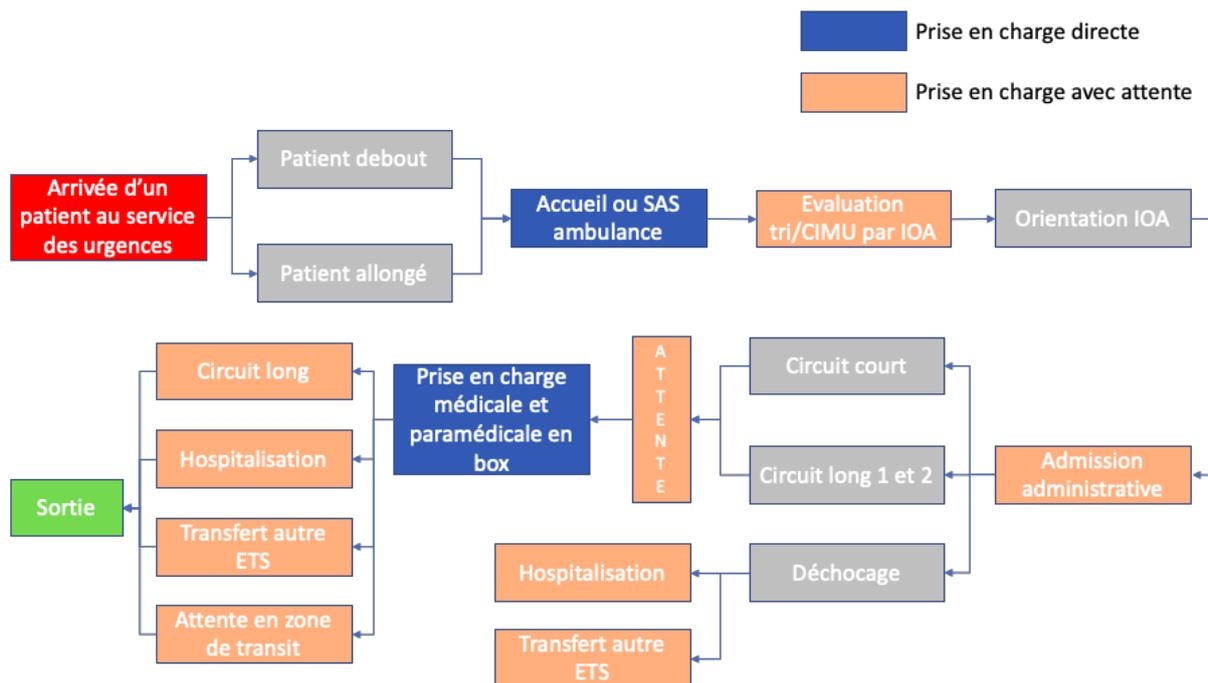


Figure 4 : Parcours patient aux urgences du CH de Compiègne  
 Source : [Auteurs]

Que le patient arrive debout ou allongé, il passe d'abord par l'IOA qui évalue le degré de gravité des symptômes grâce à une échelle de tri et détermine si le patient passera par un circuit court (consultation simple (sans analyses), plâtre simple ou 2-3 points de suture) ou un circuit long (cas plus graves) ou s'il ira en déchocage (urgences vitales nécessitant une surveillance élevée). Après ceci le patient attend en salle d'attente, il aura alors une prise en charge médicale ou paramédicale dans un box. Si le traitement est fini le patient peut alors rentrer chez lui. Si le patient ne peut rentrer chez lui, il est alors transféré vers l'hôpital ou un autre établissement de santé pour la fin des soins ou une surveillance.

Lorsque le patient en circuit court arrive à la fin de ses soins, le médecin décide soit de sa sortie pour un retour à domicile ou de son insertion dans le circuit long pour des soins approfondis. Quant au patient orienté par l'IOA dans le circuit long, il pourra après ses soins soit retourner à domicile, soit être transféré vers un autre établissement de santé.

## b. Architecture du service

Comme vu auparavant sur le plan du service des urgences de Compiègne, les salles ne sont pas adaptées au parcours patient mis en place. En effet, les patients arrivent aux urgences et ne suivent pas les indications données sur les murs, ils vont généralement directement à la salle d'administration au lieu d'attendre la prise en charge par une IOA.

Un autre problème majeur est la marche en avant qui n'est pas présente, en effet le patient doit faire des allers-retours entre salle d'IOA, salle d'attente et administration.

## c. Fonctionnement du service

Le Centre Hospitalier de Compiègne est constitué d'un Service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) et d'un Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Le SAU est composé : d'un accueil administratif, d'un secrétariat médical, d'une salle d'attente (dizaine de places assises), une antenne de consultation médico-psychologique avec une salle d'isolement, d'un centre référence antirabique permettant de prendre en charge les patients qui peuvent bénéficier d'un traitement post exposition au risque rabique, de 5 secteurs de soins qui sont décrites dans le tableau ci-dessous.

| SECTEUR IOA   | SECTEUR CIRCUIT COURT                                 | SECTEUR CIRCUIT LONG   | SAUV     | UHCD   |
|---|---|--|----------|--|
| 2 box d'accueil concomitants avec 1 accès piéton et accès par le SAS des ambulances | 2 box de soins dédiés avec une salle d'attente dédiée | 2 secteurs différenciés avec une salle de rédaction commune <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vert : 5 box de soins, 1 salle de sutures, 1 salle de plâtres</li> <li>• Violet : 6 box, 1 salle de bain</li> </ul> | 3 postes | 12 lits « scopés » dont 10 reliés à une centrale |

Figure 5 : Organisation du service d'urgences CHCN Source [Auteurs]

Le SMUR chargé d'assurer les interventions et les transferts est composé de : d'un local "Pôle blanc" pour entreposer le matériel dédié au pôle blanc, d'un local sécurisé permettant une communication permanente avec le SAMU et les urgences, et enfin de 3 unités mobiles hospitalières et d'un véhicule léger.

## 2) Solutions proposées pour les urgences du CH de Compiègne

### a. Repenser le fonctionnement de la Maison Médicale de Garde de Compiègne

En accès direct ou recommandé par le Centre 15, les MMG prennent en charge toute personne qui présente un problème médical nouveau, justifiant une consultation avec un médecin pour faire un diagnostic et la prescription d'un traitement.

Lors d'un problème médical le patient doit alors appeler le centre 15 et est mis en relation avec un permanencier puis un médecin régulateur. Celui-ci pourra, selon la situation, donner un conseil, envoyer un médecin à domicile, orienter vers une maison médicale de garde ou vers les urgences hospitalières, envoyer une ambulance ou le SAMU.

Dans le cas où le patient est dirigé vers la MMG, la carte vitale est demandée au patient dès son arrivée, ensuite le médecin présent dans la MMG prend en charge le patient et effectue le diagnostic puis lui effectue des soins basiques ou lui prescrit un traitement. Le médecin peut aussi décider d'un possible transfert au service des urgences.

Une fois la consultation terminée, le patient doit régler directement les frais de son examination. Les MMG ne réalisent pas des soins liés à des urgences vitales. D'après l'information des acteurs du service, les consultations portent sur des pathologies récurrentes comme des infections urinaires ou des gripes. Les horaires d'ouverture sont par convention le samedi de 12h à 20h et le dimanche de 8h à 20h.

Afin de prendre en charge les patients, la MMG de Compiègne est composée de deux cabinets de consultation, un secrétariat, une salle d'attente, une zone de transfert, une zone de stérilisation et une liaison avec les urgences pédiatriques.

Comme analysé auparavant, le patient arrive directement aux urgences et il sera pris obligatoirement par le personnel soignant. L'étude et la proposition d'une possible permanence 24h/24h de la Maison Médicale de Garde se présentera dans les deux chapitres suivants.

Un des problèmes principaux de ce système est le fait de devoir appeler le 15 avant de pouvoir se rendre à la MMG. En effet, lors d'un problème peu grave qui ne nécessite pas une ambulance le patient aura tendance à se rendre directement aux urgences sans appeler le 15. Il faudrait donc organiser des campagnes de sensibilisation à l'existence de cette MMG et retirer l'étape d'appel du 15. Les patients pourront donc arriver dans ce service pour des soins primaires au lieu de se rendre directement aux urgences. La réduction des patients dans le service d'urgences pourra améliorer le flux et la prise en charge des urgences vitales sera donc primordiale dans le schéma de ce service.

Un autre problème est que ce service complémentaire dans la structure hospitalière fonctionne uniquement samedi, dimanche et jours fériés. L'ouverture permanente de ce service permettrait une division signalée des consultations classiques et les urgences vitales qui doivent être considérées en premier lieu dans tous les établissements de santé.

Le fait qu'il faille aussi avancer les frais dans les MMG pousse les patients qui ne peuvent pas avancer ces frais à se rendre aux urgences plutôt qu'à la MMG. Une généralisation du tiers-payant aux MMG pourrait ainsi permettre de rediriger plus de personnes vers les MMG et désengorger les urgences.

## **b. Orienter le patient en fonction de ses besoins**

### **Avant l'arrivée aux urgences (en Amont)**

Dans l'hypothèse du retrait de l'obligation d'appeler le 15 pour se rendre à la MMG, une signalétique mise en évidence avant de l'arrivée au service des urgences pourrait être mise en place pour inciter les personnes qui n'ont besoin que d'une consultation de se rendre directement à la MMG plutôt qu'encombrer les urgences. Par exemple un panneau lumineux dynamique donnant le temps d'attente en temps réel aux urgences et à la MMG montrant ainsi au patient qu'il attendra beaucoup plus en se rendant aux urgences.

L'orientation du patient peut se jouer sur la sensibilisation par les médias/ARS des alternatives possibles aux urgences telle que la MMG.

### **Aux urgences pendant la prise en charge du patient (en Aval)**

La signalétique dans le service des urgences peut être modifiée par l'ajout de marquage au sol qui est l'une des solutions déjà souhaitée par le personnel médical du service, ce marquage au sol permettra au patient de mieux s'orienter et de suivre plus facilement les étapes de son parcours patient.

De plus la mise en place d'écrans diffusant les informations essentielles déjà présentes sur les affiches du service semble être une solution pertinente pour que le patient soit mieux informé.

Une application pour le suivi du patient dans un premier temps pour le personnel médical afin qu'il sache où se trouve chaque patient et dans un deuxième temps pour l'accompagnant afin qu'il puisse connaître à quelle étape du parcours patient se trouve la personne.

## **c. Restructurer les urgences**

### **Partie matérielle**

Pour améliorer les conditions de confort du patient tout au long de son parcours de soin en général, et particulièrement pendant son attente de soins, nous avons proposé des modifications envisageables qui seraient efficaces pour le bien-être du patient.

Ainsi, nous proposons l'installation des écrans en salle d'attente pour la diffusion d'informations concernant les étapes du parcours patient, le temps d'attente et les modalités

pratiques pour se rendre à la maison médicale de garde destiné aux patients dont la gravité du cas est minime.

Par la suite, il sera nécessaire de mettre en place des télévisions avec chaînes de la TNT permettant d'éviter l'ennui et de distraire les patients. Seront associées des prises Jack pour casque audio et ports USB pour donner la possibilité de recharger les smartphones.

Un marquage au sol pour guider les patients et les accompagnants dès leur entrée aux urgences et ce durant tout le parcours de prise en charge.

Subséquentement, après avoir constaté que le personnel médical passe le tiers de son temps à chercher son patient, nous proposons de mettre sur pied un système de localisation par bracelet RFID à usage unique/multiple et des bornes de détection. Ainsi, grâce à une application mobile l'accompagnant ou le personnel soignant pourra localiser le patient, savoir à quelle étape du parcours il se trouve et le personnel médical pourra également avoir la liste et le profil des futurs patients qu'il devra prendre en charge.

### Partie structurelle

La restructuration du service d'accueil des urgences du CH de Compiègne envisagée est basée sur plusieurs principes : la marche en avant pour le patient, la sécurisation du service, la visibilité des patients par les IOA, présence de zones de débordement et point d'accès aux fluides médicaux pour les patients en attente sur brancards et fauteuils (figure 6).

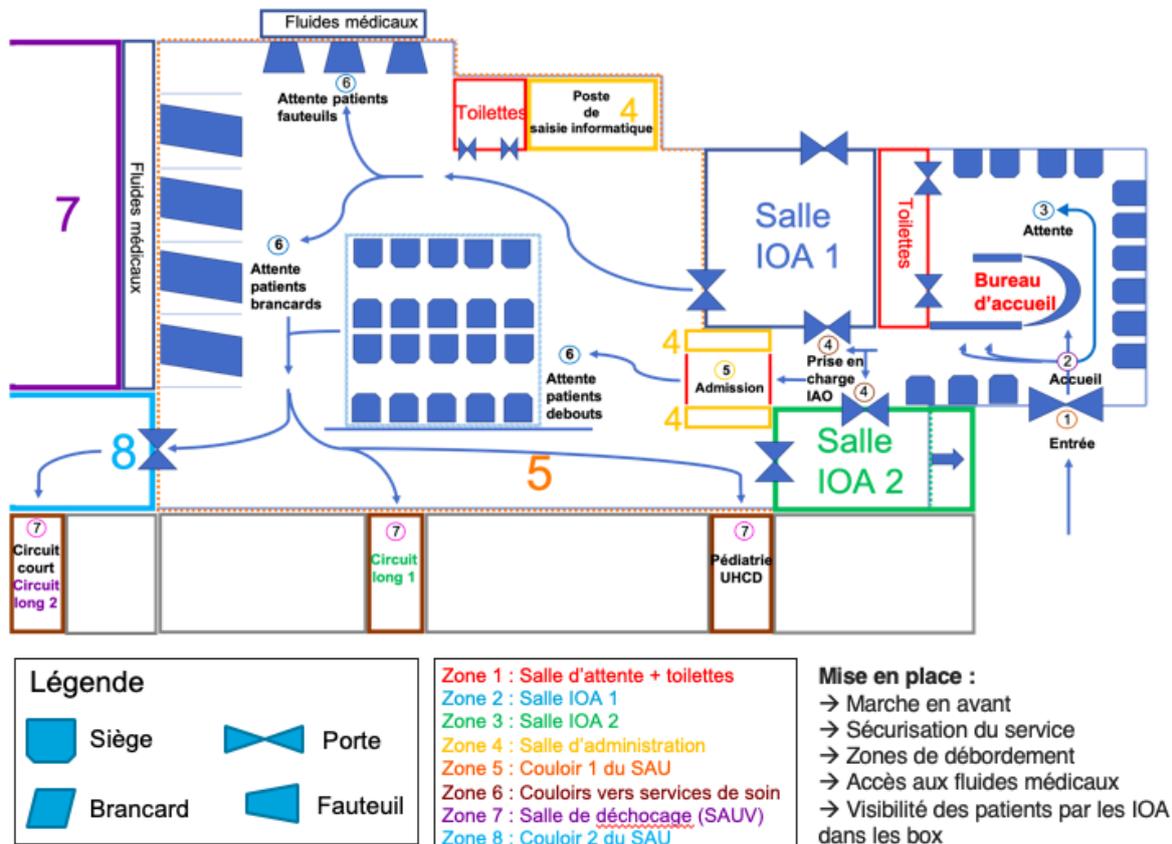


Figure 6 : Proposition de restructuration du SAU du CH de Compiègne

Concernant le premier changement, il s'agirait de mettre la porte d'entrée au niveau de l'actuelle salle d'attente et un bureau d'accueil et renseignement du patient dans cette même salle. Au lieu que le patient se retrouve face à lui-même lors de son arrivée aux urgences, un bureau d'accueil permettra de rassurer le patient et son accompagnant et de les accompagner pour une assurer la prise en charge.

Ensuite la salle d'IOA 2 pourra être mise au niveau de l'ancienne entrée des urgences, elle pourra être agrandie si besoin car un espace mort existe actuellement entre la porte d'entrée des urgences et l'extérieur. Une porte jonction avec le SAS ambulance devra alors être implantée car cette jonction se fait actuellement par la salle IOA 2.

Concernant la salle d'administration, elle pourra être décroisonnée au profit d'un bureau central qui se trouvera dans le couloir actuel des urgences. Ce décroisonnement permettra d'augmenter l'espace d'attente.

Globalement cette solution oblige le service à enlever 3 murs qui correspondent à l'ancienne salle IOA 2 et à la salle d'administration et à rajouter 2 autres murs pour replacer la salle IOA 2. Il faudra aussi créer la nouvelle porte d'accueil au niveau de la salle d'attente et d'enlever l'ancienne. Enfin les achats d'un bureau d'accueil en salle d'attente et d'un bureau d'administration pourrait être à prévoir.

### **3) Conclusion**

Après avoir réalisé l'étude des possibles causes d'engorgement d'un service d'urgences hospitalières, des propositions ont été faites pour améliorer le parcours du patient lors de sa prise en charge par le personnel soignant.

Les patients s'orientent directement aux urgences car ils seront pris et soignés par les effectifs médicaux du service. Le contrôle de l'arrivée des patients dans ce service reste un enjeu encore à résoudre car les campagnes de sensibilisation et prévention sont trop peu présentes.

Malgré ce fait, il existe des acteurs de santé qui cherchent l'amélioration du service des urgences et des rapports de recommandations pour améliorer les pratiques afin de préserver l'état de santé des patients. Une repensée du service d'urgences est nécessaire, il faut bien évidemment faire connaître à la population le fonctionnement de ce service, faire la distinction des consultations classiques et les urgences vitales.

La prise de conscience des différentes options de soins disponibles comme les maisons médicales de garde pourra donc éviter des futurs engorgements et l'amélioration du parcours patient dans le service des urgences.

## Références bibliographiques

- [1] « La médecine d'urgence ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr> [Consulté le: 16-oct-2018].
- [2] VUAGNAT, Albert. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on. Le Panorama des établissements de santé—édition, 2013, p. 11-28. [Consulté: le 06 Octobre 2018]
- [3] « Évolution de la population – Bilan démographique 2017 | Insee ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr> [Consulté le: 16-oct-2018].
- [4] « Les personnes âgées dépendantes dans la Vienne : une augmentation potentielle de +10 % d'ici 2020 - Décimal | Insee ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1293674>. [Consulté le: 17-oct-2018].
- [5] BEJAOU, Miriem, BERGONZONI, Alice, BOISGUÉRIN, Bénédicte, et al. Les établissements de santé: édition statistique 2018. 2018.
- [6] G. Bleichner *et al.*, « Architecture des services d'urgence: Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence », *Journal Européen des Urgences*, vol. 18, n° 2, p. 102-126, juin 2005.
- [7] DESMETTRE, T., BARON, A. F., CAPELLIER, G., et al. L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA): rôle et fonctions Emergency nurse at admission in the emergency department. *Réanimation*, 2013, vol. 22, no 6, p. 610-615.
- [8] BERNARD Marc, MIROUX Patrick , PIEDADE Isabelle , BENVENISTE Raphaëlle « Guide infirmier des urgences. » - Edition Elsevier masson, 2008.
- [9] Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Cartographie Interactive de la Démographie Médicale ». [En ligne]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php>. [Consulté le: 16-oct-2018].
- [10] « Raisons de passer aux urgences France 2013 | Sondage », *Statista*. [En ligne]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/> [Consulté le: 16-oct-2018].
- [11] « Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.sfm.org/fr/> [Consulté le: 16-oct-2018].
- [12] Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006.

[13] « Qu'est-ce que la tarification à l'activité (T2A)? - Les établissements de santé Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr », 24-mars-2016. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr> [Consulté le: 17-oct-2018].

[14] O. Guerin et J. Husser, « Les effets incitatifs de la T2A pour les établissements de soins : vers une nouvelle répartition des actes chirurgicaux ? », *Vie & sciences de l'entreprise*, n° 189, p. 12-22, 2011.

[15] *Code de la santé publique - Article L1111-6*, vol. L1111-6. .

[16] « Argumentaire pour le tiers-payant ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.smg-pratiques.info> [Consulté le: 17-oct-2018].

[17] M. A. L. Pogam, C. Luangsay-Catelin, et J.-F. Notebaert, « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Manag. Avenir*, n° 25, p. 116-134, août 2009

[18] Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, « RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières », SÉNAT. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.senat.fr> [Consulté le: 02-oct-2018].

[19] Simon DAVIDDI, « Améliorer la qualité de prise en charge des patients dans un service d'urgences grâce à la gestion de flux », Mémoire d'Intelligence Méthodologique du projet d'intégration, <http://www.utc.fr/master-qualite>, puis « Travaux » « Qualité-Management » 435, juill. 2018.

[20] G. Bleichner *et al.*, « Architecture des services d'urgence: Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence », *J. Eur. Urgences*, vol. 18, n° 2, p. 102-126, juin 2005.

[21] L. SANTORI et N. BLANCHET, « Urgences au CHU de Nice. Accompagnement multifacette », *Rev. Hosp. Fr.*, no 509, p. 49-52, 2006.

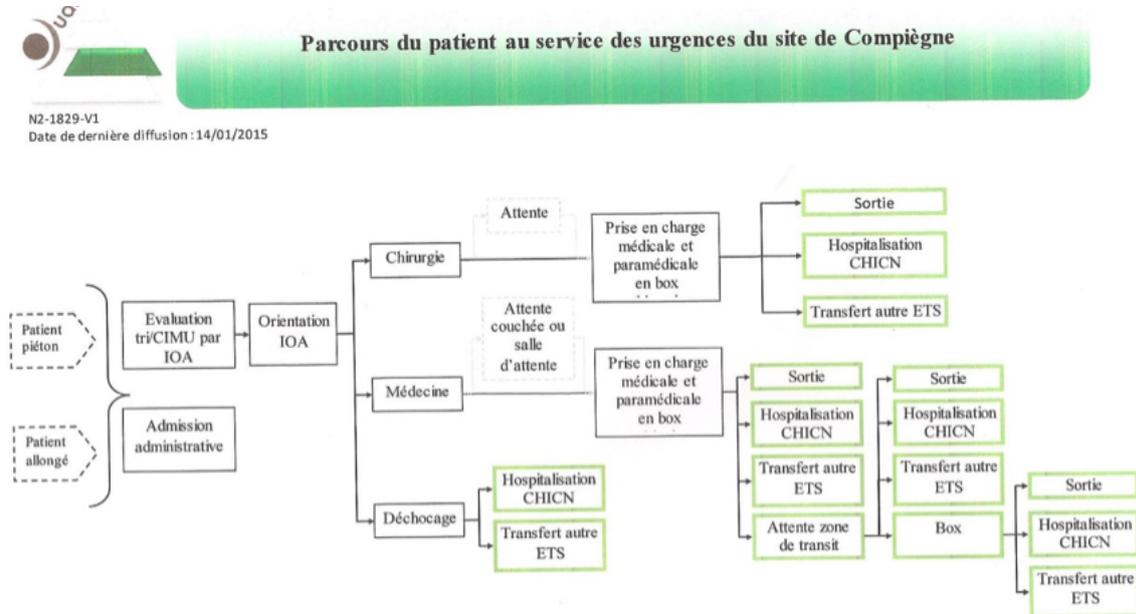
[22] E. Casalino, C. Choquet, S. Thomas, S. Erhel, P. Cossard, et Groupe Projet Sécurité du service d'accueil des urgences Bichat, « La violence dans les services d'urgences : évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisien », *Ann. Fr. Médecine Urgence*, vol. 5, no 4, p. 226-237, sept. 2015.

[23] É. Bac-Lafarge, « La formation, outil pour la prévention de la violence envers le personnel soignant », *Soins Aides-Soignantes*, vol. 13, n° 69, p. 26-27, 2016.

- [24] J. Louis et I. Fournier, « Le bed manager », *Réanimation*, vol. 23, n° 5, p. 463-464, sept. 2014.
- [25] Société francophone de médecine d'urgence et M. Boivin, *Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil*. Paris: BrainStorming, 2004.
- [26] Paul JA, Lin L. Models for improving patient throughput and waiting at hospital emergency departments. *J Emerg Med*. Décembre 2012 ; p 26.
- [27] Bucheli B, Martina B. Reduced length of stay in medical emergency department patients : a prospective controlled study on emergency physician staffing. *Eur J Emerg Med*. Février 2004 ; pp 29–34.
- [28] Adkins EJ, Werman HA. Ambulance Diversion : Ethical Dilema and Necessary Evil. *Am J Emerg Med*. 2015 Jun ; p 820.
- [29] Geiderman JM, Marco CA, Moskop JC, Adams J, Derse AR. Ethics of ambulance diversion. *Am J Emerg Med*. Juin 2015 ; p 822.
- [30] Shealy RM, Sorrell JF, French DM. Ambulance diversion by cooperation : a positive experience with a physician-directed ambulance diversion policy in Charleston County, South Carolina. *Ann Emerg Med*. Juillet 2014 ; p 97.
- [31] Kao CY, Yang JC, Lin CH. The Impact of Ambulance and Patient Diversion on Crowdedness of Multiple Emergency Departments in a Region. *PLoS One*. 2015 ; p 10.
- [32] VAN CAPPELEN P, JACOBS A. Films éducatifs sur la prévention en matière de santé et explication du fonctionnement du service des urgences. *Bulletin d'éducation du patient à sa maladie : BEP*. 2011;29(1):31-33.
- [33] Code de la santé publique - Article R6123-15, vol. R6123-15.

## Annexes

### Annexe 1



### Annexe 2

