

**MISSION D'ENQUETE
SUR LES FERMETURES DE LITS
EN MILIEU HOSPITALIER
DURANT L'ETE 2003**

Rapport présenté par :

*Jean-Paul BASTIANELLI, Maryse FOURCADE,
Docteur Sylvain PICARD et Liliane SALZBERG*

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n ° 2003141
Décembre 2003*

Le rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule de l'été 2003 a mis en exergue le phénomène de fermeture estivale de lits d'hospitalisation comme l'une des difficultés importantes rencontrées par le système sanitaire pour faire face à la crise.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a, en conséquence, souhaité qu'une mission de l'inspection générale des affaires sociales soit diligentée pour faire l'analyse de ce phénomène et faire des propositions de mesures pour assurer une complémentarité des établissements de santé dans les territoires garantissant le bon fonctionnement des urgences.

La mission, confiée à M. Jean-Paul BASTIANELLI, au Docteur Sylvain PICARD, à Mme Maryse FOURCADE et à Mme Liliane SALZBERG, membres de l'inspection générale, a utilisé les données disponibles concernant les prévisions et les réalisations des fermetures hospitalières estivales 2003 et procédé à une enquête plus précise concernant les régions Ile-de-France, Bourgogne et Centre. Elle a, en outre, complété son analyse sur les fermetures de lits et leur réactivation en se rendant dans les principaux centres hospitaliers de ces trois régions.

La direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) a demandé en 2002 aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) de procéder à une organisation garantissant la continuité des soins pendant les périodes estivales et de lui transmettre à la fin de chaque mois de septembre un bilan régional des fermetures. Ce dispositif a été rappelé en mai 2003 et complété par une demande aux ARH de transmettre à l'administration centrale les prévisions de fermetures de lits en mai suivi d'un envoi chaque quinzaine de tableaux hebdomadaires des fermetures réalisées.

Cette procédure, dont la mission note qu'elle a généralement été convenablement appliquée tant par les ARH que les DDASS, a constitué un indéniable progrès par rapport à la situation antérieure. Elle comporte néanmoins ses limites puisque les remontées d'information qu'elle prescrit prennent la forme d'agrégats régionaux qui masquent les disparités éventuelles entre établissements. De surcroît, la périodicité de ces remontées d'information ne leur permettent pas de présenter un intérêt opérationnel au regard de l'alerte.

L'analyse du phénomène de fermeture de lits hospitaliers pendant l'été 2003 permet d'établir que, dans leur majorité, les établissements n'ont pas procédé à des réductions de leur capacité significativement différentes de celles qui figuraient dans leurs prévisions.

Ce constat souffre toutefois d'un certain nombre d'exceptions : en région Rhône-Alpes, 5 % de lits supplémentaires de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) par rapport aux prévisions ont été fermés en août ; en Bourgogne 3,4 % ; à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), 2,1%.

Cependant, l'analyse du phénomène d'afflux des patients pendant la crise ne montre pas de lien, pour un établissement donné, entre le respect des prévisions de fermeture et les difficultés rencontrées. En effet, les capacités de réaction des établissements dépendent moins du taux global de fermeture que de la nature des lits fermés et du réseau de lits d'aval mobilisables.

A cet égard, s'agissant du cas des lits de réanimation auquel la mission a porté un intérêt particulier, la plupart des établissements avaient pris la décision de ne pas en diminuer le nombre. Cette précaution explique que la plupart des établissements ne se soient pas trouvés en difficulté de ce point de vue comme en témoigne la rareté des transferts de patients relevant de ce type de soins pendant la période de canicule. En revanche, l'AP-HP qui se singularise par une réduction parfois importante dans certains de ses établissements de ses capacités en réanimation a dû réactiver une partie de ses lits pendant la deuxième semaine d'août.

D'une façon générale, la mission a noté que les établissements hospitaliers, qu'ils aient respecté ou non leurs prévisions de fermeture de lits MCO, ont fait preuve d'une incontestable efficacité pour réactiver leur capacité et faire face aux conséquences sanitaires de la canicule. Les réductions de capacité MCO supérieures aux prévisions trouvent leur explication dans des problèmes de gestion de personnel en flux tendus qui ont amené les directions d'établissement à recourir à des fermetures exceptionnelles pour faire face à des difficultés ponctuelles.

La mission souligne que la quasi-totalité des établissements qu'elle a visités ont su réagir avec promptitude face aux événements parce que toutes les parties prenantes se sont senties concernées et se sont mobilisées : les solutions à appliquer pour trouver des lits et des personnels étaient déjà connues et éprouvées.

Pour faire face à l'afflux de patients, les directeurs d'établissements ont pris la décision de mettre en œuvre, à partir du 8 août les mesures traditionnelles :

- déprogrammation des interventions chirurgicales non urgentes et parfois des hospitalisations,
- réouverture des lits provisoirement fermés ou maintien en activité de ceux qui allaient l'être,
- multiplication des hébergements dans d'autres services, ou d'autres établissements
- utilisation des salles de réveil, dans les rares cas de saturation des services de réanimation.

S'agissant du personnel, les directions ont essentiellement mis en œuvre les mesures classiques utilisées tout au long de l'année en période difficile :

- appel au personnel en repos hebdomadaire ou en RTT,
- report des congés hebdomadaires ou plus rarement des congés annuels,
- mobilisation des pools de remplacement et appel à du personnel intérimaire,
- recours aux heures supplémentaires,
- appel aux élèves (infirmières, aide-soignantes..) en stage ou en formation dans l'établissement.

Certains établissements ont été amenés à prendre des mesures plus exceptionnelles telles que le rappel de personnels en congés annuels ou le doublement des heures supplémentaires.

Sur un plan général, le déclenchement du Plan Blanc ou de son équivalent à l'AP-HP (Plan d'Action Chaleur Extrême) a eu un effet bénéfique en assimilant les mesures exceptionnelles prises à une « réquisition ». Beaucoup d'hôpitaux en avaient, cependant, mis en œuvre les principales dispositions sans l'annoncer.

Le jugement globalement favorable que la mission porte sur la réponse hospitalière aux conséquences de la canicule ne peut occulter le fait que les acteurs de terrain conçoivent des inquiétudes certaines sur l'évolution de la situation si la période de chaleur avait duré plus longtemps. L'état de fatigue du personnel, l'absence de réserves et l'accumulation de problèmes logistiques auraient sans doute déstabilisé le dispositif.

Aussi, la mission émet des propositions dont l'application lui paraît de nature à amoindrir ce risque.

La mise en œuvre du « plan pour améliorer la prise en charge des urgences dans le système de soins » élaboré par la DHOS lui paraît comporter les principales mesures qui s'imposent :

- mise en place d'un dispositif de permanence des soins reposant sur une sectorisation dont la couverture est assurée par une permanence de médecins libéraux avec régulation des appels centralisée ;
- réorganisation des services d'urgence dans le cadre d'un réseau d'urgence avec mise à niveau de leurs moyens (recensement des sites non climatisés) ;
- en aval des urgences, organisation des services hospitaliers de médecine en pôles et renforcement des capacités d'accueil des personnes âgées.

La mission préconise donc un respect du calendrier d'exécution de ce plan. D'autres mesures complémentaires lui paraissent utiles. Elles reposent sur un principe : le niveau national peut suivre la gestion de la crise, mais l'anticipation et l'alerte relèvent du pilotage régional par les ARH.

Pour fluidifier les passages aux urgences et améliorer les performances de ces services, la mission suggère l'instauration de systèmes d'information sur les flux pilotés au niveau régional par les ARH qui, s'ils avaient été opérationnels en août 2003, auraient permis, d'une part de détecter dès les premiers jours l'augmentation des flux de passage aux urgences et, d'autre part, d'orienter les patients vers les établissements les plus susceptibles de les accueillir.

Au delà de l'informatisation des services d'urgence, la généralisation, à l'initiative des ARH, d'un suivi informatisé régional de la disponibilité des lits d'aval nécessite une impulsion politique affirmée. Les obstacles à l'élaboration d'un tel système ne sont pas de nature technique - plusieurs solutions informatiques fonctionnent actuellement – mais d'ordre culturel.

La mission a constaté que l'activation d'un réseau d'aval intra et inter-établissements semble avoir constitué un facteur déterminant pour les services d'urgence. Les hôpitaux qui ont résorbé le plus rapidement leur file d'attente de patients en attente de lits sont ceux qui avaient déjà mis en place avant la canicule un réseau avec leurs partenaires locaux. Il convient donc que les ARH prennent l'initiative de préparer ces réseaux en y intégrant toutes les catégories d'établissements publics et privés et en les dotant de plusieurs niveaux de mise en œuvre.

Par ailleurs, la mission préconise la plus grande prudence au niveau des décisions de fermetures des lits de réanimation qui paraissent devoir se limiter aux unités de réanimation chirurgicale en fonction des baisses d'activité chirurgicales programmées.

Enfin, la mission appelle l'attention sur les conditions de mobilisation sur les lieux de vacances et sur les moyens financiers à prévoir dans le cadre de réquisition de crise prolongée.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1. L'EXISTENCE DE FERMETURES DE LITS PLUS IMPORTANTES QUE PREVUES NE CONSTITUE PAS LE FACTEUR PRINCIPAL D'ENGORGEMENT DES SERVICES D'URGENCE PENDANT LA CANICULE.....	5
1.1 UNE RÉELLE PROCÉDURE DE PRÉVISION DES FERMETURES DE LITS EXISTE.....	5
1.1.1 Depuis 2002, la DHOS a mis en place une procédure nationale pour connaître les prévisions de fermetures de lits.....	5
1.1.1.1 Le détail de cette procédure.....	6
➤ La circulaire de 2002 :.....	6
➤ La circulaire de 2003 :.....	6
1.1.1.2 Ce nouvel outil de connaissance est perfectible.....	6
➤ Les points forts de cette procédure :.....	6
➤ Les points faibles de cette procédure.....	7
1.1.2 Cette procédure a été effectivement relayée au plan régional.....	7
1.1.2.1 Dans les régions, les ARH ont généralement rempli leurs missions.....	7
1.1.2.2 A l'AP-HP, le système mis en place depuis plusieurs années s'améliore.....	8
➤ Une structure spécialisée a été créée à l'administration centrale de l'AP-HP depuis plusieurs années : la cellule de veille des urgences.....	8
➤ Des notes de service.....	8
1.1.2.3 Dans les départements, les DDASS ont joué un rôle fédérateur.....	9
1.1.3 Mais, dans les établissements existait déjà une procédure formalisée de prévisions de fermeture de lits	9
1.1.3.1 Les caractéristiques communes	10
➤ En règle générale, il existe un planning des opérations de prévisions	10
➤ Les prévisions de fermetures de lits ne sont pas basées sur une connaissance précise des besoins de la population.....	10
➤ Les prévisions de fermetures de lits sont basées essentiellement sur des facteurs endogènes liés au fonctionnement.....	11
1.1.3.2 Dans les établissements de l'AP-HP.....	13
1.1.3.3 Dans les établissements de province	13
1.1.4 Les prévisions de fermetures dans les établissements publics concernent un nombre variable de lits et de services, lié à la taille des établissements.....	14
1.1.5 La transmission ascendante des informations concernant les prévisions est effective mais le retour d'informations aux établissements est lacunaire	15
1.1.6 Points forts et limites de l'ensemble du dispositif prévisionnel	16
1.1.6.1 Les limites du dispositif d'ensemble	16
1.1.6.2 Les points forts du dispositif d'ensemble.....	16
1.1.7 Propositions pour améliorer le dispositif.....	17
1.2 LA RÉALITÉ DES FERMETURES	17
1.2.1 Les fermetures estivales de lits MCO auraient été dans l'ensemble conformes aux prévisions 17	17
1.2.1.1 La plupart des établissements de santé de la métropole n'auraient pas fermé plus de lits MCO que prévu	17
1.2.1.2 En région Ile de France (hors AP-HP), un écart faible mais des taux de fermetures des lits, prévu et effectif, élevés.....	19
1.2.1.3 A l'AP-HP : un respect en moyenne des prévisions mais des situations plus préoccupantes pour certains établissements recevant des urgences.....	20
➤ Les fermetures effectives de lits dans les établissements de l'AP-HP ont été, globalement, plutôt conformes aux prévisions en août 2003.....	20
➤ Mais parmi les vingt hôpitaux de l'AP-HP ayant une activité d'urgence, six auraient fermé plus de lits que prévu.....	21
1.2.1.4 Les prévisions de fermetures de lits MCO ont été, en moyenne, relativement bien respectées en région Centre et dans une moindre mesure en Bourgogne.....	22
➤ En région Centre	22
➤ En région Bourgogne.....	23
1.2.2 Les causes de ces dépassements.....	26
1.2.3 Au-delà de la question des écarts prévisions – réalisations, les appréciations portées sur le taux moyen de fermeture ne relèvent pas toujours d'éléments objectifs.....	26
1.2.4 Le cas particulier des lits de réanimation.....	27

1.2.5	<i>Le cas particulier des lits de pédiatrie.....</i>	29
1.3	AU-DELÀ DE LA FERMETURE DES LITS, LA RÉACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS, NOTAMMENT POUR LES RÉOUVERTURES DE LITS, A LARGEMENT CONTRIBUÉ À ATTÉNUER LES DIFFICULTÉS	30
1.3.1	<i>La majorité des établissements ont pu rouvrir des lits rapidement</i>	<i>30</i>
1.3.2	<i>Les moyens utilisés pour libérer des lits et du personnel</i>	<i>30</i>
1.3.2.1	Les mesures prises pour trouver des lits	30
➤	Une constante : la difficulté pour connaître le nombre de lits disponibles et faire admettre des patients de urgences dans les services de soins.....	30
➤	Les mesures qui ont été généralement prises pour faire face à l'afflux de patients durant la crise :.....	31
1.3.2.2	Les mesures prises pour trouver du personnel	32
➤	Des mesures « classiques »,.....	32
➤	Des mesures plus exceptionnelles :.....	32
➤	Quelques éléments statistiques :.....	32
1.3.2.3	Les actions menées en amont du service d'accueil des urgences par l'intermédiaire du SAMU et de la Croix-Rouge	33
1.3.3	<i>Les effets du Plan Blanc.....</i>	<i>34</i>
1.3.4	<i>Le problème de la climatisation des locaux</i>	<i>34</i>
1.3.5	<i>Les limites du dispositif général.....</i>	<i>35</i>
1.4	EN CONCLUSION.....	35
2	- PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA FILIERE DES URGENCES.....	36
2.1	LE CONTEXTE : LA NATURE DES PRESTATIONS ASSURÉES PAR LES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES A CONSIDÉRABLEMENT ÉVOLUÉ EN DIX ANS	36
2.1.1	<i>Une demande croissante de soins non programmés, traduisant de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins</i>	<i>36</i>
2.1.2	<i>Une évolution de l'organisation des soins entre médecine de ville et hôpital.....</i>	<i>37</i>
2.1.3	<i>Un nombre croissant de personnes âgées s'adresse aux services d'urgence en vue d'être hospitalisées.....</i>	<i>37</i>
2.2	LES PISTES DE SOLUTIONS	39
2.2.1	<i>Les grandes lignes du « plan pour améliorer la prise en charge des urgences dans le système de soins » élaboré par la DHOS.....</i>	<i>39</i>
2.2.2	<i>Système d'information cohérent et réseau formalisé d'aval : deux clés d'amélioration du fonctionnement des urgences.....</i>	<i>40</i>
2.2.2.1	L'instauration de systèmes d'information homogènes au sein des services d'accueil des urgences fluidifierait sensiblement les passages aux urgences et améliorerait leur performance.....	40
➤	Une informatisation des urgences largement inachevée.....	40
➤	Malgré l'existence de solutions techniques éprouvées, le faible niveau d'informatisation des services d'urgence freine la construction d'un réseau national ou de réseaux régionaux des urgences	42
➤	Dans ce contexte, il apparaît souhaitable de confier aux ARH une mission de coordination et de régulation des systèmes d'information des services d'accueil des urgences.	43
2.2.2.2	Au-delà de l'informatisation des services d'urgence, la généralisation d'un suivi informatisé de la disponibilité des lits d'aval nécessite une impulsion politique affirmée.....	43
➤	Les expériences en cours s'avèrent décevantes	43
➤	Ces constats soulignent la nécessité, pour mettre en œuvre une gestion partagée des disponibilités en lits, de mobiliser dans la durée l'ensemble des établissements de soins d'un bassin de vie.....	44
2.2.2.3	La construction de réseaux formalisés et opérationnels d'aval des urgences constitue un autre facteur déterminant de fluidification des services d'accueil des urgences	45
➤	Lors de la crise sanitaire d'août 2003, l'activation d'un réseau d'aval intra et inter-établissements semble avoir constitué un facteur déterminant pour les services d'urgences.....	45
	SYNTHESE DES MISSIONS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE CONFIEES AUX ARH POUR AMELIORER LA PROCEDURE DE FERMETURE PREVISIONNELLE DES LITS ET OPTIMISER LES FLUX DANS LES SERVICES D'URGENCES	49
3.1	LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT À PRENDRE PAR LES POUVOIRS PUBLICS	50
3.1.1	<i>Pour la plupart des établissements, augmenter le nombre de lits toute l'année ne constitue pas une solution.....</i>	<i>50</i>
3.1.2	<i>En revanche, deux séries de mesures réalistes semblent de nature à faciliter la prise en charge d'un afflux inopiné de patients.....</i>	<i>50</i>
3.1.2.1	La sanctuarisation des lits de réanimation.....	50
3.1.2.2	Les mesures à l'égard du personnel.....	51
	CONCLUSION	52
	ANNEXES	

INTRODUCTION

Le rapport sur les fermetures de lits hospitaliers se situe dans le cadre d'une mission spécifique demandée à l'Inspection générale des affaires sociales.

Faisant suite au rapport d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule d'août 2003, une mission a été diligentée pour analyser le phénomène de fermetures de lits dans les établissements hospitaliers durant l'été, à travers notamment l'analyse des écarts entre les prévisions de l'administration centrale et la réalité des fermetures de lits. Cette mission a été confiée à quatre membres de l'Inspection générale des affaires sociales, Mme Maryse FOURCADE, Mme Liliane SALZBERG, M. Jean-Paul BASTIANELLI et le docteur Sylvain PICARD.

Compte tenu du délai imparti la mission a adopté la méthodologie suivante :

- Après avoir sélectionné trois régions particulièrement affectées par la crise sanitaire (Ile de France, Centre, Bourgogne), elle s'est rendue dans 18 établissements hospitaliers de ces régions¹, afin d'évaluer, au moyen d'entretiens approfondis avec l'ensemble des acteurs, la réalité des fermetures de lits dans ces établissements, et leur capacité de réouverture de lits. Elle a également recueilli leur point de vue et les expériences développées en matière de complémentarité inter-établissements et d'amélioration de la filière des urgences.
- Utilisant le relais des Agences régionales de l'hospitalisations de ces trois régions et de l'AP-HP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris), elle a en parallèle demandé un relevé systématique d'écarts entre prévisions et réalisations de fermetures de lits, auprès de tous les établissements hospitaliers publics et privés des trois régions concernées.
- Enfin, la mission s'est également appuyée sur les recueils d'information déjà effectués par la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), ou en cours de recueil.

La mission s'est heurtée à de sérieux obstacles dans l'analyse des données recueillies, liés principalement aux variations sur les données prévisionnelles selon la date de recueil, aux imprécisions constatées sur la notion de « données réalisées », aux divergences entre établissements sur les définitions de « lits ouverts », « lits opérationnels », « lits disponibles », « lits occupés », au taux de réponse variable d'une catégorie d'établissements interrogée à l'autre, à l'impossibilité de vérifier précisément l'exactitude des chiffres déclarés et agréés.

A ces réserves méthodologiques près, les premiers résultats de l'enquête ne révèlent pas, à l'exception d'un petit nombre d'établissements appartenant principalement à l'AP-HP, d'écarts significatifs entre les fermetures de lits prévisionnelles et les réalisations, durant le mois d'août 2003. Il en résulte que les écarts constatés ne semblent pas constituer le facteur principal d'engorgement des services d'accueil des urgences durant la récente crise sanitaire. Au-delà de ces écarts et des niveaux moyens de fermeture, la capacité à réouvrir des lits au sein de chaque établissement dans des délais rapides nécessite également une analyse approfondie (I).

¹ CF. en annexe 2, la liste des personnes rencontrées ou contactées.

Dans une seconde partie, la mission s'est attachée, conformément aux termes de la lettre de mission, à présenter des pistes de solutions visant à assurer la complémentarité des établissements dans les territoires de santé et à garantir le bon fonctionnement de la filière d'urgence. S'inscrivant dans le cadre très complet du « plan pour améliorer la prise en charge des urgences dans le système de soins » élaboré par la DHOS en octobre 2003, les propositions de la mission, synthèse des expériences et projets recueillis auprès des établissements rencontrés, s'organisent selon deux axes : le renforcement des systèmes d'information intra et inter-établissements d'une part, le développement de réseaux d'accueil des patients dans les lits d'aval d'autre part (II).

1. L'EXISTENCE DE FERMETURES DE LITS PLUS IMPORTANTES QUE PREVUES NE CONSTITUE PAS LE FACTEUR PRINCIPAL D'ENGORGEMENT DES SERVICES D'URGENCE PENDANT LA CANICULE

Parmi les causes qui ont été invoquées pour expliquer l'engorgement des services d'urgence des établissements de santé pendant la canicule de l'été 2003, figure l'existence de fermetures de lits d'hospitalisation plus importantes que prévues initialement. En d'autres termes, selon cette analyse, dans certains hôpitaux les prévisions annoncées n'auraient pas été respectées, les possibilités d'hospitalisation auraient donc été réduites, les services d'urgences n'auraient pas pu transférer les malades, ceux-ci auraient « stationnés » aux services d'accueil des urgences, lesquels auraient été rapidement saturés.

L'examen du problème posé par cette prévision de disponibilité de lits qui n'aurait pas été respectée, est sous-tendu par trois séries d'interrogations :

- existe-t-il une procédure formalisée de prévision de fermetures de lits ? est-elle commune à tous les établissements ?
- quelle est la qualité de cette procédure ? quel crédit peut-on accorder à ces prévisions ?
- ces prévisions sont-elles respectées ?

1.1 Une réelle procédure de prévision des fermetures de lits existe

La procédure de prévision de fermetures de lits doit s'apprécier à différents niveaux :

- le niveau national, c'est à dire celui de l'administration centrale, en l'occurrence la DHOS,
- le niveau régional, c'est à dire celui des ARH² et des DDASS³ et, par assimilation, celui de l'AP-HP,
- le niveau local, c'est à dire celui des établissements.

1.1.1 Depuis 2002, la DHOS a mis en place une procédure nationale pour connaître les prévisions de fermetures de lits

La DHOS a mis en place une procédure depuis 2002, par le biais de circulaires⁴. Mais il s'agit d'une démarche qui vise essentiellement à connaître les prévisions de fermetures de lits, pour chaque région, et non pas à imposer des normes et de consignes détaillées pour véritablement organiser l'activité hospitalière durant la période des vacances d'été.

² ARH : Agence régionale de l'hospitalisation.

³ DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

⁴ Circulaire n°DHOS/P1/2002/365 du 21 juin 2002 relative aux activités hospitalières durant la période estivale 2002. Circulaire n°245/DHOS/01/2003 du 26 mai 2003 relative aux fermetures programmées de lits dans les établissements publics et privés.

1.1.1.1 *Le détail de cette procédure*

Deux circulaires de la DHOS ont organisé le dispositif.

➤ La circulaire de 2002 :

Cette circulaire, datée du 21 juin 2002, rappelle que la période estivale permet au personnel de bénéficier de congés (avec pour la première fois les effets de la mise en place de la RTT⁵) et aux établissements d'accomplir des travaux de rénovation et de mise aux normes, au moment d'une baisse des activités programmées.

La DHOS demande donc aux directeurs d'ARH :

- de s'assurer, avant le 5 juillet 2002, que dans chaque département tous les établissements publics et privés se soient concertés avec le directeur du SAMU⁶ et les chefs de services des urgences, afin de relever les prévisions de fermetures de lits ou d'activités ;
- de demander aux établissements de s'organiser entre eux afin de garantir la continuité des soins, en portant une attention particulière aux régions où la population estivale augmente ;
- de demander aux établissements de tenir régulièrement informé le SAMU et les services d'urgences d'éventuelles modifications des prévisions ;
- de transmettre à la DHOS à la fin du mois de septembre un bilan régional des fermetures.

➤ La circulaire de 2003 :

Promulguée dès la fin du mois de mai 2003, elle reprend les instructions de 2002, mais demande en sus aux directeurs d'ARH :

- d'adresser, fin mai, à la DHOS un tableau hebdomadaire prévisionnel retraçant les fermetures régionales de lits pour les mois de juin, juillet, août et septembre ;
- d'adresser chaque quinzaine un tableau hebdomadaire consolidé des fermetures réalisées au niveau régional.

1.1.1.2 *Ce nouvel outil de connaissance est perfectible*

➤ Les points forts de cette procédure :

La démarche initiée par la DHOS constitue indéniablement un effort méritoire de création d'outils de connaissance. On note qu'en 2003, à la différence de l'année précédente qui en restait au stade des constats, les instructions s'orientent plus résolument vers une approche réellement prévisionnelle des disponibilités de lits et de vérification des réalisations a posteriori.

Les « recommandations » formulées par l'administration centrale à cette occasion paraissent de bon sens et on ne saurait lui reprocher d'avoir laissé une certaine marge

⁵ RTT : réduction du temps de travail

⁶ SAMU : Service d'accueil médicalisé des urgences.

d'initiative aux ARH, par exemple en ne leur imposant pas de cadre précis pour organiser la concertation et la coopération inter établissements.

La périodicité des remontés d'informations au niveau central chaque quinzaine en 2003 paraît justifiée dans la mesure où on estime qu'il s'agit d'une « première fois » et qu'il convient de créer progressivement des automatismes.

➤ Les points faibles de cette procédure

Le premier point faible de cette procédure instituée par la DHOS, réside dans le fait que son objectif n'apparaît pas clairement : a-t-elle pour vocation de donner à l'administration une « image » de la situation des disponibilités en lits ? ou de constituer un dispositif d'alerte et de prévention ? ou de bâtir un système de contrôle ? Si c'est l'information et le contrôle qui sont privilégiés, on peut considérer que le dispositif (qui doit être amélioré et fiabilisé) est globalement adapté pour répondre à ces objectifs, mais il est peu opérationnel au regard de l'alerte.

Le deuxième point faible, c'est que les informations qui remontent à l'administration centrale sont constituées d'agrégats régionaux, qui masquent des disparités importantes au plan local, non seulement entre les départements mais aussi et surtout entre les établissements. Plus les régions sont vastes et comportent de départements, plus il est à craindre que les variations soient conséquentes et que les moyennes ne masquent des écarts substantiels. Ces informations ne permettent donc pas de tirer de réels enseignements « opérationnels », sauf si les directeurs d'ARH prennent la précaution d'assortir les tableaux statistiques de commentaires qualitatifs mettant en exergue la situation particulière de tel ou tel département ou établissement.

Le troisième point faible, concerne la périodicité prévue (tous les quinze jours) pour la remontée des réalisations. Elle est insuffisante, dans l'hypothèse où l'administration centrale ambitionne de corriger les dérives constatées. Pour être utilisée de façon vraiment efficace l'information devrait être disponible en temps réel, ce qui suppose la création d'un dispositif informatique qui n'existe pas aujourd'hui. Ce dispositif permettrait aussi d'homogénéiser la collecte des données et d'automatiser leur transmission en évitant, comme c'est le cas actuellement, les « re-saisies » sources d'erreurs.

1.1.2 Cette procédure a été effectivement relayée au plan régional

Le dispositif prévu par l'administration centrale n'a d'utilité que s'il est répercuté efficacement dans les régions et les départements et les établissements.

1.1.2.1 Dans les régions, les ARH ont généralement rempli leurs missions

Dans les régions, les ARH semblent avoir appliqué convenablement les dispositions des circulaires précitées.

Ainsi, dans une des régions visitées par la mission, dès février 2003 c'est à dire avant la parution de la circulaire ministérielle, l'ARH a demandé aux différentes DDASS d'inviter les établissements de santé publics et privés à se concerter afin de programmer leurs fermetures de lits. Entre avril et mai des réunions ont donc été organisées par les DDASS, à

raison de deux par départements, pour concrétiser cette concertation en présence d'un conseiller médical de l'ARH. A titre d'exemple, dans un département, afin de pallier la fermeture d'une partie du service de cardiologie du CHU⁷, une convention a été signée entre celui-ci et deux cliniques de la ville pour permettre d'assurer dans de bonnes conditions la continuité des soins. A la réception de la circulaire ministérielle en mai, cette ARH a donné les instructions adéquates aux DDASS, sous couvert des préfets, pour que les statistiques demandées soient transmises au ministère. Parallèlement la commission exécutive de l'ARH a été tenue régulièrement informée de l'organisation prévisionnelle des capacités d'accueil.

1.1.2.2 A l'AP-HP, le système mis en place depuis plusieurs années s'améliore

- Une structure spécialisée a été créée à l'administration centrale de l'AP-HP depuis plusieurs années : la cellule de veille des urgences.

Initiée en 1992, cette structure, qui ne réunissait à l'origine que des praticiens, s'est progressivement étoffée et comporte désormais, des représentants des 4 SAMU, des services urgences, des réanimations, des services d'hospitalisation, des directeurs d'établissements, de la Direction de la Politique Médicale. Jusqu'en 2002, les prévisions de fermetures de lits ne portaient que sur environ 50% des lits (les lits MCO⁸ à l'exclusion des spécialités médicales et chirurgicales, les SSR⁹ mais pas le long séjour). En 2003 la Cellule de veille des urgences a décidé que le suivi serait exhaustif, c'est à dire porterait sur la totalité des services et des disciplines.

Outre le suivi de l'organisation des urgences, la Cellule émet des recommandations. Par exemple, dès 2002, elle avait souligné le problème particulier posé par l'accueil des personnes âgées pendant la période estivale et avait indiqué qu'il convenait « *de maintenir ouverts dans leur intégralité les lits de soins de suite et de réadaptation* »

Cette Cellule se réunit plusieurs fois dans l'année. Elle a notamment tenu des séances le 5 août et le 26 août 2003. Au cours de la réunion du 5 août furent abordés les points suivants : l'état de la situation à cette date, les expériences de mutualisation des gardes, les transports non médicalisés, la prise en charge des urgences entre les hôpitaux COCHIN et SAINT VINCENT DE PAUL, les modalités d'organisation des fermetures de lits totales ou partielles. Mais les problèmes posés par la canicule n'ont pas été évoqués à cette occasion.

- Des notes de service

En 2002 et 2003¹⁰, la Direction de la Politique Médicale a diffusé des notes de services relatives à « *la planification des capacités d'accueil durant les congés d'été* ».

Ces notes, qui sont identiques, énumèrent des recommandations pour la réalisation des prévisions, demandent pour le mois d'avril la production de tableaux de prévisions de fermetures de lits et rappellent aux directions d'établissements les rôles respectifs des hôpitaux et du siège dans la procédure. Elle précise que le siège, outre la récapitulation des capacités d'accueil prévisionnelles apprécie la cohérence globale tant au niveau de chacun des

⁷ CHU : centre hospitalier universitaire.

⁸ MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

⁹ SSR : soins de suite et de réadaptation.

¹⁰ Note de service du 12 février 2002 et du 4 février 2003.

hôpitaux que de chacune des disciplines. Cette appréciation repose, soit sur les « *quotas préconisés* » (Cf. ci après §1131), soit sur la comparaison des taux d'ouvertures de lits de l'année précédente et les difficultés observées. En fonction de ces critères le siège peut être conduit à demander aux établissements des aménagements des prévisions initiales.

1.1.2.3 Dans les départements, les DDASS ont joué un rôle fédérateur

Si, comme il a été dit précédemment, les DDASS ont, dans leur ensemble, effectivement appliqué les instructions ministérielles concernant la procédure de prévision des fermetures de lit, en revanche la qualité des réunions de concertation a été variable.

La mission a constaté que dans la majorité des départements visités, c'est grâce à l'action des DDASS que la concertation inter établissements s'est organisée de manière efficace en 2003, par territoires sanitaires et non de façon ponctuelle.

Mais il serait erroné de penser qu'il s'est agi d'une entreprise aisée, allant de soi. D'abord parce que la concertation ne se décrète pas. Ensuite parce que certains établissements privés, dont l'activité est très spécifique (centrée sur la chirurgie et en particulier sur les spécialités chirurgicales telles que l'ORL¹¹ ou l'ophtalmologie) perçoivent mal l'utilité de leur participation à cette démarche. Dans un des départements visités par la mission, l'hôpital du chef lieu avait pâti durant l'été 2002 d'une situation relativement difficile en raison de fermetures de lits non coordonnées entre les établissements publics et privés. Il avait donc demandé aux autorités de tutelle de provoquer une réunion afin d'y remédier. La DDASS consciente des enjeux (et en conformité avec les instructions ministérielles) a donc invité en 2003 l'ensemble des établissements à se réunir pour évoquer le problème. Malheureusement, force fut de constater à cette occasion que tous les établissements publics n'étaient pas représentés et que les établissements privés étaient absents. Cette réunion a toutefois constitué une avancée parce qu'elle a permis de dresser un bilan des réalisations de l'année précédente et de cordonner la planification des fermetures des établissements présents.

1.1.3 Mais, dans les établissements existait déjà une procédure formalisée de prévisions de fermeture de lits

Pour des raisons tenant à d'évidentes nécessités de gestion, nonobstant les directives ministérielles, les établissements de santé ont toujours possédé et utilisé des outils de prévision des fermetures de lits, plus ou moins précis et détaillés.

Les instructions ministérielles ont donc essentiellement contribué à formaliser et à unifier les démarches et la présentation des résultats.

Les constats effectués par la mission permettent d'affirmer que, quelle que soit la taille de l'établissement, les procédures de prévision comportent des caractéristiques communes. Il existe toutefois des spécificités à l'AP-HP et dans certaines régions.

¹¹ ORL : oto-rhino-laryngologie.

1.1.3.1 Les caractéristiques communes

- En règle générale, il existe un planning des opérations de prévisions

Dans la plupart des cas, le calendrier débute en janvier-février et se termine au plus tard en mai. Il est connu et annoncé par note de service.

- Les prévisions de fermetures de lits ne sont pas basées sur une connaissance précise des besoins de la population.

En effet, la connaissance des besoins est empirique. Les observatoires régionaux de la santé produisent très peu d'études épidémiologiques faisant apparaître les besoins réels de la population, utilisables par les hôpitaux. Par ailleurs, l'apparition de crises ou d'épidémies est par définition impossible à prévoir à l'avance. Les établissements se basent donc sur les résultats de l'activité de l'année précédente, c'est à dire essentiellement le décompte du nombre d'entrées ou de passages constatés.

Cette manière de faire peut apparaître suffisante. Elle l'est dans la majorité des cas. Mais elle peut être source d'erreurs. En effet, si l'année précédente, pour des raisons diverses (choix économiques, impératifs de gestion, mouvements de population), l'activité a été restreinte, ou si son volume a subi une augmentation ponctuelle (épidémie), l'estimation des besoins s'appuie sur une information tronquée ou inexacte.

Peu de normes et de critères sont donnés par l'administration centrale, ou les ARH, pour encadrer et guider les prévisions. Seule l'AP-HP a ciblé des services et fixé des taux de fermetures, en 2002 et 2003 pour les mois de juillet et août. Par exemple pour le mois d'août sont concernés les services :

- d'orthopédie (taux d'ouverture conseillé 70%),
- de réanimation chirurgicale (taux d'ouverture conseillé 85%),
- de réanimation médicale (taux d'ouverture conseillé 75%),
- de réanimation pneumologique (taux d'ouverture conseillé 50%)
- d'hématologie (taux d'ouverture conseillé 75%).

De plus, la note diffusée par l'AP-HP à ses établissements ajoute quelques directives, qui portent néanmoins sur des points que la mission juge essentiels :

- La capacité d'accueil des lits de médecine doit pouvoir répondre aux besoins des services d'urgence.
- La fermeture des lits porte doit être exceptionnelle.
- La programmation des fermetures de lits des services particulièrement concernés par les urgences (réanimation, chirurgie orthopédique et viscérale) doit être établie en coordination avec les hôpitaux voisins (AP-HP et hors AP-HP).
- L'accueil des personnes âgées soulevant des difficultés d'une particulière acuité, il est recommandé de maintenir ouverts dans leur intégralité les lits de suite et de réadaptation et *«de renforcer les partenariats habituels avec les services de gérontologie en vue d'élaborer une procédure particulièrement adaptée à la période d'été»*

Pour leur part, les directions d'établissements s'en tiennent, le plus souvent, à des « recommandations », qui ressortent de l'expérience et du bon sens. Ainsi, dans un hôpital visité par la mission, une note de la direction a incité les responsables de services à « *rechercher des organisations innovantes préservant les masses critiques et réduisant les dispersions de moyens : possibilité de regroupement de certaines réanimations, regroupement de certains services de médecine sur un seul niveau, regroupement des places de jour, regroupement de certaines chirurgies au même étage ...* »

- Les prévisions de fermetures de lits sont basées essentiellement sur des facteurs endogènes liés au fonctionnement.

Les critères qui président aux prévisions des fermetures sont principalement des facteurs liés à la gestion. Ils sont de deux sortes : pour certains les directions disposent de quelques marges de manœuvre, pour d'autres les contraintes externes sont fortes.

Parmi les facteurs pour lesquels la responsabilité des directions est engagée, deux sont déterminants : la répartition des congés du personnel médical et celle du personnel non médical.

Si l'influence des congés du personnel médical à l'AP-HP n'est pas citée par les directions hospitalières, par contre, dans les autres régions de France, c'est un élément qui est mis en avant pour justifier les fermetures de lits. Outre les effets de la RTT pour les médecins qui a contraint le ministère à publier récemment un texte assouplissant les règles à cet égard¹² ce qui témoigne de l'importance des difficultés rencontrées, on comprend aisément que si un médecin est en vacances, un chirurgien par exemple, le maintien en activité de la totalité des lits de son service est peu justifié. Dans un établissement chef lieu de département visité par la mission, la connaissance de la présence des médecins est même l'élément déterminant de la procédure de prévision des fermetures de lits. Le directeur rencontre d'abord tous les chefs de service pour évoquer avec chacun d'eux sa période d'absence estivale. C'est à l'issue de ce colloque particulier que le calendrier et le nombre de fermetures seront ensuite établis, en tenant compte le cas échéant des autres contraintes (congés du personnel non médical, travaux, etc...). Cette dualité d'attitudes entre Paris et la province, concernant la prise en compte des absences des médecins, s'explique vraisemblablement par l'importance numérique des équipes médicales parisiennes, qui permettent de disposer d'un personnel qualifié suffisant en permanence. D'ailleurs, comme l'a confié une des directrices de l'AP-HP à la mission, « *les chefs de service sont plutôt hostiles à la fermeture de lits pendant l'été* ».

L'autre critère interne majeur qui préside aux prévisions de fermetures de lits, est celui des congés du personnel non médical. Dans la très grande majorité des cas, c'est à partir de cet unique élément que se décident, de fait, les fermetures de lits. Pour apprécier l'importance des enjeux, il faut rappeler que jusqu'à l'instauration des mesures de RTT, les personnels hospitaliers bénéficiaient généralement de 39 jours ouvrés de congés annuels¹³. Depuis 2002, sous l'effet des mesures de réduction du temps de travail, le nombre potentiel de jours d'absence de chaque agent a augmenté de 18 jours, soit 50% de plus que précédemment. A ceux-ci, il convient d'ajouter, surtout pour les services d'hospitalisation, un nombre de jours variables dits de « récupération » qui compensent des heures supplémentaires effectuées mais non rémunérées.

¹² Décret n°2003-968 du 9 octobre 2003

¹³ 25 jours de congés annuels + 11 jours fériés + 2 jours « hiver » + 1 jour en cas de fractionnement.

Dans ces conditions, établir les congés du personnel non médical, tout en maintenant une capacité optimum d'encadrement dans les services de soins, devient très difficile parce que le nombre potentiel d'heures de travail a objectivement décliné. Il s'est amenuisé évidemment à effectif constant, mais aussi même avec la création de postes supplémentaires lors de la mise en œuvre de la RTT. Nombre d'établissements ont pu démontrer cette réalité. Par exemple, dans un CHU visité par la mission, selon ses indications :

- en 2001, sur une base annuelle de 1684,8 heures de travail par agent et par an¹⁴, et de 4331 agents, correspondait un potentiel théorique de 7 296 868 heures de travail ;
- en 2002, sur une base annuelle de 1540 heures de travail par agent et par an, et de 4449 agents (118 agents de plus, soit + 2,7% par rapport à l'année précédente) correspondait un potentiel théorique de 6 851 460 heures de travail¹⁵, c'est à dire un « déficit » de - 6,1% correspondant à 290 postes.

Si l'on ajoute à cela la pénurie de recrutement de plusieurs catégories de personnels qualifiés, en particulier les infirmières, qui minore d'autant les capacités d'intervention, on comprend dès lors que l'organisation du temps de travail dans les services d'hospitalisation devienne une entreprise délicate.

Plusieurs établissements ont établi des règles strictes pour tenter de surmonter cette difficulté, comme par exemple l'interdiction du cumul des jours de congés annuels et des jours de RTT, ou bien la limitation du nombre de jours de congé qu'il est possible de prendre consécutivement pendant la période estivale. Malgré cela, il est indéniable que dans la quasi-totalité des établissements, les effectifs durant l'été sont en « flux tendus ».

La fermeture de lits devient alors objectivement la seule « variable d'ajustement ».

Dans ce contexte, la mission a constaté que parfois l'annonce du maintien d'un nombre de lits ouverts ne correspond pas à la garantie d'une réelle capacité d'accueil, en raison de l'insuffisante disponibilité des personnels correspondants.

Parmi les facteurs que l'on peut qualifier « d'externes » qui influent sur les prévisions de fermetures de lits, il y a la réalisation de travaux de rénovation ou de mise en conformité des locaux. Ces mises en conformité, qui sont incontournables et qui d'ailleurs résultent de l'application de textes, s'imposent aux hôpitaux. On peut toujours épiloguer sur le moment le plus favorable pour les réaliser, il n'en demeure pas moins que la période estivale est objectivement la plus propice.

Dans certains établissements les spécificités architecturales (présences de « pavillons », services dispersés) ajoutent des contraintes supplémentaires pour l'établissement des prévisions de fermetures. A juste raison, beaucoup de directeurs indiquent qu'il est souvent préférable de fermer un service entier, ou une aile de bâtiment, plutôt que de fermer ça et là quelques lits, afin d'optimiser les économies potentielles.

¹⁴ Le nombre d'heures de travail théoriques était de 1716. Mais dans cet établissement les agents « postés » bénéficiaient d'avantages supplémentaires.

¹⁵ Le constat du nombre d'heures effectivement travaillées confirme cette tendance : 2001 : 6 401 406 heures travaillées ; en 2002 : 5 914 748 heures travaillées (soit - 8,2%).

D'autres éléments «externes » ou «environnementaux » influent, souvent dans un sens positif mais à la marge, sur les prévisions de fermetures de lits. Parmi ceux-ci on peut classer l'existence de réseaux, d'accords ou de conventions entre services ou établissements, qui organisent une complémentarité médicale.

1.1.3.2 Dans les établissements de l'AP-HP

Dans les établissements de l'AP-HP que la mission a visités, le processus suivi est globalement identique, avec quelques variations mineures qui tiennent à la spécificité de chacun et aux habitudes prises.

En règle générale en 2003 :

- la note du siège du 4 février a été répercutée dans les services (aux cadres infirmiers et aux chefs de services) dans la quinzaine qui a suivi sa réception ;
- un mois a été laissé aux services pour transmettre à la direction de l'établissement leurs propositions de fermetures ;
- outre le respect des quotas d'ouvertures préconisés par la note de service du siège, les prévisions ont été établies en fonction du constat de l'activité des années précédentes, des travaux et surtout des congés du personnel ;
- la validation des propositions des services a été effectuée en deux temps : d'abord par la, ou les, directions spécialisées (Direction des ressources humaines, Direction des soins infirmiers, Direction des finances et de la clientèle selon les cas) puis par la direction de l'établissement, après avis des commissions internes notamment la Commission consultative médicale ;
- le résultat a été communiqué au siège dans les délais impartis et a fait l'objet d'une diffusion générale au sein de l'établissement.

Parmi les spécificités relevées, on note :

- dans un établissement l'existence depuis plusieurs mois, en raison d'importants travaux de restructuration, d'une cellule particulière, avec des représentants des urgences, des services d'hospitalisation et de l'administration locale, pour organiser les ouvertures et les transferts de lits ;
- dans un autre hôpital, l'implication de la direction locale pour guider les services dans leurs prévisions ;
- dans tous les établissements, l'importance accordée aux sorties d'écoles d'infirmières, qui conditionnent la densité et la qualité de l'encadrement paramédical dans les services (la période estivale correspondant à une période de « creux »).

1.1.3.3 Dans les établissements de province

Par rapport aux établissements de l'AP-HP, la mission n'a pas observé de différences fondamentales dans les hôpitaux de province, quant au déroulement de la procédure.

Elle a noté toutefois :

- que ce sont les congés des personnels médicaux et non médicaux qui constituent l'élément essentiel pour prévoir les fermetures de lits ;
- qu'il existe souvent des commissions spécialisées, de dimension restreinte (avec des représentants du corps médical, des cadres infirmiers, des urgences, de la direction des travaux, de l'administration) pour valider les propositions des services ;
- que les instances internes (CME, CTE, CA¹⁶) sont systématiquement consultées ou informées ;
- que les décisions finales font l'objet d'une large diffusion interne, mais aussi en externe en direction des autres établissements du territoire sanitaire ou du département.

1.1.4 Les prévisions de fermetures dans les établissements publics concernent un nombre variable de lits et de services, lié à la taille des établissements

La mission a observé que les prévisions de fermetures concernent un nombre variable de lits et de services, lié à la taille de l'établissement : il y a d'une part les CHU et les hôpitaux de l'AP-HP et d'autre part les autres hôpitaux.

Dans les établissements de la première catégorie, qui possèdent généralement beaucoup de services très spécialisés, le nombre d'unités concernées par les fermetures est notablement plus important.

Par exemple :

- dans un CHU visité par la mission, il y a eu des prévisions de fermetures dans :
 - 1 service sur 4 de réanimation ou de soins intensifs,
 - 6 services sur 10 de chirurgie et de spécialités chirurgicales,
 - 26 services sur 28 de médecine et de spécialités médicales (y compris les hôpitaux de jour et la psychiatrie)
 - 2 services sur 3 de soins de suites et de réadaptation.
- dans un hôpital parisien il y a eu des prévisions de fermetures dans :
 - 3 services sur 4 de réanimation ou de soins intensifs,
 - 4 services sur 6 de chirurgie et de spécialités chirurgicales,
 - 7 services sur 11 de médecine et de spécialités médicales.
- dans un autre hôpital parisien il y a eu des prévisions de fermetures dans :
 - 7 services sur 8 de réanimation ou de soins intensifs,
 - 7 services sur 8 de chirurgie et de spécialités chirurgicales,
 - 15 services sur 29 de médecine et de spécialités médicales.

¹⁶ CME: commission médicale d'établissement ; CTE: comité technique d'établissement ; CA: conseil d'administration

Il convient de noter toutefois que, dans tous les cas, les fermetures dans chacun des services portent sur un nombre limité de lits et, qu'à l'exception des hôpitaux de jour, aucun n'est fermé en totalité.

Dans les hôpitaux de la deuxième catégorie, relativement peu de services sont concernés par les fermetures de lits, avec des pourcentages qui oscillent entre 10 et 15% pour la médecine et 20 à 25 % pour la chirurgie.

Par exemple :

- dans un centre hospitalier de 1106 lits : un service de médecine (14% de la capacité de la discipline) et deux services de chirurgie (22% de la capacité de la discipline) ;
- dans un centre hospitalier de 634 lits : un service de médecine (11% de la capacité de la discipline) et deux services de chirurgie (25% de la capacité de la discipline) ;
- dans un centre hospitalier de 550 lits : un service de médecine (14% de la capacité de la discipline) et un service d'obstétrique (32% de la capacité de la discipline).

Il est à noter que pour ces établissements il n'y a aucune prévision de fermetures pour les urgences, la réanimations et les SSR.

1.1.5 La transmission ascendante des informations concernant les prévisions est effective mais le retour d'informations aux établissements est lacunaire

La transmission organisée de ces informations à l'administration centrale est relativement récente, puisque les premières remontées d'informations datent de 2002.

L'implication des DDASS de beaucoup de départements dans le processus prévisionnel est plus ancienne, mais empirique et limitée aux établissements publics et PSPH¹⁷. Elles détenaient des informations mais en faisaient un usage local, surtout à des fins budgétaires. Aujourd'hui, ces services déconcentrés servent à la fois de relais et de « chevilles ouvrières » pour organiser la concertation.

Le problème majeur posé par la transmission des données aux autorités de tutelle demeure, celui des définitions et des interprétations fluctuantes des notions de lits « installés », « opérationnels », « consolidés », « occupés », « vacants », « fermés », « disponibles »...

Dans les régions visitées, la mission a constaté que les services déconcentrés et les ARH ont transmis en général dans les délais impartis, les informations, même partielles, demandées par l'administration centrale.

En revanche, les DDASS n'organisent pas systématiquement la restitution des informations relatives aux fermetures prévisionnelles de lits aux établissements, pour le bassin de vie qui les concerne. Par exemple, c'est par la presse qu'un important hôpital de la région

¹⁷ PSPH : participant au service public hospitalier.

Rhône-Alpes a appris la fermeture imminente de lits dans un établissement privé situé à proximité immédiate du site des urgences.

1.1.6 Points forts et limites de l'ensemble du dispositif prévisionnel

1.1.6.1 Les limites du dispositif d'ensemble

A l'évidence, le dispositif de prévision de fermetures de lits tel qu'il existe est absolument nécessaire, mais il comporte des limites.

En effet, au-delà des points faibles qui ont déjà été relevés (objectifs du processus, qualité des agrégats, périodicité des remontées d'informations, diversité des définitions) ¹⁸ la mission estime que le dispositif recèle une carence fondamentale : il ne permet de connaître que le nombre de lits « ouverts », c'est à dire ceux qui sont susceptibles d'être utilisés (puisque non fermés), mais pas ceux qui sont vacants, c'est à dire qui sont réellement utilisables en cas de besoins supplémentaires. En d'autres termes, la procédure ne donne pas à chaque niveau (local, régional ou national) la vision de la réalité qui lui est utile.

La deuxième limite de la procédure, tient au fait qu'elle s'inscrit dans une démarche déclarative, c'est à dire qu'il peut exister des hiatus entre ce qui est déclaré et la réalité.

La troisième limite de la procédure, corollaire de la précédente, c'est qu'elle porte sur des prévisions, lesquelles par définition peuvent ne pas être exactes. Si par hypothèse, les pouvoirs publics souhaitent que les prévisions correspondent très exactement aux réalisations, il conviendra alors de modifier les termes et parler d'obligations d'ouvertures de lits pendant l'été.

Enfin, l'absence de systèmes d'informations adaptés interdit actuellement un rapprochement réel des données entre prévisions et réalisations, ce qui accroît les risques d'erreurs et allonge les délais.

1.1.6.2 Les points forts du dispositif d'ensemble

Le dispositif d'ensemble comporte au moins deux points forts :

- d'une part, il a contraint les différents acteurs à s'engager véritablement dans un processus prévisionnel. Il est à remarquer que dès lors que les DDASS et les ARH se sont réellement impliquées la qualité et la fiabilité des prévisions se sont améliorées sensiblement par rapport aux résultats antérieurs ;
- d'autre part, il concerne à la fois les secteurs public et privé, même si « l'offre de service » de ce dernier est limitée (essentiellement la chirurgie) et si son engagement est encore perfectible.

¹⁸ Cf. annexe 4.

1.1.7 Propositions pour améliorer le dispositif

En tout premier lieu, il convient de préciser les missions que doivent assumer les différents niveaux et les règles à appliquer. Ce n'est pas au niveau national que peut se gérer avec efficacité le dispositif de prévision et de réalisation des fermetures de lits.

Si on comprend aisément que l'administration centrale ait besoin d'informations pour connaître les évolutions, envisager des stratégies, voire tout simplement pour communiquer, il est indéniable que gérer par le menu le processus n'est pas de son ressort.

Il faut donc que rapidement l'administration centrale précise clairement le rôle et les limites d'intervention de chaque niveau (national, régional, local) en la matière.

En particulier, il est de la responsabilité de l'administration centrale, afin d'assurer la cohérence du dispositif, de fixer les règles générales. Parmi celles-ci, le problème de la définition des différentes catégories de lits doit être résolu rapidement, afin que la collecte des données et leur traitement aient une réelle signification et une utilité.

1.2 La réalité des fermetures

1.2.1 Les fermetures estivales de lits MCO auraient été dans l'ensemble conformes aux prévisions

1.2.1.1 La plupart des établissements de santé de la métropole n'auraient pas fermé plus de lits MCO que prévu

D'après les données rassemblées par la DHOS au début novembre 2003 et le relevé demandé par l'IGAS qui les complète sur trois régions, la plupart des établissements de santé de la métropole auraient respectés les prévisions de fermetures de lits MCO. Seules les régions Rhône Alpes, Bourgogne et quelques établissements de l'AP-HP n'auraient pas été dans cette situation.

Tableau 1 : Taux de disponibilités en lits MCO d'hospitalisation complète à l'été 2003
(données incomplètes)

Taux d'ouvertures des lits installés

	Moyenne des lits disponibles en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)					
	Données réalisées		Données prévisionnelles		Écart entre le réalisé et le prévisionnel % (R-Pri)	
	Juillet	Août	Juillet	Août	Juillet	Août
Rhône-Alpes	89,6	79,8	86,1	85,3	3,5	-5,5
Bourgogne	91,0	80,5	89,5	82,3	1,4	-1,8
Champagne-Ardenne	95,1	86,0	94,9	87,0	0,2	-1,1
Lorraine	84,8	82,4	86,1	83,3	-1,3	-0,9
Haute-Normandie	91,6	83,6	92,0	84,3	-0,4	-0,8
Limousin	89,5	85,0	89,9	85,7	-0,4	-0,6
PACA	96,7	92,6	97,1	93,1	-0,4	-0,5
Bretagne	94,0	88,8	94,0	88,8	0,0	0,0
Corse	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Franche-Comté	92,5	89,5	92,5	89,5	0,0	0,0
Nord-Pas de Calais	92,3	86,2	92,3	86,2	0,0	0,0
Pays de Loire	86,4	79,3	86,4	79,3	0,0	0,0
Languedoc-Roussillon	93,5	88,6	93,5	88,6	0,0	0,0
Alsace	88,1	80,3	87,7	79,0	0,4	1,3
Basse-Normandie	92,8	82,2	85,3	77,7	7,5	4,5
Auvergne	92,5	88,2	78,0	83,1	14,5	5,1
Poitou-Charentes	95,5	95,7	95,1	88,3	0,3	7,4
Aquitaine	97,5	95,7	87,2	82,0	10,2	13,7
Ile de France (hors AP-HP) ¹	93,6	71,1	nd	nd	nd	nd
Centre	91,3	nd	92,5	98,0	-1,2	nd
Picardie	91,2	nd	91,0	nd	0,2	nd
Midi-Pyrénées	94,6	85,6	96,8	nd	-2,3	nd
TOTAL (hors Île de France, Centre, Picardie et Midi-Pyrénées)	93,2	91,3	91,8	87,0	1,4	4,3

Source DHOS à partir des remontées des ARH

1 : les données du mois de juillet ne concernent que 3 départements. Par ailleurs il est à noter que les prévisions de fermetures, recensées par l'administration centrale pour la région Ile de France, portaient sur une moyenne MCO + SSR de 4 mois, de juin à septembre 2003, c'est à dire sur un nombre de disciplines et sur une période plus importants.

nd : non déterminé ou données trop partielles

L'écart le plus significatif est observé en août 2003 dans la région Rhône-Alpes.

L'écart entre les taux de prévisions de fermetures de lits par rapport aux lits MCO installés et les taux de fermetures réalisées, est toutefois très différent pour les 18 régions entre le mois de juillet et le mois d'août. Le taux moyen tel qu'il est évoqué dans la lettre de mission sur les deux mois de juillet et d'août 2003 n'est donc pas significatif.

En région Bourgogne, pour laquelle la mission dispose des deux dénombrements pour le mois d'août 2003, les données transmises par l'ARH à la DHOS sont différentes de celles qui résultent du relevé IGAS : le nombre de lits fermés au-delà des prévisions est respectivement de - 1,8 % des lits MCO installés pour les remontées de la DHOS et de - 3,1% des lits MCO installés, dans le relevé IGAS (y compris les réouvertures exceptionnelles).

Les dénombrements spécifiques effectués par les ARH et l'AP-HP, à la demande de la mission, ont permis de préciser à la fois la difficulté de l'exercice et la réalité de ces écarts

pour des activités plus détaillées : lits de médecine, mais aussi de réanimation adultes médicales et chirurgicales, pédiatrie par exemple.

Au total, les établissements de santé publics et privés des régions Bourgogne, Centre et de l'AP-HP auraient fermé en moyenne au mois d'août 2003 plus de lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) que prévu, ce qui ne serait pas le cas pour la région Ile de France.

La région Ile de France (hors AP-HP) part cependant d'un niveau nettement plus important de prévisions de fermetures : 35% des lits installés, proche de celui de l'AP-HP : 33%.

1.2.1.2 En région Ile de France (hors AP-HP), un écart faible mais des taux de fermetures des lits, prévu et effectif, élevés

Les prévisions de fermetures de lits MCO ont été en général respectées en région Ile de France (hors AP-HP), comme le montrent les tableaux ci-dessous.

Tableau 2 : Disponibilité en lits MCO en août 2003 - Région Ile de France (hors AP-HP) – Établissements Publics et PSPH

Lits d'hospitalisation complète
Taux d'ouvertures des lits installés

Moyenne Août 2003	Taux d'ouvertures réalisées	Taux d'ouvertures prévues	Taux d'ouvertures réalisées (avant réouvertures)	Ecart avant réouvertures exceptionnelles	Taux de réouvertures exceptionnelles
	(Taux R/I)	(Taux Pri/I)	(Taux R/I)	(R/I)-(Pri/I)	réo/I
75 Paris ⁽¹⁾	43,6%	36,6%	42%	5,2%	1,8%
77 Seine et Marne	72,0%	70,3%	70,4%	0,1%	1,7%
78 Yvelines	65,5%	65,9%	65,3%	-0,6%	0,2%
91 Essonne	75,1%	72,6%	72,3%	-0,4%	2,9%
92 Hauts de Seine	65,3%	63,5%	65,3%	1,8%	0,0%
93 Seine saint Denis	77,4%	77,5%	76,2%	-1,3%	1,2%
94 Val de Marne	68,9%	73,7%	68,5%	-5,2%	0,4%
95 Val d'Oise	70,9%	69,9%	69,4%	-0,6%	1,5%
Total région IdF (hors AP-HP)	66,1%	64,6%	64,8%	0,2%	1,3%

Source ARH/DRASS/DDASS IF - relevé IGAS

⁽¹⁾ Données partielles, hors 2 établissements PSPH importants

Le faible taux de réponse des établissements du secteur privé n'a pas permis l'exploitation des données correspondantes.

Tableau 3 : Région Ile de France - Taux de réponses par département

Établissements de santé MCO-SSR

N°	Départements	Région Île de France	Dont Publics et PSPH	Dont Autres Privés
75.	Paris	31%	86%	0%
77.	Seine et Marne	59%	85%	32%
78.	Yvelines	61%	80%	50%
91.	Essonne	62%	75%	50%
92.	Hauts de Seine	90%	88%	92%
93.	Seine saint Denis	88%	75%	95%
94.	Val de Marne	80%	88%	76%
95.	Val d'Oise	84%	92%	79%
Total ARH IF		66%	84%	54%
Nombre d'établissements répondants		208	108	100

Source ARH/DRASS/DDASS IF - relevé IGAS

Le nombre de fermetures effectives, avant toutes réouvertures exceptionnelles de lits MCO, pour les secteurs public et privé, présente un écart positif de + 17 lits en moyenne pour la région (soit 0,1% des lits installés) par rapport aux prévisions initiales. Cet écart est plus affirmé pour les établissements publics (+ 26 lits).

Le niveau des fermetures prévues au départ a été toutefois important en Ile de France : plus du tiers des lits installés en moyenne sur le mois d'août 2003, aussi bien dans le secteur public (35% des 12 481 lits MCO installés ont été fermés en août 2003) que dans le secteur privé (32% des 5 738 lits MCO installés).

Des réouvertures exceptionnelles sont intervenues, mais les taux de réouvertures signalés n'atteignent pas en moyenne 3% des lits installés.

Les prévisions de fermetures dans le secteur public ont été relativement bien suivies dans tous les départements ; l'écart entre le taux prévu de fermetures de lits MCO et le taux effectif avant réouvertures exceptionnelles est même positif dans les Hauts de Seine et Paris¹⁹. Seul le Val de Marne présente un écart significatif mais il s'agit de fermetures supérieures aux prévisions dans un établissement public pour des lits de chirurgie, activité programmable.

1.2.1.3 A l'AP-HP : un respect en moyenne des prévisions mais des situations plus préoccupantes pour certains établissements recevant des urgences

- Les fermetures effectives de lits dans les établissements de l'AP-HP ont été, globalement, plutôt conformes aux prévisions en août 2003.

Pour l'ensemble des lits MCO des établissements de l'AP-HP, l'écart avant réouvertures exceptionnelles est de -270 lits, soit 2% des 12 643 lits installés dénombrés pour la mission.

¹⁹ Les taux de fermetures prévus et réalisés sur l'ensemble du mois d'août 2003 sont très élevés pour les établissements privés participant au service public (PSPH) de la capitale : plus de la moitié (56%) des lits installés en réalisé, hors deux établissements importants n'ont cependant transmis cette information.

Cet écart est de - 211 lits pour les lits de médecine, dont le taux de fermeture réel est de 37% pour 7 162 lits installés dans cette discipline. L'écart pour les lits de réanimation adulte est - 16 lits, mais avec un taux de fermeture réel globalement plus préoccupant, compte tenu de la spécificité de la discipline, puisqu'il atteint 33% des lits installés.

Les réouvertures exceptionnelles ont été en moyenne relativement faibles, toujours d'après le relevé IGAS, à hauteur de 1,4% des lits installés. Il s'agit de 177 lits, essentiellement de médecine (129 lits) et de réanimation adulte (23 lits).

- Mais parmi les vingt hôpitaux de l'AP-HP ayant une activité d'urgence, six auraient fermé plus de lits que prévu.

L'analyse de la situation des établissements qui possèdent une activité d'urgence montre que sur les vingt établissements concernés, 14 ont en général respecté leurs prévisions ou ont fermé moins que prévu.

Tableau 4 : Disponibilité en lits MCO - Etablissements de l'AP-HP ayant eu une activité d'urgences en août 2003

Lits d'hospitalisation complète MCO – AP-HP - Taux d'ouvertures des lits installés

Moyenne août 2003	Taux d'ouvertures réalisées	Taux d'ouvertures prévues	Taux d'ouvertures réalisées (avant réouvertures exceptionnelles)	Ecart avant réouvertures exceptionnelles	Taux de réouvertures exceptionnelles	Répartition des lits en %			Nombre d'hôpitaux concernés
						Installés	Prévisions	Réalisés	
Établissements ayant (*):	(Taux R/I)	(Taux Pri/I)	(Taux R/I)	(R'-Pri)/I-	(réo/I)	(I)	(Pri)	(R)	
A – Une activité d'urgences									
1 Fermé plus que prévu et plus de 100 lits installés	62,1%	66,8%	60,8%	-6,0%	1,3%	36%	36%	34%	6
2 Fermé comme prévu, mais plus de 100 lits installés	64,4%	62,5%	62,7%	0,1%	1,7%	48%	45%	47%	11
0 Fermé moins que prévu et moins de 100 lits installés	73,1%	71,4%	71,9%	0,6%	1,1%	7%	8%	8%	3
A - Total activité d'urgences	64,1%	64,9%	62,6%	-2,3%	1,5%	90%	89%	89%	20
B - Autres établissements	72,7%	73,2%	72,3%	-0,9%	0,4%	10%	11%	11%	17
A+B Total AP-HP	65,0%	65,7%	63,6%	-2,1%	1,4%	100%	100%	100%	37

Source : relevé de l'IGAS, données collectées par l'AP-HP, direction de la politique médicale entre le 10 et le 30 octobre 2003

(*) critères : fermeture de lits MCO plus que prévu avant réouvertures exceptionnelles (écart négatif, < à 0% par rapport aux lits installés), et fermeture en nombre de plus de 100 lits ou non.

Le phénomène de fermetures de lits plus important que prévu en août 2003 a été par contre constaté pour six établissements qui rassemblent un peu plus du tiers de la capacité en lits de l'AP-HP. Les dépassements par rapport aux prévisions sont de l'ordre de 6% de leurs capacités en lits.

Onze hôpitaux ayant une activité d'urgences, ont respecté leurs prévisions. Ils avaient toutefois, initialement prévu un niveau conséquent de fermetures (plus de 100 lits MCO installés).

Trois établissements ayant une activité d'urgence débordant les limites de la capitale ont fermé moins de lits que prévu, malgré un taux de fermeture initial plus faible (29%).

L'analyse du phénomène d'afflux des patients pendant la crise ne montre pas de lien, pour un établissement donné, entre le respect des prévisions de fermeture et les difficultés rencontrées pendant cette période.

1.2.1.4 Les prévisions de fermetures de lits MCO ont été, en moyenne, relativement bien respectées en région Centre et dans une moindre mesure en Bourgogne.

➤ En région Centre

Tableau 5 : Région Centre - Taux de couverture des réponses des établissements MCO répondants aux trois notions de lits (installés, prévus et réalisés)

Taux de couverture calculé sur l'ensemble des répondants à l'ARH	Public et PSPH	Autres privés	Ensemble	Répondants aux trois notions en nombre
Par rapport au nombre d'établissements répondants	38%	27%	33%	22
Par rapport au nombre de lits en août 2003 :				
Installés (I)	97%	40%	77%	6 029
Prévus (Pri)	93%	29%	77%	4 990
Réalisés (R)	94%	31%	79%	5 013

Source : relevé IGAS – ARH Centre

Le nombre de fermetures effectives (avant toutes réouvertures exceptionnelles de lits MCO) tant dans le secteur public que dans le secteur privé, présente, en moyenne un écart de -1,3% par rapport aux prévisions initiales après la ré-exploitation par la mission des dénombrements transmis par l'ARH²⁰. Cet écart est plus important pour les lits de médecine (-10,4%) et les lits de réanimation adulte (-2,3%) qui ont été réouverts dans la même proportion pour chacune de ces disciplines.

²⁰ L'exploitation faite par la mission porte sur les établissements ayant répondu chacun aux trois notions étudiées : celles de lits installés, de données prévisionnelles et de données réalisées.

Tableau 6 : Disponibilité en lits MCO en août 2003 - Région Centre -

Lits d'hospitalisation complète
Taux d'ouvertures des lits installés

Moyenne Août 2003	Taux d'ouvertures réalisées	Taux d'ouvertures prévues	Taux d'ouvertures réalisées (avant réouvertures exceptionnelles)	Ecart avant réouvertures exceptionnelles	Taux de réouvertures exceptionnelles
	(Taux R/I)	(Taux Pri/I)	(Taux R'/I)	(R'/I)-(Pri/I)	réo/I
Publics et privés :					
Total MCO	83,1%	82,8%	81,4%	-1,3%	1,7%
dont médecine	88,1%	88,1%	77,7%	-10,4%	10,4%
dont Réanimation « adultes »	94,9%	95,2%	92,9%	-2,3%	2,0%
dont Pédiatrie	87,8%	87,8%	87,8%	0,0%	0,0%
Publics :					
Total MCO	84,4%	84,0%	82,5%	-1,5%	1,9%
dont médecine	88,1%	88,1%	77,7%	-10,4%	10,4%
dont Réanimation adultes	94,9%	95,2%	92,5%	-2,7%	2,4%
dont Pédiatrie	87,8%	87,8%	87,8%	0,0%	0,0%

Source : relevé ré exploité des données transmises par l'ARH Centre

Le niveau des fermetures prévues a été relativement faible, par rapport à celui observé dans les autres régions : 18 % des lits MCO installés, en moyenne sur le mois d'août dans le secteur public.

Les départements du Cher, de l'Eure et Loir et du Loire et Cher ne présentent pas d'écart. Les services de l'ARH ont précisé à la mission que les fermetures de lits dans le département de l'Indre, n'ont pas eu d'influence notable dans le cadre de la gestion de la crise, la communauté d'établissements ayant géré et optimisé l'ouverture de lits.

Tableau 7 : Disponibilité en lits MCO en août 2003 par département- Région Centre -

Lits d'hospitalisation complète – établissements publics et privés
Taux d'ouvertures des lits installés

n°	Département	Taux d'ouvertures réalisées	Taux d'ouvertures prévues	Taux d'ouvertures réalisées (avant réouvertures exceptionnelles)	Ecart avant réouvertures exceptionnelles	Taux de réouvertures exceptionnelles
18.	Cher	96%	96%	96%	0%	0%
28.	Eure et Loir	80%	80%	80%	0%	0%
36.	Indre	86%	86%	74%	-12%	13%
37.	Indre et Loire	79%	78%	77%	-1%	2%
41.	Loir et Cher	91%	91%	91%	0%	0%
45.	Loiret	82%	82%	81%	0%	0%
	Total région Centre	83%	83%	81%	-1%	2%

Source : relevé ré exploité des données transmises par l'ARH Centre

➤ En région Bourgogne

A la lecture des éléments transmis par l'ARH de la région Bourgogne, les fermetures effectives de lits ont été, en moyenne en août 2003, un peu plus importantes que prévues.

Pour l'ensemble des lits MCO des établissements de la région, l'écart avant réouvertures est de -211 lits soit 3,4% des 6 149 lits installés dénombré par l'ARH.

Tableau 8 : Disponibilité en lits MCO en août 2003 - Région Bourgogne -

Lits d'hospitalisation complète
Taux d'ouvertures des lits installés

Moyenne Août 2003	Taux d'ouvertures réalisées	Taux d'ouvertures prévues	Taux d'ouvertures réalisées (avant réouvertures exceptionnelles)	Ecart avant réouvertures exceptionnelles	Taux de réouvertures exceptionnelles
	(Taux R/I)	(Taux Pri/I)	(Taux R'/I)	(R'/I)-(Pri/I)	réo/I
Publics et privés :					
Total MCO	70,6%	73,7%	70,3%	-3,4%	0,3%
Dont médecine	79,1%	81,9%	79,0%	-3,0%	0,2%
Dont Réanimation « adultes »	93,7%	93,7%	88,3%	-5,4%	5,4%
Dont Pédiatrie	95,6%	95,4%	92,1%	-3,3%	3,5%
Publics :					
Total MCO	78,3%	81,7%	77,9%	-3,8%	0,4%
Dont médecine	81,4%	84,0%	81,2%	-2,8%	0,2%
Dont Réanimation adultes	92,9%	92,9%	86,9%	-6,1%	6,1%
Dont Pédiatrie	94,9%	94,7%	90,8%	-3,8%	4,1%

Source ARH Bourgogne : relevé de la mission IGAS

Concernant les lits de médecine, les fermetures ont été plus importantes que prévues : - 94 lits d'écart, soit 3% des lits installés et au total 657 lits fermés (21% de la capacité en médecine). Ces écarts concernent essentiellement six établissements publics sur les 42 de la région ayant des services MCO ou SSR. L'écart est de - 61 lits de médecine par rapport aux prévisions de ces six établissements, lesquels regroupent plus de la moitié (53%) de la capacité en lits installés en médecine dans la région ou du total MCO régional.

Seuls deux établissements ont réouverts des lits sur cette période. Ces réouvertures exceptionnelles ont été signalées pour les lits de réanimations adultes : elles se montent à 5% des lits installés dans cette discipline, soit 6 lits réouverts sur 111 ; 5 lits de médecine et 12 lits en chirurgie ont également été réouverts. Il s'agit, dans ce dernier cas de lits d'un hôpital de semaine qui ont été maintenus ouverts pendant le week-end suivant le 15 août pour accueillir des patients de médecine.

Tableau 9 : Synthèse des écarts entre les prévisions d'ouvertures de lits et les ouvertures effectives en août 2003 dans 3 régions - lits MCO

Ensemble des établissements de santé (publics et privés)

Lits MCO – Août 2003	Nombre de Lits installés 2003	Nombre prévisionnel (Pri)	Nombre réalisé (yc réouvertures exceptionnelles) (R)	Nombre réalisé de réouvertures exceptionnelles (réo)	Taux d'ouvertures réalisées (Taux R/I)	Taux d'ouvertures prévues (Taux Pri/I)	Écart en % (R-Pri)/I	Taux d'ouvertures réalisées (hors réouvertures) (Taux R/I)	Écart en % (R'-Pri)/I	Taux de réouvertures exceptionnelles (réo/I)
Tous établissements :										
Bourgogne	6 149	4 535	4 341	17	70,6%	73,7%	-3,1%	70,3%	-3,4%	0,3%
Centre (*)	6 029	4 990	5 013	104	83,1%	82,8%	0,4%	81,4%	-1,3%	1,7%
Ile de France (hors AP-HP)	18 219	11 941	12 144	186	66,7%	65,5%	1,1%	65,6%	0,1%	1,0%
AP-HP	12 643	8 308	8 216	177	65,0%	65,7%	-0,7%	63,6%	-2,1%	1,4%

Établissements de santé Publics et PSPH

Bourgogne	4 464	3 647	3 496	17	78,3%	81,7%	-3,4%	77,9%	-3,8%	0,4%
Centre (*)	5 235	4 396	4 419	102	84,4%	84,0%	0,4%	82,5%	-1,5%	1,9%
Ile de France (hors AP-HP)	12 481	8 062	8 251	164	66,1%	64,6%	1,5%	64,8%	0,2%	1,3%
AP-HP	12 643	8 308	8 216	177	65,0%	65,7%	-0,7%	63,6%	-2,1%	1,4%

Établissements de santé - Autres Privés

Bourgogne	1 685	888	845	0	50,1%	52,7%	-2,6%	50,1%	-2,6%	0,0%
Centre (*)	794	594	594	2	74,8%	74,8%	-0,3%	74,6%	-0,3%	0,3%
Ile de France (hors AP-HP)	5 738	3 879	3 893	22	67,8%	67,6%	0,1%	67,5%	-0,1%	0,4%
AP-HP										

Source : Relevé IGAS, données collectées par les ARH et l'AP-HP entre le 10 et le 30 octobre 2003.

(*) Ré exploitation par la mission des données reçues par l'ARH Centre : établissements ayant renseignés les trois rubriques de lits (installés, prévus, réalisés)

1.2.2 Les causes de ces dépassements

Parmi les causes de dépassement la mission a relevé des erreurs « techniques », c'est à dire des erreurs de calcul, des services « oubliés » dans les comptages, en partie ou totalement. Ces omissions, surtout lorsqu'elles concernent l'ensemble d'un service, faussent de façon spectaculaire les prévisions, et donnent une image tronquée de la réalité. L'autre raison souvent invoquée tient à la gestion du personnel en « flux tendus » à cette période de l'année.

D'une façon plus générale, c'est la nécessité de ne pas bouleverser le fonctionnement des établissements qui est mise en avant pour justifier les fermetures supplémentaires. Le poids des habitudes du corps médical, la nécessité de respecter les statuts et les droits du personnel non médical, la crainte de troubler la paix sociale interne, sont autant de facteurs qui incitent à recourir à la fermeture supplémentaire de lits dès lors qu'une difficulté apparaît. Et ce d'autant plus facilement, que la période estivale étant de courte durée, les décisions en la matière portent sur peu de jours et paraissent donc peu dommageables.

1.2.3 Au-delà de la question des écarts prévisions – réalisations, les appréciations portées sur le taux moyen de fermeture ne relèvent pas toujours d'éléments objectifs

Porter une appréciation sur le taux moyen de fermeture de lits, suppose que l'on soit en mesure de comparer celui-ci à un taux référence.

Existe-t-il un taux moyen optimum de fermetures de lits ? Selon la mission, il n'est pas possible de répondre, aujourd'hui, par l'affirmative à cette interrogation.

En effet, on serait tenté de penser qu'à l'instar de ce qui se passe à l'AP-HP, on pourrait recommander pour certaines disciplines et certains services des pourcentages d'ouverture de lits. Il convient toutefois d'observer que dans le cas particulier de Paris les services en cause possèdent une certaine homogénéité au regard de la population accueillie, de la technicité, de l'importance de l'encadrement médical et paramédical. Cette homogénéité n'existe pas sur tout le territoire. Ainsi, il serait hasardeux de placer sur un plan d'égalité, par exemple, un service de réanimation polyvalente d'un établissement de province et un service de réanimation chirurgicale parisien. Pour arriver à un résultat satisfaisant il faudrait donc que la détermination de ces taux soit établie par l'ARH, à partir des propositions d'un collègue d'experts incontestables au niveau régional.

Par ailleurs, la mission a constaté que dans de nombreux établissements, si le taux d'ouverture de lits est élevé, c'est simplement parce qu'en temps normal les taux d'occupation sont déjà importants et qu'il est inconcevable de fermer beaucoup de lits en période estivale. En d'autres termes, si ces établissements enregistrent de « bons résultats », c'est parce qu'ils y sont contraints. La mission estime donc qu'il convient d'être extrêmement prudent quant aux appréciations qualitatives portées sur les taux de fermetures effectives.

1.2.4 Le cas particulier des lits de réanimation

Les lits de réanimation posent, en cas d'afflux massif de malades, un problème particulier. Le faible nombre de lits dont chaque établissement sanitaire dispose, expose au risque de rapide saturation des capacités en cas de survenue d'un événement sanitaire.

La mission s'est attachée à analyser la situation de ces lits en les regroupant sous un vocable unique incluant les lits de réanimation médicale, de réanimation chirurgicale et les lits de soins intensifs.

Il faut noter que les besoins en lits de réanimation médicale et en lits de soins intensifs restent relativement invariables pour une population donnée. En revanche, les besoins en lits de réanimation chirurgicales sont susceptibles de diminuer si une décision de déprogrammation des activités chirurgicales non urgentes est prise. La seule façon pour les responsables hospitaliers de disposer de lits supplémentaires de réanimation en cas de crise sanitaire consiste donc à déprogrammer ce type d'activité.

En outre, les établissements sanitaires disposent de salles de réveil dans lesquelles transitent les patients pendant un certain temps après avoir subi un acte chirurgical. Ces salles sont dotées de la plupart des équipements caractérisant les lits de réanimation et peuvent donc, en cas de crise, être utilisées à ce titre.

L'allégement des programmes opératoires permet donc de libérer des lits de réanimation chirurgicale et des places en salle de réveil.

La mission, au cours de ses investigations dans les trois régions, n'a pas mis en évidence de situations de perte de chance avérées pour des patients qui, faute de place dans des services de réanimation, auraient été placés dans des lits de services de médecine ou de chirurgie ne disposant pas des techniques de réanimation.

Certains centres hospitaliers, peu nombreux, ont été amenés à transférer des malades dans d'autres établissements en raison des saturations de leurs capacités en lits de réanimation mais ces exemples restent très marginaux.

Le tableau ci-dessous indique les disponibilités en lits de réanimation adultes pour le mois d'août 2003.

**Tableau 10 Disponibilité en lits de réanimation adultes - en août 2003 –
Établissements Publics et PSPH**

Réanimation adultes - Publics et PSPH	Taux d'ouvertures réalisées	Taux d'ouvertures prévues	Taux d'ouvertures réalisées (avant réouvertures exceptionnell es)	Ecart avant réouvertures exceptionnell es	Taux de réouvertures exceptionnell es
	(Taux R/I)	(Taux Pri/I)	(Taux R/I)	(R/I)-(Pri/I)	réo/I
Bourgogne					
Moyenne Août 2003	93%	93%	87%	-6%	6%
dont semaine du 4 Août 2003	94%	90%	88%	-2%	6%
dont semaine du 11 Août 2003	92%	88%	86%	-2%	6%
Centre (*)					
Moyenne Août 2003	95%	95%	93%	-3%	2%
dont semaine du 4 Août 2003	95%	95%	93%	-3%	2%
dont semaine du 11 Août 2003	95%	95%	93%	-3%	2%
Ile de France (hors AP-HP)					
Moyenne Août 2003	66%	61%	64%	3%	2%
dont semaine du 4 Août 2003	64%	64%	63%	0%	1%
dont semaine du 11 Août 2003	66%	64%	64%	0%	2%
AP-HP					
Moyenne Août 2003	67%	66%	64%	-2%	3%
dont semaine du 4 Août 2003	66%	70%	65%	-5%	1%
dont semaine du 11 Août 2003	67%	67%	65%	-2%	3%

Source : relevé IGAS – ARH, DRASSIF, AP-HP

(*) données ré exploitées

Le pourcentage de fermetures de lits de réanimation a été nettement plus élevé en région parisienne qu'en province puisqu'il est proche de 34% en Ile-de-France (avec des établissements qui ont fermé pendant la première semaine d'août jusqu'à 50% de leur potentiel).

Le phénomène est beaucoup plus prudent dans les deux régions de province. En région Centre, le CHR²¹ d'Orléans et le CHU de Tours n'ont pas réduit leur potentiel. Les centres hospitaliers siégeant dans les villes de préfecture ont adopté, à quelques nuances près, la même attitude. La rareté des transferts, à partir des hôpitaux de la région Centre, de malades relevant d'un placement en service de réanimation dans d'autres établissements s'explique, sans doute, par cette précaution.

Le fait que des lits de réanimation et soins intensifs aient été réouverts pendant la deuxième semaine d'août en Ile-de-France (36 lits) confirme l'inadéquation de l'offre, telle qu'elle avait été prévue au départ pour cette période, aux besoins qui se sont manifestés pendant la canicule. En revanche, ces réouvertures ont démontré la capacité des établissements à réactiver rapidement des lits en fonction de ces besoins.

Le jugement d'ensemble favorable que porte la mission sur la prise en charge des malades dans les services de réanimation pendant la période d'août 2003 mérite néanmoins d'être nuancé. L'épisode de canicule n'a, en effet, concerné pour ses conséquences médicales mettant en jeu le pronostic vital que les personnes appartenant, pour l'essentiel, aux tranches d'âges les plus élevées, représentant donc un nombre de patients limité. Cette caractéristique

²¹ CHR : centre hospitalier régional

explique le fait que les services de réanimation aient pu faire face aux besoins dans des conditions satisfaisantes. D'autres situations de crise sanitaire telles qu'une épidémie virale touchant des tranches d'âge plus diversifiées de populations auraient, de ce point de vue, des effets beaucoup plus difficiles à prendre en charge.

1.2.5 Le cas particulier des lits de pédiatrie

Les lits de pédiatrie sont constitués, pour l'essentiel des lits de médecine pédiatrique, des lits de réanimation pédiatrique et des lits de néonatalogie.

Les fermetures estivales de lits de néonatalogie sont rares et lorsqu'elles sont décidées portent sur des capacités minimales. Ce constat s'applique également aux lits de réanimation pédiatriques.

En revanche, le nombre de lits de médecine pédiatrique fermés pendant la période allant de la mi juillet à la fin août est généralement considérable dans la plupart des établissements. Ce taux de fermeture est, en outre, très différent d'une région à l'autre. La proportion de lits de pédiatrie fermés en août 2003, dans les établissements publics et privés, était de 8% en région Bourgogne, 13% en région Centre et de l'ordre de 40% en Ile-de-France.

En Ile-de-France, d'après le relevé réalisé par l'ARH sur 1 161 lits de pédiatrie (en établissement public hors AP-HP) montre que seulement 774 lits étaient ouverts pendant la première semaine d'août 2003 soit 67% du potentiel.

Bien que les effets de la canicule sur les enfants soient restés quantitativement minimes, cette situation a posé des problèmes aux établissements puisque ceux d'Ile-de-France (hors AP-HP) se sont trouvés dans l'obligation de réouvrir 75 lits au cours du mois d'août. L'AP-HP qui bénéficie du réseau de ses propres établissements n'a réouvert que deux lits.

En région Centre et Bourgogne, la modestie du taux de fermeture de lits explique, sans doute, qu'il n'ait été nécessaire d'ouvrir qu'une dizaine de lits supplémentaires.

Il peut être constaté qu'en pédiatrie, les prévisions de fermetures ont été très proches des réalisations en région Centre et Bourgogne. En revanche, en région Ile-de-France (hors AP-HP), le taux de fermeture prévisionnel avait, avant les réouvertures de la canicule, été dépassé par la fermeture de 71 lits supplémentaires.

Il faut noter qu'en pédiatrie, la réactivation de lits fermés à l'occasion d'une situation de crise s'avère d'autant plus délicate que certaines catégories de personnels doivent posséder, dans cette discipline, des compétences spécifiques (infirmières puéricultrices, aides puéricultrices) qu'il est difficile de trouver dans les autres services.

En outre, les enfants de moins de trois ans ne peuvent être hospitalisés dans des lits dédiés aux adultes.

La prise en charge d'un afflux inopiné d'enfants dans les services hospitaliers, si ce phénomène s'était produit, aurait donc posé des problèmes particulièrement délicats.

L'AP-HP, consciente de ce risque, a conçu un « plan bronchiolite » comportant la mise en place d'une cellule de crise, un dispositif d'intervention au sein de l'AP-HP et une mise à contribution des possibilités de prise en charge à l'extérieur des hôpitaux. (hospitalisation à domicile, mobilisation des médecins et kinésithérapeutes libéraux).

Ce plan est cohérent et le dispositif gradué qu'il préconise mérite d'être envisagé dans d'autres cadres que la pédiatrie :

- augmentation autant que possible de la capacité d'accueil existante dans l'hôpital,
- solidarité inter-établissement au sein de l'entité AP-HP,
- mobilisation des moyens extérieurs à l'AP-HP pour limiter les hospitalisations par la création et l'activation de réseau de médecins et kinésithérapeutes libéraux.

1.3 Au-delà de la fermeture des lits, la réactivité des établissements, notamment pour les réouvertures de lits, a largement contribué à atténuer les difficultés

1.3.1 La majorité des établissements ont pu rouvrir des lits rapidement

D'une façon générale, il convient de souligner que la quasi-totalité des établissements que la mission a visités a su réagir avec promptitude face aux événements, d'une part parce toutes les parties prenantes se sont senties concernées et se sont mobilisées, d'autre part parce que les solutions à appliquer pour trouver des lits et des personnels supplémentaires étaient déjà connues et éprouvées. Toutefois, devant l'ampleur de la crise, certains établissements ont su faire preuve d'initiative et d'imagination.

1.3.2 Les moyens utilisés pour libérer des lits et du personnel

1.3.2.1 Les mesures prises pour trouver des lits

- Une constante : la difficulté pour connaître le nombre de lits disponibles et faire admettre des patients de urgences dans les services de soins.

Trouver un lit disponible pour hospitaliser une personne accueillie aux urgences d'un établissement, même en temps normal, n'est pas une chose toujours aisée.

En principe, dans tous les établissements, un système informatique a été mis en place pour connaître tous les jours le nombre de lits d'hospitalisation disponibles. D'un point de vue technique, on peut affirmer que ce système est la plupart du temps bien conçu, c'est à dire qu'il contient tous les paramètres nécessaires. Il est souvent proposé en « intranet », ce qui permet à tous les services de l'établissement d'avoir cette information à leur disposition. Le défaut principal de ce système, c'est qu'il ne fonctionne pas en temps réel : il donne le nombre de lits disponibles (ou le nombre de malades présents) le matin ou à midi. Or, suivant

les évènements de la journée, la situation peut évoluer rapidement et les informations initiales n'étant pas réactualisées, les chiffres qui apparaissent sur l'écran sont donc rapidement inexacts et donc de ce point de vue inutilisables.

En fait, ce sont les services des urgences (au niveau d'un établissement) ou les SAMU-Centre 15 (au niveau d'un département ou d'un territoire sanitaire) qui connaissent le nombre de lits effectivement libres (ou sont en mesure de le connaître). Pour ce faire, en l'absence d'outils informatiques correctement renseignés, ils interrogent directement, par téléphone ou par transmissions télématiques, les différents services et les établissements et tiennent à jour leurs propres statistiques en tant que de besoin.

Ce sont les cadres infirmiers des urgences, lorsqu'il n'y a pas de difficultés particulières, qui se chargent de cette tâche. Dans les autres cas, ce sont les médecins ou les internes qui interviennent. Cette pratique repose nécessairement sur l'instauration de bonnes relations confraternelles. La mission a constaté que lorsque celles-ci sont absentes, la tendance à l'engorgement des services d'urgences s'accroît sensiblement.

Dans la réalité journalière des hôpitaux, il n'est pas rare que le dialogue qui s'instaure entre les urgences et les services de soins pour l'hospitalisation de nouveaux patients, soit souvent difficile, pour plusieurs sortes de raisons :

- les services de soins qui sont sollicités, sont réticents à répondre favorablement parce qu'ils préfèrent conserver des lits, annoncés comme disponibles, pour des interventions ou des hospitalisations programmées le jour même ou le lendemain ;
- le grand âge des patients est souvent aussi un élément qui n'incite pas les services sollicités, à les accueillir d'emblée.

Lorsque la situation est bloquée, c'est à dire lorsque le cadre infirmier et les médecins des urgences ne sont pas parvenus à trouver un lit vacant dans les services de soins, ils recourent alors à l'administration, ou à l'administrateur de garde, pour imposer le transfert²².

Il est évident que ce qui n'est qu'une difficulté en temps normal, prend des proportions intolérables en temps de crise. On comprend dès lors, la réaction de plusieurs médecins urgentistes qui, devant cette difficulté, ont demandé à ce que ce soit désormais un personnel administratif qui se charge de cette tâche.

- Les mesures qui ont été généralement prises pour faire face à l'afflux de patients durant la crise :

Il s'agit de mesures « traditionnelles », dont l'application n'a pas soulevé de difficultés particulières :

- déprogrammation des interventions chirurgicales, parfois des hospitalisations,
- réouverture de lits provisoirement fermés, ou maintien en activité de lits qui allaient l'être,
- multiplication des « hébergements » dans d'autres services (par exemple hospitalisation de malades relevant de la médecine dans des services

²² Juridiquement, l'admission d'un malade est prononcée par le directeur de l'hôpital sur avis médical.

chirurgicaux), qui est une pratique courante dans beaucoup d'établissements, mais qui en la circonstance a été sensiblement amplifiée.

- utilisation des salles de réveil, lorsque les services de réanimation étaient saturés.

1.3.2.2 Les mesures prises pour trouver du personnel

S'agissant du personnel, les directions d'établissement ont surtout utilisé de mesures « classiques » pour mobiliser le personnel, rarement de mesures exceptionnelles.

➤ Des mesures « classiques »,

Ce sont celles qui sont utilisées tout au long de l'année en période de difficultés :

- appel au personnel en repos hebdomadaire, ou en RTT,
- report des congés hebdomadaires (plus rarement des congés annuels),
- mobilisation des pools de remplacement ;
- appel à du personnel intérimaire,
- recours aux heures supplémentaires, prolongation des séquences de travail,
- appel aux élèves (infirmières, aides-soignantes...) en stage ou en formation dans l'établissement.

➤ Des mesures plus exceptionnelles :

- appel au personnel soignant qui en temps normal n'est pas affecté dans les services de soins (par exemple les monitrices des écoles...),
- rappel de personnels en congés annuels : mesure très rarement mise en œuvre parce techniquement et culturellement très difficile à concrétiser,
- doublement du montant des heures supplémentaires (cas rencontré dans un seul des établissements visités).

➤ Quelques éléments statistiques :

- L'AP-HP a établi un bilan des moyens en personnel non médical engagés du 8 au 17 août 2003. Il porte sur 99% des effectifs totaux. Il a permis d'établir que :
 - sur 71 549 agents, 5 431 ont été mobilisés dans les services et les sites concernés par l'hyperthermie²³, soit environ 209 par site (7,6% de l'effectif total);
 - Le nombre d'heures supplémentaires réalisées est de 15 151 (dont environ 40% ont été faites de jour, 30% de nuit, 30% les dimanches et jours fériés). Il est à noter que ces heures ont pu être réalisées par des agents des services qui n'étaient pas directement concernés par la canicule. Certains établissements y ont recouru de façon importante (3 hôpitaux avec plus de 1200 heures chacun représentent 26% du total) d'autres moins. Par ailleurs

²³ Services directement mobilisés : services cliniques, amphithéâtre des morts, à l'exclusion des services administratifs et ouvriers.

les heures supplémentaires ont été supportées par des nombres très variables de personnes : par exemple dans un hôpital de l'ouest parisien 690 heures supplémentaires ont été effectuées par 371 agents (soit une moyenne de moins de 2 heures par personne, ce qui paraît tolérable) alors que dans un autre situé au centre de la capitale 1226 heures supplémentaires ont été concentrées sur 111 agents (soit une moyenne de 11 heures par personne, ce qui explique les effets de fatigue accumulée et le ressenti exprimé publiquement). Le coût de ces heures supplémentaires (au coût moyen de 20,31 €) a été estimé à environ 311 000 €;

- Le nombre d'agents rappelés est de 134, ce qui est marginal comparé aux 5431 agents mobilisés (2,5%) et à l'effectif total (0,18%);
 - 160 agents auraient été «déplacés »ou «redéployés », de même qu'il y aurait eu 770 reports de congés (hebdomadaires et annuels). Mais ces rubriques ont été imparfaitement renseignées par les établissements et ne peuvent donc être considérées comme significatives (par exemple, plusieurs hôpitaux ayant pris une mesure collective de report des congés, n'ont pas effectué de comptage individuel précis) ;
 - Il y a eu 880 vacations d'intérim. Trois établissements (parmi les plus importants numériquement) totalisent à eux seuls plus de 40% de ces vacations;
 - Le recours aux IFSI (institut de formation en soins infirmiers) a mobilisé 530 personnes (élèves et moniteurs) pour 6 157 heures de travail, soit une moyenne d'environ 12 heures pour chacune d'entre elles.
 - Au total, il semble bien, au vu de ces éléments, que quelques établissements parisiens aient connu des difficultés réelles et que l'on ait demandé à leurs personnels des efforts très importants. Toutefois, généraliser ces situations et tirer à partir d'elles des conclusions définitives seraient à l'évidence une erreur.
- Un des centres hospitaliers visités en province, a également établi des statistiques pour la période du 7 au 18 août, desquelles il ressort que :
- 519 heures supplémentaires ont été effectuées,
 - dont 216 heures ont concerné le personnel médical (41%),
 - et 74 heures le personnel de nuit (14%),
 - 32 IDE et 16 ASH ont été mobilisées (soit environ 5% de l'effectif total)

1.3.2.3 Les actions menées en amont du service d'accueil des urgences par l'intermédiaire du SAMU et de la Croix-Rouge

Dans deux départements au moins les SAMU et la Croix-Rouge ont été sollicité pour des interventions inhabituelles :

- dans l'un, le SAMU a envoyé les équipes du SMUR²⁴ et celles de la Croix-Rouge au domicile des personnes âgées signalées en difficulté, pour prévenir les hospitalisations ;
- dans l'autre, les équipes de la Croix-Rouge ont été requises pour aider, dans les locaux de l'établissement, le personnel du service des urgences pour le déshabillage des personnes accueillies, les soins de nursing ou d'hydratation.

1.3.3 Les effets du Plan Blanc

Le déclenchement du Plan Blanc, ou de son équivalent à l'AP-HP a eu un effet bénéfique, parce qu'il a été assimilé à une « réquisition ». Il a donc essentiellement permis :

- de légitimer les déprogrammations d'interventions ou d'hospitalisations,
- de sensibiliser le personnel et de justifier les mesures exceptionnelles,
- s'agissant du personnel médical, de faire lever un certain nombre de réticences (voire de refus), afin de permettre les « hébergements » dans les conditions décrites ci-dessus.

Beaucoup d'hôpitaux l'on mis en œuvre de fait (au moins dans certains de ses aspects) sans avoir besoin de l'annoncer.

L'AP-HP constitue un cas particulier : dans ses établissements le déclenchement du plan PACE (Plan d'action chaleur extrême) avait préalablement accéléré les réouvertures des lits et les transferts de patients vers d'autres hôpitaux. Le déclenchement du Plan Blanc a accentué cette mobilisation.

1.3.4 Le problème de la climatisation des locaux

La mission n'a pu, compte tenu des délais qui lui étaient imposés, procéder à l'inventaire des services hospitaliers équipés de dispositifs de climatisation ou de rafraîchissement. Il lui est apparu, sur les sites visités, que les locaux bénéficiant de ce type de prestation (ou dont l'exposition et la configuration architecturale avaient limité les hausses de température) ont placé les personnels et les patients dans des conditions beaucoup plus supportables.

En revanche, les services dont les locaux ont connu des températures proches de 40°C n'ont été maintenus en activité qu'au prix de leur équipement de ventilateurs et de climatisation achetés dans l'urgence dans les grandes surfaces par les directions hospitalières. De l'avis de celles ci, ces équipements ont été utilisés au-delà de leurs capacités normales et seraient tombées en panne rapidement si la période de canicule s'était prolongée.

La DHOS procède à un inventaire des locaux climatisés dans les 4 000 établissements publics et privés dont les résultats sont attendus pour décembre 2003. Les mesures qui seront prises après leur synthèse devraient prendre en compte la situation prioritaire des services d'urgence en la matière.

²⁴ SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

1.3.5 Les limites du dispositif général

Que se serait-il passé si la canicule avait duré plus d'une semaine, ou si demain une épidémie se déclenchait pour une longue période?

De l'avis des acteurs de terrain, au-delà d'une semaine, l'efficacité de ce dispositif présente le risque de s'amenuiser si l'état de crise se prolonge durablement en raison de la fatigue du personnel, de l'absence de réserves, de l'accumulation de problèmes logistiques.

1.4 En conclusion

L'analyse de la réponse hospitalière aux conséquences sanitaires de l'épisode de canicule de l'été 2003 montre que le phénomène de fermetures de lits n'a pas constitué l'élément déterminant des capacités du système de soins à faire face à l'afflux inopiné de patients.

Cette capacité a reposé bien davantage sur la rapidité avec laquelle les établissements ont, l'effet de surprise des premiers jours surmonté, réactivé les lits au fur et à mesure des besoins.

2 - PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA FILIERE DES URGENCES

L'analyse de la crise a permis de mettre en évidence que de la fiabilité des prévisions de fermetures de lits n'est pas seule en cause dans les difficultés rencontrées (d'autant que les écarts constatés entre prévisions et réalisations sont relativement faibles). La capacité des établissements à réouvrir des lits dans des délais rapides a constitué l'enjeu majeur dans les premiers jours pour alléger la charge des services d'urgence.

Dans ce contexte la mission a recherché des pistes de solutions permettant d'atténuer durablement l'engorgement des ces services.

2.1 Le contexte : la nature des prestations assurées par les services d'accueil des urgences a considérablement évolué en dix ans

Plusieurs études et enquêtes de la DREES²⁵, réalisées en 2000 et 2003, analysent l'évolution sensible, au cours de la dernière décennie, du nombre de passages dans les services d'accueil des urgences, des motifs de recours à ces services, du profil des usagers.

2.1.1 Une demande croissante de soins non programmés, traduisant de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins

Depuis leur création au milieu des années 60, les services d'accueil des urgences hospitalières ont connu une croissance soutenue et régulière de leur activité (+ 43% entre 1990 et 1998). Ainsi, en 2000, les services d'accueil des urgences (SAU, UPATOU²⁶) de France métropolitaine ont enregistré près de 13 millions de passages, (dont 90% pour le secteur public). Le nombre de passages, pour le secteur public, n'atteignait que 7,2 millions en 1990. Cette évolution correspond à une augmentation annuelle de près de 5%.

En revanche, sur la dernière décennie, le nombre de patients admis en hospitalisation complète dans les hôpitaux publics à la suite d'un passage aux services des urgences est resté quasiment stable (+1% par an). Il faut noter que ce pourcentage est minoré par le fait que certains services d'hospitalisation accueillent directement leurs propres malades en urgence (cardiologie, pédiatrie par exemple).

De ce fait, aujourd'hui, moins de 20% des passages aux urgences donnent lieu à un transfert dans une unité d'hospitalisation.

²⁵ DRESS : direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats n° 72, juillet 2000 (Dominique BAUBEAU et alii), Etudes et résultats n°212, janvier 2003 (Valérie CARRASCO, Dominique BAUBEAU), Etudes et résultats n°215, janvier 2003 (Valérie CARRASCO, Dominique BAUBEAU)

²⁶UPATOU : unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences. SAU : service d'accueil et de traitement des urgences.

Ces évolutions traduisent les nouvelles fonctions désormais assumées par les services d'urgences hospitalières : développement d'un mode d'accès spécifique aux soins hospitaliers, réponse à des besoins non satisfaits, notamment pour la prise en charge des populations de faible niveau de ressources et de formation, substitution partielle à la médecine de ville, manifestation d'un besoin accru de sécurité faisant croître la part des «urgences ressenties».

2.1.2 Une évolution de l'organisation des soins entre médecine de ville et hôpital

Un nombre croissant d'usagers (14% des personnes interrogées dans l'enquête publiée par la DREES en janvier 2003) ont recours au service d'urgence comme alternative à la médecine de ville, soit parce qu'ils n'ont pas de médecin, soit parce que leur médecin était absent au moment de la survenue de leur problème de santé.

C'est plus particulièrement le cas dans les grandes agglomérations (Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux), où une partie de la population utilise les services d'urgence comme source régulière de soins. Les services d'accueil des urgences exercent notamment une attraction particulière sur les personnes isolées. C'est sans doute ce qui explique que dans les très gros établissements, le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences soit encore inférieur à la moyenne nationale (environ 15% contre 19%).

En outre, parallèlement à l'augmentation constante des passages aux urgences, le nombre des visites à domicile effectuées par les médecins généralistes, qui concernent souvent des personnes âgées, régresse sensiblement (- 8,4% entre 1990 et 1998). Les spécialistes ont également durant cette période régulièrement diminué leurs déplacements au domicile des patients.

2.1.3 Un nombre croissant de personnes âgées s'adresse aux services d'urgence en vue d'être hospitalisées

Les personnes âgées fréquentent davantage les services d'accueil des urgences que les autres catégories de populations adultes. Avec un taux annuel de recours aux urgences de 38%, les personnes âgées de 80 ans et plus se rangent juste derrière la classe d'âge des nourrissons de moins d'un an.

Elles sont également plus fréquemment hospitalisées après leur prise en charge par l'équipe des urgences. Dans l'enquête nationale réalisée par la DREES, les plus de 70 ans représentent près de 40% des hospitalisations après passage aux urgences, et les plus de 80 ans près d'un quart. Quant au taux d'hospitalisation, il atteint 49% pour les 71-80 ans et approche les 60% au-delà.

Les motifs d'hospitalisation sont souvent liés à des polyopathologies dont la prise en charge requiert des investigations diagnostiques multiples (biologie, imagerie, explorations fonctionnelles).

Il apparaît également que les personnes âgées de plus de 70 ans sont plus souvent prises en charge par le secteur public : globalement, celui-ci accueille 90 % des patients des urgences avant 70 ans, mais 95% des plus de 70 ans. Ainsi, un établissement qui réalise 35000 passages par an (il existe une centaine d'établissements de ce type sur le territoire national)

reçoit environ 100 malades par jour et devra donc trouver quotidiennement une vingtaine de lits, dont 7 à 8 pour des personnes âgées, la moitié d'entre elles ayant plus de 80 ans.

La venue aux urgences des personnes âgées constitue pour une partie d'entre elles un mode spécifique d'accès à l'hôpital, préalable à une prise en charge dans un autre service. Les urgences jouent en effet le rôle de porte d'entrée pour une hospitalisation non programmée. Les personnes de plus de 80 ans, en particulier, sont fréquemment adressées par un médecin pour être hospitalisées. Elles arrivent seules, souvent le matin. Les équipes soignantes signalent plus fréquemment dans leur cas un problème social (isolement). Quant elles se rendent au service d'accueil des urgences de leur propre initiative, elles invoquent la possibilité d'accéder plus rapidement à un autre service hospitalier par la voie des urgences que par une demande d'admission directe.

Enfin, la DREES observe que le délai de transfert vers une autre unité de soins hospitalière s'allonge nettement avec l'âge du patient : de 2h30 environ entre 20 et 50 ans, il passe à plus de 3h30 au-dessus de 70 ans. Les patients pour lesquels un problème social associé est mentionné attendent en moyenne 4h30 leur transfert. Pour les personnes de plus de 80 ans, qui ne relèvent pas du court séjour mais d'une autre orientation, les délais sont encore plus longs : plus de 5 heures pour le transfert en moyen séjour, près de 7 heures en long séjour si celui-ci est au sein de l'établissement, plus de 13 heures à l'extérieur.

Face à cette profonde mutation, tant en nature qu'en volume, des flux d'arrivée aux services d'accueil des urgences, ceux-ci sont confrontés à la nécessité de se réorganiser en profondeur, sous peine de connaître une embolisation de plus en plus fréquente. Il faut rappeler à ce titre que la crise vécue durant l'épisode caniculaire d'août 2003, n'a fait qu'amplifier, dans de nombreux services d'accueil des urgences, une situation structurellement tendue.

L'amélioration du fonctionnement des urgences appelle donc une réponse d'ensemble, intégrant à la fois l'amont des services d'accueil, leur fonctionnement et leur organisation interne, et l'aval de ces services, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement hospitalier.

Dans cette perspective, la DHOS a présenté au ministre fin septembre 2003 un « plan pour améliorer la prise en charge des urgences dans le système de soins ». Ce document décline un ensemble complet de propositions assorties d'une estimation du coût associé à chacune d'entre elles.

La mission se bornera donc à rappeler les grandes lignes de ce plan, dont la pertinence des préconisations a été confirmée par les représentants des établissements de soins visités. Sur la base des différentes expériences analysées lors de ses déplacements, elle a souhaité apporter un éclairage particulier sur deux axes majeurs d'amélioration du fonctionnement des services d'accueil des urgences : la construction d'un système d'information homogène d'une part, la construction de réseaux formalisés d'accueil des patients en aval des urgences d'autre part.

2.2 LES PISTES DE SOLUTIONS

2.2.1 Les grandes lignes du « plan pour améliorer la prise en charge des urgences dans le système de soins » élaboré par la DHOS

A la suite de l'épisode de la canicule, la DHOS a élaboré **un plan pour améliorer la prise en charge des urgences dans le système de soins** qui fait l'objet d'un document daté du 16/10/2003.

Ce plan comprend un ensemble de mesures dont certaines doivent être mises en œuvre à l'hôpital mais également en amont et en aval des urgences. Le plan est complété par une fiche concernant le développement des réseaux gérontologiques.

- Les mesures envisagées en **amont des urgences** portent sur la mise en place d'un dispositif de permanence des soins reposant sur une sectorisation de chaque département dont la couverture est assurée par une permanence de médecins libéraux et une régulation des appels centralisée pour mieux orienter les usagers.

Ce dispositif nécessite une redensification médicale des zones désertifiées et un développement des hôpitaux locaux.

Dans le but de connecter les services d'urgence avec leur environnement, la mise en place d'un dispositif de vigilance sanitaire permettant de dépister de manière précoce les phénomènes anormaux dans leur activité constitue une priorité. Une équipe projet associant la DGS, la DHOS, et l'InVS, traite de cette question au moment de la rédaction de ce rapport.

- Le fonctionnement des urgences à **l'hôpital** est abordé au travers de plusieurs mesures susceptibles d'améliorer la situation : remise en cause de la définition des deux niveaux de prise en charge des urgences (UPATOU et SAU) pour la rendre plus lisible par les usagers en ne retenant qu'une seule appellation unique pour les services d'urgence dont les missions seront modulables en fonction de leur plateau technique. L'engagement dans un réseau d'urgence de chaque service deviendra une des conditions obligatoires de fonctionnement. Ce dispositif hospitalier est amélioré par une reconnaissance de la spécialité de médecine d'urgence, une meilleure organisation de la fluidité des passages, une augmentation quantitative et qualitative des effectifs et une adaptation des locaux et des équipements (notamment permises par le plan « hôpital 2007 »). En outre, le plan évoque l'intégration des services d'urgence dans leur environnement régional à travers la conception d'un système d'information permettant de répondre aux besoins d'alerte sanitaire et de gestion opérationnelle des flux des patients.
- En **aval des urgences**, le plan prévoit de mieux organiser le regroupement au sein de pôle des services hospitaliers de médecine afin d'améliorer la prise en charge globale des personnes et le renforcement des capacités d'accueil gériatrique. La création sur cinq ans de 16 000 lits médicalisés de Soins de Suite et de Réadaptation complète le dispositif.

- Enfin, le développement de **réseaux gérontologiques** permettant de prendre en charge les personnes âgées les plus fragiles dans le cadre d'une réponse médico-sociale coordonnée est prévu avec l'objectif de créer 156 réseaux d'ici 2005.

2.2.2 Système d'information cohérent et réseau formalisé d'aval : deux clés d'amélioration du fonctionnement des urgences

2.2.2.1 L'instauration de systèmes d'information homogènes au sein des services d'accueil des urgences fluidifierait sensiblement les passages aux urgences et améliorerait leur performance

- Une informatisation des urgences largement inachevée

Rappelons à ce titre que le PMSI ne concerne pas les services d'accueil et de traitement des urgences.

- URQUAL : un outil adapté à la gestion d'un service d'accueil des urgences

Cet applicatif qui fonctionne aujourd'hui dans de nombreux établissements hospitaliers sur le territoire, permet le suivi médical en temps réel du patient à mesure qu'il évolue au sein du service d'urgence : identification du patient à son arrivée, saisie des actes médicaux le concernant, priorisation en fonction de la gravité de l'état du patient, connexion au plateau technique (laboratoire, imagerie...), avec indication de l'arrivée des résultats.

Dotée d'une cartographie claire et conviviale permettant le suivi aisé des déplacements des patients et de l'état de charge du service, cet outil, consultable par l'ensemble du personnel médical, mesure également toutes les données utiles au pilotage du SAU : temps d'attente, temps de passage...

Source d'optimisation de l'organisation et de transparence accrue, l'informatisation améliore sensiblement la gestion des flux au sein de chaque service d'accueil des urgences, engendrant un gain de temps sensible, une communication améliorée entre les membres du personnel, une réduction des risques d'erreur.

Présente actuellement dans une vingtaine de sites de l'AP-HP, l'informatisation des services d'accueil des urgences de l'AP-HP devrait se poursuivre courant 2004.

Pour souhaitable qu'elle soit, l'installation généralisée du produit URQUAL dans les services d'accueil des urgences, n'est cependant pas dénuée de risques : son interfaçage avec d'autres applicatifs présents dans les établissements de soins (gestion des lits de réanimation, informatisation de la prescription dans les unités de soins) s'avère particulièrement complexe, aucun de ces produits n'ayant été conçu dans la perspective d'une intégration ultérieure.

Par ailleurs, la société qui a développé URQUAL ne compte que 25 salariés. Confier à une PMI, même performante, l'équipement de l'ensemble des services d'urgence du parc hospitalier appelle nécessairement à s'interroger sur la pérennité de ses prestations. L'AP-HP se heurte dans ce domaine à l'étroitesse de l'offre nationale en matière d'informatique de santé. Ce marché ne compte en effet que des sociétés de petite taille, spécialisées chacune dans un métier spécifique. L'AP-HP ne dispose donc pas actuellement de partenaire informatique solide, capable de contribuer au développement d'une offre globale en informatique de santé. On observe ainsi une relative hétérogénéité des solutions informatiques installées dans ses établissements. Certaines applications, pourtant complémentaires, ne communiquent pas entre elles, ce qui contribue à entretenir à l'intérieur des structures de soins comme dans les relations inter-établissements, un cloisonnement préjudiciable à l'optimisation des flux. Cette situation résulte notamment de l'absence de schéma général d'organisation des systèmes d'information (une réflexion est actuellement en cours sur ce sujet) et des contraintes imposées par le code des marchés publics.

- L'informatisation homogène des services d'accueil des urgences se heurte également à l'absence d'instance de régulation en matière d'équipement informatique.

Il convient dans ce domaine de distinguer deux cas :

- Au sein de l'AP-HP : le rôle fédérateur de la DSI

La Direction des services informatiques a joué un rôle actif dans la démarche d'informatisation des services d'accueil des urgences : recueil des besoins, sélection du fournisseur par appel d'offres, diffusion de l'applicatif retenu, accompagnement des établissements hospitaliers dans le passage, souvent délicat, à l'informatisation.

C'est sans doute ce qui explique que le taux d'informatisation des SAU de l'AP-HP dépasse aujourd'hui les 50%.

- Pour les autres établissements de soin : il n'existe ni coordination, ni accompagnement

Chaque établissement de soins étant souverain dans le choix de son équipement informatique, l'informatisation se réalise au gré des démarches individuelles effectuées par les fournisseurs. Hors AP-HP, le taux d'informatisation des services d'urgence demeure faible (10 à 20%), les solutions installées sont encore plus disparates, ce qui rend particulièrement malaisée une démarche ultérieure d'interconnexion des différentes bases de données à des fins de collecte centralisée, et d'élaboration d'un système régional ou national d'alerte et de pilotage. Cette hétérogénéité, non contrôlée, interdit donc pour l'heure de disposer de tableaux de bord consolidés d'aide à la décision, susceptible de fournir une vision globale de l'activité des services d'urgence, et de constituer la base d'études épidémiologiques à grande échelle.

- Malgré l'existence de solutions techniques éprouvées, le faible niveau d'informatisation des services d'urgence freine la construction d'un réseau national ou de réseaux régionaux des urgences
 - Au sein de l'AP-HP, l'expérience « cyber-réseau-urgence » préfigure la mise en place d'un réseau centralisé de collecte des données des services d'accueil des urgences

Développé par la DSI, cet applicatif récolte de manière automatique et en temps réel (toutes les 3 minutes) les données de charge et de passage en provenance des SAU des hôpitaux de l'AP-HP équipés du logiciel URQUAL : taux d'occupation du service, nombre de personnes en attente, nombre de patients en plateau technique, nombre de patients en attente de service d'aval.

Cet outil, qui s'appuie sur une même structure d'information sur 20 sites hospitaliers, permet ainsi une centralisation en temps réel de toute statistique souhaitée. Outre la photographie des données de charges et de passages à un instant donné, il permet également de présenter un historique complet de l'activité des services d'urgence. Moyennant la définition d'indicateurs pertinents, il pourrait aussi fournir la base d'un système d'alerte et de surveillance épidémiologique rapide et performant.

Toutefois, l'utilisation optimale d'un tel outil s'appuie nécessairement sur un équipement informatique homogène et complet de l'ensemble des services d'accueil des urgences présents dans un même bassin de vie. Il est évident que le défaut d'équipement d'un seul établissement hospitalier de taille importante dans l'ensemble du réseau (les SAU de certains établissements parisiens ne sont pas encore informatisés) est de nature à fausser les indicateurs d'aide à la décision offerts.

- Opérationnel techniquement, « cyber-réseau-urgences » ouvre la voie à des utilisations particulièrement intéressantes au regard de la récente crise sanitaire²⁷
 - Pour les services d'urgence locaux, il offre à chaque chef de service une transparence accrue et la capacité de piloter son activité. Sans engendrer de charge supplémentaire de saisie (le système collecte directement les données de suivi médical des patients), cette procédure évite par ailleurs une éventuelle manipulation des données.
 - Pour les services du SAMU, cet outil offre une cartographie claire et à jour, du niveau de charge de chaque SAU, facilitant d'autant l'orientation des patients.

²⁷ A noter également la constitution d'une base de données régionale « urgences » en Midi-Pyrénées. Financée en partie par l'ARH et gérée par un GIP (l'observatoire régional des urgences), elle collecte les données d'activité de 33 établissements, permettant une meilleure définition des besoins de la population, une description précise de l'offre, l'amélioration des pratiques professionnelles, et la réalisation d'études épidémiologiques.

- Pour la cellule de veille et (ou) de régulation régionale ou centrale enfin, cet outil offre un ensemble d'indicateurs permettant la prise de conscience en temps réel de la survenue d'un phénomène anormal (installation par exemple au Bureau des alertes de la Direction générale de la santé), et la possibilité d'effectuer une régulation ou une gestion centralisée de l'accueil dans les services d'urgence.

Il apparaît donc qu'un tel système, s'il avait été opérationnel pendant les évènements du mois d'août 2003, aurait permis d'une part de détecter, dès les premiers jours du mois, l'augmentation des flux de passage aux urgences, et d'autre part d'orienter les patients vers les établissements les mieux susceptibles de les accueillir.

- Dans ce contexte, il apparaît souhaitable de confier aux ARH une mission de coordination et de régulation des systèmes d'information des services d'accueil des urgences.

Autorité de régulation par excellence, l'ARH semble la structure la mieux adaptée pour favoriser une informatisation homogène à l'échelle régionale ou départementale. Elle seule dispose du pouvoir et de moyens suffisants pour coordonner et promouvoir de tels projets. Pour lui permettre de remplir cette mission, il serait souhaitable d'étoffer également ses compétences en matière d'organisation des systèmes d'information et de conduite de projets.

Elles peuvent d'ores et déjà, par le biais des contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements, développer les initiatives en ce sens. Par ailleurs, dans le cadre du projet « Hôpital 2007 » qui comporte un volet « informatique », des moyens financiers pourraient être consacrés à ce type de démarche.

2.2.2.2 Au-delà de l'informatisation des services d'urgence, la généralisation d'un suivi informatisé de la disponibilité des lits d'aval nécessite une impulsion politique affirmée

- Les expériences en cours s'avèrent décevantes
 - Malgré un démarrage prometteur, la démarche conduite à l'ARH d'Aquitaine semble s'essouffler

L'ARH d'Aquitaine a initié à partir d'octobre 2001 un projet de gestion de disponibilité de lits, d'abord à l'échelon local, puis départemental. Dans cette perspective, l'ARH a réuni mensuellement tous les établissements publics et privés de la Gironde, pendant presque un an.

Ce projet semblait au départ prometteur : les établissements ont adhéré d'emblée au principe du partage de cette information, qui s'est concrétisé par la signature de conventions écrites inter-établissements, et par le développement par le service informatique de l'ARH d'une base de données accessible sur Internet, et permettant à chaque établissement de consulter les disponibilités en

lits, discipline par discipline, de tous les autres établissements du département. En contrepartie, chaque établissement de santé devait s'astreindre à une saisie bi-quotidienne de ses propres disponibilités.

Pourtant, à partir de début 2003, l'ARH a observé une certaine érosion de la démarche, perceptible notamment à travers le déclin de l'offre en lits disponibles déclarée, notamment de la part des établissements privés. Elle s'interroge aujourd'hui sur les moyens d'y remédier.

Cette expérience apparaît néanmoins largement positive, ne serait-ce que parce qu'elle a créé l'occasion d'une communication renforcée entre les établissements d'un même territoire sanitaire, et a favorisé l'apparition d'une culture de la transparence.

- Même au sein des services de réanimation, où la connaissance des disponibilités en lits est de première importance, l'outil informatique existant n'est pas renseigné de façon homogène.
- Ces constats soulignent la nécessité, pour mettre en œuvre une gestion partagée des disponibilités en lits, de mobiliser dans la durée l'ensemble des établissements de soins d'un bassin de vie

- Les freins à la mise en place d'un tel système
 - Certains établissements ou services n'ont pas nécessairement intérêt à faire connaître l'état de leurs disponibilités.

Les chefs de service peuvent craindre en effet que les patients accueillis en provenance des urgences n'occupent des lits dans leur service plus longtemps que prévu et ne compromettent des interventions programmées.

Les établissements privés qui, pour la plupart d'entre eux ont une activité très « ciblée » en chirurgie, perçoivent mal l'utilité de déclarer des disponibilités en lits.

- La saisie quotidienne des disponibilités en lits, sans réception en retour d'une information utile, suscite des réticences

Dans l'expérience conduite par l'ARH Aquitaine, il semble que le plus gros établissement du réseau, le CHU de Bordeaux, n'ait pas été à même d'afficher ses propres disponibilités, ni d'alimenter les autres établissements de flux de patients correspondant aux profils qu'ils étaient en mesure d'accueillir.

- La généralisation d'un dispositif informatisé de suivi des disponibilités en lits d'aval nécessite une volonté politique forte

En définitive, l'instauration d'un système informatique régional de gestion des disponibilités en lits constituerait sans nul doute un puissant outil de désengorgement des services d'urgence. Les obstacles à l'élaboration d'un

tel système ne sont pas de nature technique (plusieurs solutions informatiques fonctionnent actuellement) mais d'ordre culturel et organisationnel. C'est pourquoi la réussite d'un tel projet passe nécessairement par un pilotage affirmé au niveau régional. Comme dans la conduite de l'informatisation des services d'urgence, les ARH, assistées des DDASS de leur région, sont à l'évidence les instances les mieux à même d'exercer ce rôle, le périmètre pertinent de construction d'un tel projet étant celui du bassin de vie.

La mission a d'ailleurs observé l'esquisse d'une telle démarche dans plusieurs régions. Outre l'expérience, déjà évoquée, menée par l'ARH Aquitaine, il faut souligner que l'ARH d'Ile de France s'engage également dans un projet de gestion régionale des disponibilités en lits. A cet effet, elle a pris contact avec l'AP-HP pour réaliser dans un premier temps l'extension à l'ensemble de la région du suivi informatisé des disponibilités en lits de réanimation (logiciel CAPRI). Elle compte ensuite intégrer dans ce dispositif les disponibilités en lits d'aval MCO et en lits de soins de suite et réadaptation.

2.2.2.3 *La construction de réseaux formalisés et opérationnels d'aval des urgences constitue un autre facteur déterminant de fluidification des services d'accueil des urgences*

- Lors de la crise sanitaire d'août 2003, l'activation d'un réseau d'aval intra et inter-établissements semble avoir constitué un facteur déterminant pour les services d'urgences.

Il a permis dans certains cas de disposer d'un potentiel en lits de dégagement.

- L'exemple de l'hôpital COCHIN

Cet établissement a été confronté durant la période caniculaire à une situation apparemment similaire à celle des autres grands établissements parisiens :

- Le SAU de l'hôpital COCHIN, d'une capacité de 23 lits opérationnels, est de taille comparable à ceux d'autres établissements de l'AP-HP.
- Comme les autres grands hôpitaux parisiens, l'hôpital COCHIN a connu dans un laps de temps réduit un afflux considérable de patients. Entre le 1^{er} et le 25 août 2003, l'hôpital a dû gérer 325 hospitalisations supplémentaires (admis ou transférés) par rapport à l'année précédente, correspondant à une augmentation de 100%.

Pourtant, à aucun moment, le SAU de l'établissement ne s'est trouvé totalement engorgé. Au plus fort de la crise, durant la nuit du 12 août, il restait encore deux lits vacants en unité d'observation.

Un facteur de différence avec d'autres établissements, rapidement saturés, réside dans le fait que l'hôpital a pu mobiliser dès le début de la crise un vaste réseau de transferts de patients, qui se sont effectués aussi bien à l'intérieur de l'établissement, que dans un grand nombre de structures de soins environnantes. Ainsi, durant le mois d'août 2003, l'hôpital a pu diriger dans des délais rapides plus de 100 patients vers une quarantaine d'établissements publics et privés. 22 d'entre eux ont notamment été accueillis par un établissement privé voisin.

- Le réseau « Rhône-réadaptation » : une expérience ambitieuse d'optimisation des transferts de patients entre soins de courte durée et soins de suite et de réadaptation.

Même si, en raison de sa jeunesse, ce réseau n'était pas encore opérationnel lors des événements d'août 2003, l'expérience initiée par l'ARH de Rhône-Alpes mérite une attention particulière.

Constatant les dysfonctionnements engendrés par l'insuffisance du dispositif de prise en charge des patients en soins de suite et de réadaptation, l'ARH de Rhône-Alpes a décidé d'engager, au premier semestre 2002, une vaste action de coopération inter-établissements, fondée sur la promotion d'une organisation transversale de la rééducation-réadaptation.

A cet effet, l'ARH a mis à disposition de chaque secteur sanitaire un poste de praticien hospitalier ainsi que les moyens nécessaires à son action, avec pour objectif la création d'une unité de coordination des soins de suite et de réadaptation. Cette instance, assistée d'un comité de pilotage associant des représentants de l'ARH et des professionnels prescripteurs et prestataires de SSR, est notamment chargée de :

- définir des principes transversaux d'organisation des filières intégrées « court séjour » et SSR,
- impliquer les équipes de court séjour dans l'organisation et le suivi de ces filières,
- associer les établissements partenaires offreurs de SSR dans la définition et l'application des règles d'organisation de ces filières,
- développer de nouvelles formes de prise en charge (type hospitalisation à domicile) et renforcer la coopération avec les structures médico-sociales en aval des soins de suite et de réadaptation.

Au terme d'un an de fonctionnement, la communauté d'établissements de santé « Rhône-Réadaptation » associe dans un partenariat opérationnel une quinzaine d'établissements représentant quelque 2 300 lits et places de SSR : le centre hospitalier universitaire (HCL), particulièrement impliqué

dans la promotion de la démarche, mais aussi l'UGECAM²⁸, des hôpitaux gériatriques, plusieurs centres médicaux, ainsi que des associations.

S'il est prématuré de dresser le bilan complet de cette expérience, l'approche retenue -celle de la coopération inter-établissements à des fins de construction d'un réseau d'échanges permanents- semble particulièrement prometteuse.

Il va de soi que la construction de réseaux de ce type, capables d'absorber de manière régulière un nombre élevé de patients, ne s'improvise pas une fois la crise survenue.

- D'autres exemples existent, à un échelle plus modeste.

Ainsi, la charte de la communauté des établissements d'Indre et Loire associe tous les établissements publics du département et deux établissements PSPH.

- L'analyse de ces exemples montre que la construction d'un réseau opérationnel, pour être efficace, doit remplir un certain nombre de conditions :
 - **Il se construit sur la durée et demande une mobilisation de tous les acteurs.** La démarche de constitution du réseau a été initiée depuis janvier 2000 à l'hôpital COCHIN, et a nécessité la tenue d'un grand nombre de réunions avec les équipes des établissements concernés.
 - **Il est formalisé par l'existence de conventions** ou d'accords précisant les engagements réciproques des partenaires : modalités concernant la proposition et l'acceptation d'un transfert, conditions de réalisation, conditions de prise en charge et d'accueil du patient (un exemple de protocole d'accord avec un autre service et de convention avec un autre établissement est fourni en annexe 7).
 - **Il implique des «échanges » réciproques de patients**, le CHU, établissement référent, s'engageant à reprendre les patients transférés si leur état le nécessite.
 - **Il nécessite une animation permanente**, fondée sur « l'échange » de patients, sur la mise en place de procédures d'évaluation du fonctionnement de l'accord (évaluation de l'activité, devenir des patients), sur l'entretien de contacts formels et informels réguliers entre les équipes médicales.
 - **Enfin, les pathologies des patients doivent être étroitement ajustées aux besoins et aux spécialisations médicales des établissements d'accueil.** Ainsi par exemple, la convention

²⁸ UGECAM : union de gestion des caisses d'assurance maladie

unissant l'hôpital COCHIN à une clinique orthopédique précise que celle-ci recevra des patients présentant des caractéristiques précises : « *toute fracture entrant dans le cadre de l'ostéoporose pour une pris en charge globale.* »

- Hors AP-HP, la création et l'animation d'un réseau inter-établissements relèvent de la mission des ARH.

L'analyse des différentes expériences rencontrées fait apparaître deux types de promoteurs de réseaux de ce type :

- une personnalité appartenant à la communauté universitaire médicale qui, au prix d'une forte implication personnelle, parvient à constituer le réseau, puis à le faire vivre ;
- un directeur d'ARH qui prend l'initiative de réunir l'ensemble des acteurs et les incite à développer une démarche de coopération.

Comme pour les problématiques d'informatisation, il est logique, hors AP-HP, de confier la mission de construction du réseau d'aval aux ARH, à charge pour elles de désigner des référents chargés de relayer le projet dans les différents établissements de soins d'un bassin de vie.

En définitive, le développement de réseaux inter-hospitaliers, comme celui de réseaux informatiques répondent à la même problématique : le désengorgement des services d'accueil des urgences passe d'abord par la capacité de chaque service à trouver au sein de son établissement et dans son environnement sanitaire de véritables partenaires, avec lesquels il pourra initier un flux régulier et réciproque d'échanges d'information et d'orientation des patients vers des structures adaptées. Parallèlement à la construction d'échanges transversaux, il lui faut également admettre la nécessité de s'intégrer à un système d'information régional, seul à même de réguler efficacement les flux d'entrées dans les services d'accueil des urgences.

Une telle organisation suppose l'implication renforcée des ARH en tant qu'autorité de régulation et de coordination régionale dotée des compétences et des moyens nécessaires pour initier, puis animer de tels réseaux.

SYNTHESE DES MISSIONS SUSCEPTIBLES D'ETRE CONFIEES AUX ARH POUR AMELIORER LA PROCEDURE DE FERMETURE PREVISIONNELLE DES LITS ET OPTIMISER LES FLUX DANS LES SERVICES D'URGENCES

La mission souligne la nécessité de conforter le rôle central, de pilotage et d'animation, des ARH.

- ***Procédure de prévision des fermetures de lits***
 - Au niveau de chaque département, piloter et s'impliquer pleinement dans l'organisation de la concertation entre les établissements publics et privés, le directeur du SAMU et les chefs des services des urgences, pour relever les prévisions de fermetures de lits.
 - Organiser le retour d'information vers les établissements de soins, en leur transmettant les prévisions de fermeture des établissements de leur territoire sanitaire.
- ***Construction d'un système d'information régional cohérent***
 - Piloter et fédérer l'informatisation des services d'urgence, par le choix d'outils homogènes et interfaçables avec les autres applicatifs de gestion hospitalière
 - Piloter le développement d'un système de collecte informatisée régionale, à l'image du « cyber-réseau-urgences de l'AP-HP » constituant :
 - ✓ Un outil de régulation et de gestion régionale des flux d'entrées dans les services d'accueil des urgences
 - ✓ Un outil d'alerte
 - ✓ Un tableau de bord de l'activité de l'ensemble des services d'accueil des urgences au niveau régional
 - Piloter la mise en place d'une disponibilité informatisée des lits, utilisable en temps réel par tous les établissements, au niveau de chaque territoire sanitaire.
- ***Construction de réseaux d'aval des urgences***
 - Piloter et animer la création d'un réseau inter-établissements
 - assurer sa pérennité.

3.1 Les mesures d'accompagnement à prendre par les pouvoirs publics

3.1.1 Pour la plupart des établissements, augmenter le nombre de lits toute l'année ne constitue pas une solution.

La plupart des établissements connaissent un taux d'occupation proche des taux cibles dans les principales disciplines. Il faut néanmoins noter que les restructurations hospitalières opérées depuis deux décennies ont été accompagnées de réduction des capacités. La situation ainsi créée ne laisse que peu de marge de manœuvre aux établissements en cas de crise.

De surcroît, certains centres hospitaliers disposent d'un nombre de lits opérationnels inférieur aux capacités autorisées en raison de contraintes budgétaires ou de difficultés de recrutement de personnels qualifiés.

L'ensemble de ces phénomènes tend à mettre en adéquation les capacités en lits aux nécessités du fonctionnement des établissements en période de routine. Les situations d'afflux de patients en cas de crise sanitaire inopinée sont donc difficiles à gérer.

Pour autant une augmentation de capacité en lits, permettant de disposer en permanence d'une réserve de sécurité, accompagnée des créations de moyens en personnels supplémentaires correspondants, est inenvisageable en raison de son coût.

Pour un petit nombre d'établissements toutefois, un redimensionnement des capacités s'impose. En effet, certains établissements enregistrent tout au long de l'année des taux d'occupation très supérieurs aux taux « cibles » soit pour des raisons d'évolution démographique de leur secteur sanitaire, soit parce qu'ils disposent de moyens objectivement insuffisants. Ces établissements doivent bénéficier d'une priorité dans les affectations de crédits supplémentaires prévus dans le cadre du plan d'urgence.

3.1.2 En revanche, deux séries de mesures réalistes semblent de nature à faciliter la prise en charge d'un afflux inopiné de patients.

3.1.2.1 La sanctuarisation des lits de réanimation

La mission a noté que les établissements qui n'avaient pas fermé de lits de réanimation ont, pour l'essentiel, été en mesure de faire face aux besoins. Il n'a pas été nécessaire de faire appel à d'autres possibilités comme l'utilisation des lits de réveil des blocs opératoires ou la mobilisation des lits de réanimation chirurgicale des établissements privés.

Toutefois, la prudence dans l'élaboration des prévisions de fermetures de ce type de lits doit être de mise et les ARH doivent veiller à en limiter la possibilité au minimum. En tout état de cause, la fermeture de lits de réanimation ne semble pouvoir concerner que des lits de réanimation chirurgicale dont l'activité est liée à des activités de chirurgie programmée.

3.1.2.2 Les mesures à l'égard du personnel

Les mesures à l'égard du personnel pourraient être de deux ordres : incitatives ou contraignantes.

Au titre des premières, afin de tenir compte de l'engagement des personnels qui seraient mobilisés dans les situations de crise comme le déclenchement du Plan Blanc, on pourrait décider au niveau ministériel, d'augmenter la rémunération et le plafond des heures supplémentaires : par exemple plus 50% au lieu de plus 10% comme actuellement. Ce type de mesure présente l'intérêt de s'ajuster à l'évolution de l'activité. Il est à noter que des initiatives en ce sens ont été prises par plusieurs directions d'hôpitaux au plus fort de la canicule, sans avoir l'aval formel des autorités de tutelle. Il est à craindre, si ces promesses ne peuvent être tenues pour des raisons réglementaires, que l'on se heurte à des difficultés, ou que les sollicitations du personnel en pareil cas n'aient que peu de succès à l'avenir.

Au titre des secondes, l'hypothèse a été émise d'une obligation pour tous les personnels partant en congés annuels de communiquer leurs coordonnées téléphoniques de leurs lieux de vacances, afin qu'ils puissent éventuellement être rappelés en cas de crise grave.

La circulaire de 2002²⁹ relative à l'organisation des Plans blancs a prévu des dispositions particulières « *dans la perspective d'un rappel du personnel, notamment en cas de catastrophe nocturne ou durant des jours fériés* ». Elles stipulent notamment que des listes comportant les coordonnées téléphoniques des personnels sont établies et qu'« *afin de concilier le caractère confidentiel de données personnelles et la possibilité d'être joint en cas de rappel, ces listes sont placées sous scellées, à n'ouvrir que sur ordre du directeur...Le rythme de (leur) mise à jour est semestriel* ».

A l'évidence, ces mesures, prévues pour les nuits et les jours fériés, c'est à dire pour des durées courtes, ne s'appliquent pas aux congés annuels. Les étendre à ces périodes est envisageable mais présente des inconvénients qui obèrent leurs chances de mise en œuvre. Au-delà des difficultés pratiques pour tenir régulièrement à jour les listes en question, compte tenu de l'étalement des vacances, il existe des raisons de fond qui méritent un examen attentif et des solutions adaptées. En effet, d'une part, d'un point de vue juridique, il n'existe formellement aucune obligation de cette nature dans le statut de la fonction publique hospitalière. Certes, la circulaire précitée indique bien que « *les conditions relatives à l'obligation de service légitiment la communication de cette information à l'établissement* », mais il s'agit là d'une interprétation du droit qui mériterait d'être confortée par une disposition statutaire. D'autre part, dans la mesure où il s'agit objectivement d'une contrainte touchant à la vie privée des personnels, sa mise en œuvre peut nécessiter l'octroi de compensations, non dépourvues d'incidences financières.

²⁹ Circulaire DHOS/HFD n°2002-284 du 3 mai 2002.

CONCLUSION

En définitive, le jugement globalement positif porté par la mission sur la réponse hospitalière aux conséquences de la canicule ne doit pas occulter le fait que les services d'accueil des urgences sont confrontés à un niveau de charge structurellement tendu, appelant des solutions intégrant à la fois l'amont des services d'urgences, leur fonctionnement et leur organisation interne, et l'aval de ces services. Le « plan pour améliorer la prise en charge des urgences dans le système de soins », élaboré par la DHOS, et auquel la mission souscrit pleinement, propose des solutions propres à répondre aux besoins identifiés auprès de chacun des maillons de la filière « urgences ».

Parmi les mesures proposées dans ce document, l'informatisation généralisée et cohérente des services d'urgence, techniquement réalisable, permettrait d'optimiser la gestion des flux de passage dans les services d'accueil des urgences, et constituerait la base d'un dispositif de détection précoce des anomalies. Un suivi informatisé de la disponibilité en lits d'aval, à l'échelle des bassins de vie, et piloté par l'ARH, compléterait utilement ce dispositif.

Par ailleurs, l'instauration, à l'initiative des ARH, de réseaux formalisés d'accueil des patients en aval des urgences, entre établissements publics et privés d'un même bassin de vie, constituerait également un facteur essentiel de désengorgement des services d'accueil aux urgences.

Maryse FOURCADE

Jean-Paul BASTIANELLI

Liliane SALZBERG

Docteur Sylvain PICARD

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées ou contactées

Annexe 3 : Le relevé d'information de la mission auprès de 3 régions

Annexe 4 : Les difficultés de comptabilisation administratives des lits hospitaliers

Annexe 5 : Les passages aux urgences dans les établissements de l'AP-HP : une forte modification des profils par âge des populations accueillies en août 2003

Annexe 6 : Les recherches de l'InVS et de l'INSERM et les enquêtes de la DREES

Annexe 7 : Exemple de conventions inter établissements

Annexe n° 1
Lettre de mission

Paris, le 15 SEP. 2003

Inspection Générale des Affaires Sociales
16 SEP. 2003
N° 618

NOTE

Pour Madame Marie-Caroline BONNET-GALZY
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

..*.*..

Le rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003 a mis en exergue le phénomène de fermeture estivale de lits d'hospitalisation comme l'une des difficultés importantes rencontrées par le système sanitaire pour faire face à la crise.

Chaque année, durant les congés d'été, les hôpitaux ferment en effet un certain nombre de lits ou d'activités hospitalières. Ces fermetures résultent d'une tentative d'adaptation de l'offre hospitalière aux départs en congés d'une partie des personnels hospitaliers, d'une part, et à la fluctuation de la demande de soins programmés, d'autre part.

Ces fermetures doivent évidemment tenir compte des contraintes liées à l'urgence et des impératifs de sécurité sanitaire. Ainsi, la capacité d'accueil des zones de soins de courte durée dans les services d'urgence, des services de réanimation et des lits de suite doit être maintenue au plus haut niveau possible durant cette période estivale, en particulier dans les zones d'afflux touristiques.

Depuis 2001, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins anticipe et suit ces fermetures estivales, en liaison étroite avec les ARH. Les hôpitaux et les cliniques sont invités à transmettre leurs prévisions de fermeture et des concertations régionales sont organisées afin d'en limiter l'impact sur les activités d'urgence. Pour 2003, le taux moyen prévisionnel de fermeture des lits, toutes activités confondues, s'établissait à 10% pour les mois de juillet et d'août et 20% pour l'AP-HP. Le rapport d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule indique que ces prévisions n'auraient pas été complètement respectées. Certains établissements auraient pratiqué des fermetures plus importantes que prévues, et ce dans des proportions inquiétantes puisque certains taux de fermeture auraient atteints 30% dans des services de réanimation. Cette situation a fortement pénalisé les services d'urgences et les SAMU face à la crise.

En conséquence, je souhaite qu'une mission d'inspection soit diligentée sans délai pour faire l'analyse du phénomène de fermeture de lits dans les établissements hospitaliers durant l'été. Les différences entre les prévisions de l'administration centrale et la réalité des fermetures de lits seront précisément relevées ainsi que les raisons de ces écarts. La mission devra également faire des propositions quant aux mesures qui pourraient être prises pour assurer une complémentarité des établissements dans les territoires de santé et garantir le bon fonctionnement de la filière d'urgence. Les conclusions de cette mission me seront remises avant le 15 novembre 2003.

Jean-François MATTEI

Annexe n° 2
Liste des personnes rencontrées

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU CONSULTEES

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

- Mme Danielle TOUPILLER – Conseiller technique du directeur
- Mme Natacha LEMAIRE - Chef de bureau
- Mme Olivia BRANCO – Sous-direction de l'organisation du système de soins - Bureau de l'organisation régionale de l'offre de soins

INSTITUT DE LA VEILLE SANITAIRE

- Mme Martine LEDRANS,
- Dr. Hubert ISNARD, Département des Maladies Chroniques et des Traumatismes

INSERM

- M. Eric JOUGLA - Directeur INSERM-CépiDc-IFR69,
- M Denis HEMON - Directeur de recherche

ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS

SIEGE

- Mme R M. VAN LERBERGHE - Directrice générale
- M. Bernard CAMPHIN – Direction de la Politique Médicale
- Mme Monique SANCHEZ - Direction de la Politique Médicale
- M. Jean-Louis DEQUIRE - Direction de la Politique Médicale
- M. Bernard PERIN – Directeur des systèmes d'information
- M. Stéphane CREZE – Direction des systèmes d'information – chef de projet informatisation des urgences et SAMU
- Mme Martine FRANCO – Chef de projet PAS (prescriptions et activités de soins)
- M. AVAKIAN – Comité de réflexion stratégique

HOPITAL AMBROISE PARE

- Mme Marie-Laure LOFFREDO – Directrice
- M. Eric BONNEVIE – Directeur des Finances, de la stratégie, de la clientèle et de la qualité
- Dr Dominique BRUN-NEY - Chef du service des urgences
- M. Ludovic KORCHIA - Interne au service des urgences

HOPITAL AVICENNE

- M. BILIS – Directeur

➤ **HOPITAL ANTOINE BECLERE**

- M. CAZEJUST - Directeur
- Mme HEGO BURU – Directrice adjointe stratégie
- M. MARCILLAUD – Directeur adjoint achats, logistique
- Mme EL KAIM – Responsable de la communication

➤ **HOPITAL COCHIN**

- M. Olivier COLIN - Directeur
- Mme FINKELSTEIN – Directrice de la Qualité, de la formation et des droits des malades
- Mme PHILIP : Directrice des Ressources humaines
- Mme MARIN-LA MESLEE : Coordinatrice générale des soins
- Pr Jean-François DHAINAUT : Chef du service des urgences et de la réanimation médicale
- Dr Ginsburg : adjointe au chef de service

➤ **HOPITAL HENRI MONDOR**

- M. Bruno SOUDAN – Directeur
- M. M. SPEETEBRODT – Directeur adjoint
- Dr Dominique BROCHARD – Président de la CMC

➤ **HOPITAL SAINT-ANTOINE**

- Mme de SINGLY – Directrice

➤ **HOPITAL TENON**

- M. Arthur HAUSTANT – Directeur
- Mme Carole FESTA – Directrice adjointe
- Dr Charles MAYAUD – Chef du service de pneumologie et de réanimation respiratoire
- Dr Dominique MEYNIEL – Chef du service des urgences médicales

□ **REGION ILE DE FRANCE**

➤ **ARH Ile de France**

- M Philippe RITTER – Directeur
- Mme Maryse LÉPÉE – Directrice adjointe
- Mme Dominique MOULIN – Chargée de mission – chef de projet système d’information urgences

➤ **DRASS Ile de France**

- Mmes C BELLOT – Service des établissements sanitaires et sociaux,
- Mme Gaëlle LAVANANT – Service Planification

□ **REGION CENTRE**

➤ **ARH du Centre**

- M. Patrice LEGRAND – Directeur
- M. Alain DEBETZ – Secrétaire Général
- M. Hubert PISSIER – Conseiller technique

➤ **CHU de TOURS**

- M. Philippe MOUJARD - Directeur,
- Mme B. THEBAUD-DEVIGE - Directrice adjointe
- Dr LAMOTTE - Chef du service des urgences
- Dr PERROTIN- Chef du service de réanimation médicale
- Mme REGLAIN - Cadre infirmier

➤ **CHR d'ORLEANS**

- M. Jean-Pierre GUSHING – Directeur Général
- M. Richard BOUSIGES – Directeur Général adjoint
- Dr CAMI – Service des urgences

➤ **CH de BOURGES**

- M. AM MEUNIER – Directeur
- Dr SAUDEAU – Services des urgences

➤ **CHU de CHATEAUROUX**

- M. Lionel DESMOTS – Directeur
- Dr SOULAT – Service des urgences

□ **REGION BOURGOGNE**

➤ **ARH de BOURGOGNE**

- M. Jean-Louis SEGURA – Directeur
- M. Didier JAFFRE – Secrétaire Général
- Dr Nathalie ARNOULD – Chargée de mission

➤ **CHU de DIJON**

- M. Daniel MARIE – Directeur Général
- M. Eric DEMOISSON – Directeur Général Adjoint
- M. Henri ANTHONNY-GERROLDT – Directeur du Service des soins infirmiers
- M. Louis MARILLIER – Responsable de la Cellule d'analyse de gestion
- Dr Alain TURCU – Médecin urgentiste

➤ **CH d'AUXERRE**

- M. Philippe BOURGINE - Directeur des Services financiers, des systèmes d'information, et des affaires générales
- M. Bernard LABORDERIE – Directeur de la Clientèle et de la Communication

➤ **CH de CHALON SUR SAONE**

- M. Michel BRAVAIS – Directeur
- M. Yves MANIGLIER – Directeur adjoint
- M. Olivier SERVAIRE-LORENZOT – Directeur des Finances et de la Clientèle
- Mme Annick PASCAL – Directrice des Soins Infirmiers
- Dr David COREGE - Chef du service du SAMU-SMUR, Président de la CME
- Dr Maurice LUBINEAU – Chef du service du Centre de gérontologie du Chalonnais
- Dr Thérèse LENORMAND – Médecin gériatre
- Dr Yves GEY – Médecin gériatre

➤ **CH de MACON**

- M. Serge BERNARD – Directeur
- M. – Directeur des Services financiers
- Dr Bruno MANGOLA - Chef du service des urgences – SMUR, Président de la CME

□ **REGION RHONE ALPES**

➤ **HOSPICES CIVILS DE LYON**

- Mme PIGNARD – Directrice des Urgences
- Pr ROBERT – Responsable du département urgences et réanimation médicale
- Dr DEBLAZI – Responsable de la cellule coordination des SSR
- Pr TISSOT – Président de la CME

□ **REGION AQUITAINE**

➤ **ARH d'AQUITAINE**

- M. Philippe GARCIA – Directeur
- M. Christophe MAURY – Service informatique
- Mme SAINT-UPERY – Chef de projet – Service informatique

➤ **CRU de BORDEAUX**

- Dr. Jean-Pierre CASTEL – Chef du service des urgences Hôpital Pellegrin
- Dr. DABADIE – Chef du service de réanimation Hôpital Saint-André

□ **XR PARTNER**

- M. Xavier ZARKA – Directeur associé
- M. Roland ZARKA – Directeur associé

Annexe n° 3
Le relevé d'information de la mission auprès de 3 régions

Afin de disposer d'informations sur les écarts entre prévisions et réalisations de fermetures de lits dans les délais impartis et après s'être assurée qu'aucune autre analyse des capacités conjoncturelle en lits n'était disponible sur l'été 2003 au moment de la rédaction de ce rapport, la mission a demandé aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) des trois régions dans lesquelles elle s'est déplacée : Île de France Bourgogne et Centre ainsi que les services de l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) d'interroger les établissements sanitaires publics et privés de leur région à partir du relevé d'information qui figure ci-dessous.

Ce relevé a fait l'objet d'un échange préalable avec les services de l'AP-HP en particulier avec la direction de la politique médicale et avec la direction des ARH sur la possibilité pour les établissements de le renseigner.

Le relevé centre la demande d'information sur les capacités en lits (prévues et réalisées) sur le mois d'août 2003 et sur les deux premières semaines. La demande porte sur les lits de MCO et sur des services hospitaliers plus particulièrement concernés par les effets de la canicule. Il demande également des informations sur les réouvertures non prévues dites « exceptionnelles », sur les personnels présents sur ces deux semaines¹ et sur le flux de passage aux urgences aux mois d'août 2002 et 2003.

Les consignes de remplissage ont été les suivantes :

- Le nombre de “lits ouverts”, en données prévisionnelles ou réalisées, est calculé à partir du nombre total de “journées lits disponibles” ou “journées lits exploitables” (lits occupés ou susceptibles de l'être) sur la période considérée puis divisé par 7 pour les données hebdomadaires ou par 31 pour les données sur le mois d'août ; sinon il était demandé de préciser le mode de calcul ;
- Le nombre de personnel présent en ETP est calculé à partir du nombre total de journées de travail effectuées sur la période considérée, divisé par 7 pour les données hebdomadaires et par 31 pour le mois d'août ; sinon il était demandé de préciser le mode de calcul ;

Il était également demandé de préciser s'il s'agit d'un établissement hospitalier public, PSPH ou autre privé.

La demande a été adressée par la mission à la directrice de l'AP-HP et aux directeurs des ARH des trois régions par courriel du 9 octobre 2003. Le fichier a été transmis le 10 octobre, directement aux établissements sanitaires, pour les ARH du Centre, de la Bourgogne et pour l'AP-HP et par l'intermédiaire de la DRASSIF et des DDASS, pour le reste de la région Île de France.

Les consolidations régionales, pour l'ensemble des établissements publics et PSPH d'une part et autres privés d'autre part ainsi que la somme des deux, ont été transmises à la mission entre le 23 octobre 2003 et le 4 novembre 2003. La mission a disposé des fiches des établissements de l'AP-HP, des régions Centre et Bourgogne. Les déclarations des

¹ L'information sur le nombre de personnel présent en ETP à semble-t-il été difficile à réunir par les établissements, selon le mode de calcul proposé : calcul à partir du nombre total de journées de travail effectuées sur la période considérée, divisé par 7 pour les données hebdomadaires et par 31 pour le mois d'août

établissements n'ont pu en général faire l'objet, dans le temps imparti, de vérification ou de contrôle approfondis auprès des établissements par les services de l'ARH ou les services de l'AP-HP (direction de la politique médicale). Ils ont toutefois souvent révisé leurs premiers envois et vérifier la cohérence des données.

Disponibilité des lits MCO - SSR au mois d'Août 2003 - Etat des lieux

Région :

Etablissement (pour les fiches par établissement) (1) :

Les données concernent des capacités en hospitalisation complète

Nom de la personne référente :

Téléphone :

Fax :

Email :

	Disciplines	Lits installés Nombre	Nombre de lits ouverts - Données prévisionnelles			Nombre de lits ouverts - Données réalisées			dont : nombre de réouvertures exceptionnelles liées à la canicule		
			août-03	dont du 04/08 au 10/08/03	dont du 11/08 au 17/08/03	août-03	dont du 04/08 au 10/08/03	dont du 11/08 au 17/08/03	août-03	dont du 04/08 au 10/08/03	dont du 11/08 au 17/08/03
1	Médecine										
2	Chirurgie										
3	Obstétrique										
I = 1 à 3	Total MCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I-4	<i>Dont :</i> <i>'- Réanimation adultes (*)</i>										
I-5	<i>- Total Pédiatrie</i>										
5.1	<i>dont Néonatalogie (**)</i>										
I-6	<i>- Médecine gériatrique</i>										
8	Réadaptation fonctionnelle										
9	Soins de suite										
II = 8 à 9	Total Soins de suite et Réadaptation (SSR)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	Urgences (lits portes)										

(*) Il s'agit de toute réanimation adulte : médicales, chirurgicales, soins intensifs.

(**) Total néonatalogie (réanimation néonatale, néonatalogie avec ou sans soins intensifs)

					août-03	dont du 04/08 au 10/08/03	dont du 11/08 au 17/08/03
I-7.	<i>- Salles de réveil adultes : nombre de postes ouverts toutes disciplines</i>						
I-7.a	<i>- nombre de patients hospitalisés dans les salles de réveil</i>						

Personnels présents - Effectifs en équivalent temps plein (ETP)

en ETP	août-03	dont du 04/08 au 10/08/03	dont du 11/08 au 17/08/03
i Nombre total (*)			
i.1 <i>dont Infirmier/ères (IDE) (**)</i>			
i.2 <i>Aides soignant(e)s (**)</i>			

(*) Toutes catégories de personnels confondues (y compris médecins et administration)

(**) Toutes catégories confondues (y compris personnel temporaire etc..)

Passage aux urgences

	Flux passé par les urgences :	Total		dont 75 ans et plus	
		en août 2002	en août 2003	en août 2002	en août 2003
a	Nombre total de passages				
b	dont nombre de patients hospitalisés en interne (admissions)				
c	dont nombre de patients hospitalisés dans un autre établissement géographique (transferts)				

(1) Fiche à fournir également pour tous les établissements hospitaliers publics, PSPH et autres privés de votre région qui ont fermé plus de lits que en août 2003 (hors réouvertures exceptionnelles) avec une explication des écarts constatés.

Annexe n° 4 –
Les difficultés de comptabilisation administratives des lits hospitaliers

Les modes de comptabilisation administratives des lits hospitaliers sont peu explicites et les dénombrements complexes difficilement interprétables,

La complexité du recueil des données et de leurs différentes synthèses rend particulièrement délicat l'avis qui peut être porté sur leur fiabilité et leur interprétation.

1. Des définitions imprécises et différentes :

Concernant les « prévisions »,

Les imprécisions résultent essentiellement de périodes différentes prises en compte pour l'établissement des « prévisions » par les établissements de santé. Les actualisations régulières dont elles font l'objet par les établissements mais aussi le rythme des remontées nécessitent un suivi précis des dates d'agrégations qui n'est pas systématique. Ces dates sont par ailleurs rarement les mêmes, selon les sources.

Ainsi le bilan des prévisions estivales est demandé aux hôpitaux par les services de l'AP-HP pour fin mai ; les prévisions sont cependant révisées par les établissements jusque début juillet. Les services de l'AP-HP ne sont pas systématiquement mais souvent informés de ces rectifications. Ces réactualisations conduisent à des écarts entre les dénombrements transmis par l'AP-HP à la DHOS ou à la mission ; la transmission à la DHOS de données prévisionnelles de « lits ouverts » au 30/05/2003¹ diffèrent ainsi, par exemple, des mêmes données au 30/05/2003 remises à la mission fin septembre², même si l'écart n'est pas très conséquent.. Les réponses apportées au relevé de l'IGAS entre le 10 et la fin octobre 2003 diffèrent également.

Pour des raisons d'homogénéité de données, l'analyse des fermetures dans ce rapport a été faite sur les données du relevé.

Concernant les notions de « données réalisées »,

Les imprécisions peuvent résulter du type d'agrégat retenu. Pour cerner cette notion, la mission a introduit dans sa demande de relevé celle de « réouverture exceptionnelle », que ne comptabilise pas la DHOS dans ses remontées régionales de « données réalisées. » Cette information suppose sans doute un suivi précis des dates d'ouverture et de fermetures des lits, pour connaître les disponibilités en lits sur une période précise ou à un moment donné.

Concernant les notions de « lits » d'hospitalisation complète :

- Les lits « autorisés » constituent une notion administrative bien partagée mais celle-ci ne mesure pas la capacité d'accueil disponible et n'est donc pas demandée dans les différentes remontées (relevé de la mission, données de l'AP-HP ou de la DHOS).
- Les « lits installés » semblent également une notion bien partagée pour dénombrer une capacité d'accueil. L'AP-HP utilise parfois le terme de « lits opérationnels » au lieu de « lits installés ».

¹ AP-HP, « Prévisions d'ouverture été 2003 au 30 mai 2003

² État détaillé des capacités d'accueil durant les mois de juillet et août à l'AP-HP», DPM/Urgences/30/05/2003

- Les « lits ouverts » ou leur inverse par rapport aux « lits installés », les « lits fermés », sont des notions retenues dans l'appréhension des capacités disponibles ou indisponibles dans les remontées régionales effectuées par la DHOS et dans le relevé de la mission.

Concernant la notion de « lits portes » des urgences,

Cette notion a été demandée dans le relevé, mais la mission n'a pas eu le temps de vérifier sa bonne compréhension ; cette information n'est pas demandée dans les remontées de la DHOS.

2. Des dénombrements et des indicateurs hétérogènes

Concernant le mode de dénombrements des « lits » :

La mission a retenu dans les consignes proposées aux ARH³, la notion utilisée par la direction de la politique médicale de l'AP-HP. Cette notion est proche de celle de la statistique annuelle d'établissements (SAE) de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁴ : le calcul s'effectue à partir du nombre total de "journées lits disponibles" ou "journées lits exploitables" (lits occupés ou susceptibles de l'être) connu à partir des plannings des services et des dates d'entrée et de sortie de patients hospitalisés. Cette notion n'est pas usuelle pour un certain nombre d'interlocuteurs des ARH, sans que d'autres modes de calculs aient été précisés à la mission.

Les réponses des hôpitaux de l'AP-HP au relevé de l'IGAS ont été en principe homogènes, de ce point de vue avec toutefois une incertitude pour un établissement qui aurait dénombré les lits « facturés », c'est à dire occupés au lieu de « disponibles ».

Des agrégations non homogènes :

Si les nomenclatures de disciplines sont assez homogènes, leur regroupement peut être divergent : ainsi le regroupement en « médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO) indiqué dans la nomenclature des établissements sanitaires et sociaux (NODESS)⁵ et repris dans le relevé de l'IGAS inclut la pédiatrie, et en particulier la néonatalogie alors que cette rubrique MCO n'inclut pas la néonatalogie dans les réponses au relevé collectées par l'AP-HP.

Les différences de niveaux de consolidations par disciplines peuvent également induire de la confusion. Les données du relevé sont ainsi synthétisées par l'AP-HP sur l'agrégat « médecine, chirurgie, obstétrique » « néonatalogie », « soins de suite et réadaptation fonctionnelle » et « urgences » (MCO-SSR-Urgences). Les résultats de la DHOS analysés dans la lettre de mission sont, quant à elles, agrégées sur l'ensemble « médecine, chirurgie, obstétrique » et « soins de suite et réadaptation fonctionnelle (MCO-SSR).

Les résultats présentés dans ce rapport tentent d'harmoniser ces regroupements différents.

³ Voir annexe 3.

⁴ Voir en annexe 6

⁵ Nomenclature des équipements sanitaires in « Nomenclatures des établissements sanitaires et sociaux » NODESS 1990, BO n° 91- 7bis

Par ailleurs, les consolidations régionales que reçoit la DHOS des ARH portent en principe sur l'ensemble du champ des établissements sanitaires publics et privés, mais la DHOS dispose rarement de l'information sur le taux de couverture de ce champ.

La comparaison entre ces remontées et les dénombrements effectués pour le relevé donne ainsi, pour les trois régions concernées, à champ MCO et SSR comparable, des résultats un peu différents pour les raisons évoquées ci-dessus, en particulier de périodes de remontées différentes :

Tableau 1 Comparaison des résultats des remontées de la DHOS et du relevé IGAS pour le mois d'août 2003

1.1 Prévisionnel - réalisé (Données de la DHOS - source ARH)

MCO + SSR – Moyenne août 2003	Lits installés 2003	Nombre réalisé (*)	Nombre prévisionnel	Taux d'ouvertures réalisées	Taux d'ouvertures prévues	écart en %
	Nombre	(a)	(b)	(Taux R/I)	(Taux Pri/I)	(R-Pri)/I
Bourgogne ^{1,2}	6 681	5 379	5 501	81%	82%	-2%
Centre ²	10 570	9 124	7 005	86%	83%	3%
Centre ³	12 262	10 816		88%	nd	nd
Centre ³	2 017		1 972	nd	98%	nd
Ile de France (hors AP-HP) ²	22 198	16 395	nd	74%	nd	nd
AP-HP ©	15 125	nd	10 755	nd	71%	nd

Source DHOS

(*) Il est vraisemblable que les réouvertures exceptionnelles soient comprises dans ce nombre.

(a) Données collectées par la DHOS entre mi octobre et fin octobre 2003 ;

(b) Données collectées par la DHOS entre fin juillet et début août 2003, sauf pour l'Île de France (données prévisionnelles connues que sur une moyenne de juin à septembre en début août)

© Listing AP-HP daté 30/05/2003 transmis à la DHOS (y compris réanimation adultes).

¹ Champ MCO uniquement

² – Requête faite pour l'IGAS le 9/10/2003 par semaine – moyenne sur 4 semaines

³ Données partielles MCO + SSR transmises le 4/11/2003, sur la demande IGAS de disposer de données MCO d'une part et SSR de l'autre

1.2 Prévisionnel - réalisé (relevé IGAS - source ARH)

MCO+SSR - Moyenne août 2003	Nombre de Lits installés 2003	Nombre réalisé de réouvertures exceptionnelles	Nombre réalisé (yc réouvertures exceptionnelles)	Nombre prévisionnel	Taux d'ouvertures réalisées	Taux d'ouvertures prévues	Écart en %	Taux d'ouvertures réalisées (avant réouvertures)	Écart en %
	(I)	(réo)	(R)	(Pri)	(R/I)	(Pri/I)	(R-Pri)/I	(R'/I)	(R'-Pri)/I
Bourgogne ^(a)	7 693	47	5 778	6 002	75,1%	78,0%	-2,9%	74,5%	-3,5%
Centre ^(a)	9 482	556	7 990	8 086	84,3%	85,3%	-1,0%	78,4%	-6,9%
Centre ^(a')	7 430	133	6 827	7 072	91,9%	95,2%	-3,3%	90,1%	-5,1%
Ile de France (hors AP-HP) ^(a)	26 669	754	19 212	19 095	71,9%	71,5%	0,4%	69,1%	-2,4%
AP-HP ^(a)	15 842	179	10 873	10 966	68,6%	69,2%	-0,6%	67,5%	-1,7%
AP-HP ^(b)	16 042			11 406		71,1%			
AP-HP ^(c)				10 171					

Sources ARH, AP-HP : relevé de l'IGAS

(a) Données collectées par les ARH et l'AP-HP pour le relevé de la mission entre le 10 et le 30 octobre 2003 ;

(a') Données réexploitées par la mission sur les réponses des établissements portant à la fois sur les trois notions de lits : installées, prévues, réalisées;

(b) Listing AP-HP daté 30/05/2003 transmis à la mission le 26 septembre 2003 ;

(c) Données transmises à la mission en tant que prévisions initiales le 28 octobre 2003.

Les taux de réponses, en termes d'établissements répondant sont rarement signalés par les ARH à la DHOS. Ceux du relevé de l'IGAS sont relativement bons pour les secteurs publics et privés (plus de 83%) sauf pour le secteur privé de la région Île de France (54%) qui regroupe un nombre important d'établissement (184).

Une autre source d'erreur peut provenir de comparaison d'agrégats issus de taux de réponse par agrégat très différents rendant difficile l'interprétation des ratios utilisés. Les ARH ou la mission n'ont pu, dans le temps imparti, vérifier ce type d'erreur. Des résultats incohérents sur les résultats des établissements privés ayant répondu à l'ARH du Centre ont cependant amené la mission à ré exploiter ces réponses en ne retenant que les établissements ayant répondu à la fois aux trois notions comparées dans ce rapport : celles de lits installés, de lits prévus initialement et de lits « disponibles » ou de données « réalisées ».

Tableau 2 Taux de réponse des établissements contactés par les ARH

Relevé IGAS - Source ARH et AP-HP

Régions interrogées	Taux de réponse des établissements			Nombre Établissements de santé concernés	Ensemble des établissements de santé (*)
	Public et PSPH	Autres privé	Ensemble		
Bourgogne	89%	93%	91%	47	106
Centre ⁽¹⁾	100%	100%	100%	66	134
Centre ⁽²⁾	38%	27%	33%	66	134
Ile de France (hors AP-HP)	83%	54%	66%	313	444
AP-HP			100%	37	35

(*) Source Drees : Statistique annuelle d'établissement 2001 (SAE), Entités juridiques et établissements géographiques rattachés qui incluent d'autres activités (psychiatrie, soins de longue durée etc..)

⁽¹⁾ Pour les établissements contactés

⁽²⁾ Pour les données ré exploitées

Des indicateurs retenus trop réducteurs :

Le principal indicateur utilisé est la moyenne des taux d'ouverture ou de fermeture par niveaux géographiques (régional ou national) et agrégat de discipline. Cette moyenne est calculée sur des périodes mensuelles voire sur plusieurs mois, difficilement interprétable. Cet indicateur des ouvertures ou des fermetures lisse par définition les différences qui sont apparues, par exemple entre le mois de juillet et d'août 2003.

Enfin, l'agrégation MCO et SSR est trop générale. Il est préférable pour l'analyse de centrer l'information sur les disciplines qui peuvent constituer un goulot d'étranglement en cas de crise : lits de réanimation et lits de médecine interne par exemple. La seule différence entre MCO et SSR est déjà plus parlante.

Des notions d'écart entre le prévisionnel et le réalisé à préciser

Les différents modes de calculs des écarts prêtent à confusion:

1. Le calcul des écarts, basé sur les taux d'ouvertures ou de fermetures de lits, effectué par la DHOS et retenu par la mission dans ce rapport calcule l'écart en % entre:
 - le taux d'ouverture prévu (en principe au début de l'été) qui est égal au nombre de « lits prévus » (Pri) sur celui des « lits installés » (I) : Pri/I
 - et le taux d'ouverture réalisé calculé également sur le nombre de « lits installés » (I) : R/I ou R'/I la mission ayant introduit la notion de « réalisé hors réouvertures exceptionnelles » (R' = R-réouvertures)

2. Un autre mode de calcul, utilisé également dans ce rapport et par l'AP-HP regarde l'écart par rapport aux prévisions : $(Pri - R)/Pri$ ou $(Pri - R')/Pri$.
3. Ces écart sont aussi utilisés en valeur absolue, :
 - en termes de nombre de lits « ouverts » ou « fermés » plus, moins ou comme prévu : $[(R - Pri) \text{ ou } (R' - Pri)]$ ou $[(Pri - R) \text{ ou } (Pri - R')]$.
 - en termes de lits « fermés » par rapport aux lits installés : $(I - R)$, $(I - R')$ ou $(I - Pri)$.

Annexe n° 5

Les passages aux urgences dans les établissements de l'AP-HP : une forte modification des profils par âge des populations accueillies en août 2003

Les limites de l'exercice de prévision résident dans son incapacité, par construction, à prévoir des événements qui ne se seraient pas produits auparavant. Le flux de patients accueillis en août 2003 a été nettement plus important qu'en août 2002 dans les services d'urgences des établissements de l'AP-HP. Cet afflux important a concerné particulièrement les personnes appartenant aux tranches d'âge les plus élevées.

Tableau 1 : AP-HP - Passages aux urgences en août 2002 et août 2003

Flux passé par les urgences	Nombre total		dont nombre de 75 ans et plus		évolution août 2003/août 2002		Proportion de 75 ans et plus	
	en août 2002	en août 2003	en août 2002	en août 2003	Total	75 ans et plus	août 2002	août 2003
Nombre total de passages	72 982	83 037	5 192	7 629	+14%	+47%	7%	9%
Dont								
- Nombre de patients hospitalisés en interne (admissions)	9 707	12 374	2 065	4 023	+27%	+95%	21%	33%
- Nombre de patients hospitalisés dans autre établissement (transferts)	1 636	1 680	393	429	+3%	+ 9%	24%	26%

Source : relevé de l'IGAS, données collectées par l'AP-HP, direction de la politique médicale entre le 10 et le 30 octobre 2003

D'après les informations fournies par le relevé de l'IGAS auprès des établissements de l'AP-HP, le flux des passages aux urgences en août 2003 s'est accru de 14% par rapport au mois d'août de 2002 (83 000 passages en août 2003 contre 73 000 passages en août 2002), entraînant un plus grand nombre d'hospitalisations (12 400 en 2003, soit 15% des passages ; contre 9 700 en août 2002, soit 13%).

Ce sont surtout les admissions des personnes de plus de 75 ans qui ont progressé passant de près de 2 100 admissions en août 2002 à plus de 4 000 en août 2003. De ce fait, alors qu'en août 2002, 21% des patients hospitalisés relevaient de cette catégorie d'âge, ce pourcentage est passé à 33% en août 2003.

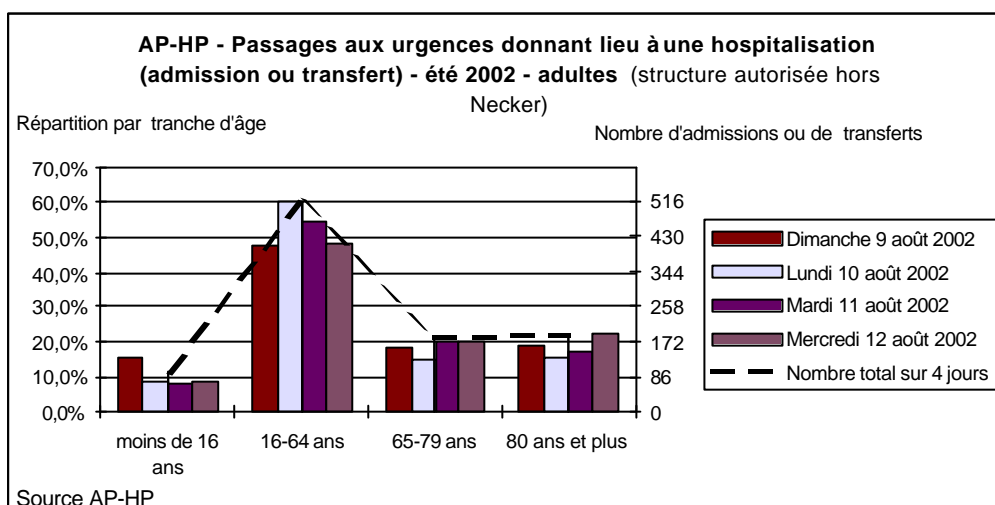
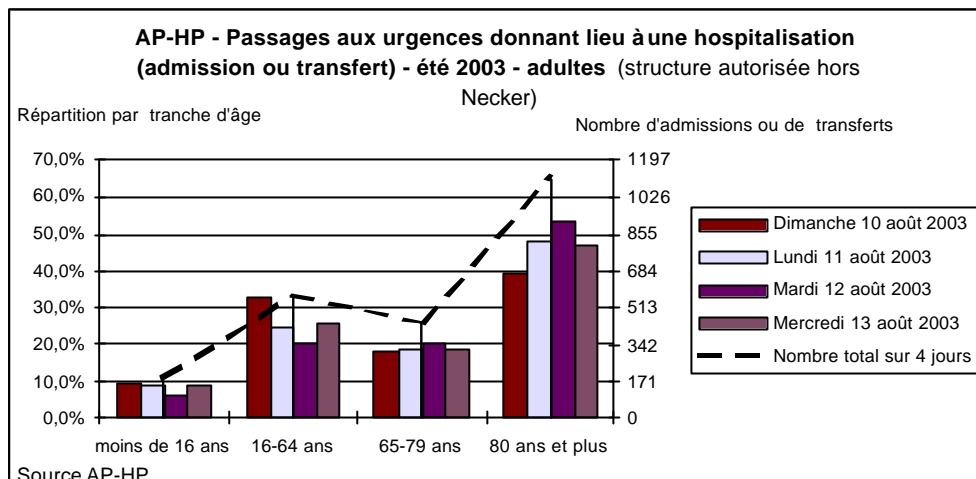
Le nombre de patients dirigés vers un autre établissement reste plus marginal (2% des flux en août 2002 et 3 % en août 2003, soit un peu plus de 1 700 transferts en août 2003). Parmi ceux-ci, 26% concernent les personnes de 75 ans et plus (24 % en août 2002).

Tableau 2: AP-HP - Passages aux urgences donnant lieu à une hospitalisation (admission ou transfert)- adultes

(structures autorisées hors Necker)

2003	Moins de 16 ans	16-64 ans	65-79 ans	80 ans et plus	Ensemble	Nombre d'admissions ou de transferts	% des admissions et transferts dans le total des passages aux urgences
Dimanche 10 août 2003	9,4%	33,1%	17,9%	39,6%	100,0%	379	22%
Lundi 11 août 2003	9,1%	24,2%	18,6%	48,1%	100,0%	598	28%
Mardi 12 août 2003	6,0%	20,3%	20,4%	53,3%	100,0%	770	38%
Mercredi 13 août 2003	8,3%	25,9%	18,7%	47,1%	100,0%	558	31%
Total sur ces 4 jours 2003	183	571	440	1 111		2 305	30%
2002							
Dimanche 9 août 2002	15,6%	47,2%	18,0%	19,2%	100,0%	241	16%
Lundi 10 août 2002	8,6%	60,5%	15,1%	15,8%	100,0%	241	16%
Mardi 11 août 2002	8,3%	54,5%	19,9%	17,3%	100,0%	194	14%
Mercredi 12 août 2002	8,6%	48,4%	20,2%	22,8%	100,0%	303	17%
Total sur ces 4 jours 2002	100	512	180	187		979	16%

Source : données AP-HP sur 52 154 passages en août 2003 et 10 583 hospitalisations.



L'analyse selon les âges des flux d'accueil des malades pendant la période la plus critique de l'été 2003, fait apparaître une double progression : celle des plus jeunes et celle des plus âgés. La structure par âge, très différente entre les hospitalisations des mêmes journées de la mi-août 2002 et de la mi-août 2003, illustre la difficulté de planifier ce type d'activité.

Annexe n° 6 –
Les études de l’InVS et de l’INSERM et les enquêtes de la DREES

Les organismes de recherche (InVS et INSERM) ont lancé de nombreuses investigations sur la période estivale qui portent sur la question de la surmortalité due à la canicule et sur les facteurs de risques pour éclairer la prévention primaire, avant toute hospitalisation.

Les résultats des statistiques régulières, produites par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) donneront des informations sur l'activité hospitalière en août 2003, au plus tôt au printemps 2004.

1. Les études menées par InVS et INSERM sur la canicule qui comportent un volet hospitalier.

Neuf enquêtes ou analyses spécifiques ont été lancées, principalement sur le chiffrage de la surmortalité liée à la canicule. Elles ne comportent pas toutes, un volet hospitalier.

Les poursuites actuelles portent sur l'analyse des facteurs de risques en amont de l'hospitalisation. L'InVS s'intéresse plus particulièrement à la prévention primaire, celle qui permet d'éviter l'hyperthermie avant toute hospitalisation qui se situe au niveau de la prévention secondaire. Elle a ainsi lancé des recherches sur l'identification de facteurs de risques à domicile et en maison de retraite : études des facteurs de risque de décès durant la canicule d'août 2003 des personnes âgées de plus de 65 ans résidant à domicile et des personnes âgées résidant en établissement.

Les études en milieu hospitalier :

1. “Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques ” Eric JOUGLA, ingénieur de recherche-INSERM, directeur INSERM-CépiDc-IFR69, Denis HÉMON, directeur de recherche-INSERM, directeur INSERM-U170-IFR69.

Rapport d'étape du 25/09/2003 sur la surmortalité liée à la canicule d'août 2003 : "au total 42% des 14 800 décès en excès sont survenus dans les hôpitaux (soit 6 200 décès), 35% à domicile, 19% dans des maisons de retraite et 3% en clinique privée"

La connaissance plus détaillée des lieux de décès en milieu hospitalier, par région par exemple se heurte à la non "significativité" des estimations (effectif trop petit).

2. « Impact sanitaire de la vague de chaleur en France survenue en août 2003 », Rapport d'étape - 29 août 2003, InVS, Département des maladies chroniques et traumatismes, Département santé environnement ; mise en place de différentes enquêtes à la demande, le 11/08/2003, du cabinet du ministre de la santé.

- 2.1. « Décès par coup de chaleur¹ survenus dans les établissements de santé entre le 8 août et le 19 août 2003 », enquête non exhaustive auprès de l'ensemble des personnes décédées dans un établissement de santé public ou privé suite à un coup de chaleur entre le 8 et le 19 août 2003 inclus. Les établissements concernés ont été l'ensemble des centres hospitaliers régionaux, des centres hospitaliers, des centres hospitaliers psychiatriques (centres hospitaliers spécialisés), des hôpitaux locaux, des centres de soins de longue durée pour personnes âgées, des cliniques privées et des établissements de moyen séjour (centres de rééducation fonctionnelle et de

¹ « La définition stricte du coup de chaleur correspond à une température corporelle supérieure ou égale à 40,6°C avant toute manœuvre visant à refroidir le corps, accompagnée d'une peau sèche et chaude, d'un pouls rapide et fort, et d'une éventuelle perte de conscience. » ,p.21 du rapport d'étape

réadaptation, maison de cure, etc.) et quelques maisons de retraite. L'étude a porté sur 2 417 fiches individuelles de déclaration de décès par coup de chaleur (56% correspondaient à la définition donnée de coup de chaleur). Tous les établissements n'avaient pas encore répondu au moment de l'exploitation.

Quelques résultats pouvant éclairer la gestion hospitalière sur cette crise :

« Les premiers résultats de cette étude non exhaustive mettent en évidence la vulnérabilité des personnes âgées, notamment au-delà de 75 ans (81 % des décès); l'âge médian lors du décès était de 84 ans. Plus de la moitié des décès sont survenus entre le 11 et le 13 août.

« Dans cette étude menée dans les établissements de soins, 16% des personnes décédées vivaient seules dans un logement individuel, 18% ne vivaient pas seules dans un logement individuel, et 66% vivaient en institution. Seize décès sont survenus chez des personnes sans domicile fixe.

« La date de début des symptômes était connue pour 2 034 personnes décédées : le décès est survenu le jour même du début des symptômes chez 20% d'entre elles, le lendemain chez 28%, deux jours après chez 18%, plus de deux jours après chez 33%. Ce délai entre le début des symptômes et le décès n'était lié ni à l'âge, ni au sexe, ni au type de logement. » Au total, 66% des décès ont eu lieu 2 jours après le début des symptômes, ce résultat conduit à trouver effectivement des solutions en amont de l'hyperthermie et à réagir très vite en cas d'hyperthermie.

L'étude fait l'objet d'une actualisation à partir des fiches reçues après le 29/8/2003 et sur la validation des réponses des établissements sanitaires.

2.2. Une enquête portant sur « les interventions sanitaires à court terme (CHU, SAMU, sapeurs pompiers, SOS médecins)² entre le 25 mai et le 19 août 2003 montre un accroissement d'activités durant la période caniculaire. Les données hétérogènes fournies par ces intervenants permettent de suivre régulièrement des indicateurs très sensibles (nombre de malaises, interventions auprès de personnes âgées de plus de 80 ans...).

Les signaux d'alerte sont perceptibles à partir du 5 août 2003, parfois plus tard selon les régions.

Ces éléments seront, selon les auteurs, à prendre en compte dans l'élaboration d'un dispositif d'alerte qui devra s'appuyer sur un large réseau de services d'urgences informatisés. » ; l'étude ne portait pas sur les difficultés éventuelles d'accès à une hospitalisation des patients.

² « Quatre types d'intervenants ont été sollicités pour cette enquête : les services d'accueil des urgences des hôpitaux (CHU Purpan de Toulouse, AP-HM de Marseille (regroupant les services de l'hôpital Conception, de l'hôpital Timone, l'hôpital Nord et l'hôpital Sud), CHU de Nice, hôpital Kremlin-Bicêtre), les sapeurs pompiers de Paris et de Toulouse, SOS médecins de Bordeaux et de Paris et les SAMU 78, 93, 59, 13 et 31. Les intervenants ont été sélectionnés avant tout pour des raisons pratiques (disponibilité des informations, informatisation de ces services) et non pas en fonction d'une représentativité de ces unités ».

2.3. Surveillance et évaluation des effets retardés de la canicule à travers l'activité des unités de prise en charge des urgences

Recherche d'éventuels effets retardés dus à la période caniculaire à partir d'un formulaire standardisé renseigné par des services d'accueil des urgences volontaires (SAMU 13, SAMU 59, SAMU 75, SAMU 78, SAMU 93, Service d'accueil des urgences : des hôpitaux Ambroise Paré, Hôpital Pitié Salpêtrière, Kremlin-Bicêtre et CHU de Purpan à Toulouse; SOS Médecins à Bordeaux. La période d'étude se situe entre le 21 août et le 1er septembre 2003. Ce système d'alerte reposant sur des services d'accueil des urgences a été mis en place pour détecter d'éventuelles pathologies pouvant survenir au décours d'une vague de chaleur. A la date du 26 août 2003, aucune évolution notable dans l'incidence de ces pathologies n'avait été mise en évidence. Cette étude s'est poursuivie du 21 août au 1er septembre 2003.

Autres enquêtes menées dans le but d'établir une première évaluation de la surmortalité sur l'ensemble du territoire due à la vague de chaleur et comportant un volet hospitalier:

2.4. Enquêtes concernant la surmortalité en France, Parmi les 2 enquêtes sur la mortalité dans les grandes villes françaises, à partir de données journalières de décès et des données météorologiques dans 13 grandes villes françaises : Bordeaux, Dijon, Grenoble, Le Mans, Lille, Lyon, Marseille, Nice, Paris, Poitiers, Rennes, Strasbourg et Toulouse. Les résultats montrent de fortes disparités entre les villes, certaines ayant un pic net de surmortalité pendant la canicule (Paris, Lyon) et d'autres semblant avoir été plus préservées (Lille, Nice, Rennes...). Ces premières observations seront complétées, notamment par une analyse plus fine de la corrélation avec les données météorologiques et de pollution.

La première enquête concerne la mortalité hospitalière pour la période du 25 juillet au 15 septembre 2002 et 2003. Les hôpitaux concernés par l'enquête sur le nombre journalier de décès hospitaliers sont l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de Marseille (AP-HM), dix centres hospitaliers universitaires : Bordeaux, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Nice, Poitiers, Rennes, Strasbourg et Toulouse et le centre hospitalier du Mans. Les données ont été obtenues en contactant par téléphone et courriel la direction générale de ces hôpitaux. Les données ont été transmises deux fois par semaine jusqu'au 15 septembre. Les résultats publiés portent sur les données hospitalières du 25 juillet au 19 août 2003, disponibles pour l'ensemble des hôpitaux concernés au 26 août 2003.

L'analyse descriptive de la surmortalité en 2003 par rapport aux années 1999 à 2002 montre de fortes disparités entre les villes : Paris et Lyon ont eu un pic très net de surmortalité pendant la canicule, alors que d'autres villes semblent avoir été plus préservées, comme Lille, Nice ou Rennes.

Les résultats graphiques par ville au 26 août 2003 montrent, d'après les auteurs, une augmentation de la mortalité hospitalière entre le 5 et le 7 août avec un pic situé entre le 10 et le 14 août 2003 à Paris, Lyon, Dijon, Le Mans, Bordeaux, Poitiers,. Une augmentation plus précoce de la mortalité hospitalière est retrouvée aux CHU de Toulouse et de Nice avec respectivement un début d'augmentation le 30 juillet et le 5 août et un pic respectivement le 7 et le 10 août. A Marseille ainsi qu'à Rennes, il

n'apparaît pas clairement sur les graphiques d'augmentation de la mortalité en comparaison avec l'année 2002, en dehors d'un pic unique le 5 août à Marseille. Lille est la seule ville pour laquelle la mortalité en CHU en 2003 entre le 25 juillet et le 19 août n'a pas augmenté par rapport à la période correspondante en 2002. Les pics de surmortalité ont ainsi été particulièrement élevés à Paris, à Lyon, à Dijon et au Mans, moins sévères à Poitiers, Strasbourg, Bordeaux et Nice et plus modérés à Marseille, Toulouse, Rennes ou Lille.

Une analyse plus fine est en cours en particulier en comparaison avec l'année 2002 et sur les données hospitalières jusqu'au 15 septembre 2003.

2. Les enquêtes et études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

1. L'enquête trimestrielle de conjoncture de la DREES sur le 3^e trimestre 2003 est en cours au moment de la rédaction du rapport. Elle sera disponible au plus tôt fin 2003 et est annoncée pour le 1^{er} trimestre 2004. Cette enquête ne comporte pas de données sur l'utilisation des lits hospitaliers mais renseigne sur l'activité hospitalière réalisée en termes de nombre de journées, d'entrées (directes et totales), de consultations et de séances selon le mode d'hospitalisation par disciplines ; le passage aux urgences mal renseigné, ne distingue pas la réanimation adulte.
2. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est la source d'information statistique principale sur ce champ. Elle a été rénovée depuis l'exercice 2000 pour permettre en particulier de « caractériser de façon plus précise les établissements, décrire leurs facteurs de production (équipements des plateaux techniques et personnels intervenant), les situer géographiquement afin de faciliter la cartographie de l'offre de soins ainsi que les rapprochements avec les données socio-démographiques » ; l'enquête vise également à « homogénéiser le recueil d'information entre les secteurs public et privé »³. Les données disponibles au moment de la rédaction du rapport portent sur l'année 2001. L'enquête est en cours sur l'année 2002 ; ses résultats seront disponibles au 1^{er} trimestre 2004. L'année 2003 sera disponible au 1^{er} trimestre 2005.

C'est une opération d'enquête lourde. La SAE concerne tous les établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM).

L'enquête recense en particulier :

- Les capacités d'accueil en termes de lits et de journées exploitables. Les questions sur les capacités d'accueil se réfèrent à des notions :
 - de « lits installés (berceaux, couveuses) au 31 décembre de l'année est égal, dans un grand groupe de disciplines, à la somme du nombre de lits (berceaux, couveuses agréées) en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence. »
 - et de « journées exploitables sur l'année égal, pour un grand groupe de disciplines, à la somme des lits en état d'accueillir des malades de chaque journée de l'exercice. Un lit

³ « Statistique annuelle des établissements de santé, SAE 2002, Aide au remplissage -Définitions – Consignes », DREES, Bureau des établissements de santé, novembre 2002.

exploitable pendant toute une année fournira 365 (ou 366 les années bissextiles) "journées- lits exploitables". Les exceptions sont définies strictement : travaux ou désinfection»⁴.

Cette notion se rapproche de celle de « lits installés » dans les remontées régionales effectuées par la DHOS par sa circulaire n°245/DHOS/01/2003/du 26 mai 2003 relative aux fermetures programmées de lits dans les établissements de santé publics et privés.

- L'activité réalisée à partir du même bordereau que l'enquête de conjoncture des établissements de santé fait référence à des notions :
 - de journées réalisées correspondant au nombre de présents en hospitalisation complète, cumulés sur l'année,
 - d'entrées directes dans un établissement (ou une entité juridique), d'entrées par mutation interne et d'entrées totales qui sont la somme des entrées directes et des entrées par mutation⁵,
 - de consultations et de séances selon le mode d'hospitalisation par disciplines.
- L'activité, l'accueil et le traitement des urgences et l'activité des Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation.

L'accueil et le traitement des urgences sont recensés auprès des structures autorisées et de toutes les unités d'un même établissement, s'il a plusieurs unités d'urgence. Les questions portent en particulier sur :

- le nombre de passages aux urgences sur l'année,
- le nombre et la durée moyenne de prise en charge (en minutes) des passages sur un seul mois de l'année, le mois d'octobre, pour les passages non suivis d'une orientation vers un autre établissement, ventilés par catégorie GEMSA (voir encart)
- et les passages du mois d'octobre suivis d'une orientation vers une hospitalisation complète dans la même entité juridique ou dans une autre entité juridique.

L'activité des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (U.M.H.- SMUR) de l'ensemble des hôpitaux publics et participant au service public possédant un SMUR en termes de modes de sorties et de répartition des patients selon le mode de sorties primaires (transport, médicalisé ou non, effectué par un SMUR de l'hôpital vers le lieu de la détresse et retour vers l'établissement de soins distingué des sorties secondaires : transport médicalisé effectué par un SMUR d'un établissement de soins à un autre.)

⁴ « Ainsi, un lit dont l'exploitation aura été suspendue pour cause de travaux pendant 45 jours ne fournira que 320 (ou 321) "journées -lits exploitables" dans l'année. En aucun cas, les fermetures pour congés, jours fériés, vacances et samedi/dimanche ne seront déduites. En effet, les autorisations de lits sont données pour répondre aux besoins d'une population donnée tout au long de l'année ; elles sont octroyées au promoteur (et donc potentiellement refusées à d'autres puisque les lits sont contingentés) pour fonctionner ainsi, sauf cas de force majeure »

⁵ Les *entrées directes* dans un établissement sont les entrées de patients en provenance du domicile, du service des urgences, lors d'un changement de type d'activité (par exemple passage d'une hospitalisation de jour vers une hospitalisation complète) mais aussi lors d'un changement de groupe de disciplines (par exemple, un patient déjà hospitalisé passe de soins de suite en médecine).

Les *entrées par mutation* interne voient leur définition sensiblement modifiée. Seules sont retenues les entrées de patients entre établissements d'une même entité juridique sans changement de groupe de disciplines. Ne sont plus comptabilisées les mutations effectuées à l'intérieur d'un groupe de disciplines (par exemple le passage de médecine en chirurgie).

Les *entrées totales* incluent les entrées par mutation. »

Encart : Définition des groupes GEMSA (société de réanimation de langue française (Srlf), société francophone de médecine d'urgence (Sfmu)).

« La classification GEMSA (Guide des outils d'évaluation aux urgences 1996) porte le nom du groupe qui l'a élaboré « Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil ». Elle repose sur une distinction du mode d'accueil et du mode de sortie de tous les patients, indépendamment des différences d'organisation tant médicale que structurelle.

- **Groupe 1** Malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation, prise en charge sociale du décès (contact avec la famille les autorités, certificat, etc.)
- **Groupe 2** Patient non convoqué sortant après consultation ou soins (petite traumatologie, consultation médicale...). Traumatologie légère ; consultation médicale aboutissant à des soins, des conseils ou à une ordonnance avant le retour à domicile : fracture fermée non déplacée, entorse bénigne, migraine, mal de dent, bronchite, angine cystite...
- **Groupe 3** Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansements, rappel de vaccination, ...)

Remarque : Le caractère – programmé ou non – de la prise en charge détermine la classification des patients en GEMSA 2 ou 3 : - La prise en charge initiale d'un patient non convoqué retournant à domicile après consultation ou soins donne nécessairement lieu à un classement en GEMSA 2, même si ce patient est invité, lors de ce premier passage, à se présenter au service d'accueil des urgences pour soins ultérieurs. - Lors de son second passage, ce même patient sera classé en GEMSA 3 (s'agissant alors d'un patient convoqué).

- **Groupe 4** Patient non attendu dans un service et hospitalisé après son passage au service d'accueil des urgences ; pour ces patients une démarche est effectuée ou reprise et une thérapeutique éventuelle initiée avant hospitalisation. Les patients uniquement hospitalisés dans l'Unité de Surveillance de Très Courte Durée (UHTCD) ne sont pas à compter comme des GEMSA 4. Angor, douleur épigastrique (ulcère, cholécystite), pyélonéphrite, fracture ouverte ou déplacée relevant d'un traitement chirurgical, nécessité d'une surveillance ou d'exams complémentaires non réalisables en urgence (fièvre inexpliquée, TC avec PC transitoire, AVC,...).
- **Groupe 5** Patient attendu dans un service ne passant au service d'accueil des urgences que pour des raisons d'organisation (liées à la structure pavillonnaire de l'hôpital par exemple) : pour ces patients, il y a eu accord entre le médecin traitant et le médecin hospitalier qui le prendra en charge ; le passage au service des urgences n'est motivé que pour la réalisation de certains examens (liés à la structure pavillonnaire de l'hôpital par exemple) avant une chirurgie ou un bilan programmé.
- **Groupe 6** Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (technique de réanimation) ou prolongée (surveillance médico-infirmière pendant au moins une heure). Manœuvre de réanimation, surveillance médico-infirmière attentive pendant au moins une heure (état d'agitation, asthme aigu grave, certains OAP, embolie pulmonaire hypoxique, polytraumatisme, trouble du rythme cardiaque réduit au SU,...). Les patients décédés pour lesquels une réanimation a été tentée avec manœuvres de réanimation font partie de ce groupe.

Source : « Statistique annuelle des établissements de santé, SAE 2002, Aide au remplissage -Définitions – Consignes », DREES, Bureau des établissements de santé, novembre 2002.

L'information sur les services des urgences en 2001
 France entière
 Services d'urgences en 2001

2001	Nombre de services d'urgences				Répartition des services d'urgences en %			
	Ensemble (a) + (b) + (c)	Publics (a)	Sous dotation globale DG (b)	Privés sous OQN (c)	Ensemble (a) + (b) + (c)	Publics (a)	Sous dotation globale DG (b)	Privés sous OQN (c)
1 Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU)	364	259	27	78	59%	52%	79%	88%
2 Service d'accueil et de traitement des urgences (SAU)	225	219	5	1	36%	44%	15%	1%
3 Pôle spécialisé d'urgences (POSU)	33	21	2	10	5%	4%	6%	11%
1 à 3 Ensemble	622	499	34	89	100%	100%	100%	100%

Passages aux urgences

2001	Ensemble (a) + (b) + (c)		Publics (a)		Sous dotation globale DG (b)		Privés sous OQN (c)	
	nombre de passages	dont % d'hospitalisation	nombre de passages	dont % d'hospitalisation	nombre de passages	dont % d'hospitalisation	nombre de passages	dont % d'hospitalisation
1 POSU	617 650	12%	547 103	13%	62 010	5%	8 537	15%
2 SAU	7 728 386	20%	7 523 099	20%	188 232	16%	17 055	0%
3 UPATOU	5 141 946	16%	3 743 939	18%	427 798	14%	970 209	9%
1 à 3 Ensemble	13 487 982	18%	11 814 141	19%	678 040	14%	995 801	9%
Répartition des passages Et des hospitalisations %	100%	100%	73%	82%	8%	7%	19%	11%

Source DREES

Les résultats sur les années 1990 à 2002 ont donné lieu à différentes publications.⁶

L'enquête SAE comporte enfin également des questions sur le mode de coopération inter-hospitalière et l'ouverture ville hôpital.

⁶ « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », Etudes et résultats n° 72, juillet 2000 « Dominique BAUBEAU et alii ;
 « Les usagers des urgences », Etudes et résultats n°212, janvier 2003, Valérie CARRASCO, Dominique BAUBEAU ;
 « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », Etudes et résultats n°215, janvier 2003, Valérie CARRASCO, Dominique BAUBEAU.

Annexe n° 7
Exemple de conventions inter établissements

Protocole d'accord interne établi entre :

Le Service de.....

Représenté par le chef de service :

.....

Et le responsable coordonnateur de l'activité Urgence au sein du -----
-----:

.....

Et le S.A.U. :

Représenté par le chef de service :

Professeur Jean François DHAINAUT

Et son adjointe

Docteur Christine GINSBURG

Et le responsable coordonnateur de l'activité----- au sein du SAU :

.....

Article 1 : Le cadre de réalisation de ce protocole d'accord interne

Le protocole définit, conformément aux recommandations du SROS Ile-de-France, les relations existantes entre le S.A.U. et le Service de..... de l'Hôpital Cochin.

Il a pour but d'assurer la qualité des soins et des prestations prodigués aux malades se présentant au S.A.U. de l'Hôpital Cochin. Il garantit la sécurité du patient et la qualité des soins en assurant la réalisation d'une prise de décision médicale optimale adaptée aux besoins de santé du patient au niveau du S.A.U.. Il intègre également la prise en charge de l'aval du S.A.U. au sein de l'établissement. Il permet ainsi de ne pas rompre la continuité des soins entre le S.A.U. et le service d'aval, représenté par le Service de..... de l'Hôpital.

Ce protocole d'accord décrit les objectifs et les participations mutuelles dans un contrat établi entre les deux partenaires. Il s'inscrit dans la démarche qualité définie au sein de la Fédération d'Activités Médicales Associées des Urgences de l'Hôpital Cochin, qui garantit la réalisation de ces objectifs dans le respect de la Charte Qualité .

Ce contrat est valable pour une durée de 5 ans, correspondant à la durée d'accréditation prévue pour un S.A.U. Il est réévalué tous les ans entre les deux partenaires, afin d'en évaluer le bon fonctionnement. Les modalités de réalisations pratiques sont détaillées sous forme de prestations mutuelles incluant les moyens nécessaires à la réalisation de ces prestations.

Article 2 : Les objectifs de ce protocole

Il a pour objectifs de permettre d'assurer la prise en charge optimale des malades ayant un problème de.....à la fois sur le site du S.A.U. et dans l'aval de celui-ci.

Article 3 : Les Moyens

Les relations entre les deux services impliquent la définition des moyens nécessaires à la réalisation des objectifs sus cités. Ils correspondent aux prestations mutuelles établies pour chaque contractant, en respectant au maximum les modalités de fonctionnement interne de chaque service.

Pour faciliter la réalisation de ces objectifs la participation du Service se fait conformément à une définition préalable de ses modalités d'intervention au niveau du S.A.U. et au niveau de l'aval. Celles-ci sont élaborées en commun par les coordonnateurs des 2 services qui définissent différentes formes d'intervention, en fonction de la nature du problème médical et de la gravité de l'état de santé du patient.

Article 4 : L'organisation de l'intervention du Service de..... au niveau du S.A.U.

Ces modalités d'intervention du Service de sont définies en terme de voies rapides pour les urgences vraies compromettant le pronostic vital et/ou fonctionnel, en voies normales pour les urgences ressenties ou relatives, en voies spécifiques* pour les malades se présentant aux Urgences en raison de problèmes spécifiques.

Chacune de ces situations fait l'objet de protocole de prise en charge détaillé, élaboré conjointement par le Service de.....et le S.A.U., définissant précisément le niveau et le moment d'intervention du Service dedans la prise en charge du patient.

L'élaboration, la rédaction et le suivi de ces protocoles de prise en charge des malades sont effectués par les coordonnateurs de chacun des deux services.

*facultatives

Voies rapides :

Elles concernent les problèmes (pathologies) suivants(es) :

.....
.....
.....
.....
.....

Elles font l'objet des prestations suivantes :

Service	S.A.U.

Voies normales :

Elles concernent les problèmes (pathologies) suivants (es) :

.....
.....
.....
.....
.....

Elles font l'objet des prestations suivantes :

Service	S.A.U.

Voies spécifiques :

Elles concernent les problèmes (pathologies) suivants (es) :

.....
.....
.....
.....
.....

Elles font l'objet des prestations suivantes :

Service	S.A.U.

Article 5 : L'organisation de l'intervention du service au niveau de l'aval.

Le Service de.....continue d'assurer la prise en charge des problèmes des malades dépendants de sa spécialité.
Cette prise en charge s'effectue dans le respect de la continuité des soins conformément aux protocoles pré établis.

Ces modalités de prise en charge incluent les consultations de suite et l'hospitalisation lorsque celle-ci est nécessitée par l'état du malade.

Le Service de..... s'engage à assurer l'hospitalisation des malades se présentant au S.A.U. relevant de sa spécialité. Cette prise en charge nécessite une réflexion et une organisation du service visant à assurer une disponibilité maximale en terme de lits qui est sous la responsabilité du coordonnateur.

Toutefois, en cas d'indisponibilité temporaire, afin de respecter la qualité des soins, le Service de.....s'engage à fournir au S.A.U. une liste de correspondants dans sa spécialité permettant en cas d'indisponibilité temporaire de lits dans le service, d'assurer la qualité des soins nécessités par l'état du patient.

La décision de transfert, dans ces cas là, se fera en commun accord entre le S.A.U. et le Service de..... qui aura évalué sur le site du S.A.U. le bien fondé de l'indication de ce transfert, en substitution du service de.....de l'Hôpital. Les services désignés pour accueillir les malades ont fait l'objet d'une convention inter établissements distincte impliquant à la fois les directions de ces deux établissements et les équipes médicales du S.A.U. et de ces spécialistes.

Le bien fondé de ces transferts, la qualité de leur réalisation et la qualité des soins fournis par le service d'aval, font l'objet d'une évaluation permanente par le S.A.U. qui informera le Service dede l'Hôpital.

Le présent protocole est établi le -----à Paris

Chef du Service

Chef de Service du S.A.U.
Pr J.F. DHAINAUT
Adjointe au Chef de Service
Dr C. GINSBURG

Coordonnateur du Service

Coordonnateur du S.A.U.

Directeur de l'Hôpital

Président du CCM

Protocole d'accord entre les établissements suivants :

D'une part, le groupe hospitalier Cochin - St Vincent de Paul - La Roche Guyon

Adresse : 27 rue du Fg Saint Jacques 75014 Paris
Représenté par son Directeur : Monsieur Olivier COLIN

Assisté de son équipe de Direction représentée par Madame Andrée MAYER
et du Professeur J.F. DHAINAUT , médecin chef du service du S.A.U. Cochin,
représenté par le Docteur C. GINSBURG, Adjointe au Chef de service

Et d'autre part, la clinique orthopédique Wagram

Adresse : 75 ter avenue de Wagram – 75017 PARIS
Statut : Clinique conventionnée

Représenté par son Médecin Chef :
Docteur FURIOLI

La Convention suivante est établie concernant la prise en charge spécialisée des malades se présentant au S.A.U., requérant une admission dans le service spécialisé de la Clinique orthopédique Wagram en orthopédie.

Vu la loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière,

Vu la loi hospitalière N°91-748 du 31 juillet 1991

Vu l'arrêté du 12 octobre 1998 portant Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Accueil et de traitement des Urgences d'Ile de France et ses annexes

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

Cette convention définit conformément aux recommandations du SROS Ile-de-France, les rôles respectifs du service d'urgence de l'Hôpital Cochin et du service d'Orthopédie de la Clinique Wagram pour assurer l'accueil et la prise en charge des malades adressés par le service d'Urgences de l'Hôpital Cochin à la Clinique Wagram, pour la spécialité chirurgicale suivante : Orthopédie

Elle a pour but d'assurer la qualité des soins et des prestations prodiguées aux malades adressés par le service d'Urgences de l'Hôpital Cochin dans la Clinique Orthopédique Wagram.

Elle définit les modalités concernant la proposition et l'acceptation d'un transfert, les conditions de sa réalisation, celles de l'accueil et de la prise en charge ultérieure.

L'application de cette convention s'insère dans le cadre général du respect du libre choix du malade et des filières de soins existantes.

ARTICLE 2 : ORGANISATION DES SOINS

La Clinique Orthopédique Wagram s'engage à prendre en charge et à traiter, dans le respect des bonnes pratiques médicales et infirmières, les malades adressés par le service d'Urgences de l'Hôpital Cochin, pour la ou les disciplines suivantes:

- Toute fracture entrant dans le cadre de l'ostéoporose pour une prise en charge globale.

ARTICLE 3 : ENGAGEMENTS DES ETABLISSEMENTS

La Clinique Orthopédique Wagram s'engage à mettre à la disposition du service d'Urgences de l'Hôpital Cochin des moyens matériels et humains constitués par une équipe médicale et soignante spécialisées dans la prise en charge des malades relevant de l'orthopédie.

Le patient est pris en charge au tarif conventionnel de la sécurité sociale. Il sera informé par l'équipe du SAU Cochin de cette prise en charge. Les honoraires supplémentaires ne seront facturés qu'après accord du patient ou participation de sa mutuelle.

Le nombre de personnel et leur organisation doit permettre l'accueil et le traitement des malades adressés par le service d'Urgences de l'Hôpital Cochin dans des conditions d'urgences.

La Clinique Orthopédique Wagram s'engage à :

- Accueillir les patients du SAU Cochin 24H/24
- A mettre à disposition un numéro de téléphone pour joindre 24/24 l'orthopédiste d'astreinte : 01 47 64 17 17

S.A.U. Cochin /

Le service d'Urgences de l'Hôpital Cochin s'engage à prévenir dans des délais fixés préalablement le service receveur et à fournir toutes les informations dont il dispose et tous les éléments concernant le malade (bilans, explorations à visée diagnostique, informations soignantes et sociales), nécessaires à la prise en charge ultérieure de celui-ci, selon des modalités assurant le respect de la confidentialité et du secret médical.

ARTICLE 4 : LA DEMANDE DE TRANSFERT DU PATIENT

Le médecin du service d'Urgences de l'Hôpital Cochin qui décide de transférer un malade vers la Clinique Orthopédique Wagram doit, avant toute démarche, informer le malade ou, si son état ne permet pas de recueillir un accord éclairé, sa famille ou son représentant légal de la nécessité d'un transfert et des modalités de partenariat établies avec la Clinique orthopédique Wagram.

Le médecin du service d'Urgences de l'Hôpital Cochin prend contact avec le service d'Orthopédie de la Clinique Wagram selon des modalités ci-dessous.

Il indique le résultat de son bilan et le motif du recours à un service spécialisé, dans le respect des bonnes pratiques médicales et en fonction des moyens d'évaluation dont il dispose.

Coordonnateur Médical:

- **Docteur FURIOLI**

Horaires d'admission des patient :

- **24h/24**

ARTICLE 5 : L'ACCEPTATION DU TRANSFERT

Elle est sous la responsabilité du médecin responsable du service d'Orthopédie de La Clinique Wagram, Docteur FURIOLI.

Celui-ci juge du bien fondé du transfert et s'assure des conditions de l'accueil du patient qui doit s'adapter à l'état de santé de celui-ci.

En particulier, il garantit la qualité des moyens matériels et humains nécessaires lors de l'arrivée du malade pour assurer sa sécurité et la qualité des soins.

En cas d'incapacité temporaire d'accueil du malade proposé, le médecin de la Clinique Wagram doit le préciser et refuser le transfert. Le malade sera alors adressé dans un autre établissement ayant établi une convention similaire.

ARTICLE 6 : LA REALISATION DU TRANSFERT

Après avoir obtenu l'accord du transfert par le médecin receveur et par le malade ou son représentant, le médecin du service des Urgences de l'Hôpital Cochin indique sur un document papier (ou informatique), les éléments d'identification du malade, celle du service receveur, le mode de transport préconisé et l'heure prévue de celui-ci.

Le médecin du service des Urgences de l'Hôpital Cochin remet également tous les éléments du bilan qu'il a réalisé, incluant le résultat des examens complémentaires disponibles. Il s'engage à transmettre ultérieurement ceux dont le résultat n'est pas encore disponible au moment du transfert.

La prise en charge financière des transports des patients d'un site à l'autre s'effectuera dans le cadre de la réglementation en vigueur.

ARTICLE 7 : LA RESPONSABILITE

La responsabilité de l'Hôpital Cochin reste engagée jusqu'à la prise en charge effective du patient par la Clinique Orthopédique Wagram.

En cas d'aggravation de l'état de santé du malade durant le transfert, une nouvelle évaluation de ses besoins sera nécessaire. Elle nécessite l'implication directe des deux services ayant décidé du transfert. Elle peut entraîner une modification de son orientation initiale imposant l'accord des deux services.

ARTICLE 8 : EVALUATION

Les deux groupes hospitaliers conviennent de procéder au moins une fois par mois pour la première année à une évaluation du fonctionnement de cette convention.

Cette évaluation comporte, au minimum, un bilan statistique permettant d'évaluer l'activité (nombre d'admission, délais, pathologies et dépendance des patients, devenir des patients).

Elle devra également inclure des éléments d'évaluation médicaux permettant de juger du bien fondé des transferts, le résultat de la prise en charge ultérieure.

Elle pourra incorporer également des paramètres d'évaluation du degré de satisfaction des patients comme des questionnaires, ainsi que le nombre de refus de transfert par le malade ou son représentant.

ARTICLE 9 : SUSPENSION DE LA CONVENTION

Toute suspension de l'autorisation d'exploitation de l'unité de proximité prononcée par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France, en application de l'article L.712-18 du Code de la Santé Publique, à l'encontre du service d'Urgences de l'Hôpital Cochin entraînera immédiatement la suspension de la présente convention.

Toute modification du statut de la Clinique Wagram et/ou des conditions d'exercice dans le ou les services concernés par la présente convention entraînera également la suspension immédiate de la présente convention.

Chacun des deux établissements contractants aura la faculté de suspendre l'exécution de la présente convention, quand il constatera que ses conditions de réalisation ne permettent pas d'assurer la sécurité du patient et la qualité des soins. Il informera, dans ce cas l'autre partie et le Directeur Général de l'AP-HP par LRAR, en précisant les motifs de la suspension.

Toute suspension ne peut excéder un délai de un mois à compter de sa notification, ce délai devant permettre à la partie déficiente de prendre les mesures qui s'imposent afin d'assurer à nouveau en toute sécurité la prise en charge des malades. Ces mesures devront faire l'objet d'une information auprès du Directeur Général de l'AP-HP et de l'autre partie.

Au-delà du délai de un mois, la partie déficiente pourra se voir opposer par l'autre partie la dénonciation de la présente convention sans préavis.

S.A.U. Cochin /

ARTICLE 10 : RENOUVELLEMENT ET MODIFICATION

La présente convention entre en vigueur à la date de la signature effective.
Sa durée est de un an, renouvelable par tacite reconduction.
Toute modification substantielle de cette convention est formalisée par un avenant

La présente convention est établie le 25 Septembre 2003 à Paris

La Directrice Adjointe du Groupe Hospitalier
Cochin - St Vincent de Paul
La Roche Guyon
Madame Andrée MAYER

L'Adjointe au Chef de service du S.A.U.
du Groupe Hospitalier Cochin - St Vincent de Paul
La Roche Guyon
Dr Christine. GINSBURG

Le Médecin Chef
Clinique Orthopédique Wagram
Dr FURIOLI