Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-154P

Contrôle du Centre hospitalier de la Côte Basque à Bayonne

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Dr Anne-Carole BENSADON et Christine DE MASSON D'AUTUME
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Novembre 2011 -

Sommaire

INTRODUCTION **9**

1. PLACE DE L'ETABLISSEMENT DANS L'OFFRE DE SOINS ET SITUATION GENERALE 9
   - *1.1. Une activité diversifiée, qui se maintient face à la concurrence* *9*
     - 1.1.1. Une activité diversifiée 9
     - 1.1.2. Des parts de marché MCO qui se maintiennent face à la concurrence 11
   - *1.2. Les ressources humaines des services MCO progressent plus vite que l'activité* *12*
     - 1.2.1. Les ressources médicales et non médicales ont sensiblement augmenté de 2007 à 2010 12
     - 1.2.2. Une productivité médicale et soignante qui reste supérieure à la moyenne 13
   - *1.3. Un établissement à l'équilibre, qui supporte des charges élevées liées à sa reconstruction* *13*
2. UNE DYNAMIQUE REELLE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS 14
   - *2.1. Une dynamique générale de progrès dans la qualité et la sécurité des prises en charge* *14*
     - 2.1.1. Les évaluations réalisées mettent en évidence une dynamique d'amélioration 14
     - 2.1.2. L'établissement s'est mobilisé pour améliorer ses performances 17
   - *2.2. Cette dynamique positive laisse néanmoins subsister des points de fragilité* *19*
     - 2.2.1. Des difficultés récurrentes sont constatées pour améliorer les conditions d'hospitalisation des patients 19
     - 2.2.2. Le pilotage de l'informatisation des services cliniques nécessite un renforcement 20
     - 2.2.3. L'engagement des services dans les démarches d'amélioration de la qualité des soins est variable 21
3. LA GOUVERNANCE ET LE MANAGEMENT 22
   - *3.1. La nouvelle organisation joue la carte des pôles* *22*
     - 3.1.1. Des instances de pilotage en ordre de marche 22
     - 3.1.2. L'établissement s'est efforcé de réunir les conditions d'une montée en puissance maîtrisée des pôles dans la chaîne managériale 23
     - 3.1.3. Une vigilance de la direction reste nécessaire pour garantir l'implication de tous les services dans la dynamique qualité 24
   - *3.2. Le secteur des urgences reste difficile à manager* *24*
     - 3.2.1. Une activité soumise à d'importantes variations saisonnières et journalières, assurant plus de la moitié des hospitalisations 25
     - 3.2.2. Un effort de stabilisation des personnels des urgences, de renforcement des formations et d'implication des différents services 26
     - 3.2.3. Une structuration fluctuante jusqu'en 2010, liée à des difficultés persistantes de fonctionnement 28
     - 3.2.4. Le rattachement au pôle Urgences–Réanimation-Rééducation, jugé satisfaisant, n'a pas réglé tous les problèmes 32
4. L'UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE 34
   - *4.1. L'UHCD : une variable d'ajustement du CHCB* *34*
     - 4.1.1. Une extension de capacité dont la mise en œuvre est différée 34

4.1.2. Des redéploiements ponctuels de personnels de l'UHCD vers d'autres services..... 35

4.2. Une volonté de rattacher l'UHCD au service de médecine interne qui s'écarte des recommandations de la SFMU 35

4.3. Une activité globalement comparable à celle des autres établissements avec un recrutement renforcé en neurologie 36

4.3.1. Une activité majoritairement axée vers des patients qui retournent au domicile après leur hospitalisation en UHCD 36

4.3.2. Une unité qui accueille davantage de patients très âgés au fil du temps, ce qui était déjà le cas des autres établissements..... 36

4.4. Un recrutement fortement axé sur la neurologie 37

4.5. Un service directement affecté par les problèmes de régulation des flux de patients hospitalisés 39

4.5.1. La crainte d'un recrutement de patients trop lourds pour l'UHCD 39

4.5.2. Une inquiétude à relativiser 40

4.5.3. Une augmentation du nombre de patients « hébergés » 41

4.5.4. Des difficultés à faire respecter ponctuellement les durées de séjour cibles 41

4.6. Un effort de suivi des recommandations de la SFMU 41

4.6.1. Une autoévaluation en 2010 qui conduit à des ajustements 41

4.6.2. Le renforcement des procédures écrites 42

4.7. Un isolement relatif du fait de la situation géographique de l'UHCD et de la planification horaires des intervenants 43

5. UN ECLAIRAGE SUR CERTAINS PATIENTS DECEDES A L'UHCD 44

5.1. Une répartition mensuelle des décès qui ne permet de tirer aucune conclusion..... 44

5.2. Des décisions de limitation des traitements avant l'hospitalisation en UHCD, le plus souvent collégiales..... 45

5.3. Des patients au très mauvais pronostic avant leur hospitalisation à l'UHCD..... 46

5.4. Des décisions avant l'hospitalisation en UHCD auxquelles les familles sont associées dans la plupart des cas 47

5.5. Des échanges réguliers et soutenus avec la famille lors des hospitalisations en UHCD.... 48

5.6. Une prise en charge à l'UHCD souvent plus longue que prévue 49

5.7. Entre sédation et accélération de la fin de vie..... 50

6. LA PRISE EN CHARGE DE LA FIN DE VIE AUX URGENCES 51

6.1. La législation distingue deux types de situations de limitation de traitement, selon l'état de conscience de la personne. 51

6.2. La mise en œuvre des dispositions sur la limitation des traitements varie selon leurs contextes d'intervention..... 51

CONCLUSION..... 54

LETTRE DE MISSION..... 55

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 57

ANNEXE 1 : INDICATEURS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU CHCB 59

ANNEXE 2 : TABLEAU COMPARATIF DES ELEMENTS DISPONIBLES DANS LE MODULE DU LOGICIEL "URGENCES" ET CEUX ACTUELLEMENT UTILISES 61

ANNEXE 3 : COMPOSITION DE LA SOUS - COMMISSION QUALITE DE LA CME..... 63

ANNEXE 4 : ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT EN POLES D'ACTIVITE CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES 67

PROCEDURE CONTRADICTOIRE DU RAPPORT PROVISOIRE RELATIF AU CONTROLE DU CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE A BAYONNE ETABLI PAR L'INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS) 69

OBSERVATIONS DU DR NICOLAS BONNEMAISON 71

OBSERVATIONS DU CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE 73

OBSERVATIONS DU CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE : PIECES JOINTES 75

SYNTHESE 101

Préambule

[1] Par lettre du 16 août 2011, le ministre de l'emploi, du travail et de la santé et la secrétaire d'Etat en charge de la santé ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales de diligenter un contrôle au Centre hospitalier de la Côte Basque à Bayonne (CHCB). Cette mission a été confiée, à Madame Christine d'AUTUME et à Madame le Docteur Anne-Carole BENSADON, membres de l'IGAS.

[2] Cette demande faisait suite à la transmission par le directeur de cet établissement au Procureur de la République, le 9 août 2011, d'un rapport faisant état de suspicions de pratiques illégales d'euthanasie au sein de l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et à la mise en examen consécutive du praticien responsable de cette unité le 11 août 2011.

[3] La demande de contrôle portait sur :

- le fonctionnement général de l'établissement et ses procédures de contrôle interne, s'agissant notamment de l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et du pôle réanimation-urgence neurorééducation auquel elle est rattachée ;
- les conditions de prise en charge des patients, notamment les patients en fin de vie.
- les circonstances de décès des personnes ayant fait l'objet du signalement.

[4] Compte tenu des délais brefs dont la mission disposait pour conduire le contrôle, elle a choisi de centrer son contrôle sur l'organisation et le fonctionnement du service des urgences et de l'UHCD.

[5] La mission s'est par ailleurs attachée à apprécier la qualité du fonctionnement général des instances de l'établissement, et du suivi des décisions.

[6] La mission n'a pas procédé au contrôle de l'ensemble des volets de la gestion administrative et financière de l'établissement (suivi de l'exécution budgétaire, circuit de facturation, maîtrise des investissements, gestion des ressources humaines, fonction achats). Seules les caractéristiques essentielles de la situation du CHCB, relatives aux activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique seront présentées.

[7] Enfin, la mission s'est attachée à prévenir toute interférence avec la procédure pénale en cours. A ce titre, s'agissant du praticien mis en examen, seuls les éléments objectifs relatifs à son parcours professionnel, ses conditions de travail, et ses méthodes de travail et de management seront évoqués dans le rapport, à l'exclusion des témoignages sur sa personnalité ou son comportement.

[8] Pour conduire ses investigations, la mission s'est appuyée sur les divers rapports, articles et données disponibles, notamment :

- internes à l'établissement (rapports d'activité, comptes-rendus des réunions des instances, fiches de signalement....) ;
- externes (rapport de certification de la HAS, articles scientifiques, données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information, base Hospidiag, données comparatives d'organisation des activités dans le secteur de l'urgence….).

[9] Les investigations sur place ont débuté le 23 août 2011. La mission a notamment conduit plus d'une cinquantaine d'entretiens avec des personnels soignants, médicaux et administratifs de l'établissement, y compris la direction et le président de la Commission médicale d'établissement (CME). Elle s'est également entretenue avec la présidente du Conseil de surveillance. Les services de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Aquitaine ont été sollicités pour un échange sur l'établissement. Enfin, la présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), le président de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et le président de l'observatoire national de la fin de vie ont été auditionnés sur les problématiques en lien avec le contrôle diligenté au CBCB (notamment fonctionnement des unités d'hospitalisation de courte durée, prise en charge des patients en fin de vie…).

[10] La mission a forgé son analyse sur les documents dont elle a pu disposer en temps utile. Elle n'a pas pu en vérifier, dans le temps imparti de 7 semaines, l'exhaustivité.

[11] Ses analyses et conclusions sont présentées ci-après.

Introduction

[12] Le CHCB est le seul établissement public du territoire de santé Navarre-Côte basque. Il dessert également le Sud des Landes. Le CHCB compte 782 lits couvrant toutes les disciplines : 455 lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), 117 lits de psychiatrie, 60 lits de soins de suite et réadaptation, et 150 lits de soins de longue durée. Il a mis en place une équipe mobile de soins palliatifs, et une permanence d'accès aux soins de santé. Il gère également deux services médico-sociaux et un établissement pour personnes âgées dépendantes (264 lits). Il comporte cinq sites, 3 à Bayonne où est situé l'essentiel de l'activité MCO et 2 à Saint Jean de Luz dont les services de soins de suite et de réadaptation.

[13] Le CHCB compte un peu plus de 2800 équivalents temps plein (ETP), dont 261 ETP de personnel médical.

[14] Il dispose d'un plateau technique important et développe des activités de pointe (neurochirurgie). Il est siège d'un SAMU, et dispose de l'unique SMUR du territoire de santé. Les urgences notamment assurent un peu plus de la moitié des entrées en hospitalisation complète (51,4% en 2010).

[15] C'est un centre hospitalier de catégorie 3 (produits d'exploitation supérieurs à 70 M€).

[16] Comme il est précisé ci-dessous, le CHCB doit compter avec la concurrence de plusieurs établissements de santé privés implantés sur sa zone d'activité. Il participe dans ce contexte à un groupement sanitaire de cardiologie (GCS).

[17] Le CHCB participe par ailleurs à plusieurs dispositifs régionaux tournés vers l'amélioration des prises en charge.

[18] Deux points méritent enfin d'être mentionnés :

- Le CHCB est confronté à une forte activité estivale, culminant lors des fêtes de Bayonne, avec un retentissement important sur le secteur des urgences notamment ;
- Le CHCB a procédé dans la période récente à la reconstruction de ses locaux. L'opération est financée dans le cadre du plan hôpital 2007. Le service d'accueil des urgences et l'UHCD ont déménagé dans les nouveaux locaux en novembre 2008.

1. PLACE DE L'ETABLISSEMENT DANS L'OFFRE DE SOINS ET SITUATION GENERALE

1.1. Une activité diversifiée, qui se maintient face à la concurrence

[19] Les chiffres mentionnés ci-après sont issus d'Hospidiag données 2010, sauf mention contraire.

1.1.1. Une activité diversifiée

[20] L'établissement présente une gamme d'activité plutôt étendue pour un établissement de sa catégorie, comparable à celle d'un petit CHU[1].

[1] Nombre minimum de racines de GHM pour 80 % de l'activité égal à 142, soit la borne basse des CHU

[21] Les tableaux ci-dessous mettent en évidence, pour la chirurgie, l'importance de la filère traumatologie que l'établissement s'est attaché à développer. En médecine, on note la place de l'activité à orientation neurologique, et de la gastro-entérologie. Au total, le profil d'activité apparaît diversifié, avec quelques créneaux dominants qui ne sont pas les plus répandus. Il reflète la volonté du CHCB de se positionner face à la concurrence.

Tableau 1 : Groupe d'activité les plus fréquents dans l'établissement

médecine	2007	2008	2009	2010
nouveaux nés	1839	1799	2039	2054
AVC	883	902	937	1036
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestifs	600	575	643	856
Infections respiratoires	822	838	1046	835
Endoscopies digestives	513	527	568	685
Chirurgie				
Chirurgies main, poignet	1001	717	944	1062
Trauma crâniens	657	620	757	775
Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur	547	429	495	520
Chirurgie Fractures, entorses, luxations, tractions	369	356	393	377
Chirurgies rachis/moelle	268	296	316	295

Source : Hospidiag

[22] L'établissement prend par ailleurs en charge une proportion importante[2] de séjours dits de recours-références, c'est-à-dire de séjours caractéristiques de l'activité des CHU. La présence d'un service de neurochirurgie l'explique en partie. Par ailleurs, une proportion relativement élevée des patients (11,4%) relèvent d'une prise en charge complexe[3].

[23] Au total, l'établissement dispose d'un éventail assez complet d'offre de prise en charge, dont quelques services de haute technicité.

[2] 3,36% en 2010, soit un taux très élevé pour un centre hospitalier de cette catégorie
[3]Compte tenu de son profil d'activité

1.1.2. Des parts de marché MCO qui se maintiennent face à la concurrence

[24] Le CHCB maintient sa position dominante sur sa zone d'attractivité, avec 36% de l'activité hospitalière en médecine, 23% en chirurgie, et plus de 55% en obstétrique (plus de 2000 accouchements). En chirurgie, sa part de marché a même augmenté de 2 points de 2007 à 2010. Il doit néanmoins compter avec une concurrence importante du secteur privé, quatre cliniques réalisant près de 46 % de l'activité en médecine et de 48 % en chirurgie[4]. En obstétrique, un tiers environ de l'activité est réalisé par l'une de ces quatre cliniques[5].

Tableau 2 : Evolution des parts de marché du CHCB

Evolution des parts de marché du CHCB sur sa zone d'attractivité	2007	2008	2009	2010
Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	34.5	35.6	36	35.9
Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	21.2	21.4	21	23
A3 : Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	55.3	53.4	59.9	55.6
A4 : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	12	9.1	9.3	9.8
A5 : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (ho	28.3	30	30.5	30.7
A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	38.8	42.1	46.7	50.8

Source : Hospidiag

[25] Le niveau de l'activité d'hospitalisation complète progresse sur les quatre dernières années en médecine, en chirurgie et en obstétrique.

Tableau 3 : Séjours en hospitalisation complète

Nombre de séjours HC	2007	2008	2009	2010	2010/2007	2010/2009
médecine	15113	15546	15957	16079	106%	101%
chirurgie	5768	5639	5571	6086	106%	109%
obstétrique	2287	2293	2554	2590	113%	101%

Source : Hospidiag

[26] La progression dynamique de l'activité en séances de chimiothérapie mérite par ailleurs d'être signalée.

[27] L'activité ambulatoire marque en revanche le pas: en médecine et en chirurgie ambulatoires, la progression constatée en 2009 et en 2010 permet simplement au CHCB de retrouver son niveau de 2007. Le taux de chirurgie ambulatoire (24 %), inférieur à la moyenne des centres hospitaliers de cette catégorie constitue l'un des points faibles de l'établissement.

[28] L'évolution de l'activité aux urgences (ATU) apparaît également un peu à la baisse.

Tableau 4 : Evolution de l'activité aux urgences :

	2007	2008	2009	2010
Nombre d'ATU	30402	28855	30643	29188

Source : CHCB

[4] Polyclinique Aguilera, clinique Lafourcade, polyclinique Côte basque sud, clinique Saint Etienne et pays basque.
[5] Clinique Lafourcade

[29] En complément de cette rapide présentation, il peut être indiqué qu'en médecine, si la durée moyenne de séjour est courte[6], le taux d'occupation des lits n'est que de 72%. Les performances d'activité en médecine pourraient donc être améliorées. En revanche, l'activité est performante en chirurgie, avec une durée moyenne de séjour proche de l'optimum et un taux d'occupation des lits de 98%. En obstétrique, les performances d'activité se situent dans la moyenne.

[30] L'établissement rencontre certaines difficultés pour fiabiliser l'enregistrement de son activité, et sécuriser les recettes correspondantes de l'assurance-maladie. L'exhaustivité des résumés d'unités médicales (RUMs) était loin d'être assurée en 2010, avec 802 RUMs manquants sur trois trimestres. Cette exhaustivité a été rétablie ensuite au 31 décembre 2010. Par ailleurs, certaines pratiques de facturations n'étaient pas conformes[7].

[31] En conclusion, l'activité se maintient face à la concurrence du secteur privé, et le CHCB demeure l'acteur hospitalier majeur du territoire, solidement implanté dans l'offre de soins.

1.2. Les ressources humaines des services MCO progressent plus vite que l'activité

1.2.1. Les ressources médicales et non médicales ont sensiblement augmenté de 2007 à 2010

[32] Les ressources MCO ont augmenté globalement de 22% pour les personnels non médicaux et de 13 % pour les personnels médicaux. Aux urgences, les ressources sont restées globalement stables : les effectifs non médicaux se sont un peu contractés (-3,6%), tandis que les effectifs médicaux augmentaient sensiblement (28 %, soit +,5 ETP).

Tableau 5 : Evolution des effectifs médicaux et non médicaux

ETP	2007		2008		2009		2010		2010/2007	
	MCO	U	MCO	U	MCO	U	MCO	U	MCO	U
PNM	872,64	85,57	992,94	83,22	1007,8	89,68	1060,7	82,22	+22%	-3,6%-
PM	118,11	19,29	120,43	21,94	127,92	23,23	133,12	24,79	+13%	+28,5

Source : Etablissement MCO : Médecine chirurgie obstétrique
U : Urgence
PNM : Personnels non-médicaux
PM : Personnels médicaux

[33] L'absentéisme des personnels non médicaux (PNM) se situe à un niveau plutôt élevé, avec près de 34 jours d'absence par ETP[8] soit un taux d'absentéisme d'environ 11%. Il est stable pour les personnels non médicaux (PNM) sur la période. On constate un absentéisme plus faible aux Urgences. Pour les médecins, l'absentéisme est de l'ordre de 14 jours en moyenne en MCO sur la période.

[6] Indices de performance DMS (nombre de journées réalisées/ nombre de journées théoriques) respectivement égaux à 0.895, 0.994, 0.941 en médecine, chirurgie et obstétrique

[7] Actes facturés indument en hospitalisation de jour en hématologie

[8] 26,4 jours d'absence en moyenne pour les PNM selon les données du bilan social 2008

[34] Il doit être signalé que les procédures prévues par la règlementation en cas d'absentéisme pour raisons de maladie d'une certaine durée semblent tombées dans l'oubli au CHCB. L'article R4626-29 du Code du travail prévoit que l'agent bénéficie d'un examen de reprise par le médecin du travail après une absence de trois semaines au moins pour cause de maladie non professionnelle. La mission a constaté que le chef de service de l'UHCD n'a pas été orienté vers la médecine du travail à l'issue de ses arrêts maladie. Alors que cette procédure a longtemps été respectée pour les personnels non médicaux, la DRH n'oriente plus non plus aujourd'hui les agents en arrêt maladie plus de 3 semaines vers la médecine du travail.

Tableau 6 : Absentéisme médical et non médical dans les services MCO

	2007		2008		2009		2010	
	MCO	U	MCO	U	MCO	U	MCO	U
PNM	33	19,4	30,8	19,4	33,0	19,4	33,8	21,1
PM	14,5	13,9	8,5	14,7	13,8	12,6	14,2	10,3

Source : établissement

1.2.2. Une productivité médicale et soignante qui reste supérieure à la moyenne

[35] L'établissement se situe dans le bas de la fourchette des établissements de même catégorie et profil pour ce qui concerne le coût du personnel non médical[9], comme du personnel médical.

[36] Le bloc opératoire[10] et les laboratoires[11] enregistrent également de bonnes performances de rendement.

1.3. Un établissement à l'équilibre, qui supporte des charges élevées liées à sa reconstruction

- L'établissement a dégagé un léger excédent en 2009 et en 2010.

[37] Le plan global de financement pluriannuel fait apparaître sur la période 2011-2015 une progression modérée des charges (+2,9%) et des produits (+2,5%). Les recettes d'activité de l'assurance maladie restent stables, les charges de personnel augmentant de 4%. La situation financière de l'établissement reste convenable, avec un taux de prévisionnel de marge brute de l'ordre de 8% de 2011 à 2015 (contre 11,3 % en 2010). La capacité d'autofinancement (CAF) reste stable aux alentours de 11M€, avec des charges financières en forte hausse (+ 4 M€ environ d'ici 2014).

- L'établissement bénéficie d'un soutien financier important de l'ARS. L'aide à l'investissement s'élève à près de 5M€ sur un total de plus de 10 M€ d'aide à la contractualisation. S'y ajoutent 6,5 M€ au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Son équilibre repose ainsi sur les aides accordées par l'ARS.

[38] Au total, si l'équilibre n'apparaît pas compromis à court terme, les marges de manœuvre de l'établissement sont limitées en l'absence de perspectives de croissance forte de l'activité. Le maintien d'une situation équilibrée à moyen terme nécessite en conséquence de renforcer la rigueur et l'efficience de la gestion interne.

[9] Rapporté aux rexttes d'activité
[10] ICR par salle d'intervention chirigicale
[11] Nombre de B par technicien

2. UNE DYNAMIQUE REELLE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

[39] Aux termes de la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) votée en 2009[12], les établissements de santé doivent mettre en œuvre et élaborer une politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés aux activités. Anticipant sur ces dispositions, le projet médical 2004-2008 du CHCB met l'accent sur la politique d'amélioration de la qualité des soins, identifiée comme enjeu essentiel. Cette politique a été réactualisée en 2007. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2007-2011 passé avec l'ARH l'inscrit au nombre des orientations stratégiques[13]. Un document récent de la direction de la qualité et de la sécurité des soins, en cours de validation rappelle les orientations générales de cette politique qualité, et présente le nouveau cadre de pilotage proposé en vue notamment de mieux y associer les pôles d'activité.

[40] Ces orientations portent sur trois volets :

- les objectifs transversaux (démarche de certification, priorités en découlant, activités transversales liées aux priorités nationales de santé publique[14] ou à celles de l'établissement, procédures, recommandations et référentiels de bonne pratique) ;
- la sécurité des soins (gestion des risques, risques professionnels, coordination de la veille sanitaire et des vigilances, sécurité de l'environnement) ;
- l'évaluation des pratiques (objectifs d'exhaustivité, de professionnalisation, et d'intégration à la politique générale).

[41] Satisfaire aux exigences de la certification et, au-delà, atteindre les meilleures performances pour l'ensemble des items soumis à évaluation apparaissent ainsi comme des objectifs clés pour le CHCB, explicitement affirmés comme tels. En cohérence avec cette dynamique, le CHCB s'est également impliqué dans le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations conclu avec l'assurance maladie et l'ARS.

2.1. Une dynamique générale de progrès dans la qualité et la sécurité des prises en charge

[42] A titre liminaire, il convient de préciser que la démarche de certification, et plus généralement les démarches qualité, visent d'abord à susciter un processus continu d'amélioration des performances. L'engagement d'une véritable dynamique qualité, ambitieuse et pérenne, et son appropriation par les acteurs, compte au moins autant que ses résultats ponctuels[15]. A cet égard, si la démarche de certification a mis en évidence certains points faibles du CHCB, la volonté de ce dernier de s'engager dans une dynamique qualité n'est pas contestable. En définitive, la principale critique qu'on peut faire au CHCB est d'avoir laissé le secteur des urgences globalement à l'écart de cette dynamique.

2.1.1. Les évaluations réalisées mettent en évidence une dynamique d'amélioration

[43] **La HAS a levé ses réserves en 2010 au vu de la dynamique d'amélioration constatée**

[44] En mars 2009, la HAS avait prononcé une certification du CHCB avec suivi dans un délai de six mois. Elle formulait des réserves pour 3 séries d'exigences, cotées en C sur une échelle d'évaluation comportant 5 niveaux (A-E) :

---

[12] Article L. 6111-2 de la loi HPST du 21 juillet 2009

[13] Orientation stratégique n° 9 : prioriser la démarche qualité, la gestion des risques et l'évaluation des pratiques professionnelles,

[14] Lutte contre la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, addictions, soins palliatifs, éducation thérapeutique des patients, prévention des escarres...L'établissement y ajoute la conformité du dossier patient, ainsi que la gestion du risque infectieux et la lutte contre les infections associées aux soins

[15] La dynamique d'amélioration fait d'ailleurs partie des critères d'appréciation e la HAS pour la certification

- *l'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie ;*
- *les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées*;
- *les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.*

[45] Suite à la nouvelle évaluation réalisée, les deux premiers critères sont passés en B, le 3ème restant coté en C. Au vu de ces améliorations, la HAS a prononcé en mars 2010 la certification du CHCB, tout en maintenant ses recommandations d'amélioration formulées en 2009 pour 6 autres critères listés ci-dessous :

- *La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations Individuelles);*
- MCO, PSY, SSR, SLD: *Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge ;*
- MCO, PSY: *La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient ;*
- *PSY : La prise en charge de la douleur est assurée ;*
- *MCO*[16]*, PSY : Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées;*
- *MCO : Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.*

[46] Le tableau ci-dessous récapitule les résultats d'ensemble obtenus par le CHCB par grand critère:

Tableau 7 : Résultats de certification

Résultats certification	Appréciation générale HAS	Note CHCB	Note moyenne nationale
Prise en charge de la douleur	jaune (PSY)	7,84	7,79
Prise en charge de la fin de vie	vert[17]	8,41	8,55
Qualité hôtellerie et restauration	Vert	7,65	8,08
Hygiène et stérilisation	Vert	8,39	8,39
Respect des droits des patients	Jaune	7,51	8,09
Continuité et organisation des soins	Jaune	8,29	8,19
Prise en charge médicamenteuse	Jaune	7,2	7,96
Prévention des risques	Vert	8,14	7,97
Evaluation des pratiques médicales et soignantes	Vert	8,37	7,69
Management	Jaune	7,38	8,08

Source : HAS
vert : l'établissement fonctionne très bien sur ce critère
jaune : l'établissement est invité à s'améliorer sur ce critère
orange : l'établissement doit s'améliorer sur ce critère
rouge : l'établissement doit impérativement s'améliorer sur ce critère

[47] D'autres démarches et outils confirment l'existence d'une dynamique générale de progrès

[16] Passage du statut de réserve à celui de recommandation en 2009 pour le secteur MCO

[17] Le fait d'avoir une moyenne un peu inférieure à la moyenne nationale pour un critère n'est pas incompatible avec une appréciation favorable, dès lors que l'évaluation fine des sous critères correspondants met en évidence des niveaux de cotations et une dynamique globalement satisfaisante

- Les indicateurs issus de la plate-forme Platines (voir la fiche complète en annexe mettant en évidence les très bonnes performances du CHCB en matière de lutte contre les infections nosocomiales[18]) ; s'agissant des indicateurs de qualité de la prise en charge[19] des patients, retracés ci-dessous, si certains sont susceptibles d'être encore améliorés (délai d'envoi du courrier d'hospitalisation au médecin traitant, évaluation de la douleur, tenue du dossier anesthésique et dépistage des troubles nutritionnels), la dynamique apparaît globalement bien orientée.

Tableau 8 : Indicateurs de qualité

Thème	Indicateur	score
Partage d'informations au cours d'une hospitalisation	Tenue du dossier patient[20]	85/100
Communication avec le médecin traitant	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	49/100
Mesure de la douleur	Evaluation de la douleur[21]	68/100
Suivi du poids	Dépistage des troubles nutritionnels	73/100
Partage d'informations dans le cadre d'une anesthésie	Tenue du dossier anesthésique	73/100
Médicaments et infarctus	Prescription médicamenteuse dans l'infarctus du myocarde (BASI)	97/100

Source : Platines

- De même, l'agence régionale de santé (ARS) note que le CHCB a progressé régulièrement sur l'ensemble des objectifs tout au long du contrat 2006-2010 de bon usage des médicaments, produits et prestations (CBUMPP). Ses résultats sont aujourd'hui supérieurs à la moyenne régionale[22]. L'établissement a bénéficié chaque année du remboursement intégral des médicaments et dispositifs médicaux financés en sus des tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS). Selon l'évaluation, l'établissement a mis en place une gestion centralisée des risques liés aux médicaments, avec analyse des évènements indésirables et mise en place d'action correctives. La part des lits de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) informatisés pour la prescription et l'administration, en augmentation régulière, s'élève à 78% en 2010. De ce fait, l'analyse pharmaceutique de la prescription est également réalisée à 78% en MCO. La poursuite de l'informatisation, et celle de la délivrance à dispensation nominative constituent les cibles principales d'amélioration.
- Enfin, en cohérence avec l'ensemble de ces évaluations, le CHCB enregistre une performance supérieure à la moyenne des établissements de la région en matière de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et de sécurisation du circuit du médicament, selon l'indicateur expérimental Icaliam[23].

[18] Résultats 2009
[19] Résultats 2010
[20] Toutefois, le contenu de l'examen médical d'entrée est moins souvent noté qu'en 2009
[21] C'est la traçabilité de l'évaluation de la douleur qui n'est pas systématique, notamment en l'absence de douleur du patient
[22] Son score est passé de 46 à 84 points sur 100 de 2006 à 2010, pour une moyenne régionale de 84 points.
[23] Scores de 65/100 en 2008 et 70/100 en 2010, versus 45/100 et 58/100 pour la moyenne des établissements régionaux

2.1.2. L'établissement s'est mobilisé pour améliorer ses performances

[48] Pour surmonter ces points faibles, le CHCB a mis en place une organisation renforcée sous l'égide de la CME (sous-commission de la qualité et de la sécurité des soins) et de la direction qualité. Des cibles d'amélioration des performances ont été fixées.

- La sous-commission de la qualité et de la sécurité des soins et la direction qualité ont mis en place, selon une périodicité mensuelle ou trimestrielle un suivi des indicateurs concernant les objectifs transversaux (dossier du patient, douleur, dépistage des troubles nutritionnels, prise en charge de l'AVC …), gestion des risques (prévention des infections nosocomiales,..), évaluation des pratiques professionnelles.

- Certains des objectifs transversaux associés à des indicateurs ont fait l'objet de plans d'actions, comportant des audits réguliers dans les services :

  - le dossier patient

    En 2010, sur les 20 services MCO audités chaque trimestre, 12 avaient un taux de conformité égal ou supérieur à 90 %, et compris entre 70 et 80 % pour 8 services ; égal à 91%, le taux de conformité était en progression de 6%. Les items retenus concernaient la traçabilité (antécédents, observation initiale, évolution clinique du patient, prescription des actes infirmiers, examens de radiologie, consultations et avis spécialisés) ;

  - la sous-commission douleur de la CME a formalisé une politique douleur en décembre 2010, comportant notamment un protocole d'évaluation de la douleur.

- Dans le domaine de la gestion des risques et des vigilances, le signalement et d'analyse des évènements indésirables (EI) d'une part, et la sécurisation du circuit du médicament ont fait l'objet d'une attention renforcée :

  - Une nouvelle procédure de signalement des EI a été mise en place en septembre 2009, destinée à faciliter la déclaration, l'analyse et la mise place d'actions correctrices en cas d'évènements indésirables graves. Un projet en cours de validation vise à rendre ce document plus opérationnel, avec l'ajout d'une feuille de cotation des évènements indésirables, et la mise en place d'un circuit plus précis et plus complet, prévoyant notamment le suivi de la mise en oeuvre des actions correctrices ;
  - Le circuit du médicament a été réorganisé pour mieux sécuriser la gestion des produits
  - un système dit de plein-vide, a été mis en place dans les unités fonctionnelles, avec pour objectifs d'optimiser le stockage et les commandes. Ce dispositif permet de contrôler de façon continue la consommation des médicaments délivrés dans les unités, et d'assurer un réassort régulier des dotations des services ; une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été réalisée pour évaluer l'application de cette procédure[24]et un plan d'action vient d'être défini pour améliorer les résultats ;
  - le nombre de services informatisés pour la prescription et la dispensation a progressé (78% en 2010);
  - la livraison des commandes est assurée dans les unités fonctionnelles par la pharmacie à usage intérieur, avec remise d'un bordereau signé par l'agent réceptionniste ;

[24] L'évaluation met en évidence des marges de progression dans l'application de la procédure, que ce soit pour les médicaments ou pour les DM (plus de 20% des étiquettes non sorties pour les commandes de médicaments)

- un dispositif de sécurisation des armoires pharmaceutiques a été expérimenté, suite au signalement de disparition de produits[25] ; au moment du contrôle de la mission, ces expérimentations n'ayant pas été concluantes, la sécurisation des armoires à pharmacies dans les unités n'était toujours pas effective.
- une procédure de contrôle de la température des armoires réfrigérantes a été instaurée ;
- de nouvelles instructions ont été diffusées pour supprimer la transcription par les infirmières des prescriptions médicales sans validation ex post.

➢ A l'interface de la prévention des risques et des objectifs transversaux d'amélioration des prises en charge, une procédure de gestion des lits (« flux patients ») vient par ailleurs d'être approuvée par les instances dirigeantes.

[49] Cette procédure vise à améliorer la disponibilité des lits, et partant, les conditions de prise en charge des patients (réduction des délais d'attente avant prise en charge, notamment aux urgences).

➢ Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles médicales(EPP) et soignantes a été poursuivi et renforcé.

[50] La dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles constitue un des points forts du CHCB.

[51] Sur la période 2010-2011, le bilan[26] est le suivant :

- Tous les services MCO devaient s'engager dans un programme transversal d'EPP portant sur les indicateurs IPAQSS, et un programme de conformité de l'administration des médicaments à la prescription devait être déployé; un audit clinique portant sur les réunions de concertation pluridisciplinaires était également prévu au sein du pôle de Médecine interne[27] ;
- Des revues de morbi-mortalité étaient en cours dans 4 services (Réanimation/ Chirurgie viscérale-anesthésie/ Gynécologie-obstétrique/Néonatalogie) ;
- Les Urgences étaient engagées dans une évaluation des pratiques professionnelles (audit clinique) sur la prise en charge des personnes ayant fait un AVC, et le SAMU-SMUR (audit clinique) dans l'analyse de conformité des dossiers médicaux au SMUR de Bayonne ; en Médecine interne, une revue de pertinence était programmée concernant les admissions de pyélonéphrite.

[52] Le nouveau cadre de la politique qualité prévoit de généraliser et professionnaliser ces évaluations.

➢ Une priorité a été accordée à l'informatisation des services pour accompagner le déploiement le la politique qualité :

- Développement des services informatisés pour la prescription et de la dispensation des médicaments (cf. supra) ;
- Mise en place du « tracking informatique » aux urgences en septembre 2009, ouvrant la possibilité d'un suivi en temps réel des patients de ce service, et des modalités de leur prise en charge (délai avant prise en charge, durée totale de prise en charge en particulier) ;
- Développement de diverses applications en soutien de la politique qualité des soins

[25] Dérivés morphiniques
[26] La mission n'a pas eu connaissance du nombre de praticien effectivement impliqués dans ces démarches
[27] Indicateur HAS

[53] Enfin, le CHCB a décidé en 2011 de renforcer son organisation pour améliorer ses performances. Des cellules qualité pluridisciplinaires par pôle ont pour mission de veiller à l'atteinte des objectifs fixés en matière de qualité et de gestion du risque infectieux, et de procéder à des évaluations régulières. Un indicateur global de performance qualité par pôle (IPQ), fondé sur l'évaluation de 5 indicateurs spécifiques (taux de conformité du dossier patient, taux de conformité du dossier de soins, traçabilité de l'évaluation de la douleur, programme EPP, lutte contre les infections nosocomiales) permettra de suivre l'évolution des résultats dans chaque pôle. Il est prévu de l'associer à un mécanisme d'intéressement.

2.2. Cette dynamique positive laisse néanmoins subsister des points de fragilité

[54] Au nombre de ces fragilités, figurent d'abord les conditions d'hospitalisation des patients dans l'établissement. La surveillance des indicateurs nécessite d'être bien intégrée dans une politique globale d'amélioration de la qualité. Les démarches courent aussi le risque de piétiner faute d'évolution adéquate des outils informatiques. Enfin, tous les services doivent s'impliquer, les performances des uns ne pouvant compenser les insuffisances des autres. A ces différents égards, le CHCB présente certaines fragilités.

[55] Les indicateurs nationaux ne constituent que des leviers, les établissements devant affiner leur stratégie propre.

2.2.1. Des difficultés récurrentes sont constatées pour améliorer les conditions d'hospitalisation des patients

[56] L'examen des documents internes du CHCB met en évidence une problématique récurrente de disponibilité de lits pour l'hospitalisation des patients, avec pour conséquences selon une étude interne réalisée au 1er semestre 2009:

- Des délais conséquents d'attente aux urgences, évalués à 5,7 heures en moyenne pour les patients nécessitant une hospitalisation ;
- Une proportion significative d'hébergements (9%) effectuée, faute de place, dans un service autre que celui approprié à la pathologie du patient.

[57] Le besoin de lits pour répondre aux besoins quotidiens d'hospitalisation des services d'urgence était évalué à 26 lits au total et 2 lits par service. Face à ces constats, l'établissement s'est efforcé de mettre en place un plan d'action pour améliorer la ressource en lits, avec pour objectifs essentiels d'assurer la sortie des patients avant 11 heures le matin, et de mieux réguler les flux entrants aux urgences. Diverses mesures étaient prévues, notamment la mise en place du tracking et le recrutement d'un médecin coordonnateur des flux aux urgences. Toutefois, ce plan volontariste s'est heurté à des difficultés de mise en œuvre, et le chantier a dû être remis sur le métier début 2011. Il vient de déboucher sur la définition d'une procédure de gestion des lits, comportant des mesures modulées selon de degré de criticité de la ressource en lits.[28]

[58] S'il est trop tôt pour apprécier son impact, il semblerait utile de mettre en place en complément un suivi régulier des délais d'attente aux urgences avant hospitalisation, de la proportion de patients hébergés dans des services inadéquats, et des difficultés d'accès à une prise en charge[29].

[28] Quatre périodes sont retenus : verte (nombreux lits disponibles), orange (5 lits disponibles à 7h le matin), rouge (0 lits à 7 h ou à 13h), noire (idem + 4 heures de délai d'attente avant prise en charge aux urgences)
[29] Patients quittant les urgences avant prise en charge, et patients orientés vers d'autres établissements.

2.2.2. Le pilotage de l'informatisation des services cliniques nécessite un renforcement

[59] Il peut être relevé que la pleine efficacité des démarches qualité suppose de renforcer en parallèle le système d'information du CHCB, dans un triple objectif :

- Faciliter le travail de saisie des données par les agents de l'établissement ;
- Sécuriser la traçabilité de ces données;
- Faciliter la réalisation de requêtes en routine, pour suivre régulièrement les évolutions et détecter les points de fragilité, aussi bien au niveau global de l'établissement qu'au niveau des pôles et des services.

[60] Cette exigence a été formellement prise en compte par le CHCB. Aux trois axes stratégiques de la politique qualité et gestion des risques du CHCB définis pour la période 2007-2010[30] s'ajoute, pour la période 2011-2014, l'informatisation de la gestion de la qualité. .

[61] Certains des objectifs retenus au titre de l'informatisation[31] sont déjà pris compte par l'établissement (informatisation des procédures de signalement des évènements indésirables), d'autres sont retenus (mise en place d'un nouveau logiciel du circuit médicament permettant de centraliser toutes les prescriptions à horizon 2012 ; informatisation des urgences affichée comme priorité en 2011; logiciel qualité en 2011; informatisation du dossier de soins en 2011-2012).

[62] Ces objectifs d'évolution du système d'information ne semblent pas toujours assortis d'un plan d'action opérationnel clair permettant de sécuriser leur réalisation. On peut observer, à cet égard, que l'informatisation des urgences figurait déjà dans le projet médical 2004-2008, qui fixait son échéance de mise en œuvre à 2008, ainsi qu'au contrat d'objectifs et de moyens 2007-2011 conclu avec l'ARH. Diverses difficultés ont entravé la réalisation de ce projet. Un appel d'offres lancé en 2008 a été déclaré infructueux, faute de proposition satisfaisante. Une informatisation partielle a ensuite été décidée en 2009, avec le dispositif dit de « tracking » mis en place début 2010 qui vise à permettre le suivi en temps réel du parcours du patient aux urgences. L'insuffisance des propositions conjuguée aux divergences de vues entre la direction et les médecins urgentistes n'ont pas permis, à ce jour, de faire aboutir ce projet crucial pour améliorer la qualité des prises en charge dans les services d'urgence.

[63] L'outil actuel de tracking continue aujourd'hui d'opposer la direction du CHCB et les professionnels des Urgences. Il n'est pas adapté aux yeux des urgentistes, qui souhaitent disposer d'un véritable logiciel « métier ». A l'inverse, la direction du CHCB a jusqu'à présent souhaité privilégier son maintien, quitte à le faire évoluer. Sans entrer dans le détail, les éléments du débat sont les suivants :

- Pour les urgentistes, le logiciel urgences actuel n'est pas assez ergonomique ; les données à saisir pertinentes pour les urgences nécessitent des manipulations successives, et donc des temps de saisie importants[32] au détriment de ceux consacrés aux patients; le logiciel ne permet pas de suivre en temps réel la prise en charge du patient, par exemple la réalisation par l'infirmier ou la radiologie de l'acte prescrit par le médecin urgentiste n'est pas renseignée sur le tracking. Cet outil ne permet pas non plus de disposer d'historiques des passages aux urgences des patients, ni d'analyser rétrospectivement la qualité et la pertinence des prises en charges, privant les professionnels des urgences de la possibilité de s'impliquer dans l'amélioration de la qualité de leurs pratiques ;

[30] Objectifs, transversaux, sécurité des soins, évaluation des pratiques
[31] Composante « Projets et applications hospitalières » du SI
[32] Pa exemple, pour la saisie des codes CCMU, la valeur n'est pas proposée automatiquement en fonction des données déjà saisies

- Pour la direction, jusqu'à présent, le choix d'un outil raccordé au système d'information dossier patient[33] présente l'avantage essentiel de sécuriser la saisie des données et la fiabilité du codage des actes. Cette solution minimise les coûts directs et indirects de l'informatisation de urgences (pas d'interfaçage à développer pour intégrer les données du tracking dans le dossier patient) ; toutes ses possibilités ne sont pas aujourd'hui exploitées par les urgentistes (voir annexe 2), l'outil actuel permettant notamment d'analyser les temps de passage aux urgences sous réserve d'en faire la demande à la direction ; enfin, de nouvelles versions de l'outil de nature à répondre aux préoccupations des urgentistes sont aujourd'hui disponibles.

[64] La mission constate qu'une démarche permettant de préciser d'une part l'expression des besoins des professionnels des urgences et d'évaluer la performance des offres logicielles susceptibles d'y répondre, d'autre part de sécuriser le codage des actes et d'optimiser les coûts afférents aux différentes solutions n'a pas été menée à son terme. Le choix de la solution la plus performante devra prendre en compte les contraintes objectives du travail aux urgences, et celles globales de l'établissement. La possibilité de réaliser des requêtes en routine aux urgences pour suivre les temps de passage et analyser les pratiques de prise en charge est indispensable. Il est impératif, en conclusion que ce dossier qui fait l'objet d'une priorité affichée depuis plus de cinq ans soit piloté, et les décisions prises avant la fin de l'année.

2.2.3. L'engagement des services dans les démarches d'amélioration de la qualité des soins est variable

[65] La politique qualité impulsée par le CHCB suscite une mobilisation inégale dans les services MCO. Les audits réalisés nécessitent des relances dans certains d'entre eux, l'assiduité aux instances de pilotage de la qualité apparaît faible, et le secteur des urgences est peu engagé dans ces démarches. Ces constats ont amené récemment la direction, dans le contexte de la mise en place de la nouvelle gouvernance, à rénover le pilotage de la politique qualité.

[66] Les audits réalisés périodiquement dans les services pour évaluer la progression des indicateurs et des résultats en 2009 et 2010 ont nécessité fréquemment des relances de la part de la sous-commission de la qualité et de la sécurité des soins. Certains services ont d'ailleurs refusé de s'engager dans ces audits[34]. La sécurisation du circuit du médicament impulsée par le service de la pharmacie se heurte par ailleurs ponctuellement à des difficultés (bordereaux non signés de livraison des médicaments dans les unités). Cette mobilisation inégale et inconstante témoigne d'une adhésion insuffisante aux objectifs poursuivis. Il peut être relevé que la réalisation des audits dossier patient censés incomber à un tandem praticiens hospitalier PH-qualiticienne implique largement les internes.

[67] Par ailleurs, si la sous-commission qualité se réunit et présente régulièrement les résultats obtenus aux instances de l'établissement, l'assiduité de ses membres (voir composition en annexe 3) apparaît limitée sur la période 2010-2011, ce qui la prive de relais sur le terrain.

[68] Enfin, le secteur des urgences reste peu engagé dans ces démarches, à l'exception des EPP précitées. Comme il a été vu, les délais d'attente et de prise en charge ne sont pas non plus suivis en routine. Les difficultés de l'informatisation expliquent en partie ces constats. D'autres arguments sont également avancés, tels que la nécessité d'un référentiel spécifique d'évaluation pour la conformité du dossier patient compte tenu de la brièveté de la prise en charge. Il était prévu, selon la direction, de réaliser un premier audit en septembre, qui a été différé en raison des évènements survenus. La mission observe qu'aucune des difficultés évoquées n'apparaît insurmontable. Le déploiement de démarches qualité aux urgences ne semble dans les faits correspondre à une priorité assortie de plans d'actions et d'un suivi. Les difficultés de management dans ce secteur, évoquées ci-après, contribuent à éclairer ce constat.

[33] C'est la société qui gère le logiciel de gestion du dossier patient qui a installé le tracking au CHCB
[34] Oncologie en 2009

[69] Par ailleurs, dans le cadre de la politique de qualité et des relations avec les usagers, la mise en place d'un comité d'éthique, prévue par l'établissement doit être organisée rapidement.

3. LA GOUVERNANCE ET LE MANAGEMENT

[70] Le CHCB a été confronté au cours de la décennie précédente à des difficultés récurrentes de management, liées à l'existence de multiples clivages internes : entre la direction et les médecins, entre les médecins et les cadres de santé, entre les urgences et les services de spécialités. Des dissensions ont également opposé les médecins des Urgences. Dans la période récente, le fonctionnement des urgences a été perturbé par un conflit (2009) avec la direction. Si la situation apparaît aujourd'hui globalement pacifiée, ces éléments contribuent à éclairer la persistance de tensions internes. Aujourd'hui, un nouveau cadre de pilotage et de management est en place, appuyé sur les pôles d'activité cliniques. Il peut contribuer à enclencher une dynamique positive au sein des Urgences, et renforcer leur intégration dans l'établissement, sous réserve de régler les problèmes persistants de management constatés. .

[71] L'actuel directeur a pris ses fonctions en début d'année 2010.

3.1. La nouvelle organisation joue la carte des pôles

3.1.1. Des instances de pilotage en ordre de marche

3.1.1.1. Les nouvelles instances de gouvernance prévues par la loi HPST sont aujourd'hui en place.

[72] Le conseil de surveillance, présidé par une élue, et le directoire sont en place.

[73] Le directoire est composé de 7 membres. Cinq autres membres assistent au directoire en qualité d'invités : médecin responsable de la qualité, médecin du D1M 3 directeurs-adjoints.

[74] L'organisation et la gouvernance des nouveaux pôles ont été précisées au terme d'une démarche réfléchie, guidée par la prise en compte de trois préoccupations: qualité et sécurité, efficience, et efficacité managériale.

[75] La configuration des pôles a pris en compte, classiquement, deux types d'objectifs: constituer des pôles d'une taille suffisante pour renforcer la mutualisation des moyens dans une perspective d'efficience d'une part, garantir la pertinence médico-administrative des regroupements d'unités médicales d'autre part (respect des filières de soins et des parcours des patients, problématiques partagées d'activité et de moyens). Au total, le nombre de pôles a été réduit de 14 à 10 : médecine interne, neuro-cardiologie, spécialités médicales[35], chirurgie/anesthésie/bloc opératoire, réanimation/médecine d'urgence/neuroréééducation, mère-enfant/pédopsychiatrie, filière gériatrique/Ehpad, imagerie, psychiatrie adulte, pharmacie/biologie. Les points d'arbitrage essentiels ont concerné la pérennisation du pôle neuro-cardiologie, et les modalités de rattachement de certaines spécialités (neuroréééducation et addictologie notamment).

[76] La désignation des chefs de pôle a été consensuelle entre le directeur du CHCB et le président de la CME, et s'est traduite par la reconduction des chefs de pôle précédemment désignés. Le chef du pôle Urgences/ Réanimation/ Neuro-rééducation est membre du directoire.

3.1.1.2. D'autres instances ont été créées pour accompagner la montée en puissance des pôles.

- un Conseil des chefs de pôles réunissant l'ensemble des chefs de pôle a été créé, dans le souci de favoriser la cohérence des démarches de management et le partage des problématiques;

[35] Gastro-entérologie, pneumologie, oncologie, hématologie, soins palliatifs, addictologie

- un membre référent de l'équipe de direction a été désigné pour chaque pôle.

[77] La liste des chefs de pôles et des directeurs référents a été fixée par note de service du 1er juillet dernier (cf. annexe 4 pour la liste des pôles).

- une cellule qualité transversale a été mise en place dans chaque pôle, avec pour mission de promouvoir la politique qualité en son sein ;
- Un Bureau est créé dans chaque pôle.

3.1.1.3. Les conseils de pôles ont été maintenus

[78] L'établissement a estimé indispensable de maintenir une instance pluriprofessionnelle de concertation transversale au sein de chaque pôle, permettant d'associer l'ensemble des unités le composant. Des conseils sont ainsi en place dans chaque pôle, même si ces instances ne sont plus obligatoires dans la nouvelle gouvernance[36].

3.1.2. L'établissement s'est efforcé de réunir les conditions d'une montée en puissance maîtrisée des pôles dans la chaîne managériale

[79] Les risques d'une transition trop brutale liés à un manque de préparation des chefs de pôle pour l'exercice de leurs nouvelles missions ont été manifestement pesés. Cette préoccupation trouve sa traduction dans le dispositif d'accompagnement évoqué ci-dessus. Elle se reflète également dans les projets de contrats de pôles et de délégations de gestion.

[80] Pour autant, la nouvelle direction s'est activement attachée à mettre en place un nouveau cadre de management intégrant les chefs de pôles dans la ligne managériale.

3.1.2.1. Les pôles vont disposer de leviers de management

[81] Les délégations de gestion et les contrats de pôles conclus entre le directeur et les chefs de pôle constituent un élément essentiel de soutien de la dynamique de pôle. Les chefs de pôle vont disposer d'outils de gestion et de leviers de management essentiels pour le plein exercice de leurs missions de pilotage.

- Les outils concernent notamment les éléments d'analyse et de suivi de l'activité du pôle : données d'activité, dépenses de personnel, absentéisme, dépenses de pharmacie notamment, instruments d'analyse médico-économique ;
- Les leviers de management concernent notamment le recrutement interne[37] et l'affectation des personnels non médicaux, la gestion des crédits de remplacement et de formation, l'évaluation et la notation des personnels non médicaux[38], la proposition des profils de postes[39], la gestion des plannings et des tableaux de service[40], l'élaboration du projet de service, la proposition des recrutements médicaux, des chefs de service et d'unités médicales, le choix des membres de la cellule qualité de pôle. S'y ajoutent les programmes d'EPP et des crédits de formation médicale continue.

[36] Leurs membres ne sont toutefois plus élus
[37] Les recrutements non médicaux externes sont en revanche opérés par le chef de pôle à partir de candidats présélectionnés par la direction
[38] En gestion partagée avec la direction
[39] Les effectifs autorisés du pôle restant de la compétence de la direction
[40] Avec les chefs de service et responsables de structure concernés

3.1.2.2. En contrepoint, la direction s'attache à renforcer ses capacités de pilotage et de contrôle interne dans le champ de la qualité

- Un Conseil de la qualité réunissant la direction, le président de la CME et les chefs de pôle s'est substitué à la sous-commission CME de la qualité qui animait jusqu'à présent la politique qualité ; la direction souhaite ainsi affirmer l'importance stratégique de la politique qualité, et faciliter sa mise en œuvre opérationnelle, en lien avec les cellules qualité de pôle ;
- Un dispositif de suivi et de contrôle des résultats des pôles est mis en place ;

[82] En complément, un mécanisme d'intéressement aux résultats obtenus par les pôles est instauré, assis notamment sur un indicateur global de performance qualité (IPQ)[41]. Ce volet de l'intéressement représente la moitié de l'intéressement susceptible d'être attribué au pôle, les 50 % restant concernant des indicateurs d'activité et d'efficience.

[83] Le Directeur du CHCB estime que le pilotage de la qualité va devenir de plus en plus stratégique pour les établissements, leurs résultats conditionnant le bénéfice des aides financières sollicitées.

3.1.3. Une vigilance de la direction reste nécessaire pour garantir l'implication de tous les services dans la dynamique qualité

[84] Si la direction de l'établissement mène une stratégie claire, cohérente et déterminée d'amélioration de la qualité des prises en charge, marquée par le souci d'améliorer les performances opérationnelles et de garantir leur continuité, la démarche apparaît très « descendante ». Divers risques paraissent susceptibles dès lors de la fragiliser :

- Risque d'un manque d'appropriation par les acteurs, lié à la focalisation sur les indicateurs nationaux et les exigences de la certification, laissant peu de place aux problématiques spécifiques et aux initiatives de pôles et des unités ;
- Risque de moindre implication d'acteurs médicaux très investis jusqu'à présent; à cet égard, on peut regretter que la nouvelle gouvernance de la politique qualité n'ait pas été concertée avec la présidente de la sous commission qualité ;
- Difficultés potentielles d'affirmation des chefs de pôle sur ce champ « naturel » de la politique médicale.

3.2. Le secteur des urgences reste difficile à manager

[85] La mission a centré ses travaux sur les structures des urgences, proprement dites. Elle n'a pas approfondi le fonctionnement du SAMU et du SMUR du fait des délais impartis.

[86] L'analyse portera sur la structuration laborieuse du secteur des urgences depuis 2004, qui reflète ses difficultés de fonctionnement. En préalable seront présentées les données actuelles d'activité du service d'accueil des urgences, et l'évolution de ses moyens.

[41] Taux de conformité du dossier patient, taux de conformité du dossier de soins, traçabilité de l'évaluation de la douleur, lutte contre les infections nosocomiales, programme annuel d'évaluation des pratiques professionnelles

3.2.1. Une activité soumise à d'importantes variations saisonnières et journalières, assurant plus de la moitié des hospitalisations

3.2.1.1. L'activité globale des urgences[42] paraît pratiquement stable depuis 2007

Tableau 9 : Activité des services d'urgences

Nombre de passages	2009	2010	% d'évolution
Urgences suivie d'une hospitalisation	14 749	15 526	+ 5,3%
Urgences externes (ATU)	32595	31293	-4%
Total	**47344**	**46819**	**-1%**

Source : Etablissement

- Selon les données ci-dessus, l'activité globale des urgences diminue légèrement en 2010, l'augmentation des passages suivis d'une hospitalisation (+ 5,3%) ne compensant pas le fléchissement de l'activité externe (-4%) en 2010 ;
- Les données e-pmsi relatives aux seules urgences externes (cf. supra.) accusent également une baisse en 2010, avec moins de 30 000 ATU comptabilisés, et une moyenne sur les 4 dernières années égale à 29 772 ATU. Le seuil de 30 000 passages étant associé à une majoration du forfait ATU dans le système de facturation[43], une étude interne a été menée pour identifier les causes de l'écart constaté entre les données du PMSI et les données de l'établissement. Ses conclusions mettent en évidence une différence de champ, les ATU facturés directement au patient n'étant pas comptabilisés dans la base de données e-pmsi.

3.2.1.2. L'activité des urgences connaît un pic pendant l'été

[87] L'analyse qui suit ne concerne que les urgences adultes, qui représentent les 2/3 de l'activité totale des urgences du CHCB.

[88] Cette activité subit d'amples variations comme l'atteste le tableau ci-dessous, l'écart entre le mois le plus creux et le mois le plus chargé dépassant 1500 passages, soit 150 passages/jour :

Tableau 10 : Répartition des passages aux urgences adultes en 2010

passages	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
30 932	7,1%	6,8%	7,6%	8,2%	8,1%	7,9%	11%	11,7%	8,5%	8,3%	7,4%	7,4%

Source : Etablissement

[89] Plus des ¾ des patients se présentent entre 8h et 21h en moyenne, l'activité restant forte de 18h à 21h.

[42] Urgences adultes, pédiatriques et gynécologiques
[43] Egale à 171 378 €

3.2.1.3. La traumatologie représente le principal motif de recours aux urgences

[90] Elle représente près de 40 % des admissions en 2010, suivie par la neurologie (près d'un patient sur 10). A noter que pour près de 10 % des passages, les motifs d'admission ne sont pas renseignés dans le dossier patient, constat que l'établissement lie à des nécessités d'adaptation à l'outil de tracking, déployé en 2010.

[91] Un peu plus d'un tiers des patients ont été hospitalisés après passage aux urgences. 2,5 % ont renoncé à une prise en charge.

[92] La répartition par service de la 1re hospitalisation ci-dessous fait ressortir l'importance de l'orientation en UHTCD, devenue UHCD en 2011.

Tableau 11 : Orientation des patients

Orientation	service
UHTCD	15,47%
Med interne-maladies infectieuses	8,24%
Chir-orthopédie	13,06%
Pneumologie	6,32%
Cardiologie	5,88%
Chir viscérale	5,12%
Neurologie	4,9%
Soins intensifs neuro-vasculaires	4,56%
Chir urologique	3,64%
Gastrologie	3,46%
Endocrinologie rhumatologie	3,32%
Accueil spécialisé	3,04%
Unité de surveillance continue	2,83%
Neuro-chirurgie	2,4%
Autres services	17,75%

Source : Etablissement

[93] Par ailleurs, pour 2 services adultes (maladies infectieuses, neurologie), près de 80 % des hospitalisations font suite à un passage aux urgences, le taux étant égal à 51 % pour l'ensemble des services.

3.2.1.4. 36% des personnes hospitalisées après passage aux urgences ont plus de 75 ans

[94] Pour l'ensemble du flux entrant aux urgences (ambulatoire et hospitalisation), cette proportion n'est que de 17%. Les personnes âgées qui se présentent aux urgences sont ainsi plus fréquemment hospitalisées que les autres, leur taux d'hospitalisation dépassant 70%, contre moins de 30% pour les 15-75 ans.

3.2.2. Un effort de stabilisation des personnels des urgences, de renforcement des formations et d'implication des différents services

3.2.2.1. Le service des urgences a fait l'objet d'un effort particulier en termes de recrutements de médecins.

[95] En effet, le constat d'un déséquilibre entre les postes de PH et les postes d'assistants et d'attachés va amener au développement d'une stratégie de recrutement visant à stabiliser les médecins du service et à accroître la cohérence de l'équipe médicale.

[96] Lors de la CME du 29 mai 2007, le directeur expose les modalités envisagées pour déterminer en interne une filière attractive pour les médecins urgentistes : recrutement d'1 an comme assistant généraliste, reconduction éventuelle pour 2 ans avec la prime, au terme de 3 ans maintien comme praticien hospitalier contractuel PHC si le médecin est susceptible d'occuper un poste permanent ou fin de fonctions définitives.

[97] L'effort de formation aux urgences sera concrétisé notamment par la mise en place d'un centre d'enseignement aux soins d'urgence (CESU). Il a pour vocation d'assurer un nombre important de formations en matière d'urgence et de crise sanitaire pour les personnels de l'hôpital ou les professionnels de santé extérieurs. Cette activité est rattachée au SAMU.

[98] Il convient d'observer que le service des Urgences fonctionne en temps continu. Le temps de travail des praticiens est comptabilisé en heures, dans la limite de 48h hebdomadaires, et non en demi-journées comme il est de règle pour les praticiens hospitaliers. Cette organisation dérogatoire est possible pour les services ouverts 24h/ 24h.

3.2.2.2. La coopération des services les plus concernés avec les Urgences a été renforcée.

[99] Différents protocoles définissant les conditions d'interventions de ces services ont été élaborés.

[100] **Avec l'équipe mobile de gériatrie.**

L'enjeu de l'articulation de la filière gériatrique avec les urgences est mis en exergue lors de la CME du 1er juilllet 2008 avec notamment comme objectifs la prévention des hospitalisations et le fait d' « accélérer les sorties ». Une fiche d'identification du patient gériatrique visant à repérer les personnes fragiles et de les orienter via les urgences vers la gériatrie est instaurée. L'équipe mobile de gériatrie (EMOG) du CHCB assure une coordination spécifique avec les différents services et notamment les services d'urgence et l'UHCD. Cette équipe comporte 1 équivalent temps plein (ETP) praticien hospitalier médecin gériatre extra hospitalier, 1 ETP praticien hospitalier médecin gériatre intra hospitalier, 2 ETP infirmier, 0.5 ETP assistante sociale thérapeute systémique de la famille et de l'institution, 1 ETP secrétaire. L'EMOG est rattachée au pôle gériatrique et intervient en ville comme à l'hôpital, sur demande des intervenants du domicile ou des services hospitaliers. Le patient reste sous la responsabilité médicale du médecin du service ou du médecin traitant et l'EMOG émet des recommandations. L'EMOG se réunit de façon biquotidienne afin d'examiner les demandes formulées. Un praticien de liaison se déplace quotidiennement dans le service d'urgence en début d'après-midi et intervient également dans ce service à la demande. Ses interventions visent :

- à la détection de personnes âgées gériatrique fragile.
- au travail d'orientation de la personne âgée fragile de plus de 75 ans en privilégiant la filière gériatrique
- à un travail éventuel de programmation à distance d'une hospitalisation en filière gériatrique lorsque la situation permet un retour au domicile.

[101] Lors de ces interventions, l'EMOG peut être amené à discuter avec les urgentistes sur la pertinence d'une hospitalisation avec les urgentistes (notion de bénéfice/risque). Il est précisé dans la procédure fournie par l'EMOG qu'elle n'a « *pas mission pour donner avis sur les patients non gériatriques ou non fragiles* » et que « *si un patient est détecté comme fragile par l'EMOG aux urgences et s'il est orienté vers un service de spécialité par manque de lit disponible en CSG, l'EMOG intervient dans les 72 heures pour effectuer une évaluation gériatrique* ». Enfin, « si une orientation en service de spécialité d'un patient âgé fragile est considéré comme dangereuse ou inadéquate par l'EMOG et dans un contexte de non-disponibilité de lits de cours séjours gériatriques, l'EMOG peut proposer une orientation vers les courts séjours gériatriques après un passage en transit quelques heures dans un service de spécialité. »

[102] **Avec l'unité neurovasculaire créée au sein du service de neurologie en décembre 2008.**

[103] Cette structure d'une capacité de 6 lits, a vocation à accueillir *« l'ensemble des accidents vasculaires cérébraux (AVC) sur des brèves durées de séjour dans des conditions optimales de prise en charge, dans le cadre d'une filière de soins performante. »*.

[104] Par ailleurs, la création d'une unité d'urgences pédiatriques, évoquée lors de la CME du 29 septembre 2009, va renforcer la spécialisation du service des urgences et alléger le périmètre de ses prises en charges.

[105] En revanche, il peut être noté un manque de clarté des vocations respectives de la Salle d'accueil des Urgences Vitales (SAUV), et de l'Unité de Surveillance Continue. Selon une étude de 2009, environ 12% des patients pris en charge à la SAUV sont des patients de l'établissement qui relèveraient de l'USC. Plus généralement, le manque de lits disponibles dans les services aboutit à déporter sur les urgences la prise en charge des patients en attente d'hospitalisation.

3.2.3. Une structuration fluctuante jusqu'en 2010, liée à des difficultés persistantes de fonctionnement

[106] Le tableau ci-dessous résume les grandes étapes de cette structuration depuis 2004. L'analyse qui suit présente les objectifs associés, et l'évaluation qui peut être faite de leurs résultats.

Tableau 12 : Evolution de la structuration du service des urgences

	Organisation	**Management**
6/04/04	Création du département Urgences-SAMU-SMUR	_ Triumvirat de praticiens urgentistes, désignation d'un coordonnateur[44]
2/02/07	Mise en place du pôle Réanimation- médecine d'urgence	Nomination du responsable du pôle
24/05/09		Démission du responsable de pôle
9/11/09	Nouvelle organisation des urgences en 4 structures : -patients hospitalisés ; -traumatologie et patients ambulatoires ; SAMU-SMUR-UHTCD, rattachée au pôle Médecine interne	- Le responsable du SAMU-SMUR est nommé coordonnateur des 3 structures rattachées au pôle Urgences-Réanimation ; - Nomination du chef de l'UHTCD
1/02/11	Transformation de l'UHTCD en UHCD H24, avec augmentation du nombre de lits de 4 à 8	
02/11	Mise en place de la filière traumatologie	
06/11 07/11	Mise en place du pôle Urgences-réanimation-neurorééducation	Désignation du chef du service de réanimation à la tête du pôle

Source : Mission

[44] Il s'agit du praticien qui sera ensuite chef de l'UHCD

3.2.3.1. La création du département Urgences-SAMU-SMUR a contribué à une meilleure reconnaissance de ces activités au sein de l'hôpital

[107] Le projet médical 2004-2008 identifie les Urgences comme « *un pôle d'activité stratégique dont la qualité d'accueil et l'efficacité des soins conditionnent pour une large part la crédibilité et l'image de marque de l'ensemble de la structure hospitalière* ». Il affirme un objectif de renforcement des moyens des urgences non vitales[45] , jugé indispensable du fait des délais d'attente de 4 à 6 heures «*inacceptables tant pour les patients que pour les soignants* ». L'organisation retenue prévoit la mise en place de trois unités fonctionnelles : une UF SAMU-SMUR, une UF urgences ambulatoires « *correspondant à l'individualisation du flux dit ambulatoire* », et une UF urgences hospitalisation « *en charge des patients dont la prise en charge est plus lourde et/ou plus longue* ». C'est au sein de cette UF urgence hospitalisation qu'est envisagée la création d'une unité d'hospitalisation de très courte durée (cf. infra). L'unité de « déchocage » est censée évoluer vers une unité de surveillance continue[46]. Au total, le souci d'une meilleure régulation des flux aux urgences anime clairement l'ensemble du projet d'organisation.

[108] Lors de la CME du 6 avril 2004, une responsabilité collégiale des responsables de ces 3 unités est retenue, la coordination d'ensemble étant confiée pour 3 ans au responsable de la structure urgence hospitalisation[47].

[109] L'évaluation d'ensemble est d'abord positive, les acteurs s'accordant à considérer que le secteur a connu une dynamisation sous l'impulsion du triumvirat[48] et de son coordonnateur. L'implication active de 3 autres médecins urgentistes[49] pour « faire tourner » le service en renforçant les liens avec les services de spécialités y a probablement contribué.

[110] Le coordonateur mettra en place une organisation avec un staff chaque matin dans ce service, renforçant ainsi les échanges entre soignants et médecins, et entre médecins du service. Une réunion mensuelle avec les cadres et les trois médecins était organisée pour aborder les divers problèmes du service et notamment du personnel paramédical Toutefois, si la responsabilité collégiale du service d'urgence par un triumvirat a apporté une amélioration certaine de l'organisation du servie des urgences, elle semble avoir laissé peu de place aux cadres de santé dans le management.

[111] La nomination du coordonateur du service des urgences comme chef du pôle Réanimation – Médecine d'Urgence le 2 février 2007 consacre la dynamique de reconnaissance de la place des Urgences dans l'hôpital. Toutefois, cette organisation va s'émousser peu à peu avec, pour les urgentistes, une demande de reprendre une polyvalence de leurs activités.

3.2.3.2. Des tensions croissantes affectent les Urgences à partir de 2007, débouchant sur la mise en place d'une nouvelle organisation en novembre 2009

[112] Le 28 octobre 2008, la CME sera très largement consacrée à la nouvelle organisation du service des urgences. Les tensions se focalisent sur la question de la mise à niveau des moyens de fonctionnement. Divers dysfonctionnements perturbent le fonctionnement du service d'accueil des urgences. Pour la Direction, les causes de ces dysfonctionnements dépassent la question des moyens. Le réajustement des moyens accordé par la Direction s'accompagne d'une nouvelle structuration des Urgences, mise en place le 9 novembre 2009, à l'issue de plusieurs mois de réflexion et de débats.

- Face aux revendications des équipes, la Direction met en avant la nécessité de revoir l'organisation du travail et des prises en charge aux Urgences

[45] C'est-à-dire autres que les structures de Déchocage-SAMU-SMUR
[46] Relevant donc du service de réanimation
[47] Il s'agit du praticien qui dirigera ensuite l'unité de soins d'hospitalisation de courte durée
[48] Les Urgences étaient jusqu'alors placées sous la responsabilité du chef de service de réanimation.
[49] Un praticien du Samu-Smur, un praticien du secteur ambulatoire, et un pratcien du secteur hospitalisation.

- Un mouvement du personnel paramédical se forme en début d'année 2009, soutenu par les médecins, pour obtenir des postes supplémentaires. Il dénonce l'insuffisance des effectifs qui ne permettrait pas d'assurer la qualité des prises en charge, voire leur sécurité;
- Le diagnostic de la Direction[50] souligne la nécessite d'agir simultanément sur le calibrage des ressources soignantes[51] et sur les pratiques pour améliorer la qualité des prise en charge

[113] Les problèmes constatés concernent outre les délais d'attente excessifs, les circuits d'approvisionnement et d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux, le risque infectieux et la lutte contre les infections nosocomiales, le dossier patient, la seniorisation insuffisante des internes, l'hétérogénéité des pratiques médicales. S'agissant du calibrage des ressources soignantes, sans écarter totalement la perspective d'un renforcement, la Direction constate que 3 pistes permettraient de mieux adapter les effectifs à la charge de patients : l'adaptation des plannings aux variations saisonnières et journalières de l'activité, l'effectivité du principe de mutualisation des ressources entre le SAMU-SMUR et les structures d'accueil des Urgences, ainsi qu'une mutualisation accrue au sein des structures d'accueil des urgences en fonction des besoins de l'activité. La création de 2 postes d'infirmier est proposée, dont un infirmier d'accueil et d'orientation, et celle d'un médecin d'accueil et d'orientation est mise à l'étude. Pour améliorer les pratiques, un programme de travail est annoncé s'agissant des pratiques infirmières, et les principes de seniorisation et de mutualisation sont réaffirmés pour les médecins. Il est jugé nécessaire de poursuivre la réflexion sur la médicalisation de l'accueil des patients, et le périmètre de la prise en charge médicale aux urgences avec l'objectif d'harmoniser les prises en charge et de renforcer les liens entre les Urgences et les services de spécialités[52].

[114] Il peut être noté que la question de la mutualisation entre le SAMU-SMUR et les autres structures d'urgence est un sujet régulier de tensions au sein des Urgences, celle-ci ne fonctionnant en pratique qu'à sens unique, au bénéfice du SAMU-SMUR[53].

[115] On peut également relever qu'un mouvement social s'est formé dans le contexte d'une absence prolongée du chef de pôle pour raisons médicales[54], et du déménagement du service d'accueil des Urgences dans ses nouveaux locaux en novembre 2008. Les difficultés managériales rencontrées aux Urgences ont pesé sur les propositions de réorganisation de la Direction, convaincue de la nécessité de mettre en place dans les structures des équipes stables, de taille raisonnable (une vingtaine de professionnels). Le rapport d'activité 2009 du cadre de pôle précise qu'en 2009 il n'y a eu ni réunion de bureau, ni de conseil de pôle.

- Le projet de réorganisation des Urgences[55] élaboré en septembre 2009 reflète la volonté de renforcer la spécialisation des structures d'accueil et leurs liens avec les services de spécialité

[116] L'organisation de base en elle-même varie peu : Aux trois UF existantes (urgences ambulatoires, urgences hospitalisation, SAMU-SMUR) s'ajoute une UF UHTCD, précédemment rattachée à l'UF hospitalisation. En revanche, le cadre de management proposé évolue profondément :

- Il est mis fin à la polyvalence et au turn-over des praticiens entre les structures, avec l'instauration d'une règle de rattachement à 70 % des praticiens à une structure, dans l'objectif de favoriser la cohérence et l'homogénéité des pratiques au sein de chaque unité;

[50] Note du Directeur du 27 février 2009 sur le mouvement de grève dans le service des Urgences
[51] Médecins, infirmiers et aides-soignants,
[52] Les praticiens spécialistes constatant ponctuellement la nécessité de revoir en consultation, et parfois d'hospitaliser des patients vus aux urgences par certains praticiens
[53] Ainsi, en cas d'absence de sorties SMUR, les professionnels du SAMU-SMUR ne venaient pas renforcer l'accueil aux urgences.
[54] Du 17/09/2008 au 30/11/09
[55] Note de proposition de structuration des Urgences de la Direction en date du du 23 septembre 2009

- Un responsable est désigné pour chaque structure. Il lui revient de veiller à l'homogénéité des pratiques au sein de son unité ;
- Un coordonnateur médical est désigné pour les 4 structures, chargé de faire le lien avec le conseil exécutif, et de valider les plannings de travail et les tableaux de service des différentes structures. Le responsable du SAMU-SMUR est proposé pour assumer cette fonction.
- Il est prévu d'instaurer « un lien tout particulier » de la structure urgences ambulatoires, et de l'UHTCD, avec les autres pôles. La concrétisation de ce lien consisterait à confier l'élaboration des projets médicaux respectifs de ces 2 structures, d'une part au responsable de pôle Chirurgie, en accord avec le chef de service Chirurgie orthopédique, d'autre part, pour l'UHCD, au responsable du pôle de médecine interne. En outre, il est proposé d'attribuer aux responsables des pôles concernés l'élaboration des profils de postes médicaux, et la nomination des praticiens, avec l'avis du responsable du pôle Urgences - Réanimation et du coordonnateur médical des Urgences.

[117] Une première version du projet allait plus loin dans le projet de filiarisation des prises en charge : le Centre de traumatologie- Urgences ambulatoires était rattaché au pôle de Chirurgie, et non plus au pôle Urgences-Réanimation.

[118] Ce projet de réorganisation intervient dans un contexte où le chef du pôle Urgences – Réanimation a démissionné depuis le 24 mai, et est à nouveau absent pour raisons de santé[56]. Le Conseil exécutif fait état de la nécessité d'avoir un interlocuteur au Service d'Accueil des Urgences.

[119] La décision du 9 novembre 2009 reprend l'ensemble des propositions formulées dans la note de septembre 2009. Elle précise que les protocoles de prise en charges des patients dans la structure Traumatologie-ambulatoire seront établis par le responsable du pôle Chirurgie, en association avec le chef du service de chirurgie orthopédique et le praticien responsable de cette structure d'urgence. De même, pour l'UHTCD, l'élaboration de ces protocoles est confiée au chef de pôle de la médecine interne, en association avec le responsable de cette structure. Il est prévu que les nominations de praticiens dans la structure Traumatologie Consultations ambulatoires obéissent aux mêmes modalités.

- Cette nouvelle organisation rencontre d'emblée des difficultés de mise en œuvre.

[120] La décision du 9 novembre a été accompagnée d'une lettre du directeur à l'attention de tous les médecins urgentistes les invitant à communiquer leurs souhaits personnels en termes d'affectation. Ce courrier insistait sur le besoin de renforcer la cohérence des pratiques médicales dans le service, et la nécessité de garantir aux patients une prise en charge homogène selon des protocoles établis entre urgentistes et praticiens des spécialités concernés.

[121] Lors de la CME du 24 novembre 2009, le directeur insiste sur la nécessité de créer un centre de traumatologie de référence pour renforcer l'activité en chirurgie orthopédique et traumatologique, « *priorité stratégique face au regroupement du secteur privé* ». Toutefois, l'opposition des urgentistes conduit à revenir sur les modalités prévues pour la nomination des praticiens des structures de traumatologie. Il est convenu que la nomination se ferait avec le chef de pôle de réanimation et médecine d'urgence, le responsable de la structure urgences ambulatoire et traumatologie et le chef du service de chirurgie orthopédique.

[122] La règle d'affectation à 70 % des praticiens dans la structure d'affectation ne s'appliquera par ailleurs qu'aux responsables des structures, à l'exception de la structure de traumatologie et de l'UHCD (cf. infra).

[56] Du 11/05/2009 au 01/11/2009

[123] Le rattachement de l'UHTCD au pôle de médecine interne restera également lettre morte (cf. infra).

[124] Quant à la fonction de coordonnateur[57] confiée au responsable du SAMU-SMUR, elle ne semble pas avoir été pleinement investie par son titulaire. La fonction de coordonateur cumulée avec la fonction de responsable de la structure SAMU SMUR, elle-même très consommatrice de temps en termes de management, et géographiquement éloignée du service des urgences, n'a pas semble-t-il permis d'assumer un management global du service des urgences. A titre illustratif, plusieurs des soignants entendus par la mission ignoraient l'existence d'un médecin coordonateur des urgences.

[125] Malgré ces difficultés, l'évaluation à un an du cadre de santé est positive. Elle constate une augmentation de l'effectif, un accompagnement de l'équipe soignante par l'équipe ULIN[58] et celle de la pharmacie, la restauration d'une communication de qualité entre l'équipe soignante et l'encadrement. L'organisation en 4 structures, si elle n'a pas résolu tous les problèmes du management global des urgences, a facilité celui de chaque structure,

[126] Au total, si la réorganisation a été plutôt bien accueillie pour ce qui concerne la clarification des responsabilités et des rôles au sein du Service d' Accueil des Urgences, et la désignation d'un interlocuteur direct du Conseil exécutif, elle n'a pas été pleinement appliquée du fait notamment de l'opposition des urgentistes à ce qu'ils percevaient comme une tentative de pilotage des Urgences par les autres spécialistes, et s'est accompagnée d'un certain cloisonnement des 4 structures mises en place.

3.2.4. Le rattachement au pôle Urgences–Réanimation-Rééducation, jugé satisfaisant, n'a pas réglé tous les problèmes

[127] La nomination d'un nouveau responsable du pôle Réanimation-Médecine d'urgence-Neuro rééducation, annoncée lors de la CME du 30 mars 2010, a été bien accueillie par les urgentistes.

[128] Le management global du SAU par une personne légitime et désireuse de s'impliquer dans l'amélioration de ses performances en lien avec le chef de pôle, apparaît aujourd'hui incontournable.

3.2.4.1. Les différentes structures du SAU apparaissent relativement cloisonnées

[129] Le chef du pôle Réanimation – médecine d'urgence – neuro-rééducation » est un réanimateur[59]. Il est assisté d'une cadre de pôle[60], et d'un directeur référent (le directeur chargé des affaires médicales). Trois cadres soignants exercent dans le service des urgences.

[130] Les 4 structures du service des urgences : prise en charge des patients hospitalisés, centre de traumatologie et prise en charge des patients ambulatoire, UHTCD et SAMU-SMUR sont chacune sous la responsabilité d'un médecin qui consacre près de 70% à cette activité. Les médecins de ces structures, à l'exception du centre de traumatologie et prise en charge des patients ambulatoires et l'UHCD, sont en revanche polyvalents. Tous assurent des gardes, à l'exception du chef de l'UHCD.

---

[57] mise en œuvre de la politique de l'établissement dans le domaine de la prise en charge de l'urgence, veille sur l'élaboration des protocoles de soins nécessaire, coordination et contrôle des actions d'EPP, plan pluriannuel de formation médicale continue, proposition des profils de postes médicaux en collaboration avec le chef de pôle

[58] Unité de lutte contre les infections nosocomiales

[59] Il s'agit du réanimateur qui encadre l'USC

[60] Précédemment en fonction dans un service de chirurgie cardiaque

[131] Une infirmière et un médecin sont affectés à l'accueil et l'orientation des patients[61]. Le rôle du médecin d'accueil et de régulation avait alors été clairement précisé : accueil des patients, orientation et élaboration éventuelle des premières prescriptions, supervision des modalités de prise en charge et régulation des flux.

[132] Aux Urgences, un staff est organisé mais il ne concerne pas la globalité du fonctionnement du service des urgences. Des réunions mensuelles des infirmiers sont également organisées, les comptes rendus figurant dans un cahier spécifique.

[133] Les différents entretiens conduits par la mission ont mis en évidence une dynamique collective assez limitée. Les échanges autour des projets et des difficultés rencontrées semblent peu fréquents entre les cadres de santé et les médecins responsables des structures. La communication entre les cadres d'une part, les IDE et les AS d'autre part, semble freinée par une certaine pesanteur hiérarchique. Enfin, les différentes structures d'urgence ne partagent guère de projets communs, et ne semblent pas le regretter particulièrement. Le fait que le chef de l'UHCD n'ait reçu aucune réponse à sa demande de réunion sur le bilan de l'UHCD en est une illustration particulièrement emblématique.

[134] Au total, si un certain apaisement a succédé à la période de crise de 2009, une forme de repli de chaque structure du service des urgences sur elle-même lui a succédé.

3.2.4.2. La question de l'appel du SMUR aux ressources des autres structures reste un sujet de tension interne.

[135] Le renforcement des moyens du SMUR, déjà obtenu par la nouvelle direction pour la période estivale à titre expérimental, pourrait sans doute la régler. Encore faut-il que l'établissement puisse démontrer que l'activité du SMUR nécessite ce renforcement, au regard de ses ressources actuelles, et de celles plus globales du SAU. La mission n'a pas pu dans les délais impartis expertiser cette question, faute notamment de données comparatives aisément disponibles[62].

3.2.4.3. Les priorités à gérer au quotidien pour l'utilisation de la SAUV, entre patients hospitalisés et patients des urgences constituent une autre source de tension.

La nature des patients pris en charge à la SAUV pose question avec toujours des difficultés rencontrées pour prendre en charge des malades à la SAUV quand elle est occupée par des malades venant des services d'hospitalisation. Par ailleurs, la durée d'utilisation de la SAUV par un même malade peut également poser problème, notamment en termes d'accès au respirateur artificiel.

3.2.4.4. La configuration des nouveaux locaux laisse subsister certaines difficultés de fonctionnement

[136] Le déménagement du service des urgences en novembre 2008, très attendu par les personnels du service des urgences, a été vécu comme une amélioration La restructuration a permis un renforcement du plateau technique situé à proximité du service des urgences. Une deuxième IRM a été installée en avril 2009 sur le nouveau plateau des urgences. Ont également été installés dans des locaux provisoires à côté des urgences, une IRM, un scanner, l'imagerie conventionnelle et l'échographie.

[137] Toutefois, diverses difficultés sont évoquées : insuffisance du nombre de salles d'examens en dépit de locaux plus vastes, difficultés de surveillance des patients pré-hospitalisés, non visibles de la verrière[63].

---

[61] Conformément à la présentation faite à la CME en novembre 2009
[62] Telles que par exemple le nombre de sorties SMUR par PM et PNM pour l'ensemble des SMUR
[63] Un courrier a été adressé au directeur pour évoquer ces difficultés

[138] L'éloignement de l'UHTCD, finalement installée dans des locaux séparé des urgences par un très long couloir, ne facilite pas les relations naturelles entre cette structure et les Urgences. Quant au SAMU-SMUR, sa localisation géographique est à l'opposé de celle des urgences.

[139] En conclusion, il paraît indispensable de désigner rapidement un responsable pour l'ensemble du SAU, légitime professionnellement, et prêt à s'engager dans un processus de remobilisation des professionnels autour d'objectifs partagés, et à coopérer avec le chef de pôle, la CME et le Directoire. La nouvelle gouvernance en cours de mise en œuvre devrait faciliter cette dynamique.

4. L'UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE

4.1. L'UHCD : une variable d'ajustement du CHCB

4.1.1. Une extension de capacité dont la mise en œuvre est différée

[140] Le projet médical 2004-2008 prévoit la création d'une unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) au sein d'une unité fonctionnelle « Urgence Hospitalisation » située dans le département des urgences du CHCB. Un projet concernant l'UHTCD est élaboré en mai 2005 par 2 médecins dont le futur responsable de cette unité. Il précise en préambule que l'UHTCD est une unité qui permettra de diminuer le nombre d'hospitalisations.

[141] Cette unité ouvre le 1er juillet 2005 dans le service des urgences. Elle est constituée de 4 lits Cette unité est ouverte de 21heures au lendemain 14h45, avec fermeture de l'unité l'après-midi.

[142] Dans le document « UHTCD Projet 2005 », la limitation de capacité à 4 lits est présentée comme liée au manque de surface disponible. *« L'UHTCD doit être contiguë au Département des Urgences. Pour des raisons structurelles et de manque de surface disponible, elle sera initialement limitée à quatre lits dans les locaux actuels (2005). Dans les futurs locaux (2006), la capacité sera portée à 10 ou 11 lits (références de 3 à 5 lits pour 10 000 passages en SAU) »*

[143] Le CPOM 2007-2011 prévoit également l'extension de l'UHCD.

[144] Lors de la CME du 28 octobre 2008 largement consacrée à la nouvelle organisation du service des urgences, et au cours de laquelle sont évoquées les différentes phases de déménagement, le directeur insiste notamment sur les 11 lits d'UHCD.

[145] Le déménagement du service des urgences dans ses nouveaux locaux (novembre 2008) ne va pas permettre de suite l'extension de l'UHTCD. Dans un premier temps, la restructuration du CHCB conduit à installer 6 lits d'unité de soins continus (USC) dans une partie des locaux affectés à l'UHTCD qui conserve une capacité de 4 lits.

[146] Lors de la CME du 29 mars 2009, il est explicitement précisé que le déménagement de l'USC va permettre l'extension de l'UHCD au dernier trimestre 2009. Cette extension prochaine de l'UHTCD du fait du déménagement de l'USC est à nouveau précisée par le directeur lors de la CME du 20 juin 2009.

[147] Pourtant, la décision de décembre 2009 concernant la répartition des médecins urgentistes dans les structures d'urgences précise le nom du responsable de l'UHTCD et mentionne que la composition définitive sera complétée lorsque le projet médical et de fonctionnement sera validé.. Il est noté : « le fonctionnement à 4 lits reste inchangé dans cette période transitoire ».

[148] En janvier 2010, dans le document « UHCD, projet 2010 », les auteurs soulignent que l'UHTCD a intégré ses locaux définitifs et que depuis le déménagement de l'USC, sa capacité était portée à 11 lits, 7 de ces lits étant vacants.

[149] En fait, l'USC déménage effectivement en décembre 2009 mais les lits d'unités de soins intensifs en cardiologie viendront prendre cette place.

[150] Il faut attendre une décision du 1er février 2011 pour que la capacité de l'UHTCD soit effectivement portée à 8 lits. Ce changement de capacité s'accompagne du passage d'un fonctionnement discontinu 7 jours sur 7 mais avec fermeture de 15h30 à 21h à un fonctionnement continu 7jsur 7, 24h sur 24.

[151] La capacité de l'UHCD est donc passée de 4 à 8 lits après 5 ans d'existence, avec des échéances annoncées en CME puis repoussées régulièrement pour installer des lits appartenant à d'autres services.

[152] Dans le rapport, selon qu'il s'agit d'une période antérieure ou postérieure à février 2011 où l'unité fonctionne de façon continue, l'unité sera dénommée UHTCD ou UHCD.

4.1.2. Des redéploiements ponctuels de personnels de l'UHCD vers d'autres services

[153] En novembre 2010, le chef de l'UHTCD signale la décision de fermeture de l'UHTCD par l'administrateur de garde à 21 heures pour redéploiement du personnel en néphrologie. Ainsi que l'explique le chef de l'unité, cette décision a conduit à l'impossibilité de recevoir les patients en UHTCD dans la nuit du 19 au 20 novembre 2010. Les patients ont été hébergés vers d'autres services du CHCB ou gardés aux urgences, embolisant des salles d'examen. Il constatait que l'UHCDC servait *« à nouveau de variable d'ajustement alors qu'il y avait un doublon d'IDE dans un autre service du CHCB »*. Cette fiche de signalement a été transmise au service qualité avec copie au cadre de pôle.

[154] Interrogé par la mission sur le caractère exceptionnel de cette fermeture, le chef de l'UHCD a évoqué d'autres redéploiements de personnels mais qui, dans la mesure où il ne s'agissait pas d'orienter vers un autre service la seule infirmière présente à l'UHTCD, n'ont pas conduit à d'autres fermetures de ce type.

4.2. Une volonté de rattacher l'UHCD au service de médecine interne qui s'écarte des recommandations de la SFMU

[155] Le projet médical 2004-2008 soulignait que l'UHTCD devait être identifiée comme une unité fonctionnelle faisant partie du département des urgences et que le responsable devait être un praticien du département des urgences. Le règlement intérieur du projet UHTCD 2005 réaffirmait que cette unité faisait partie intégrante du département des urgences et était placée sous la responsabilité médicale des urgentistes. Il précisait *« Le responsable de l'UF est celui de l'UF Hospitalisation »*. L'UHTCD était rattachée lors de son ouverture au service des urgences dont elle était une des unités fonctionnelles, ainsi que le préconisait la Société française de médecine d'urgences dans ses recommandations.

[156] Pourtant, la CME du 24 novembre 2009 approuve le rattachement de l'UHTCD au pôle de médecine interne et l'élaboration du projet médical de l'UHTCD par le responsable du pôle de médecine interne, en association avec le praticien responsable de la structure. Le directeur précise en outre que la nomination et l'affectation des praticiens faisant partie de l'équipe médicale de cette structure seront proposées par le pôle médical. Le président de CME insiste sur le rattachement de l'UHTCD à la médecine interne afin de favoriser une implication réciproque. « *Dans un format qui passe de 4 à 11 lits, il convient que les différents acteurs élaborent un véritable projet commun »*.

[157] Cette organisation s'écarte des préconisations de la SFMU qui prévoient un rattachement de ce type d'unité au service des urgences. Elle s'écarte également du document « UHTCD projet 2005 », réalisé notamment par le chef de l'UHTCD et s'appuyant sur les recommandations précitées. Pourtant, le chef de l'UHTCD indique alors en CME qu'il comprend l'objectif d'améliorer les relations avec les autres spécialités. Il mentionne que le rattachement de l'UHTCD à la médecine interne suscite des interrogations et n'est pas accepté par les urgentistes. En tant que responsable de cette structure, il se déclare persuadé qu'en coordination avec le chef du service de médecine interne, il va être possible de travailler ensemble, mais il insiste pour qu'il n'y ait pas de coupure de fonctionnement avec les urgences.

[158] Ce rattachement envisagé peut s'expliquer par la volonté d'une fluidification de l'aval des patients pris en charge en UHCD. Il peut aussi être compris comme un moyen d'échapper aux tensions entre les différents composants du service des urgences.

[159] Le coordonnateur pressenti du service des urgences souligne qu'il ne comprend pas le rattachement de l'UHTCD à la médecine interne mais l'accepte néanmoins.

[160] En pratique, ce rattachement ne sera pas effectif.

[161] Le rapport de la cadre de pôle de 2009 s'interroge sur l'évolution du rattachement de l'unité UHTCD au pôle de médecine décidé à la même période par la direction sans grande adhésion des protagonistes. Le document «UHCD projet 2010 » sera élaboré et signé par 3 des médecins de l'UHCD dont le chef de l'unité et celui qui avait contribué à élaborer le projet 2005. L'UHCD restera donc rattachée au service des urgences.

4.3. Une activité globalement comparable à celle des autres établissements avec un recrutement renforcé en neurologie

Méthode

Pour évaluer l'activité de l'UTHCD puis de l'UHCD, la mission a utilisée les études déjà réalisées par le CHCB ainsi que les données du PMSI sur 2009, 2010 et les 6 premiers mois de 2011 concernant le CHCB, les CH comparables en termes d'activité quantitative (>16 000 RSA et l'ensemble des établissements du secteur public). Ces données ont été traitées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

[162] L'UHCD bénéficie d'une activité soutenue avec un taux d'occupation supérieur à 100% (patients restant dans le couloir en attendant la libération d'un lit).

4.3.1. Une activité majoritairement axée vers des patients qui retournent au domicile après leur hospitalisation en UHCD

[163] Une étude détaillée a été réalisée par l'établissement à partir de ses données 2009 du PMSI (effectif total 383 patients). Elle décrit les orientations des patients. Plus de 60% des patients admis en UHTCD retournent à domicile, près de 30% sont mutés dans un service de court séjour du CHCB.

[164] A partir des données du PMSI, on retrouve environ 70% de patients pris en charge à l'UHCD du CHCB qui durant toute la durée de leur séjour hospitalier seront pris en charge exclusivement en UHCD. Sur les mêmes années, ce pourcentage est d'environ 60% pour les CH comparables en termes d'activité quantitative et d'environ 60% pour l'ensemble des établissements du secteur public.

4.3.2. Une unité qui accueille davantage de patients très âgés au fil du temps, ce qui était déjà le cas des autres établissements

[165] L'UHCD du CHCB prend en charge majoritairement des patients âgés de 15 à 60 ans (entre 55 ,5% et 66,5%), viennent ensuite les patients âgés de 60 à 80 ans (entre 19, 6% et 23,8%) puis ceux de plus de 80 ans. Pour les patients de plus de 80 ans on note une forte progression entre 2009 et 2010 : de 12,6% à 18,2%, tendance qui se confirme entre 2010 et 2011 : 19,8% de patients âgés de plus d 80 ans.

[166] En UHCD, les CH comparables en termes d'activité quantitative (>16 000 RSA) et les établissements du secteur public prennent en charge respectivement entre 20,4% et 21,6% de patients âgés de plus de 80 ans, et entre 19,6% et 20,8% de ces patients. Ces répartitions des patients pris en charge en UHCD en fonction de leur âge apparaissent globalement comparables entre le CHCB et les types d'établissement précités

4.4. Un recrutement fortement axé sur la neurologie

[167] Une répartition en CMD chirurgicales et CMD médicales des patients exclusivement pris en charge à l'UHCD au CHCB donne une première illustration de cette patientèle et permet une comparaison avec d'autres établissements.

[168] 99,6% des patients exclusivement pris en charge en UHCD relève de catégories majeures médicales.

[169] Les patients pris en charge exclusivement à l'UHCD du CHCB relèvent majoritairement des prises en charge en neurologie (39,5% en 2009, 41,9% en 2010 et 41,4% en 2011).

[170] Pour l'ensemble des établissements anciennement sous dotation globale, les affections médicales neurologiques ne concernent qu'environ 14% des prises en charges exclusives en UHCD.

[171] Pour les patients qui sont hospitalisés dans l'établissement après leur prise en charge à l'UHCD, on retrouve là encore une forte représentation de la neurologie avec respectivement pour 2009, 2010 et 2011 36,7%, 36,8% et 32,8% des prises en charge.

[172] S'agissant de l'ensemble des établissements anciennement sous dotation globale, ces pourcentages tournent autour de 14%.

[173] Pour la CMD 20 « troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induites par celles-ci » les recrutements sont quantitativement comparables (entre 8,6 et 13,2% versus entre 10,7 et 12,1%), la CMD 21 « traumatismes, allergies et empoisonnements » est plus fortement représentée au CHCB avec 16,9 à 19,4% des recrutements (entre 10,7 et 12,1% pour l'ensemble des établissements). L'hétérogénéité de ces CMD nécessite une analyse au niveau du GHM afin de mieux cerner la nature des prises en charge.

[174] Vient ensuite la CMD 5 Affections de l'appareil circulatoire qui représente 8,7% à 11,6% des recrutements au CHCB qui constitue 11,7% des recrutements pour l'ensemble des établissements.

[175] Cette vision est ensuite affinée en ciblant sur quelques regroupements de GHM cohérents dont l'agrégation décrit entre 60 et 80% de l'activité de l'UHCD du CHCD pour les patients exclusivement pris en charge au CHCB. De même que précédemment, les mêmes regroupements appliqués aux CH d'activité quantitativement comparable (>16 000 RSA) et aux établissements anciennement sous dotation globale permet de comparer les typologies de prise en charge.

[176] Le tableau ci-dessous résume en 5 typologies de prises en charge entre 68 et 82% des patients pris en charge exclusivement à l'UHCD au CHCB et présente les pourcentages correspondant à ces typologies pour les CH d'activité quantitative et pour l'ensemble des établissements anciennement sous dotation globale.

Tableau 13 : Typologies correspondant à 60 à 80% des prises en charge exclusives en UHCD

	2009 CHCB	2010 CHCB	2011 CHCB	2010 CH	2010 Ensemble des établissements ex DG
Total	1061	1160	1154	312 550	706 478
Effets toxiques des médicaments et substances	184 17,3%	176 15,1%	204 17,7%	38068 12,2%	71432 10,1%
Ethylisme, abus de drogues	140 13,2%	126 10,9%	99 8,5%	44 178 14,1%	82 609 11,7%
Douleurs abdominales	30 2,8%	15 1,3%	16 1,4%	9245 1,0%	23731
douleur thoracique et syncopes et lipothymies,	66 6,2%	84 7,3%	81 7,0%	21585 6,9%	46589 6,6%
Neuro : épilepsies adultes, migraines, céphalées commotions cérébrales, lésions traumatiques intracrâniennes non sévères	451 42,5%	442 38,1%	389 33,7%	28418 9%	63828 9%
Sous total pour les pathologies retenues	871 82%	843 72,7%	789 68,4%	41494 45,3%	288 189 40,8%

Source : ATIH/Mission

[177] Les patients exclusivement hospitalisés à l'UHCD lors de leur séjour au CHCB présentent un profil de prise en charge relativement stable entre 2009 et 2011. Ainsi que nous l'avons vu, elles relèvent essentiellement de prises en charge pour affections neurologiques de type épilepsie, migraines, céphalées et lésions traumatiques intracrâniennes non sévères (entre 33,7 et 42,5 %), pour effets toxiques des médicaments et autres substances (entre 15 et 17%), pour éthylisme et abus de drogues (entre 8 et 13%), pour douleurs thoraciques, syncopes et lipothymie (entre 6 et 7%). On retrouve des prises en charges relativement comparables du point de vue quantitatif pour les CH et l'ensemble des établissements anciennement sous dotation globale sauf pour la neurologie, nettement moins représentée.

[178] Cette différence s'explique notamment par l'existence d'un service de neurochirurgie et d'une unité d'urgences neurovasculaire au sein du CHCB avec, en corollaire, l'accessibilité à un scanner ou à une IRM au sein de l'établissement.

[179] Une analyse des mutations des patients de l'UHCD vers les autres services du CHCB a été réalisée par le DIM pour l'année 2009. Le tableau ci-dessous transmis par le CHCB présente le détail de ces mutations.

Tableau 14 : Détail des mutations des patients à l'issue de leur hospitalisation en UHTCD en 2009

Services vers lesquels sont mutés les passages en UHCD	**Effectif**	Par pôle	% par pôle
Chirurgie digestive et vasculaire	18		
Chirurgie urologie	11		
Hôpital de semaine de Chirurgie	1		
Orthopédie	26		
Neurochirurgie	52	**108**	**28,2%**
Réanimation polyvalente	1		
Unité de Surveillance Continue	33	**34**	**8 ,9%**
Cardiologie	25		
Réanimation cardiaque	9		
Neurologie	44	**78**	**20,4%**
Gastro-entérologie	28		
Pneumologie	28	**56**	**14,6%**
Médecine Endocrino-Rhumatologie	28		
Court séjour Gériatrique	9		
Maladies infectieuses	41		
Médecine Saint Jean de Luz	14		
Néphrologie	8	**100**	**26,1%**
Oncologie	4	**4**	**1%**
Pédiatrie	3		
Total	**383**		

Source : CHCB

[180] Ces mutations concernent principalement le pôle de chirurgie (28,2%), le service de neurochirurgie étant celui qui reçoit le plus de patient (13,6%). Un seul patient a été transféré en réanimation polyvalente, 33 en unité de surveillance continue, les auteurs soulignant une probable surévaluation liée à la contiguïté de l'UHTCD et de l'USC pendant plusieurs mois.

4.5. Un service directement affecté par les problèmes de régulation des flux de patients hospitalisés

4.5.1. La crainte d'un recrutement de patients trop lourds pour l'UHCD

[181] Dès l'élaboration du document « projet UHTCD 2005 », un effort de clarification des patients relevant d'une prise en charge en UHTCD est réalisé. Il s'agit de patients dont la pathologie urgente nécessite moins de 24 heures de surveillance avec réalisation d'examens utiles à la sortie rapide du patient en cas de normalité.

[182] Ce document distinguait 3 groupes de patients pouvant être admis :

- patients pour lesquels un retour domicile est envisagé après une surveillance pouvant aller jusqu'à 24 heures ;
- patients pour lesquels une mise en observation est nécessaire avant orientation ;

- patient pour lesquels un simple codage en consultation externe n'est pas concevable par défaut de valorisation d'activité.

[183] Parmi les critères de non admission figurait notamment « *patients en attente de lit disponible ou d'affectation définitive de service d'hospitalisation* ».

[184] Cette note soulignait que tous les patients admis devaient avoir quitté l'UHTCD après une durée n'excédant pas 24 heures, sous la responsabilité du médecin urgentiste en charge de l'unité. Il était enfin mentionné que le départ serait d'autant plus motivé que l'unité fermerait pour une période d'essai pendant 2 heures au moins. La fermeture de l'UHTCD de 15h à 21h a constitué de fait un garde fou incontournable à des hospitalisations de plus de 24 heures.

[185] En janvier 2010, dans un document intitulé « projet UHCD 2010 » 3 des médecins de l'UHTCD dont le chef d'unité précisent à nouveau le type de malade relevant de l'UHCD en tenant compte de l'ouverture future 24h/24. On retrouve la répartition des patients en 4 groupes, le groupe nouveau par rapport au projet 2005 étant celui des patients *« en attente de lits d'hospitalisation conventionnelle disponibles »*, formellement exclus lors du projet précédent du fait de l'amplitude d'ouverture.

[186] De même que dans les recommandations de la SFMU, on retrouve les caractéristiques des patients pour lesquels il est recommandé qu'ils ne soient pas admis en UHCD :

- les patients dont la pathologie est clairement identifiée et relevant à l'évidence dès l'accueil d'un service de spécialités ;
- les patients graves relevant d'un service de réanimation ou d'une unité de surveillance continue. Le document de la SFMU mentionne exclusivement les patents relevant d'un service de réanimation et non ceux relevant d'une unité de surveillance continue ;
- les patients déjà hospitalisés. L'UHCD n'est pas, par définition, le lieu d'accueil des urgences intra-hospitalières ou des patients hospitalisés devenus instables ;
- les patients sortant du bloc opératoire après une intervention chirurgicale ;
- les patients « programmés » (attendus), même pour des durées inférieures à 24h.

[187] Ce document « UHTCD projet 2010 » est présenté comme une sorte de règlement intérieur de l'UHCD. Cette préoccupation concernant le type de patients à admettre à l'UHCD est partagé par la direction. La note d'information sur l'extension de l'UHTCD du 19 janvier 2011 souligne que les patients accueillis dans l'UHCD doivent correspondre à des indications médicales bien précises et que cette unité n'a en aucun cas vocation à être une structure d'hébergement.

4.5.2. Une inquiétude à relativiser

[188] Le bilan d'étape après 4 mois de fonctionnement à 8 lits souligne que les services restent dans une logique d'orientation rapide pour le fonctionnement à 8 lits. Il note que des patents très lourds issus de la SAUV sont admis en UHCD par manque de place en USC. Il souligne que ces dérives ont lieu la nuit, quand les médecins de l'UHCD ne sont pas en mesure de s'opposer aux admissions puisqu'ils ne sont pas présents.

[189] La SAUV ne constituant pas une unité fonctionnelle, il n'a pas été possible de vérifier ce point dans le temps imparti. Cela aurait supposé un retour aux dossiers médicaux or un tri sur 25 d'entre eux a déjà été réalisé (cf. infra).

[190] En outre, la mission souligne que les critères d'admission à l'UHCD n'excluent que des patients relevant d'un service de réanimation. L'exclusion de patients relevant d'une USC est propre à l'UHCD du CHCB. Il convient toutefois de tenir compte de l'équilibre nécessaire entre les patients pris en charge en même temps avec un effectif d'un infirmier et d'un aide soignant pour 8 lits.

4.5.3. Une augmentation du nombre de patients « hébergés »

[191] Le projet « UHCD 2010 » précise les modalités de la procédure d'hébergement. *« En cas de manque de place dans l'établissement, si le patient ne peut être admis dans le service « adéquat », il est hébergé par un praticien du service « compétent » selon les modalités du protocole d'hébergement en vigueur ».*

[192] Dans le bilan d'activité réalisé, les résultats d'une étude sur les patients hébergés entre le 18 décembre 2009 et le 11 janvier 2010. Elle est menée à partir des comptes-rendus d'émission des fax qui sont transmis dans le cadre de la procédure dite « patients hébergés » aux services qui auraient dû prendre en charge les patients.

[193] Elle donne les tendances suivantes : 92 patients ont été hébergés à partir des Urgences du CHB, dont 26 soit 28,3%, en UHTCD. Ils représentent 30,6% du total des admissions en UHTCD pendant cette période. Pour ces 26 patients, il est noté que « *le principal, si ce n'est l'unique critère d'hospitalisation en UHTCD, a été le manque total de disponibilité en lits dans l'Etablissement. »*

[194] Ces hébergements concernent majoritairement des services de médecine ce qui est assez logique compte tenu de la nature des recrutements à l'UHCD.

4.5.4. Des difficultés à faire respecter ponctuellement les durées de séjour cibles

[195] Les recommandations de la SFMU comme le projet de l'UHCD du CHCB visent une durée de séjour à 1 jour avec, de façon exceptionnelle, une possibilité de prise en charge sur 36 heures.

[196] Ces objectifs sont, d'après le bilan d'étape, plus difficiles à respecter pour des patients qui viennent de la SAUV. Pour la mission, ce n'est pas tant la nature des patients pris en charge qui interpelle mais les modalités de transfert vers les autres services. Il convient surtout de formaliser des procédures de sortie de l'UHCD et de transfert vers les autres services.

[197] Ce bilan d'étape mentionne toutefois une durée moyenne de séjour à 1 jour.

[198] Sur les 24 dossiers étudiés (cf. infra), la mission retrouve des durées de séjours supérieures à 36 heures. Elle ne souhaite pas en fournir de pourcentage compte tenu des problèmes de représentativité des dossiers triés qui conduirait à un biais dans les résultats.

4.6. Un effort de suivi des recommandations de la SFMU

4.6.1. Une autoévaluation en 2010 qui conduit à des ajustements

[199] Le document « projet UHCD 2010 » prévoit recommande l'établissement d'un cahier de procédure comparable à celui recommandé par la SFMU. Ce cahier de procédure doit détailler les critères d'admission, les modalités de surveillance et les critères d'urgence nécessitant la venue du médecin sénior pour chaque groupe, les modalités d'intervention des spécialistes d'organes, notamment pour les prescriptions et l'orientation ; les critères de sortie lorsque l'admission en UHCD est suivie d'un retour à domicile ; les modalités de mutation ou de transfert vers d'autres services hospitaliers avec en particulier les document devant accompagner le patient.

[200] Il n'existe pas actuellement mais beaucoup d'éléments figurent dans le « projet UHCD 2010 » et en particulier les critères d'admission.

[201] En outre, les auteurs du « projet UHCD 2010 » sont conscients de la nécessité de progresser sur les modalités de sortie ou de mutation de l'UHCD, axe qui fait partie des critères d'évaluation qualitatif de la SFMU, ainsi que deux autres points figurant dans ces critères d'évaluation : l'existence de procédures spécifiques d'évaluation de la qualité des soins à l'UHCD, le fait que le médecin traitant de chaque malade soit joint au téléphone au moment de sa sortie.

[202] Les autres critères qualitatifs d'évaluation de l'UHCD du point de vue organisationnels et des locaux sont majoritairement respectés, ainsi que le notent les auteurs du document « projet UHCD 2010 ». La liste des ces critères figure en annexe.

[203] Les auteurs soulignent également que l'effort de protocolisation de la prise en charge des patients par pathologie doit être poursuivi, en collaboration avec les médecins des services d'hospitalisation.

[204] Il est mentionné que pour toute admission en journée, le praticien correspondant soit informé en temps réel par téléphone et fax et que pour les admissions entre 20h et 8h, un fax soit transmis systématiquement au praticien qui est d'astreinte dans la spécialité concernée, l'informant de la présence du patient en UHCD, du motif d'admission et du résultat des premiers examens complémentaires. Dans la journée, la conduite à tenir est ensuite déterminée par l'urgentiste en charge de l'UHCD et le praticien concerné.

4.6.2. Le renforcement des procédures écrites

[205] La mission, lors du contrôle qu'elle a effectué, a pu constater que différents documents écrits, pérennes ou non se trouvaient à l'UHCD.

[206] Un cahier de l'UHCD comporte, de façon très synthétique, les principales informations sur les malades pris en charge dans l'unité : n° étiquette patient, nom du médecin, date et heure d'entrée, date et heure de sortie, destination, observation, diagnostics.

[207] Ce cahier concerne les patients effectivement pris en charge en UHCD et ceux dis « UHCD+ ». Il s'agit de patients qui relève de l'UHCD mais qui, par manque de place restent au niveau du service d'accueil des urgences.

[208] Un tableau blanc effaçable permet une planification des tâches quotidiennes des soignants.

[209] Un document papier sert également à la programmation des soins et présent sur un tableau le numéro de la chambre, l'étiquette du malade correspondant, le motif d'admission, les éléments à surveiller, l'alimentation, le devenir, les examens du jour et les traitements administrés chaque 2heures. Ces documents sont remplis au crayon papier et réutilisés en décollant les étiquettes malades et en gommant les inscriptions.

[210] Différentes feuilles pré-imprimées permettent notamment :

- une demande d'avis au service, la fiche utilisée est la même que le patient relève effectivement de l'UHCD ou qu'il soit « hébergé » à l'UHCD ;
- une demande d'actes à pratiquer par un autre service : sont notamment mentionnés la nature de l'acte demandé et les renseignements cliniques, le tampon du service demandeur et du service exécutant ;
- une demande d'électroencéphalographie.

[211] Ces demandes sont faxées aux praticiens concernés (exemple : neurologue pour la demande d'EEG en cas de crise convulsive). En pratique, le médecin de l'UHCD qui intervient le matin appelle les médecins correspondants au vu des fax envoyés la veille.

[212] Différents protocoles et procédures sont disponibles à l'UHCD, d'une part sur l'intranet de l'établissement, d'autre part sous forme papier dans le bureau infirmier et sous forme d'un petit livret qui tient dans la poche pour certaines d'entre elles. Il s'agit du guide SMUR, de l'orthoguide (guide de l'urgentiste ambulatoire), des fiches techniques pour la prise en charge des patients, du cahier « détresse vitale avec les protocoles correspondants », du classeur comportant les procédures à suivre en cas de décès d'une personne et les adresses utiles. Les équipes disposent également du guide d'utilisation du logiciel Image Pharma.

[213] Le « projet UHCD 2010 » évoqué plus haut et rappelant notamment les critères d'admission est disponible.

[214] Un cahier de transmission médical a été instauré depuis février 2011. Il apparaît peu utilisé, les transmissions entre médecins se faisant surtout de façon orale au moment de la réunion de matin entre médecin de garde et médecin de l'UHCD et de façon écrite par le biais du dossier médical.

[215] Un cahier de transmission infirmier existe également, il semble relativement peu utilisé, les transmissions entre soignants se faisant surtout de façon orale lors du changement d'équipe et de façon écrite par le biais du dossier soins qui comporte les fiches « transmissions ciblées » et les fiches « macrocibles entrée », « macrocibles de sortie » spécifiques à l'UHCD.

4.7. Un isolement relatif du fait de la situation géographique de l'UHCD et de la planification horaires des intervenants

[216] Nous avons insisté sur le fait que l'UHCD n'était pas contiguë au service d'accueil des urgences. L'activité médicale est assurée dans la journée et en semaine par 4 médecins dont le chef d'unité. Cette présence médicale dédiée est organisée de 8h à 20h en semaine, l'horaire 20h-8h et le fonctionnement pendant les fins de semaine étaient assurés par l'urgentiste de garde au service d'accueil des urgences jusqu'au 1er février 201. Depuis le passage de l'UHCD à 8 lits et ouverture de l'unité H24 au 1er février 2011, le fonctionnement pendant les week-ends et les jours fériés est assuré par les médecins de l'unité et non par l'urgentiste de garde au service des urgences. Chaque matin, un temps d'échange est prévu entre le médecin de garde et le médecin de l'UHCD en présence des soignants de l'UHCD, cet échange conduit à une programmation des modalités de prise en charge des patients. Si le médecin de garde est l'un des médecins de l'UHCD, il se produira, mais de façon très occasionnelle, un échange entre médecins de l'UHCD. Cela ne concerne pas le chef de l'unité qui ne prend pas de garde.

[217] Cette organisation ne conduit pas à des échanges réguliers entre médecins de l'UHCD ce qui ne semble pas être exceptionnelle dans le fonctionnement habituel des UHCD. Ce qui l'est moins c'est l'organisation de l'ensemble des urgences qui apparaît un peu balkanisé avec peu de temps d'échange entre médecins hormis les temps de staff bihebdomadaires aux urgences mais qui ne portent pas sur l'ensemble du service d'accueil des urgences. Même si le travail en temps posté rend plus complexe ce type d'échange, il apparaît qu'il reste une pratique courante dans nombre de services d'urgence. Cette organisation associée à l'éloignement relatif entre service d'accueil des urgences et UHCD a constitué un facteur propice à un exercice isolé au sein de l'UHCD.

5. UN ECLAIRAGE SUR CERTAINS PATIENTS DECEDES A L'UHCD

Méthodologie

Le médecin de la mission a étudié les dossiers médicaux qui lui ont été transmis à sa demande. Ils concernaient l'ensemble des patients décédés à l'UHTCD ou l'UHCD en 2009,2010 et 2011 pour lesquels le chef de l'unité (UHTCD ou UHCD selon la période considérée) était signataire de la lettre adressé au médecin traitant ou les avait pris en charge, pour les dossiers ne comportant pas de lettre au médecin traitant.

L'analyse des circonstances des décès ayant fait l'objet d'un signalement aux autorités judiciaires est ainsi incluse dans l'analyse globale des 25 dossiers visés ci-dessus. Il ne s'agit pas d'une analyse du bien fondé des traitements et/ou examens complémentaires dont ces patients ont bénéficié. L'analyse s'est centrée sur différents points qui offrent un éclairage sur les circonstances de ces décès, dans le respect du secret médical et de la procédure judiciaire en cours. Ces 25 dossiers sont ramenés à 19 pour la raison suivante : Pour quatre des dossiers, bien que le chef d'unité ait signé la lettre au médecin traitant, il n'a pas pris en charge le malade et le chef d'unité B signe pour d'autres médecins de l'UHCD dont il précise les noms (P/ Dr X et en dessous nom du chef d'unité). Dans un autre cas, la signature comporte également deux noms mais le dossier est conservé dans les dossiers étudiés car la prise en charge est réalisée par le chef d'unité. Enfin, pour 2 dossiers, le compte rendu est réalisé par le chef de l'UHCD mais les prises en charge ont été réalisées par l'urgentiste de garde. L'étude porte donc sur 19 dossiers.

Pour tous les malades, il est mentionné « le patient », quel que soit le sexe pour éviter de donner cette information qui contribue à une identification par des données indirectement nominatives. Les termes UHCD sont systématiquement utilisés même si, à la période visée, il s'agissait encore de l'UHTCD, afin d'éviter toute information sur l'année de prise en charge[64]. De même, les extraits d'observation médicale ont également été légèrement modifiés pour éviter de faire figurer précisément le lien de parenté entre le patient et la famille mentionnée dans l'observation. Enfin, les pathologies ne sont pas précisées quand d'autres informations suffisent à étayer les raisonnements développés.

5.1. Une répartition mensuelle des décès qui ne permet de tirer aucune conclusion

[218] Les 19 dossiers étudiés correspondent à 3 prises en charge en 2009, 4 en 2010 et 12 pour les 8 premiers mois de 2011. Ces évolutions sont à mettre en regard du doublement de la capacité de l'UHCD, 8 lits à partir de février 2011 au lieu de 4 lits et au changement de modalité de fonctionnement avec à partir de février 2011 une ouverture continue. En outre, ils sont à étudier au regard du total des décès à l'UHCD pour les périodes concernées et en tenant compte du fait que le chef de l'UHCD est le seul à travailler à temps plein à l'UHCD prend en charge plus de malades et peut donc être potentiellement confronté à un nombre absolu plus important de décès.

[219] Le tableau ci-dessous présente la répartition par mois des dossiers étudiés à partir de février 2011. Figurent également le nombre total de décès à l'UHCD pour les mois considérés.

[64] L'UHCTD devient UHCD à partir de son fonctionnement en continu en février 2011

Tableau 15 : Répartition des décès par mois à l'UHCD

	02/2011	03/2011	04/2011	05/2011	06/2011	07/2011	1ère quinzaine 08/2011
Nombre de dossiers	2	0	1	1	4	3	1
Total des décès	7	12	9	6	8	9	Non disponible à l'ATIH
Total des séjours en UHCD non suivis d'hospitalisation dans l'établissement	161	165	166	191	174	175	Non disponible à l'ATIH

Source : ATIH/Mission

[220] Sur de tels effectifs et compte tenu de la répartition du nombre total de décès, ces données ne permettent de tirer aucune conclusion.

5.2. Des décisions de limitation des traitements avant l'hospitalisation en UHCD, le plus souvent collégiales

[221] Parmi ces 19 patients, 13 avaient bénéficié d'un avis médical spécialisé lors de leur prise en charge au service d'accueil des urgences, avant l'entrée en UHCD.

[222] Les avis sollicités sont essentiellement ceux d'un neurologue, d'un neurochirurgien et/ou d'un réanimateur comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 16 : répartition des demandes d'avis spécialisés avant l'hospitalisation en UHCD

	Total 19
Pneumologie	1
Neurologie.neurochirurgie	5
Réanimation	4
Neurologie.neurochirurgie et réanimation	3
Pas d'avis spécialisé mais mention « fin de vie » dans l'observation écrite aux urgences»	1
Pas d'avis spécialisé	5

Source : Mission

[223] Dans 11 cas sur 13, ces avis préconisent des soins de confort ou des soins palliatifs, le plus souvent du fait de l'absence d'indication chirurgicale. Il s'agit donc de patients pour lesquels la limitation de soins a été décidée en amont de leur hospitalisation en UHCD.

[224] Pour les 2 autres patients, dans un cas l'avis mentionne patiente « non réanimatoire » et dans l'autre l'hospitalisation le lendemain est envisagée dans un service spécialisé si le patient survit.

[225] Le tableau ci-dessous décrit brièvement les contenus de ces avis.

Tableau 17 : Avis spécialisés

Avis spécialisés
Prise en charge palliative au-delà de toute ressource thérapeutique. Mention hospitalisation en UHCD pour fin de vie
Patient non réanimatoire
Pas d'indication chirurgicale, lésion inaccessible
Pas de prise en charge chirurgicale vu le terrain, traitement médical, soins de confort
Patient très altéré, surveillance UHCD si possible pendant 24h, si amélioration, réévaluation pour hospitalisation en pneumologie…fin de vie probable à réévaluer si cap passé
OK pour abstention thérapeutique. Soins d'accompagnements palliatifs
Pas d'intervention chirurgicale possible. Dans observation hospitalisation en UHCD pronostic très rapidement péjoratif
Au-delà de tout recours chirurgical en particulier. Convenu que maintenu artificiellement sous respirateur dans l'attente de la visite de la famille dans la nuit, hospitalisation en médecine prévue, pas de place cette nuit
Décision de limitation de soins et de soins palliatifs, UHCD, pas de réanimation si aggravation
Pas d'indication neurochirurgicale possible hypothèse AVC du tronc, OK pour surveillance en UHCD, dans la conclusion de l'observation des urgences : patient NTBR[65]
Compte tenu de ces éléments, une réanimation paraît illusoire et inutile → limitation de soins →décès rapide
Propose de garder le patient en surveillance 24h sans crise à l'UHCD, décision collégiale de limitation des soins. Pas d'indication à hospitaliser en USC ni en réanimation. Il est noté que le patient a été accepté par le médecin de l'UHCD.
Co-validation de l'indication de non-réanimation et de non indication chirurgicale. Très peu de place en médecine. UHCD pour nursing pour permettre un accompagnement par un proche

Source : mission

[226] Les dossiers soins du service d'urgences relativement succincts ne permettent pas toujours d'assurer que cette collégialité a associé le personnel soignant.

5.3. Des patients au très mauvais pronostic avant leur hospitalisation à l'UHCD

[227] Nous avons vu la nature des avis spécialisés. L'étude des observations médicales montre que pour les 6 patients pour lesquels il n'a pas été fait appel à un autre médecin, 1 cas correspondait à un patient en probable mort encéphalique à son arrivée aux urgences (cf. 1ère ligne du tableau 16), 1 cas comportait la mention explicite de l'hypothèse d'une fin de vie dans la nuit ou la matinée, dans 1 autre cas, il était noté qu'en accord avec la famille, il n'y aurait pas de réanimation active, pour les 3 autres, il s'agissait également de patients au très mauvais pronostic péjoratif..

[228] Le tableau ci-dessous présente des éléments extraits des dossiers permettant de mieux cerner la gravité de l'état de ces patients.

[65] Not to be resuscitated

Tableau 18 : Typologie des patients n'ayant pas fait l'objet d'un avis spécialisé aux urgences

Le patient présente à son arrivée aux urgences une asystolie, une mydriase large bilatérale avec disparition des réflexes du tronc cérébral
Le patient a été directement pris en charge à la SAUV pour coma aréactif et hémorragie intracérébrale étendue. Il est noté dans l'observation des urgences « famille prévenue du pronostic péjoratif, en accord avec la famille, pas de réanimation active. Hospitalisation à l'UHCD »
La conclusion de l'observation des urgences mentionne une CIVD sur sepsis pulmonaire ou hépatique, vésiculaire
Le patient présente de très lourds antécédents et le pronostic est très péjoratif. L'hospitalisation en UHCD est prévu pour la nuit et mais un lit est réservé en gastroentérologie.
La lettre du médecin qui adresse le malade mentionne notamment des extrémités froides et des marbrures. L'observation des urgences mentionne une hémiplégie gauche avec encombrement pulmonaire majeur, une détresse respiratoire, un état de choc. Il est précisé « pas de réanimation à entreprendre » et également « fin de vie ». Il est également mentionné l'hospitalisation en UHCD et « si pas décédé dans la matinée, voir pour retour Saint-Jean : en fin de vie ».

Source : Mission

5.4. Des décisions avant l'hospitalisation en UHCD auxquelles les familles sont associées dans la plupart des cas

[229] Ces 19 dossiers concernent tous des patients qui ne sont pas en état clinique de donner leur avis sur leur prise en charge. Dans ce contexte, la décision de limitation de traitement devrait associer la famille ou les proches ou la personne de confiance. Dans la plupart des cas, on retrouve des échanges avec la famille. Sur ces 19 dossiers, on en retrouve 14 pour lesquels l'observation des urgences mentionne que la famille a été vue et informée du très mauvais pronostic concernant le patient. Dans 5 dossiers, on retrouve explicitement la position de la famille sur l'absence de réanimation ou sur la limitation de traitement. Cela ne signifie pas pour autant que dans les autres cas, il n'y a pas eu d'association de la famille à la décision de limitation de traitement, les pratiques en matière de traçabilité dans les dossiers étant variables.

Tableau 19 : Traçabilité de l'échange avec la famille

Informations issues de l'observation médicale
Famille informée par le réanimateur du pronostic et souhaite que le patient reste à l'UHCD pour fin de vie
La famille est avertie du pronostic péjoratif
La famille (X[66]) a été appelée et ne souhaite pas de réanimation agressive
Conjoint vu par réanimateur qui l'a informé de l'état de son conjoint, famille vue, X[56] et X[56] informés de la gravité du tableau
Tutrice prévenue du diagnostic et du risque de décès à court terme
Appel le médecin traitant et le médecin traitant prévient la famille. Dans le dossier soins, patient en soins limités, famille prévenue. Famille (X[56]) informée de l'évolution défavorable, ne souhaite pas d'acharnement thérapeutique. Famille (X[56]) est prévenue du décès.
Famille (X[56]) prévenue du pronostic très rapidement péjoratif
Famille au clair sur le pronostic très péjoratif, avertir famille (X[56]) dès que le décès survient
Famille au courant du très mauvais pronostic. explication donnée au conjoint par le réanimateur. Décision concertée de LATA[67] avec réanimateur + famille
Entretien avec sa famille (X[56]) qui vit avec le patient, informée de l'arrêt de la ventilation et du décès imminent
Famille prévenue du pronostic péjoratif. en accord avec la famille, pas de réanimation active, hospitalisation à l'UHCD
Famille présente au courant de la situation, sait que le pronostic vital est mauvais Elle a prévenu ses enfants qui doivent venir demain matin
Famille (X[56]) tenue au courant de la gravité de la situation. Situation très préoccupante le tenir au courant à la moindre aggravation ; appel médecin traitant, avait déjà parlé d'absence d'acharnement l'a adressé car soignants de la maison de retraite inquiets devants crise itératives mais OK pour reprendre le patient
Famille au courant du diagnostic/pronostic, décision UHCD pour permettre au proche de rester avec le patient (très peu de place en médecine)

Source : Mission

5.5. Des échanges réguliers et soutenus avec la famille lors des hospitalisations en UHCD

[230] Les observations médicales à l'UHCD sont le plus souvent détaillées, de même que les dossiers de soins. Les échanges avec la famille sur le pronostic des patients y figurent également dans la plupart des cas, avec dans certaines situations une mention explicite sur le souhait exprimé de la famille qui se fait le porte parole du patient.

[231] Dans ces dossiers, est parfois mentionné le fait qu'un des membres de la famille doit arriver un peu plus tard. Le plus souvent, des informations sont également données à la famille sur le fait que le pronostic est très sombre et à très court terme, avec quand l'état du patient s'aggrave une information de la famille. C'est le médecin qui informe la famille, le personnel soignant jouant également un rôle d'appui retracé dans certains dossiers.

[66] Le lien de parenté (fils, fille…) est remplacé par la mention X
[67] Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives

5.6. Une prise en charge à l'UHCD souvent plus longue que prévue

[232] Sur les 19 dossiers étudiés, 14 avis spécialisés préconisent une décision collégiale de limitation de soins.

[233] Parmi ces 14 dossiers, on retrouve la notion de décès imminent (parfois mention de quelques minutes ou quelques heures) dans plusieurs cas mais le décès interviendra parfois de façon moins rapide.

[234] A titre illustratif, pour l'un d'entre eux la prise en charge ne relève pas de l'UHCD où le patient est hébergé mais de l'endocrinologie, la famille est prévenue d'un décès imminent. Ce patient restera plusieurs jours à l'UHCD avant de décéder. De nombreux échanges ont lieu avec la famille. Une infirmière coordinatrice pour un éventuel prélèvement d'organe vient voir le malade. Ce patient bénéficie de soins d'hygiène et de confort. La veille de son décès, il bénéficie d'un traitement sédatif, il est aspiré à plusieurs reprises, présente une hyperthermie dans la nuit pour laquelle le médecin de garde prescrit un antipyrétique IV « passé à 6h », l'état du patient est décrit comme « stationnaire à 9h » et le patient décède à 12h45. La famille est prévenue du décès par le chef de l'UHCD.

[235] Dans un cas, le dossier de soin de l'UHCD mentionne qu'il s'agit d'une fin de vie et que c'est une « question d'heures ou de minutes » d'après le médecin des urgences, l'observation médicale à l'UHCD mentionne une « respiration agonique » à l'admission à 19h15 à l'UHCD, à 20h l'état décrit est « stationnaire, avec gasps » et le malade décède le lendemain à 15h15, la famille sur place.

[236] Dans un autre cas, il s'agit d'un patient qui décèdera au 3ème jour de son admission avec la veille de son décès, une aggravation de son état avec un fort encombrement bronchique nécessitant des aspirations répétées. Il s'agit d'un malade pour lequel, malgré son état, un retour en maison de retraite était prévu avec toutefois une réserve lié à l'absence d'infirmier la nuit, dans cet établissement.

[237] Enfin, le dossier de l'un des patients témoigne de la difficulté de sa prise en charge à l'UHCD et de tentatives pour le faire hospitaliser dans un autre service, avec appel à l'administrateur de garde. L'hypothèse de son retour en maison de retraite, initialement envisagée, ne semble pas réaliste compte tenu de l'état du malade qui se stabilise beaucoup moins vite que prévu, aucune infirmière n'étant présente la nuit en maison de retraite.

[238] Outre ces 14 dossiers, un des malades était décédé à l'arrivée aux urgences[68], 2 autres comportent la notion de fin de vie dans le dossier des urgences, avec pour l'un d'entre eux, la mention d'absence de réanimation active en accord avec la famille. L'avis du gériatre de l'équipe mobile de gériatrie est demandé pour le patient pour lequel la mention d'absence de réanimation ne figure pas. La décision est prise de façon collégiale avec le gériatre de l'équipe mobile de gériatrie : abstention de toute thérapeutique agressive en lui assurant les soins de confort.

[239] Sur les 2 cas restant, l'un correspond à un patient aux antécédents très lourds dont l'une des pathologies est réputée à l'origine de douleurs réfractaires, pour lequel une place est réservée en gastroentérologie. Le dossier soins montre que bien que l'agitation persiste sous HYPNOVEL®,une autre injection d'HPNOVEL® n'aura que peu d'effet.

[240] L'autre cas correspond à une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) sur problème septique et le patient décèdera au matin après une nuit de surveillance.

---

[68] Pour les patients décédés aux urgences à la SAUV, le décès est attribué à l'UHCD par convention, la SAUV ne disposant pas de numéro d'unité fonctionnelle.

[241] En conclusion, pour ces 19 dossiers étudiés qui correspondent à des patients décédés à l'UHCD, la nature des patients pris en charge explique que dans la plupart des cas, il n'est pas envisagé de suite à l'hospitalisation en UHCD, le patient paraissant en toute fin de vie. Pour 7 dossiers, une orientation est envisagée (implicitement ou explicitement). Nous avons déjà évoqué une prise en charge en endocrinologie, une prise en charge en gastroentérologie et 2 retours en maison de retraite qui semblent d'emblée peu adaptés compte tenu de l'état des malades. Dans un autre cas, une place est réservée en neurochirurgie, dans d'autres en soins de suite et de réadaptation.

5.7. Entre sédation et accélération de la fin de vie

[242] Les dossiers sont peu documentés sur la mise en place d'un éventuel protocole de sédation, même si on retrouve parfois des prescriptions d'HYPNOVELl® SCOPOLAMINE®. Un protocole sur la sédation utilisant les deux produits précités existe au CHCB et est disponible aux urgences.

[243] Dans les pratiques médicales, on peut être amené à juger de la souffrance d'une personne, y compris comateuse, et à introduire un traitement de type sédation au motif qu'il est impossible d'affirmer que la personne ne souffre pas. Toutefois la décision d'une sédation prise en application de l'article L.1110-5 qui aurait visé à soulager la souffrance d'un patient en lui appliquant un traitement pouvant avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie suppose une traçabilité et un cadre collégial.

[244] Les signalements de soignants à l'origine de la demande de contrôle du CHCB ont amené à s'interroger sur des injections de curare qui auraient été réalisées pour des patients en fin de vie à l'UHCD.

[245] L'étude des 19 dossiers ne retrouve pas de mention d'une utilisation de curare sauf pour un cas qui ne fait pas partie des 7 dossiers ayant fait l'objet d'un signalement par les soignants.

[246] Dans ce dossier figure la mention d'une administration de curare à un patient sous la forme suivante : dans la colonne actions de la fiche de transmission ciblée du dossier soin : « *a reçu sédatif + antalgique puissant + curare* », dans la colonne résultats : *« Décès sans souffrance à 11h »*. A la lecture du dossier médical, l'utilisation de curare fait suite à l'utilisation de molécules sédatives non suivie d'effet.

[247] Ni les recommandations de la Société de réanimation de langue française (SRLF), ni les recommandations de société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), ni celles de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) ne considèrent que le curare soit une indication dans une telle situation. L'utilisation du curare dans cette indication ne peut pas être considérée comme ayant pour objectif une sédation pouvant avoir pour effet secondaire d'abréger la vie. On ne se situe donc pas dans le cadre légal prévu par la loi du 25 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

[248] Ce dossier à fait l'objet d'un signalement par l'IGAS aux autorités judiciaires en application de l'article 40 du code de procédure pénale.

[249] En outre, on ne se situe pas non plus dans le champ de l'euthanasie active, illégale en France, qui nécessite qu'un médecin qui met intentionnellement fin à la vie d'un patient le fasse à la demande de celui-ci, qu'il s'agisse d'une demande formulée par un patient conscient ou précisée dans des directives anticipées.

6. LA PRISE EN CHARGE DE LA FIN DE VIE AUX URGENCES

[250] La prise en charge de la fin de vie, devenue sujet de débat public, est aujourd'hui encadrée de façon précise. La volonté d'apaiser les souffrances, de favoriser une mort digne, et d'éviter la surmédicalisation inutile, dans le respect de la volonté de la personne, ont inspiré le cadre juridique actuel. Les limitations de traitement sont possibles, et des sédations susceptibles d'accélérer le décès peuvent être mises en œuvre lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de soulager la souffrance, sous réserve de respecter une procédure stricte.

[251] Plusieurs études montrent que cette procédure est loin d'être toujours respectée, notamment dans les services de réanimation et surtout dans les services d'urgence. Elles mettent aussi en évidence les difficultés d'orientation et d'accompagnement des personnes en toute fin de vie à l'hôpital. Il a paru utile à la mission, après un bref rappel du cadre juridique de la fin de vie, de mettre en parallèle certaines conclusions de ces études avec les faits analysés ci-dessus.

[252] **Les décisions de limitation de traitement peuvent concerner des situations très diverses**

6.1. La législation distingue deux types de situations de limitation de traitement, selon l'état de conscience de la personne.

[253] Rappelons tout d'abord que la législation sur les droits des malades et la fin de vie vise notamment à prévenir « l'obstination déraisonnable », c'est-à-dire la poursuite envers et contre tout des traitements lorsqu'ils apparaissent « *inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. Ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10*[69] ».

[254] Elle distingue ensuite deux cas de figure, selon que le patient est ou non en état d'exprimer sa volonté :

- Dans le 1er cas, l'accord de la personne concernée est nécessaire et suffisant[70] ;
- Dans le second, s'agissant de personnes particulièrement vulnérables qui nécessitent une protection renforcée, la loi subordonne la possibilité d'arrêter ou de ne pas entreprendre les traitements à la consultation de la personne de confiance, de la famille, ou à défaut des proches, et le cas échéant des directives anticipées..

[255] La décision doit être motivée et inscrite dans le dossier du patient.

[256] Par ailleurs, la loi ouvre la possibilité, pour soulager la souffrance d'un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, d'entreprendre un traitement susceptible d'avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie.

6.2. La mise en œuvre des dispositions sur la limitation des traitements varie selon leurs contextes d'intervention.

[257] Sans prétendre dresser une typologie de ces situations, la mission a constaté que diverses études s'intéressaient aux contextes de mise en œuvre des décisions de limitation de fin de vie, notamment dans les services d'urgence et de réanimation, particulièrement concernés par ces décisions.

---

[69] C'est-à-dire les soins palliatifs

[70] Elle peut aussi prendre l'initiative de la demande de limitation de traitements, à laquelle le médecin est tenu de faire droit lorsqu'elle est en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable

[258] Ces études mettent en évidence la proportion importante de décès dans les services d'urgences (entre 50%[71] et 80%[72]) et de réanimation (53%)[73] précédés d'une décision de limitation ou d'arrêt de traitement. Selon ces études, c'est « la perception d'une mort imminente [74]», la gravité de la pathologie et l'existence de comorbidités graves constituent les principaux critères de décisions, l'âge intervenant essentiellement à titre complémentaire[75]. Pour la plupart réalisées avant la promulgation de la loi du 22 avril 2005 et ses textes d'application, elles mettent notamment en exergue la proportion importante des décisions prises par le médecin seul. Selon des travaux sociologiques[76], les motifs avancés par les médecins pour agir seuls, sans consulter leur équipe ou un confrère, sont de ne pas déléguer à autrui la responsabilité morale et la culpabilité qui l'accompagne.

[259] Une étude récente réalisée dans le service d'Urgence du CHU de Toulouse (SAUV) [77] vise précisément à évaluer la conformité des pratiques de limitation ou d'arrêt de traitement au cadre posé par le législateur. En continuité avec les études précédentes, elle montre la persistance d'écarts importants entre les pratiques observées et la règlementation :

- la collégialité voulue par le législateur souffre de fréquentes exceptions, qu'il s'agisse de recueillir l'avis d'un autre médecin (recueilli dans 52% des cas)[78], ou de la consultation de l'équipe de soins avant la décision (effective dans 37% des cas);
- la volonté du patient n'a été recherchée que dans 15% des situations (5 % auprès du patient, et 10 % auprès de la famille) ;
- l'argumentation de la décision n'est retrouvée que dans moins de 50 % des dossiers.

[260] En revanche, selon cette étude, la famille était informée de la possibilité d'une décision de limitation de traitement 9 fois sur 10. La traçabilité de la décision dans le dossier du patient était pratiquement systématique (98% des cas).[79]

[261] L'étude note que le décès est intervenu dans un délai moyen de 39h40, dans 68% des cas à la SAUV, et 6 % des cas à l'UHCD. Seize pour cent des patients étaient vivants à un mois.

[262] La contradiction entre la temporalité de l'urgence vitale et celle requise par l'application de la règlementation est souvent avancée pour expliquer ces écarts et ces difficultés de prise en charge. Dans l'étude précitée menée à la SAUV de Toulouse, la décision de limitation de traitement était prise dans un délai moyen de 8h 45, la moitié des décisions intervenant dans un délai de 3 heures. Il peut s'avérer difficile, certes, de contacter la personne de confiance ou la famille dans des situations de grande urgence. L'impossibilité matérielle d'appliquer en tout ou partie une procédure ne place d'ailleurs pas les professionnels concernés en situation d'illégalité. Il reste que les difficultés susceptibles d'être rencontrées, et leurs conséquences sur les différentes garanties formelles prévues en cas de décision de limitation de traitement, mériteraient d'être clarifiées80, le respect d'une collégialité minimale pouvant a priori être organisé

---

[71] F. Verniolle M, et al. Evaluation des démarches de limitation et d'arrêt des traitements en salle d'accueil des urgences vitales. Ann Fr Anesth Réanim (2011), portant sur 52 patients ayant fait l'objet d'une décision de LAT.

[72] Etude Le Conte..Intensive care Med 2010

[73] Etude Latarea, Lancet 2001

[74] Prehospital withholding and withdrawal of live-sustaining treatments.The French Latasamu survey 2006

[75] L'âge est toutefois cité comme critère principal dans 26 à 33% des cas dans l'étude Latasamu précité

[76] Cités dans l'ouvrage mentionné dans la note ci-dessous

[77] F. Verniolle M, et al. Evaluation des démarches de limitation et d'arrêt des traitements en salle d'accueil des urgences vitales. Ann Fr Anesth Réanim (2011), portant sur 52 patients ayant fait l'objet d'une décision de LAT.

[78] 20 % des décisions prises par le médecin seul dans l'étude Le Conte et al précitée

[79] Mais 17 % dans l'étude SU-Dalisa, Le Conte et al 2010

[80] A titre d'illustration, le site du Médiateur indique ainsi : *« On peut qualifier d'urgence imprévue l'accident de la vie et de santé susceptible de mettre en danger immédiat la vie du patient sans que cet accident ne soit inscrit dans le cadre d'une affection grave et incurable. Les victimes de ce type d'accident sont généralement accueillies dans les unités de déchoquage, d'urgence, de soins intensifs, de réanimation.*

[263] Le respect du droit du patient à des soins palliatifs – imposé par la loi en cas de limitation de traitement – est difficile à apprécier au vu des études disponibles, dans les services d'urgence comme dans les autres services. Le rapport de l'IGAS relatif à la mort à l'hôpital publié en 2009 pointait l'insuffisance de prise en charge adaptées des fins de vie à l'hôpital, en particulier s'agissant de la mise en œuvre de stratégies palliatives. Selon une étude récente[81], plus de 35 % des patients pour lesquels une décision de limitation de traitement a été pris aux urgences n'a pas reçu de soins palliatifs. Pour ceux ayant reçu des soins palliatifs (plus d'un sur deux), il s'agissait de traitements antalgiques dans 55 % des cas, et de sédation dans un tiers.

[264] Selon des travaux sociologiques [82] consacrés à la prise en charge des personnes en fin de vie dans une UHCD, transmis à la mission par l'observatoire national de la fin de vie, la capacité d'adaptation du service est liée à la rapidité de survenue du décès. Si l'imminence du décès est clairement mentionnée dans le dossier par le médecin qui transfère le malade dans l'UHCD, et que la mort survient effectivement à bref délai, le service parvient à se mobilise pour une prise en charge adaptée aux besoins de la personne mourante. En revanche, si la mort est annoncée sans délai prévisible et ne survient pas à bref délai, la stratégie de prise en charge est fluctuante, oscillant entre soins de confort et soins actifs, et s'accompagne de tensions croissantes au sein des équipes de l'UHCD. L'étude constate que ces patients en fin de vie sont très difficiles à transférer, du fait notamment des réticences fréquentes des services de spécialité concernés. Or, la vocation des UHCD est de « *passer le malade le plus rapidement possible avec un maximum de renseignements* », pour libérer des places pour de nouveaux arrivants. L'étude constate néanmoins que l'opportunité de ces transferts pour des patients en fin de vie ne fait pas toujours l'unanimité chez les soignants.

[265] Au cours des entretiens qu'elle a menés, la mission a noté que deux préoccupations contradictoires s'exprimaient quant à l'opportunité d'orienter des patients jugés mourants en UHCD ,

- Pour les uns, l'orientation en UHCD est adaptée aux besoins du patient et de sa famille, dans la mesure où elle est effectuée souvent le soir où la nuit, et que cette unité ouverte H24 peut accueillir les familles et faire bénéficier le patient et son entourage d'une présence soignante renforcée ;
- Pour d'autres, l'UHCD n'a pas vocation à accueillir ces personnes qui devraient être orientées vers les services de spécialité compétents pour leur pathologie.

[266] Tous ces éléments illustrent la difficulté de bien répondre, dans tous les cas, aux objectifs de qualité de la prise en charge des personnes en fin de vie, dans des services qui n'ont pas pour vocation de prendre en charge des patients dans la durée. S'ils éclairent les difficultés rencontrées pour appliquer la loi et, notamment, respecter la procédure de limitation de traitement, celles-ci paraissent pouvoir être dépassées par une organisation adéquate d'amont, et une réflexion sur les pratiques. Une meilleure application de la loi est meilleure et possible, qu'il s'agisse des décisions de limitation de traitement, ou de leurs suites, notamment du droit à des soins palliatifs.

La procédure collégiale inscrite dans la loi Léonetti ne peut pas s'appliquer faute de temps disponible à ces situations ».

[81] Su-Dalisa, Le Conte et al. 2010

[82] *Fins de vie aux Urgences. Temporalité et définition de la mort à l'hôpital*" de Carine Vassy et Marie-France Couilliot [in **Joëlle Vailly, Janina Kehr, Jörg Niewöhner (dir.)**, *De la vie biologique à la vie sociale. Approches sociologiques et anthropologiques*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2011

Conclusion

[267] Le contrôle du CHCB de Bayonne a porté plus spécifiquement sur les urgences et l'unité de d'hospitalisation de soins de courte durée. Cet établissement occupe une place majeure sur le territoire de santé et la présence en son sein d'un plateau technique permettant les explorations neurologique (scanner, IRM en particulier), d'un service de neurochirurgie et d'une unité de neurovasculaire a un impact fort sur le recrutement des patients au service d'urgence et plus généralement sur le recrutement de l'établissement.

[268] L'historique du service des urgences a conduit à sa segmentation en différentes unités jouissant d'une forte autonomie de décision dans le champ qui leur est propre. Or, si les interlocuteurs rencontrés soulignent tous l'amélioration du fonctionnement de ce service depuis cette structuration, il reste à trouver un mode de fonctionnement global du service qui ne soit pas la simple juxtaposition du fonctionnement de ces 4 structures. La nomination d'un responsable de pôle en 2010 a constitué un facteur de cohésion mais reste insuffisante compte tenu des enjeux. La mission a souligné que la fonction de coordonnateur n'a pas suffi et insiste sur la nécessité d'un leadership affirmé au sein du service, par une personne légitime mais également disponible pour assurer de telles fonctions.

[269] L'isolement des médecins qui travaillent à l'UHCD, renforcé par le relatif isolement géographique de l'UHCD, serait atténué fortement par des temps d'échanges programmés concernant l'ensemble du service des urgences.

[270] La mission a montré que le recrutement des patients à l'UHCD est plus axé sur les affections neurologiques mais demeure, sur les autres critères, comparable au recrutement des autres UHCD. Malgré différentes procédures mises en place pour faciliter les échanges entre UHCD et services d'hospitalisation, le pourcentage de patients dits « hébergés » et la durée de séjour en UHCD de certains patients témoigne de dysfonctionnement ponctuels car cette unité est supposée accueillir les patients 24 voire 36 heures mais pas plus. Au-delà du cas du CHCB, la mission a rappelé les conclusions d'une étude soulignant que les patients en toute fin de vie étaient plus difficiles à transférer dans les services d'hospitalisation concernés.

[271] La mission souligne la nécessité de mieux connaître la réalité des parcours de prise en charge des ces patients en toute fin de vie qui arrivent aux urgences. A partir des constats, des attentes des usagers et des professionnels de santé, il conviendra de proposer des organisations de prise en charge les plus adaptées possible en fonction des situations rencontrées.

[272] En outre, la prise en charge des patients en fin de vie se situe dans un contexte législatif relativement récent. La mission recommande notamment que des formations puissent être réalisées dans ces domaines[83] .

[273] Toutefois, pour les soignants qui sont allés jusqu'au bout d'une démarche difficile de signalement aux autorités judiciaires, la nature des faits allégués était telle que l'on se trouvait hors du champ de la loi Léonetti ce qui explique qu'ils n'avaient pas d'autre choix. Le dossier médical comportant la mention du « curare » est également sans équivoque, l'administration d'un tel produit ne peut se situer dans le cadre légal ni même dans celui de l'euthanasie active, au demeurant illégale en France, le patient n'étant pas conscient et n'ayant pas rédigé de directives anticipées.

Anne-Carole BENSADON Christine D'AUTUME

[83] A titre d'illustration, selon une enquête présentée au dernier congrès de la SFAR, réalisée dans 13 services d'urgence de la Région PACA, 63 % des médecins déclarent n'avoir jamais reçu de formation sur les limitations de traitement (B. Eon et al, Enquête sur les pratiques de limitations d'arrêt des thérapeutiques dans les services d'urgence)

Lettre de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

Inspection Générale
Des Affaires Sociales
16 AOUT 2011
N° 513

La Secrétaire d'Etat

Paris, le 16 AOUT 2011

Monsieur le Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales,

Le 9 août 2011, des personnels soignants du Centre hospitalier de la côte basque à Bayonne ont adressé un signalement à leur direction sur les conditions du décès de plusieurs personnes hospitalisées en fin de vie au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Le directeur de l'hôpital a immédiatement saisi le procureur de la République qui a ouvert une enquête préliminaire. Un praticien hospitalier du service a été placé le 10 août 2011 en garde à vue puis mis en examen.

Parallèlement à la procédure judiciaire, nous souhaitons que vous diligentiez un contrôle au sein du Centre hospitalier de la côte basque, afin d'analyser le fonctionnement de l'établissement, les procédures de contrôle interne et la prise en charge des patients dans le service concerné.

Le contrôle portera notamment sur les circonstances du décès des personnes qui ont fait l'objet du signalement. Il portera aussi sur le fonctionnement de l'unité d'hospitalisation de courte durée et du pôle auquel elle est rattachée (projet médical, mode d'exercice des responsabilités, organisation du travail) et plus particulièrement les modalités de prise en charge des personnes en fin de vie. Il portera également sur les procédures de contrôle interne et de signalement en vigueur dans l'établissement.

Les services de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine et du Centre national de gestion seront, en tant que de besoin, à votre disposition dans le cadre de cette enquête.

Vous voudrez bien nous adresser un rapport dans un délai de deux mois.

Xavier BERTRAND

Nora BERRA

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'inspection générale des affaires sociales
Tour Mirabeau
39-43 quai André Citroën
75015 PARIS

Liste des personnes rencontrées

Membres du centre hospitalier de la côte basque à Bayonne

Présidente du Conseil de surveillance

Directeur de l'établissement

Précédent directeur de l'établissement

Président de la Commission médicale d'établissement

Directeur adjoint : chargé de la Direction des Affaires générales et médicales et de Pôles médicaux, cadre administratif du pôle Réanimation- Médecine d'urgences- Neurorééducation

Directrice adjointe : chargée de la Direction des Ressources Humaines

Directeur adjoint : chargé du système d'information, de la Qualité, de la Logistique et de la Politique Hôtelière

Directeur adjoint : chargé de la Psychiatrie, de Pôles médicaux et de la Communication

Directrice adjointe : chargée de la Direction des Affaires Financières

Directrice coordinatrice générale des soins : chargée de la Coordination de la Direction des Soins

Chef du service informatique

Présidente de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), vice présidente du collectif interassociatif sur la santé en Aquitaine

Représentante de la direction à la CRUQPC

Chef de pôle Réanimation- Médecine d'urgences- Neurorééducation

Médecin chef de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

Médecin chef de l'unité urgences ambulatoires, traumatologie et appareil locomoteur

Médecin chef de l'unité urgences hospitalisation

Médecin chef de l'unité SAMU-SMUR du service d'urgence, coordonateur du service d'urgence

Cadre soignant de pôle Réanimation- Médecine d'urgences- Neurorééducation

Cadres infirmiers du service d'urgence

Médecins du service des urgences dont médecins affectés à l'UHCD

Infirmiers et aides-soignants du service d'urgence

Chef du service de réanimation

Chef adjoint du pôle Chirurgie – Bloc-Anesthésie, chef de service chirurgie viscérale et urologie, membre du directoire

Chef de pôle médecine interne

Cadre de pôle du service de médecine interne

Chef de service médecine interne, diabétologie, membre du directoire, responsable de la sous-commission qualité

Chef de pôle Pharmacie biologie

Chef du service pharmacie

Pharmacien chargé des toxiques

Chef de pôle neurologie cardiologie, chef de service de neurologie

Médecin du service de neurochirurgie

Médecin du service de neurologie

Médecin responsable de la prévention et de l'évaluation gérontologique

Chef du service de soins palliatifs

Médecin du service de pédiatrie générale, ancien président de CME

Chef du service département d'information médicale

Statisticienne du département d'information médicale

Médecin du travail

Infirmière dans le service de médecine du travail

Experts, Sociétés savantes

Président de l'observatoire national de la fin de vie

Responsable de la stratégie et des relations publiques à l'observatoire national de la fin de vie

Présidente de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs

Président de la société française de médecine d'urgence

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Cellule de réponse aux demandes externes

Agence régionale de santé (ARS)

Conseillère médicale auprès de la directrice de l'ARS

Adjointe au directeur de la délégation territoriale Pyrénées Atlantiques

Responsable pôle offre de soins à la délégation territoriale

Tribunal de Grande Instance de Bayonne

Vice procureur

Juge d'instruction

Annexe 1 : Indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales au CHCB

Lutte contre les infections nosocomiales

Validation des données : ☐ Oui ☑ Non

Le score agrégé	99	A
ICALIN (Indice composite des activités de lutte contre les Infections nosocomiales) (score sur 100)	100	A
ICSHA (Indicateur de consommation de produits hydro alcooliques) (en %)	130,4	A
SURVISO (Surveillance des infections du site opératoire)	OUI	7/8
ICATB (Indice composite de bon usage des antibiotiques)	19/20	A

Source : Haute Autorité de Santé

Annexe 2 : Tableau comparatif des éléments disponibles dans le module du logiciel "Urgences" et ceux actuellement utilisés

Description	Disponibles dans logiciel	Saisies aux urgences	Commentaires
Date Heure d'arrivée aux urgences	X		Alimentation automatique
Horodatage des mouvements du patient	X		Alimentation automatique
Secteur de prise en charge	X	X	
Motif de recours (plusieurs possibles)	X	X	
Indicateur de motif de recours principal	X	X	
Affectation d'une priorité au patient	X	X	Proposition par le système d'une priorité associé au motif de recours principal
Affectation d'un code couleur dépendant de la priorité de PEC	X		Automatique
Saisie d'un commentaire IAO	X	X	
Saisie d'un commentaire lié à une situation particulière	X	X	
Présence d'un ou pliseurs accompagnants	X	X	
Lien de parenté de l'accompagnant	X	X	
Présence en salle d'attente	X	X	
Autres informations liées aux accompagnants	X	X	
Numéro de téléphone de l'accompagnant	X	X	
Indicateur de "famille prévenue"	X	X	
Médecin responsable du patient aux urgences	X	X	
Indicateur de temps d'attente dépassé	X	X	Activation automatique liée à la priorité de PEC sélectionnée
Soignant responsable du patient aux Urgences	X	X	
Code CCMU	X		
Code GEMSA	X		
Saisie d'une observation médicale	X		Texte uniquement
Saisie de codes diagnostics	X		Très faible utilisation
Saisie de code NGAP	X		Très faible utilisation
Saisie de code CCAM	X		Très faible utilisation
Saisie des constantes du patient	X		Tableau prédéfini et non modifiable
Saisie de transmissions infirmières	X		Texte uniquement
Horodatage des modifications apportées aux données du dossier patient	X		Alimentation automatique avec historisation des valeurs
Saisie de la décision médicale - orientation du patient, - choix de la destination, - choix du mode de transport	X	X	Saisie de la décision et transcodage automatique en orientation RPU Saisie du mode de transport et transcodage automatique en transport RPU
Horodatage de la sortie du patient des Urgences	X		Alimentation automatique

Source : Etablissement

Annexe 3 : Composition de la Sous - Commission Qualité de la CME

Centre Hospitalier de la Côte Basque

SOUS-COMMISSION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS "CONSEIL QUALITE"

➢ **Représentants du personnel médical**

▪ **Dr L. Ritz-Quillacq, Présidente** - Pôle Médecine Interne
▪ Dr P. Bernady, Dr S. Bannier - Pôle Neurologie - Cardiologie
▪ Dr N. Bonnemaison, Dr T. Saint Val - Pôle Réanimation - Médecine d'urgence
▪ Dr Bordes-Couecou - Pôle Médecine Interne
▪ Dr Gontier suppléé par Dr Mazères - Pôle Chirurgie - Anesthésie - Bloc opératoire
▪ Dr U. Duranteau, Dr K. Gavina, Dr P. Larrouy - Pôle Chirurgie
▪ Dr M.P. Khun et Dr F. Bannier - Pôle Chirurgie - Anesthésie - Bloc opératoire
▪ Dr P. Canellas - Pôle Chirurgie - Anesthésie - Bloc opératoire
▪ Dr Tania Labes - Pôle Mère - Enfant
▪ Dr F. Martineau, Président de la CME - Pôle Imagerie
▪ Dr V. Oyarçabal et Dr L. Lazarro - Pôle Mère - Enfant
▪ M. De Cazanove - Pôle Pharmacie
▪ Mr Augeraud, Mme R. Lagnaoui - Pôle Pharmacie
▪ Dr Lamouliatte supplée par Dr Harribey - Pôle Filière gériatrique
▪ Dr Eve Piquemal - Psychiatrie
▪ Dr B. Marti - Pôle Chirurgie - Anesthésie - Bloc opératoire
▪ Dr Y. Blanchard - DIM
▪ Dr P. Marti – Pôle Oncologie Hématologie
▪ Mme M.L. Burtin - Laboratoire
▪ Mr L. Keros – Médecine nucléaire

➢ **Représentants du personnel non médical**

▪ Représentants des services soignants (cadres IDE, AS) ✓ M. Bernard - Psychiatrie ✓ Mme Mathio - Pôle Réanimation - Médecine d'urgence ✓ Mme Kerlogot - Psychiatrie ✓ Mme Zugasti - Pôle Mère - Enfant ✓ Mme Niant – Médecine St Jean de Luz ✓ Mme Lacorre – Chirurgie Ambulatoire ✓ M. De Lamar – SICS ✓ Mme Rigal – Pôle Neurologie-Cardiologie ✓ M. Vauthier – Pôle chirurgie-anesthésie ✓ (participation à partir de début 2011 seulement) ✓ IFSI : Mme Skrodski
▪ Représentant des services logistiques : M. Hours
▪ Représentant des usagers : Mme Lanusse
▪ Représentant de la Direction Qualité : Mme Bel, Mme Béréterbide, Mme Blanqui, Mme Ulvoas
▪ Représentant de la Cellule Juridique : Mme M. Le Borgne

➢ **Représentants de la Direction**

▪ M. Glanes, M. Buret, M. Poirier, Mme Ouazan, M. Lassik

Bayonne, le 7 septembre 2010

BAYONNE : 13 avenue de l'Interne Jacques-Loëb - B.P.8 - 64109 BAYONNE Cedex - Tél .05 59 44 35 35 - Fax 05 59 63 35 88 - www.ch-cote-basque.fr

SAINT-JEAN-DE-LUZ : 19, route de Bayonne - B.P. 249 - 64502 SAINT-JEAN-DE-LUZ Cedex - Tél. 05 59 51 45 45 - Fax 05 59 51 47 19

Annexe 4 : Organisation de l'établissement en pôles d'activité cliniques et médico-techniques

Pôles d'activité cliniques et médico-techniques
Pôle Médecine Interne
Pôle Spécialités Médicales (Gastro-entérologie, Pneumologie, Oncologie Hématologie, Soins Palliatifs, Addictologie
Pôle Chirurgie -Anesthesie-Bloc Opératoire
Pôle Réanimation-Médecine d'Urgence,Neurorééducation
Pôle Mère-Enfant-Pédopsychiatrie
Pôle Filière Gériatrique-EHPAD
Pôle Imagerie
Pôle Psychiatrie Adultes
Pôle Pharmacie-Biologie

Procédure contradictoire du rapport provisoire relatif au contrôle du Centre hospitalier de la Côte Basque à Bayonne établi par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Observations du Dr Nicolas Bonnemaison

§ 110 : Lors de l'organisation par le Triumvirat, il est noté que « l'organisation semble avoir laissé peu de place aux cadres de santé dans le management » or une réunion mensuelle avec les cadres et les 3 médecins était organisée pour aborder les divers problèmes du service et notamment du personnel paramédical. Par ailleurs, le Dr Bonnemaison rencontrait régulièrement avec un des cadres les équipes de nuit.
Observation de la mission : *Rédaction maintenue avec ajout de la mention de la réunion mensuelle.*

§ **177** : Nous tenons à rajouter au paragraphe que, depuis février 2011, la proportion de patients issus de la SAUV, et notamment des patients en extrême fin de vie a augmentée de façon significative, en particulier les derniers mois. Cette dérive avait été signalée par courrier au Chef de Pôle, et aux réanimateurs. Cela figure également dans le rapport d'activité concernant les 4 premiers mois de l'ouverture à 8 lits.
Observation de la mission : *Rédaction initiale maintenue.*

Ce point est abordé aux paragraphes 188 et 189.

§ **186 et 187** : nous tenons à préciser que les patients accueillis dans l'UHCD doivent correspondre à des indications médicales bien précises et que cette unité n'a en aucun cas vocation à être une structure d'hébergement pour les patients graves relevant d'un service de réanimation ou d'une unité de surveillance continue, notamment les patients en extrême fin de vie.
Observation de la mission : *Rédaction initiale maintenue.*

La mission a tenu à mentionner que les recommandations de la Société française de médecine d'urgences (SFMU) précisaient que les patients relevant d'un service de réanimation ne relevaient pas d'une Unité d'Hospitalisation de courte durée (UHCD) alors que le document « UHCD projet 2010 » mentionnait non seulement les patients relevant d'un service de réanimation mais aussi ceux relevant d'une unité de surveillance continue.

§ **216** : Depuis le passage de l'UHCD à 8 lits et ouverture de l'unité H24 au 1er février 2011, le fonctionnement pendant les week-ends et les jours fériés est assuré par les médecins de l'unité et non par le médecin de garde.
Observation de la mission : *Observation prise en compte*

Observations du Centre Hospitalier de la Côte Basque

§ 29 : Le taux d'occupation SAE est de 81,7% en médecine et de 86,4% en chirurgie sur l'année 2010 (voir pièce jointe n° 1).
Observation de la mission : *rédaction maintenue*
Les chiffres retenus par la mission sont issus de la base nationale Hospidiag.

§ 30 : Le taux d'exhaustivité en cours d'année n'est pas de 100 % au mois le mois. Mais le CHCB a un taux d'exhaustivité de 100 % au 31/12/2010. En conséquence à la clôture de l'exercice le compte financier 2010 a intégré la totalité des produits de l'assurance maladie (voir pièce jointe n °2).
Observation de la mission : *rédaction initiale maintenue avec ajout d'une précision sur le rétablissement de l'exhaustivité à l'issue de l'exercice 2010'amélioration de l'exhaustivité*

§ 34 : La DRH n'oriente plus les agents en arrêt maladie de plus de 3 semaines vers la médecine du travail compte tenu de la charge d'activité des deux médecins du travail (1,80 ETP). Au regard de cette insuffisance d'effectifs, le directeur a décidé de recruter un demi-poste supplémentaire, voire un poste à temps plein. Une candidate a été reçue au cours du printemps 2011, en présence d'un médecin du travail, mais elle pas donné suite. L'établissement recherche activement un candidat pour renforcer l'équipe de médecins du travail.
Observation de la mission : *rédaction initiale maintenue.*
La mission prend acte de ces précisions qui ne modifient pas néanmoins pas ses constats sur ce point.

§ 42 : Si effectivement peut considérer que le secteur des Urgences a été en retrait en matière de démarche qualité, la situation ci évolué depuis l'année 2011 au cours de laquelle ont été mis en place les fondements d'une nouvelle dynamique qualité dans ce service.

- Constitution d'une cellule qualité de pôle en mars 2011. (Voir pièce jointe n° 3)
- Élaboration d'un programme d'actions 2011-2014 (voir pièce jointe n°4)
- Formalisation des engagements qualité dans le contrat de pole en cours de signature (voir pièce jointe n°5)

Observation de la mission : *rédaction maintenue.*
Les précisions apportées ici figurent déjà dans le rapport.

§ 57 : Le recrutement d'un médecin coordonnateur des flux aux urgences est effectif depuis le ler septembre 2010. Son rôle est précisé au paragraphe 131.
Observation de la mission : *rédaction maintenue.*
Le rôle du médecin coordonnateur est effectivement déjà précisé au paragraphe 131

§ 63 : L'outil actuel de traking est un des éléments du logiciel CLINICOM qui permet de connaître la localisation des patients dans l'établissement. Il fonctionne bien et est utilisé et reconnu par les professionnels des urgences. Ce sont les modules d'observations médicales et de prescription du logiciel CLINICOM qui ne font actuellement pas l'objet d'un accord entre la Direction et les médecins des Urgences.

Observation de la mission : *rédaction maintenue.*

§ 73 : Le directoire est composé, conformément à la loi HPST, de 7 membres (voir pièce jointe n° 6). Cinq autres membres assistent au directoire en qualité d'invités : médecin responsable de la qualité, médecin du D1M 3 directeurs-adjoints.
Observation de la mission : *précision prise en compte*

§ 81 : Les délégations de gestion et les contrats de pôle sont conclus entre le directeur et les chefs de pôle.
Observation de la mission : *dont acte*

§ 129: note 61 - Le chef de pole est responsable de l'USC, Le SAUV n'est pas' une structure autonome mais une salle du service des urgences dédiée à la prise en charge des urgences vitales. 11 est placé sous la responsabilité du chef de pôle.
Observation de la mission : *dont acte*

§ 131 : Une des fonctions du médecin d'accueil et d'orientation est également (lorsque cela est nécessaire) d'assurer la médicalisation d'une 2ème sortie SMUR simultanée, Cela permet de ne plus solliciter l'un des deux médecins affectés aux flux d'admission et contribue à diminuer les délais d'attente.
Observation de la mission : *rédaction maintenue*

§ 135 : Voir les statistiques d'activité du SMUR présentées par le Dr Mokni lors de la visite de Madame Klein le 9 décembre 2010. (Voir pièce jointe n° 7)
Observation de la mission : *rédaction maintenue*
La mission n'a pas dans le temps dont elle disposait réalisé d'évaluation de l'activité du SAMU-SMUR.

Observations du Centre Hospitalier de la Côte Basque : pièces jointes

Fiche FS

pièce jointe n°1

FS - Fiche de synthèse

Fiche de synthèse des observations sélectionnées
Campagne : **SAE 2010**
Bordereau : **FS - Fiche de synthèse**
Nombre d'ET ou EJ interrogés : **3**

1 - ACTIVITE HOSPITALIERE

	Hospitalisation Complète				Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Séances	Hospit. à domicile	Anesthésie du Chirurgie ambulatoire		File active en hospitalisation	Autres traitements et cures ambulatoires	Autres prises en charge
	Uts installés	Entrées totales	Nbre de journées	C.O. %	Nbre de places	Nbre de venues	Nbre de séances	Nbre de journées	Nbre de places	Nbre de venues	Nbre de Patients	Nombre de Séances	Nbre de journées
Médecine	312	21857	92000	81.68	47	1806	20429						
Chirurgie	113	7398	33254	80.43					8	1918			
Obstétrique	45	3379	13107	79.80	4	575		4217					
Total s. courte durée	470	32632	138361	82.59	51	2381	20429	4217	8	1918			
Psychiatrie générale	118	2100	37604	87.42	40	1378					4690	46007	6833
Psychiatrie infanto-juv.	8	129	1509	51.68	33	4925					840	9027	586
Soins de suite et réadaptation	60	719	19259	87.94	5	1730							
Soins longue durée	150	65	54114	99.84									
Autres disciplines													
Total sect. Hôpital	806	35645	250901	86.47	129	10464	20429	4217	8	1918		55034	
Total hébergement	264	66	93200										
Autres Disc soc. Et méd. Soc.													
TOTAL	1070	35711	344101	86.47	129	10464	20429	4217	8	1918		55034	7413

2 - Suivi de POLITIQUES NATIONALES

Présence d'une équ. mobile ou unité de soins palliatifs (nb oui)	1
Nombre de Permanence (s) d'accès aux soins (PASS) (privé et public)	1

3 - Personnels NON MEDECAUX SALARIES

FONCTION	Effectif total	ETP Total
Sages femmes	52	47.44
Pers. encadrement du pers. soignant	77	76.07
Infirmiers spécialisés	88	81.74
Infirmiers non spécialisés	762	733.50
Aides soignants	679	659.50
ASH	261	253.46
Psychologues	35	27.26
Personnels de rééducation	48	42.66
Total Services de Soins	2002	1921.63
Personnel de direction	8	7.86
Directeurs de soins infirmiers	2	2.00
Autres pers. administratifs	259	247.82
Pers. éducatifs et sociaux	37	33.66
- dont assistants de service social	21	19.07
Personnels pharmacie	20	19.37
Personnels laboratoire	43	41.50
Personnels radiologie	59	57.03
Autres personnels médico-techniques	0	0.00
Personnels techniques et ouvriers	297	294.70
Total Hors Services de Soins	725	703.94
TOTAL personnel non médical salarié	2727	2625.57

4 - Personnels MEDICAUX et INTERNES

FONCTION	Effect. total (*)	Dt Effec. tp part.(*)	ETP total (*)	Libéraux	Libéraux exclusifs non excl.
Médecine Générale	64	22	50.98		0
Spécialités médicales	113	38	88.35		0
- dt anesth. réanimateurs	15	2	14.60		0
Spécialités chirurgicales	34	13	24.90		0
- dt Gynéco.-obstét.	10	1	9.80		0
Psychiatres	27	7	25.70		0
Odontologistes	4	4	2.30		0
Pharmaciens	9	4	7.50		0
Autres	13	4	11.11		0
TOTAL (hors internes)	264	92	210.84		0
Internes	55		55.00		

(*) des salariés

5 - Activité des PLATEAUX MEDICO-TECHNIQUES

EQUIPEMENTS ET SALLES	Nbre Eql. dans l'Ets	Nbre examens ou interv.	dt Nbre de nuit
Scanner	2	22531	
IRM	2	13023	102
Caméra scintillation	3	7197	
Tomog./Cam.positons	1	2736	
Lithotripteur			
Echographies Doppler	5	8095	246
Total salles d'imagerie	8	51316	6274
Salle de coronarographie			
Salles dest. aux actes sous anest	22		
- dt salles d'interv. Chirurgicales	10	10077	696
Sièges anesthésiques	4		
Salles de surveillance postinterv.	3		

6 - Activités de SOINS AUTORISES

Traitements des grands brûlés	Admissions		Nb. Interv.	
Chirurgie cardiaque	Admissions		Nb. CEC	
Neurochirurgie	Admissions	1105	Nb. Interv.	
Structures des urgences (générale et pédiatrique)	Passages	46639	% hospit.	34.39
SMUR (général et pédiatrique)	Nb sorties	3838	dont primaires	2627
SAMU	Nb appels	333100	Nb affaires	68470
Réanimation	Admissions	395	Nb pat ventilés	251
Obstétrique	Accouc.	2157	- dt césar	414
Néonatologie et soins (niv. 2)	Admissions	686	- dt transf.	39
Réanimation néonatale (niv. 3)	Admissions	157	- dt transf.	20
Radiothérapie - Accélér. et Cobalt	pass. méch.		Tot bénn.	
Chimiothérapies	Venues HJ	9376	Pré-délivr.	14939
Trt. insuff. rénale chr. (hors pér.t)	séances	9551	Patients	58
Trt. insuff. rénale chr. (péritonéale)	Semaines		Patients	
Soins de suite et de réadaptation	Admissions	1438	Venues	3460

7 - Activité des LABORATOIRES et PHARMACIES

LABORATOIRES	Nbre de B ou P	PHARMACIES	Nbre
Actes produits pour l'Ets	3142980B	Lignes de com.	34756
Actes produits pour l'extérieur	65112	Lits avec DJN	759

8 - PRELEVEMENTS D'ORGANES

Nbre. de sujets prélevés	9

9 - Interruptions de grossesse

Nbre. total d'IVG	565
- dont IVG mode médicamenteux	133
Nbre d'interruptions médicales de grossesse (IMG)	

Document preuve taux d'exhaustivité à 100% au 31/12/2010

Bureau - Citrix Online Plug-in

Génération des fichiers d'export

Fichier Actions Affichage ?

Type d'export

Type d'export: MCO | SSR | PSY RIS | PSY RPS | PSY RA | HAD | FICHSUP | RSF | URG RFU

Statut	Export démarré le	Export terminé le	OK	KO	Format d'export	Format VID-HOSP	Début	Fin	RUM MCO	RUM EXT	UM	Chemin d'accès	Export	Fichier	Fichier table	Fichier	Fichier	VID-HOSP	Fichier VID-HOS	Fact.	It	Commentaire
✓	01/03/2011 14:24	01/03/2011 14:39	5115	0	BAY_010		01/01/2011	31/01/2011	☑	☐	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSBAY	☐		Export pour ana exhaustivité DimXpert (M1)
✓	01/03/2011 13:47	01/03/2011 14:04	4212	766	MING_015		01/01/2011	31/01/2011	☑	☐	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSTST	☑		M1 définitif
✓	28/02/2011 12:44	28/02/2011 12:57	4142	819	MING_015		01/01/2011	31/01/2011	☑	☐	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSTST	☑		M1 avec factu
✓	24/02/2011 10:11	24/02/2011 10:28	3950	1005	MING_015		01/01/2011	31/01/2011	☑	☐	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSTST	☑		M1 avec factu
✓	23/02/2011 11:34	23/02/2011 11:48	3910	1030	MING_015		01/01/2011	31/01/2011	☑	☐	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSTST	☑		M1 avec factu
✓	18/02/2011 13:53	18/02/2011 14:07	3787	1143	MING_015		01/01/2011	31/01/2011	☑	☐	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSTST	☑		M1 avec factu
✓	11/02/2011 17:01	11/02/2011 17:10	3449	1491	MING_015		01/01/2011	31/01/2011	☑	☐	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSTST	☑		M1 avec factu
■	11/02/2011 17:01	11/02/2011 17:01	69	15	MING_015		01/01/2011	31/01/2011	☑	☐	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSTST	☐		M1 avec factu
✓	02/02/2011 08:19	02/02/2011 08:29	2774	2090	MING_015		01/01/2011	31/01/2011	☑	☐	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSTST	☑		M1 avec factu
✓	29/01/2011 17:21	29/01/2011 21:07	58224	0	MING_015		01/01/2010	31/12/2010	☑	■	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSTST	☑		Export définitif 2010
✓	28/01/2011 18:48	28/01/2011 22:51	58230	0	MING_015		01/01/2010	31/12/2010	☑	☐	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSTST	☑		M1-M12 avec factu
✓	28/01/2011 17:20	28/01/2011 17:27	4920	0	MING_015		01/12/2010	31/12/2010	☑	☐	<Tous>	/sms/temp/	☑	FICRS	TABLER	RSSER	HORS	☑	VIRSSTST	☐		M12 sans factu

Critères d'export

Critères de recherche

Chemin d'accès sur le serveur clinicom : /sms/temp/

☑ RUM - MCO ☐ RUM - Externes

Noms des fichiers

☑ Fichier d'export : FICRSSTST.TXT

Fichier de table : TABLERSSTST.TXT

Fichier des erreurs : RSSERR.TXT

HOSP-PMSI : HORSSTST.TXT

☑ VID-HOSP : VIRSSTST.TXT

☑ Avec données de facturation

☐ FichComp :

Fichier des erreurs :

☐ Mot. erronées ☐ Dépend(s) implantée(s)

Exports personnalisés

☐ Statuts à exporter :

☐ Exporter les RSS ouverts

Dates

Date de début : 01/01/2010

Résultats

Résultat du traitement

✓ Statut: Terminé
Démarré le : 29/01/2011 17:21
Terminé le : 29/01/2011 21:07
Nombre d'enregistrements écrits : 58224
Nombre d'erreurs : 0

Total : 198 enregistrements

Démarrer | Clinicom - [Courrier E...

6.30.0774 | 172.17.0.4 | AAR | PRD | 12:16

Source DIM.

pièce jointe n°2

Centre Hospitalier de la Côte Basque

CELLULE QUALITE DE POLE (CQP)

pièce jointe n°3

REANIMATION – MEDECINE D'URGENCES - NEUROREEDUCATION

➢ Représentants du personnel médical

- Dr E. Muller, Médecin, Chef de pôle
- Dr E. Gault, Dr P. Barandiaran ,Médecin - Urgences-SAMU-SMUR
- Dr N. Bonnemaison, Dr P. Labes, Médecin – Urgences-SAMU-SMUR
- Dr F. De Brabant, Médecin - Réanimation
- Dr JL. Pétrissans, Dr J. Tujague, Médecin - Neurorééducation
- Dr S. Bordes-Couecou, Médecin – Chef de service - SLIN

➢ Représentants du personnel paramédical (cadre, IDE, AS) et autres catégories professionnelles

- Mme C. Mathio, Cadre de pôle
- Mme M.D Pendanx, Cadre de santé, Urgences
- Mme C. Solano, Cadre de santé, Urgences
- Mme J. Roux, Cadre de santé, Réanimation
- Mme L. Chirumberro, Cadre de santé, Neurorééducation
- Mme S. Ferrini, IDE Douleur, Réanimation
- Mme L. Audoux, IDE Douleur, Urgences
- Mme V. Bordes, Mme Dolhagaray IDE/AS Hygiène, Réanimation
- Mme V. Abonce, M. Y. Dalbos, IDE/AS Hygiène, Urgences
- Mr Sallagoity, PARM, Urgences
- Mme J. Etcheverry, IDE, Chambre mortuaire
- Mme E. Jumelle, Mme D. Duperou, IDE/AS Neurorééducation
- Mme I. Gary, IDE, SLIN

➢ Référent qualité

- Mme H. Béréterbide, Qualiticienne, Service qualité

➢ Invités permanents

- Dr E. Muller, Médecin, Chef de pôle
- Mr P. Poirier, Directeur adjoint
- Mr M. Lassik, Directeur qualité

Dans le fonctionnement de la CQP, tout professionnel et/ou expert peuvent être invités en fonction des sujets traités.

Dr E. Muller	***Dr L. Ritz-Quillacq***	***Mr M. Lassik***
Chef de pôle	*Présidente Sous Commission qualité/sécurité des soins*	*Directeur qualité*

pièce jointe n°4

ENGAGEMENT QUALITE
Programme 2011-2014

Pôle Réanimation-Médecine d'urgences-Neurorééducation

Axe stratégique n°1 : Améliorer le parcours du patient et la qualité des soins

1- Accueil du patient
→ Formaliser la prise en charge des patients aux urgences par le MAO.
→ Améliorer l'accueil des patients aux urgences.
→ Améliorer l'accueil des familles en réanimation.

2- Conformité du dossier patient, informatisation du dossier patient et parcours patient
→ Formaliser les procédures de prise en charge des urgences vers le bloc.
→ Harmoniser les pratiques au sein des urgences : formalisation et actualisation des PR ; actualisation des outils Urgences/Samu/SMUR.
→ Développer le dossier patient informatisé des urgences.
→ Participer au recueil des indicateurs nationaux HAS sur la tenue du dossier patient pour le service de Neurorééducation.
→ Poursuivre l'évaluation de la tenue du dossier de soin.
→ Evaluer la traçabilité de l'observation médicale aux urgences.
→ Poursuivre l'évaluation sur la conformité des dossiers médicaux SMUR.
→ Améliorer la coordination inter-services entre la réanimation et la Neurorééducation.
→ Poursuivre l'actualisation des procédures en réanimation.

3- Organiser les prises en charge spécifiques

- Prise en charge de la douleur
→ Participer au recueil obligatoire des indicateurs nationaux HAS sur la traçabilité de la douleur pour le service de Neurorééducation.
→ Participer à l'évaluation trimestrielle de la traçabilité de la douleur.
→ Formaliser les procédures de prise en charge de la douleur aux urgences.

- Prise en charge des troubles nutritionnels
→ Participer au recueil des indicateurs nationaux HAS sur le dépistage des troubles nutritionnels pour la Neurorééducation.
→ Participer à l'évaluation de la procédure sur la PEC des troubles nutritionnels.

- Prévention des escarres
→ Participer au recueil obligatoire des indicateurs nationaux HAS sur la prévention des escarres pour le service de Neurorééducation.

- Prise en charge médicamenteuse
→ Participer à l'évaluation de la conformité des prescriptions médicales à l'administration des médicaments du patient. (Reco HAS)

4- Sortie du patient

→ Participer au recueil obligatoire des indicateurs nationaux HAS sur le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation pour le service de Neurorééducation.

→ Sensibiliser les soignants sur le circuit du questionnaire de sortie en Neurorééducation.

5- Organisation de la prise en charge

- Evaluer le délai d'attente aux urgences (sous réserves de l'informatisation)

→ Mettre en place un indicateur

- Evaluer le délai de passage aux urgences (sous réserves de l'informatisation)

→ Mettre en place un indicateur

- Evaluer le circuit des urgences internes vers le SAUV

→ Evaluer le circuit

→ Mettre en place le plan d'action

- Délais d'attente réponse PARM

→ Mettre en place un indicateur

6- Evaluations de pratiques professionnelles

EPP SAMU/SMUR :

- Prise en charge des patients par le SAMU/SMUR

→ Poursuivre les staff EPP SAMU/SMUR

- Gestion du syndrome coronarien aigu en pré-hospitalier

Mettre en place une EPP.

EPP Urgences :

- Prise en charge des patients ayant fait un AVC aux urgences (Hospitalisation)

→ Poursuivre l'évaluation.

→ Mettre en place les actions d'amélioration.

- Prise en charge de la crise d'asthme (Hospitalisation)

→ Poursuivre l'évaluation.

→ Mettre en place les actions d'amélioration.

- Evaluer le bon usage des antibiothérapies dans le traitement des plaies (Ambulatoire)

→ Mettre en place une EPP.

- Pertinence de la prescription de l'examen radiographique dans l'entorse de la cheville (selon les critères d'Ottawa) (Ambulatoire)

→ Mettre en place une EPP.

- **Prise en charge des traumatismes crâniens bénins (UHTCD)**

→ Mettre en place une EPP.

- **Prise en charge des alcoolisations aiques (UHTCD)**

→ Mettre en place une EPP.

EPP Réanimation :

- **Evaluation des pratiques à risque en réanimation**

→ Poursuivre les revues de mortalité-morbidité en réanimation.

- **Gestion de la glycémie en réanimation**

Mettre en place une EPP.

- **Limitation et arrêt thérapeutique en réanimation**

→ Mettre en place une EPP.

- **Sédation analgésie**

→ Mettre en place une EPP.

- **Ventilation non invasive**

→ Mettre en place une EPP.

EPP Neurorééducation :

- **Pertinence et efficacité du traitement médicamenteux de la spasticité**

→ Mettre en place une EPP.

- **Evaluation de la sortie du patient handicapé sur le plan moteur et/ou neurologique**

→ Mettre en place une EPP.

Axe stratégique n°2: Garantir la sécurité des soins et promouvoir la gestion des risques.

1 **Développement d'une culture de sécurité**

→ Sensibiliser les professionnels au signalement exhaustif des évènements indésirables, participer à leur analyse, à l'identification des causes et à la mise en oeuvre des actions de prévention.
→ Participer à l'élaboration de la cartographie des risques et à leur hiérarchisation.
→ Participer aux évaluations de pratiques relatives aux vigilances réglementaires.

2 **Maîtrise du risque infectieux (voir détails dans pièce jointe)**

→ Améliorer la tenue des médicaux et des paramédicaux.
→ Réajuster les pratiques d'hygiène (gestes invasifs, PEC par pathologies).
→ Respecter les précautions standard.
→ Participer aux enquêtes et audits de pratiques régionaux et nationaux.
→ Gérer le risque lié à l'environnement : eau , surface.
→ Gérer le risque liée aux pratiques de soins.
→ Gérer le risque lié à l'usage des antibiotiques.
→ Assurer un entretien des locaux selon les procédures institutionnelles
→ Assurer la formation et l'information des agents sur la prévention du risque infectieux.
→ Signaler les infections nosocomiales (voir liste) au SLIN.

3 **Amélioration de la santé et de la sécurité au travail**
→ Participer à l'évaluation des risques professionnels.
→ Proposer des actions visant à supprimer ou éviter ces risques (actualisation annuelle du Document Unique).

Axe stratégique n°3: Promouvoir le respect des droits du patient.

1 **Information du patient et réflexion bénéfice-risque**
→ Donner au patient et son entourage une information claire, adaptée et compréhensible. Tracer la réflexion bénéfice-risque.
→ S'assurer du consentement éclairé du patient ou de son représentant et de l'adaptation du recueil de ses volontés.
→ Participer à l'évaluation institutionnelle.
→ Participer à la réflexion institutionnelle relative à la définition des modalités d'information du patient.

2 **Démarche éthique**
→ Intégrer dans les pratiques des réflexions éthiques suscitées par les situations de soins en s'appuyant sur l'évolution législative et réglementaire et les recommandations de l'établissement.

3 **Confidentialité et intimité du patient**
→ Participer à la sensibilisation des professionnels sur le respect de l'intimité du patient et de la confidentialité des données relatives au patient.
→ Améliorer la confidentialité et l'intimité dans les zones pré et post soins aux urgences.

4 **Gestion des plaintes et satisfaction des patients et familles**
→ Participer aux enquêtes de satisfaction (intra pôle, transversales, spécifiques, indicateur HAS) et à la mise en œuvre des actions qui en découlent.
→ Maintenir l'engagement dans le processus institutionnel de gestion des plaintes et réclamations.
→ Evaluer les attentes des unités de soins par rapport à la chambre mortuaire.

Axe stratégique n°4: La reconnaissance externe de la qualité.

1 **La certification**
→ Suivre les recommandations issues de la certification HAS V2 2008.
→ S'engager dans la démarche d'auto évaluation HAS V2010.
- Participer à l'auto évaluation.
- Réfléchir aux actions d'amélioration à mettre en œuvre et les prioriser.
- Elaborer un calendrier pour mise en œuvre de ces actions.

→ S'engager dans le suivi de la certification HAS V2010.

Afin de traduire ces engagements dans les faits, un programme d'actions pluri-annuel (annexe) est validé, suivi et évalué. Il constitue la feuille de route de la cellule qualité et des instances dédiées, mais également de chaque pôle et de chaque professionnel afin de prendre part, à son niveau, à la dynamique de l'établissement.

CONTRAT DE POLE - ENGAGEMENT QUALITE

pièce jointe n°5

Accueil du patient				
OBJECTIFS	ACTIONS	REFERENT	INDICATEURS	ECHEANCE_FREQUENCE
Formaliser la PEC des patients aux urgences par le MAO (Médecin Accueil Orientation)	* Valider la fiche de poste selon le modèle institutionnel * Homogénéiser les pratiques (articulation médecins des différents flux)	Dr Labes	_	juin-11
Améliorer l'accueil des patients aux urgences	* Finaliser la procédure "Gestion des effets personnels" * Mener une réflexion sur l'arrivée des patients aux urgences avec leur effets personnels * Rédiger un règlement intérieur (bruit, confidentialité, ...) * Evaluer la satisfaction des patients	Mme Pendanx Dr Labes/Mme Solano	_	avril 11 déc 11 sept 12
Améliorer l'accueil des familles en réanimation	* Evaluer la satisfaction des familles * Evaluer le ressenti des soignants par rapport à l'accueil des familles	Dr De Brabant Mme Roux	_	sept-11
Conformité du dossier patient, développement du dossier patient informatisé et parcours patient				
OBJECTIFS	ACTIONS	REFERENT	INDICATEURS	ECHEANCE_FREQUENCE
Formaliser les procédures de prise en charge des urgences vers le bloc	* Créer un groupe de travail : Dr Labes, Dr Kutz, 1 cadre des urgences, Cadre bloc, 1 Chirurgien, 1 Réanimateur * Identifier les différentes pathologies * Formaliser les procédures	Dr Labes Dr Kutz	_	déc-11
Harmoniser les pratiques médicales au sein des urgences	* Formaliser et actualiser les protocoles médicaux Urgences * Actualiser les outils Urgences Samu Smur * Ateliers de formation (arrêt cardio, massage cardiaque, ...) - 30 Mai * Validation institutionnelle	Dr Labes	_	déc-12
Développer le dossier informatisé des urgences	* Créer un groupe de travail : Dr Akakpo, Dr Labes, Dr Ritz, Mme Solano, Mr Moreno, Mr Lassik * Rencontrer DSIO * Visite de site ayant le même logiciel * Présentation régulière de l'état d'avancée en Cté DPA	Dr Akakpo	_	déc-11
Participer au recueil obligatoire des indicateurs nationaux HAS sur la tenue du dossier patient pour la Neurorééducation	* Comité dossier patient : recueil des données * pôle : association ponctuelle dans le recueil, mettre en œuvre les actions correctives * Elargir l'audit HAS au service de Neurorééducation	Chef de service	Tenue du dossier patient	Annuelle (Nov. à Février)
Poursuivre l'évaluation de la tenue du dossier de soin (+ une partie spécifique pour les urgences)	* Evaluation trimestrielle * Début 2ème trimestre - grille en test	Mme Solano Mme Pendanx Mme Roux Mme Chirumberro	Taux de conformité	Trimestrielle

OBJECTIFS	ACTIONS	REFERENT	INDICATEURS	ECHEANCE_FREQUENCE
Evaluer la traçabilité de l'observation médicale aux urgences	* Auditer la traçabilité des observations médicales aux urgences * Binôme Médecin/Qualité * Définir et Mettre en œuvre le plan d'actions	Médecin/qualité	Taux de conformité	Annuellement
Poursuivre l'évaluation sur la conformité des dossiers médicaux SMUR	* Audit de dossiers patients (265 dossiers audités) * Participer à la mise en œuvre du plan d'actions	Dr Nguyen Dr Virto	Taux de conformité	avr-11
Améliorer la coordination inter-services entre la réanimation et la neurorééducation	* Créer un document de liaison entre la réa et la neurorééducation * Document retraçant les informations thérapeutiques spécifiques (nutrition, appareil spé, ...) * Validation par le comité dossier patient	Dr De Brabant Mme Roux Dr Tujague Mme Chirumberro	–	sept-11
Poursuivre l'actualisation des procédures en réanimation	* Actualiser les procédures (MO, pose de sonde vésicale, ...)	Dr De Brabant Mme Aguerre / Mme Bordes	–	Continu

OBJECTIFS	ACTIONS	REFERENT	INDICATEURS	ECHEANCE_FREQUENCE
Prise en charge de la douleur				
Participer au recueil obligatoire des indicateurs nationaux HAS sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur pour le service de Neurorééducation	* Comité dossier patient : recueil des données * pôle : association ponctuelle dans le recueil, mettre en œuvre les actions correctives	Chefs de service	Taux de traçabilité	Annuelle (Nov. à Février)
Participer à l'évaluation trimestrielle de la traçabilité de la douleur	* Evaluation trimestrielle * Communication en comité dossier patient	Cadres	Taux de traçabilité	Trimestrielle
Formaliser les procédures "Prise en charge de la douleur" aux urgences	* Formaliser les procédures	Dr Akakpo/Dr David	_	déc-11
Prise en charge des troubles nutritionnels				
Participer au recueil obligatoire des indicateurs nationaux HAS sur le dépistage des troubles nutritionnels en neurorééducation	* Comité dossier patient : recueil des données * pôle : association ponctuelle dans le recueil, mettre en œuvre les actions correctives	Chefs de service	Traçabilité IMC	Annuelle (Nov. à Février)
Evaluation de la procédure interne de PEC des troubles nutritionnels	* Evaluation conjointe médecin/groupe nutrition * Mise en œuvre des actions d'amélioration	Groupe nutrition	Traçabilité IMC	Annuelle
Prévention des escarres				
Participer au recueil obligatoire des indicateurs nationaux HAS sur la prévention des escarres en neurorééducation	* Comité dossier patient : recueil des données * pôle : association ponctuelle dans le recueil, mettre en œuvre les actions correctives	Chefs de service	Taux de traçabilité	Annuelle (Nov. à Février)
Prise en charge médicamenteuse				
Evaluer la conformité des prescriptions médicales et l'administration des médicaments (Reco HAS)	* Evaluation par auditeurs CHCB (cadre, médecin, qualité) * Association médecin et cadre dans l'organisation de l'évaluation et la mise en œuvre des actions correctives	Auditeurs CHCB	Taux conformité P°/A° Qualité de l'A°	tous les 2 ans
La sortie du patient				
Participer au recueil obligatoire des indicateurs nationaux HAS sur le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	* Comité dossier patient : recueil des données * pôle : association ponctuelle dans le recueil, mettre en œuvre les actions correctives	Chefs de service	Délai d'envoi	Annuelle (Nov. - Février)
Sensibiliser les soignants sur le circuit du questionnaire de sortie en neurorééducation	* Rappeler la procédure sur le remise des questionnaires de sortie	Mme Chirumberro	_	mai-11

OBJECTIFS	ACTIONS	REFERENT	INDICATEURS	ECHEANCE_FREQUENCE
Organisation de la prise en charge				
Evaluer le délai d'attente aux urgences (sous réserve de l'informatisation)	* Mettre en place un indicateur	Médecins/Cadres	Délai d'attente	2012 Mensuel
Evaluer le délai de passage aux urgences (sous réserve de l'informatisation)	* Mettre en place un indicateur	Médecins/Cadres	Délai de passage	2012 Mensuel
Evaluer le circuit des urgences internes vers le SAUV	* Evaluer la pratique * Formaliser le circuit * Définir un plan d'actions	Médecins/Cadres	Taux de conformité	2011
Evaluer le temps de décroché PARM des appels au centre 15	* Mettre en place un indicateur * Définir un plan d'actions et le suivre	Dr Mokni	Délai d'attente réponse PARM	2012
Evaluation des pratiques professionnelles				
SAMU/SMUR				
Staff EPP Samu/Smur	* EPP déjà existante * Poursuivre l'évaluation	Dr Gault/Dr Mokni	_	Tous les 2 mois Continue
EPP SMUR : gestion syndrome coronarien aigu en pré-hospitalier	* Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre	Dr Gault/Dr Mokni	_	2011
Urgences				
Prise en charge de l'AVC aux urgences (Hospitalisation)	* audit * Mise en œuvre du plan d'actions * Indicateur annuel HAS	Dr Dumetz	_	Annuelle 1ère mesure réalisée Plan d'action en cours
Prise en charge de la crise d'asthme (Hospitalisation)	* Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre	Dr Dumetz	_	2012
Bon usage des antibiothérapies dans le traitement des plaies (Ambulatoire)	* Après validation par le comité anti-infectieux * Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre"	Dr Hui Bon Hoa	_	2011
Pertinence de la prescription de l'examen radiographique dans l'entorse de la cheville (selon les critères d'Ottawa) (Ambulatoire)	* Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre	Dr Hui Bon Hoa	_	2013
Prise en charge des traumatismes crâniens bénins (UHTCD)	* Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre	Dr Bonnemaison	_	2011
Prise en charge des alcoolisations aigues (UHTCD)	* Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre	Dr Bonnemaison	_	2013
Réanimation				
RMM en Réanimation	* EPP déjà existante * Poursuivre l'évaluation	Dr Robaux	_	Continue
Gestion de la glycémie en réanimation	* Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre	Dr De Brabant IDE	_	2011
Limitation et arrêt thérapeutique en réanimation	* Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre	Dr De Brabant	_	2012
Sédation analgésie	* Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre	Dr De Brabant	_	2013
Ventilation non invasive	* Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre	Dr De Brabant	_	2014

OBJECTIFS	ACTIONS	REFERENT	INDICATEURS	ECHEANCE_FREQUENCE
Neurorééducation				
Pertinence et efficacité du traitement médicamenteux de la spasticité	* Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre	Dr Borde/Dr Tujague	_	2011
Evaluation de la sortie du patient handicapé sur le plan moteur et/ou neurologique	* Evaluer la pratique * Mettre en place le plan d'action et le suivre	Dr Borde/Dr Tujague	_	2013
Culture sécurité et gestion des risques				
Déclarer les évènements indésirables (EI)	* Sensibiliser à la déclaration des EI : Cadre, médecin, qualité * Analyser les EI au sein du pôle, et avec le service qualité le cas échéant pour les EI Graves * Communiquer les EIG à la sous commission qualité	Cadre/médecin	Nombre d'EI (dont EI lié aux soins) Nombre d'EIG	Continue
Participer à l'élaboration de la cartographie des risques du pôle	* Rédiger la cartographie des risques du pôle avec le service qualité	Cadre/médecin	_	déc-11
Le cas échéant, participer aux évaluations de pratiques relatives aux vigilances règlementaires	* Hémovigilance, matériovigilance, hémovigilance, pharmacovigilance : conformément au programme annuel d'EPP	_	_	_
Maitrise du risque infectieux				
Améliorer la tenue des médicaux et paramédicaux	* Sensibiliser les internes lors de l'accueil des internes (2 fois /an) * Sensibilisation en staff (1 fois/mois) * Evaluer la pratique (juin/sept chaque année)	Dr Barandiaran/Dr Bordes-Couecou	Taux de conformité	Bi-annuelle (juin/septembre)
Réajuster les pratiques d'hygiène (pec par pathologies, gestes invasifs)	* Formaliser les fiches de PEC par pathologies * Sensibilisation aux bonnes pratiques lors des staff (1 fois/mois) * Lister les actes invasifs (mai 2011)	Dr Barandiaran/Dr Bordes-Couecou	_	2011
Respecter les précautions standard				
Audit de pratique des règles d'hygiène de base avec la DSI à partir des grilles et du référentiel de l'établissement :- tenue des soignants- port des gants- entretien des chariots- entretien des chambres... Mis en place 2007	SLIN : aide à l'élaboration et à la réactualisation du référentiel et des grilles et à l'élaboration et aide à la mise en place d'actions correctrices DSI : élaboration et réactualisation du référentiel et des grilles, traitement des données, élaboration d'actions correctrices, analyse et communication des données CADRE DE SANTE, CADRE et CHEF de POLE : recueil des données par le cadre audit selon la méthodologie définie, mise en place et suivi d'actions correctrices	Dr Bordes-Couecou DSI	% de résultats conformes > à 80 %	
Gérer le risque lié à l'environnement				

OBJECTIFS	ACTIONS	REFERENT	INDICATEURS	ECHEANCE_FREQUENCE
Surveillance de l'environnement: eau et surface Mise en place 2007 Assurer la traçabilité de la prévention des légionnelles	SLIN : organisation du suivi, réalisation des prélèvements traités par le laboratoire d'hygiène, interprétation des résultats et mise en place d'actions correctrices SERVICES TECHNIQUES : suivi des paramètres (température eau), assure la maintenance, participation à la mise en place d'actions correctrices CADRES DE SERVICE, CADRE ET CHEF POLE : respect des règles institutionelles (assurer une purge régulière des points d'eau...), participation à la mise en place d'actions correctrices, s'assure que le choix de matériel ou la réalisation de travaux sont faits validés par les services techniques et le SLIN	Dr Bordes-Couecou	% de résultats conformes	
Gérer le risque lié aux soins				
Participation aux enquêtes et aux audits de pratique (régionaux et nationaux) organisés par le SLIN en collaboration avec la DSI et directoire Mise en place 2007 Mise en place de la PR Insti toilette au lit (utilisation guéridon de nursing, tablier plastique)	SLIN/DSI : organisation des audits par recueil, traitement des données, interprétation des résultats, élaboration/mise en place d'actions correctrices, communication des résultats CADRE, CADRE ET CHEF DE POLE : aide au recueil des données, mise en place d'actions correctrices	Dr Bordes-Couecou	% de résultats conformes	
Gérer le risque lié à l'usage des antibiotiques en réanimation et en neurorééducation				
Participation aux audits de pratique sur le bon usage des antibiotiques organisés par le comité d'antibiothérapie en collaboration avec le SLIN Faire appel aux référents pour les prescriptions Mise en place 2007	SLIN/comité anti infectieux : organisation des audits par recueil, traitement des données, interprétation des résultats, élaboration/mise en place d'actions correctrices, communication des résultats CHEF DE POLE ET CHEFS DE SERVICE : aide au recueil des données, mise en place d'actions correctrices	Dr Bordes-Couecou	% de résultats conformes	
Entretenir les locaux selon les procédures institutionnelles				
Plan d'hygiène de chaque service à jour Traçabilité de l'entretien est en place Les agents sont formés à cette activité par le SLIN Mise en place 2008	SLIN : aide à l'élaboration et à la réactualisation du plan d'hygiène, suivi et évaluation régulier des agents responsable de cette activité, audit annuel du matériel et des locaux ménage CADRE : assure le respect du plan d'hygiène, la mise en place de la traçabilité, les réajustements des pratiques, audit chambre, box et chariots	Dr Bordes-Couecou	Propreté visuelle Enquête de satisfaction client Respect de la traçabilité % de résultats conformes	
Informer et former les agents sur la prévention du risque infectieux				

OBJECTIFS	ACTIONS	REFERENT	INDICATEURS	ECHEANCE_FREQUENCE
Mise en place 2008 - 1 cadre/pôle : formation hygiène appliquée aux cadres - 1 médecin/service : formation hygiène et bon usage des antibiotiques - au moins 2 AS/IDE/pôle/an : formation hygiène appliquée - au moins 2 AS/pôle/an : formation entretien des locaux Mise en place 2007 - tout nouvel ASH et ASH/AS jamais formé : formation entretien des locaux - 2 correspondants/service : au moins 1 assiste aux réunions semestrielles organisées par le SLIN.	DSI : s'assure de la participation des agents à ces formations SLIN : réalisation de la formation "Hygiène appliquée", "Entretien des locaux", participation à la formation "Hygiène des Médecins" CADRES DE SANTE, CADRE ET CHEF DE POLE : assurent la mise en application de la formation dans le pôle	Dr Bordes-Couecou	% d'agents formés par catégorie professionnelle	2 agents/pôle/an
Signaler les infections nosocomiales au SLIN				
Les infections nosocomiales ayant un caractère rare ou particulier, par rapport aux données épidémiologique locales, régionales et nationales, du fait soit de : - la nature ou des caractéristiques de l'agent pathogène an cause (germe rare) ou de son profil de résistance aux anti-infectieux (BMR) ou retrouvé chez plusieurs patients - la localisation de l'infection chez la (ou les) personne(s) atteinte(s) : infection du site opératoire, septicémie, pyélonéphrite, prostatite, endométrite... - l'utilisation d'un dispositif médical (ex : endoscope....) - de procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé, lors d'un acte invasif, d'autres personnes au même risque infectieux Tout décès lié à une infection nosocomiale. Les infections nosocomiales suspectées d'être causées par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant. Les maladies devant faire l'objet d'une déclaration obligatoire à l'autorité sanitaire (rougeole...).	CHEFS DE SERVICE : signale l'infection nosocomiale SLIN : traite le signalement en collaboration avec l'équipe médicale et para-médicale	Dr Bordes-Couecou	Nombre de signalements et d'actions correctrices mise en place	Continu
Amélioration de la santé et de la sécurité au travail				

OBJECTIFS	ACTIONS	REFERENT	INDICATEURS	ECHEANCE_FREQUENCE
Participer à l'évaluation des risques professionnels	* Participer aux évaluations de terrain pilotées par le groupe EvRP * Participer à la mise en œuvre des actions sur le pôle	Cadre/qualité	–	Calendrier évaluations
Information patient et réflexion bénéfice-risques				
Evaluer la traçabilité de l'information délivrée au patient (audit dossier patient)	* Evaluer a pratique annuelle conformément aux recommandations	–	Taux de conformité (seuil de 90%)	Annuelle
Recueillir le consentement éclairé du patient et/ou de son entourage	* Lister les actes invasifs à risque par service * Evaluer la pratique * Mettre en œuvre le plan d'actions	–	Taux de recueil	Annuelle
Démarche éthique				
Intégrer dans les pratiques des réflexions éthiques suscitées par les situations de soins en s'appuyant sur l'évolution législative et réglementaire et les recommandations de l'établissement.	* Groupe institutionnel * Réanimation : document existant - Dr Robaux * Limitation des soins : pour le service de réanimation et la neuroréééducation	–	–	–
Confidentialité et intimité				
Participer à la sensibilisation des professionnels sur le respect de l'intimité du patient et de la confidentialité des données relatives au patient	* Participer aux réunions de sensibilisation institutionnelles	Service qualité Cadre chef de service	Nombre de participants	2ème sem. 2011
Améliorer la confidentialité et l'intimité dans les zones pré et post soins aux urgences	* Affichage, restructuration	Mme Mathio	–	2011
Gestion des plaintes et satisfaction des usagers				
Evaluer la satisfaction des patients	* Indicateur HAS satisfaction des usagers * Enquête 3000 patients CHCB le cas échéant * Retour des résultats en CQP	Cadres / service qualité	Taux de satisfaction	continue annuelle
Gestion des plaintes et réclamations	* Appliquer la procédure institutionnelle * Indicateur fourni par la juriste * Retour des résultats en CQP	Juriste	Nombre de plaintes	Semestrielle (Janv, Sept)
Accès du patient à son dossier	* Appliquer la procédure institutionnelle * Synthèse des indicateurs * Retour des résultats en CQP	A définir	Nombre de demandes Délai de transmission	Annuelle
Evaluer les attentes des unités de soins par rapport à la chambre mortuaire	* Formaliser un questionnaire * Analyser les résultats * Mettre en place les actions	Mme Etcheverry	–	2012
Procédure de certification				
S'engager dans l'auto évaluation pour la certification HAS V2010, programmée en octobre 2012	* Participer aux groupes d'auto évaluation * Définir les actions d'amélioration et les prioriser	–	Taux de participation	2011-2012

pièce jointe n°6

Centre Hospitalier de la Côte Basque

DÉCISION RELATIVE À LA COMPOSITION DU DIRECTOIRE

Vu la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et notamment l'Article L. 6143-7-5,

Vu le Décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et au directoire des établissements publics de santé,

Sur proposition de Monsieur le Docteur Frédéric Martineau, Président de la CME, pour la nomination des membres qui appartiennent aux professions médicales,

Après information du Conseil de Surveillance,

LE DIRECTEUR DÉCIDE

d'arrêter la composition du Directoire comme suit :

- Monsieur Michel Glanes, Directeur, Président,
- Monsieur le Docteur Frédéric Martineau, Président de la CME, vice-Président,
- Madame Sylvie Ouazan, Présidente de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- Monsieur le Docteur Renaud Gontier, Responsable du pôle Chirurgie, Anesthésie, Bloc Opératoire,
- Monsieur le Docteur Stéphane Marcé, Responsable du pôle Médecine Interne,
- Monsieur le Docteur Emmanuel Muller, Responsable du pôle Médecine d'Urgence - Réanimation,
- Monsieur Poirier, Directeur Adjoint.

Bayonne, le 8 juillet 2010

MICHEL GLANES
DIRECTEUR

CENTRE HOSPITALIER DE LA CÔTE BASQUE BAYONNE

BAYONNE : 13, avenue de l'Interne Jacques-Loëb – B.P. 8 – 64109 BAYONNE Cedex – Tél. 05 59 44 35 35 – Fax 05 59 [illegible] cotebasque.fr
SAINT-JEAN-DE-LUZ : 19, Route de Bayonne – B.P. 249 – 64502 SAINT-JEAN-DE-LUZ Cedex – Tél. 05 59 51 4[illegible] 05 59 51 47 19

Nombre d'équipes SMUR par zone SAMU

Nombre d'intervention par équipe SMUR par zone SAMU

Bayonne décembre 2010 TM

pièce jointe n°7

Synthèse

Après examen des réponses fournies dans le cadre de la procédure contradictoire, la mission a élaboré les éléments de synthèse qui suivent :

[274] Par lettre du 16 août 2011, le ministre de l'emploi, du travail et de la santé et la secrétaire d'Etat en charge de la santé ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales de diligenter un contrôle au Centre hospitalier de la Côte Basque à Bayonne (CHCB). Cette mission a été confiée, à Madame Christine d'AUTUME et à Madame le Docteur Anne-Carole BENSADON, membres de l'IGAS.

[275] Cette demande faisait suite à la transmission par le directeur de cet établissement au Procureur de la République, le 9 août 2011, d'un rapport faisant état de suspicions de pratiques illégales d'euthanasie au sein de l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et à la mise en examen consécutive du praticien responsable de cette unité le 11 août 2011.

[276] Compte tenu des délais brefs impartis, la mission a choisi de centrer son contrôle sur l'organisation et le fonctionnement du service des urgences et de l'UHCD. Elle ne peut garantir l'exhaustivité des documents transmis à sa demande. Elle s'est attachée à prévenir toute interférence avec la procédure pénale en cours.

1. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

[277] Si le CHCB est confronté à une forte concurrence du secteur privé, il demeure l'établissement le plus important sur sa zone de proximité. Son profil d'activité est proche de celui d'un petit CHU.

[278] Doté d'une capacité totale de 782 lits, dont 455 lits et place en MCO, le CHCB compte un peu plus de 2800 équivalents temps plein (ETP), dont 261 ETP médicaux. Son activité s'étend sur cinq sites, dont trois à Bayonne qui regroupe l'essentiel de l'activité MCO. Le CHCB est siège d'un Service d'aide médicale d'urgence (SAMU), et dispose de l'unique Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) du territoire. S'il doit compter avec la concurrence de quatre cliniques privées, il maintient sa position dominante sur sa zone d'attractivité avec 36% des hospitalisations en médecine, 23% en chirurgie et plus de 55 % en obstétrique. Son activité apparaît diversifiée, avec quelques créneaux dominants très spécialisés, la neurochirurgie en particulier. Situé dans une région très touristique, le CHCB est soumis à de fortes pointes d'activité estivales, affectant au premier chef le service des urgences. Plus de la moitié des hospitalisations font suite à un passage aux urgences.

[279] La situation financière du CHCB est équilibrée. Engagé dans des opérations de reconstruction ambitieuses, l'établissement bénéficie d'aides financières nationales et régionales importantes. Il participe à plusieurs initiatives de coopération, notamment un groupement de coopération sanitaire (GCS) de cardiologie, ainsi qu'à divers réseaux de soins. Il a connu un changement de directeur en début d'année 2010. dans le contexte de la mise en place de la nouvelle gouvernance.

S'agissant en premier lieu de la politique de qualité et de sécurité des soins, la mission note que le CHB s'est mobilisé avec succès pour obtenir la levée des réserves de la Haute autorité de santé (HAS) lors de la certification en 2009. Ces réserves concernaient le circuit du médicament (conditions de prescription et de dispensation des médicaments), et la tenue du dossier patient. La HAS a invité le CHCB à poursuivre ses efforts d'amélioration en 2010, mais a levé ses réserves au vu de la dynamique constatée.

[280] Il peut être noté que le CHCB présente des points forts en matière de lutte contre les infections nosocomiales, et d'évaluation des pratiques professionnelles. Suite aux efforts de l'établissement sur la tenue du dossier patient, en matière de lutte contre la douleur, et de sécurisation du circuit du médicament, des améliorations réelles ont été enregistrées. La mission constate qu'à la faveur de la réorganisation des pôles liées à la mise en place de la nouvelle gouvernance, l'établissement s'est attaché à renforcer le management de la politique de qualité, avec notamment le renforcement du contrôle interne, et la mise en place de cellules qualité de pôle, avec un mécanisme d'intéressement aux performances qualité. La mission recommande à l'établissement de consolider cette dynamique positive par une vigilance renforcée prenant en compte certaines fragilités persistantes : difficultés récurrentes pour hospitaliser dans de bonnes conditions les patients des urgences, informatisation incomplète des urgences compliquant le déploiement pérenne de démarches qualité, engagement inégal des services –notamment des urgences- dans les démarches qualité.

2. UN SECTEUR DES URGENCES DIFFICILE A MANAGER

[281] La mission constate en deuxième lieu que le secteur des urgences reste difficile à manager. Rattaché aujourd'hui au pôle Réanimation-Médecine d'urgence-Neuroréééducation, placé sous la responsabilité d'un réanimateur, il se compose de quatre structures distinctes dotées chacune d'un responsable (SAMU-SMUR, flux ambulatoire et traumatologie, flux hospitalisés et Unité d'hospitalisation de courte durée UHCD). Ces structures apparaissent cloisonnées, sans véritable coopération ni dynamique globale de service. Cette organisation, qui s'est accompagnée d'un renforcement ponctuel de l'accueil des urgences (médecin et infirmier d'orientation) et d'une volonté de limiter la rotation des professionnels entre les structures, visait à remédier aux problèmes de fonctionnement et à l'insatisfaction des personnels constatés en 2009 : tensions sur les ressources en professionnels, prioritairement mobilisées au profit du SAMU-SMUR, générant une désorganisation récurrente de l'accueil des urgences et des temps d'attente excessifs, et insuffisance des liens avec les services de spécialités. Si cette organisation a permis un certain apaisement, elle n'a pas réglé tous les problèmes de fonctionnement des structures d'urgence. La mission estime que le dépassement de ces problèmes nécessite de régler la question du leadership du SAU, qui conditionne l'engagement d'une authentique dynamique de service intégrée dans l'activité du pôle et de l'établissement.

[282]

3. L'UHCD

3.1. L'UHCD : une variable d'ajustement du CHCB

[283] L'Unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) ouverte au 1er juillet 2005 passera d'une capacité de 4 lits ouverts de 21 heures au lendemain 14h45, avec fermeture de l'unité l'après-midi à une capacité de 8 lits ouverte 24h sur24 pour devenir Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Cette extension tardive au regard du projet médical 2004-2008 s'explique par la restructuration de l'hôpital et les choix de la direction qui ont privilégié l'installation de lits d'unités de soins continus jusqu'en décembre 2009 puis celle de lits de l'unité de soins intensifs de cardiologie dans une partie des locaux affectés à l'UHTCD.

[284] En novembre 2010, le chef de l'UHTCD se plaignait dans une fiche de signalement, transmise au service qualité avec copie au cadre de pôle, de la décision de fermeture de l'UHTCD à 21 heures pour redéploiement du personnel en néphrologie. Interrogé par la mission sur le caractère exceptionnel de cette fermeture, le chef de l'UHCD a évoqué d'autres redéploiements de personnels mais qui, dans la mesure où il ne s'agissait pas d'orienter vers un autre service la seule infirmière présente à l'UHTCD, n'ont pas conduit à d'autres fermetures de ce type.

[285] L'UHCD a donc pu apparaître comme une variable d'ajustement du CHCB.

3.2. Une activité globalement comparable à celle des autres établissements avec un recrutement renforcé en neurologie

[286] L'UHCD bénéficie d'une activité soutenue avec un taux d'occupation supérieur à 100%[84] . L'activité de l'UHCD est majoritairement axée (70%[85]) vers les patients qui retournent au domicile après leur hospitalisation en UHCD. Les répartitions des patients pris en charge en UHCD en fonction de leur âge apparaissent globalement équivalentes entre le CHCB et les établissements comparables en termes d'activité quantitative. Il s'agit surtout de prises en charge médicales avec une représentation forte des prises en charge en neurologie pour les patients pris en charge uniquement à l'UHCD (39,5% en 2009, 41,9% en 2010 et 41,4% en 2011) mais aussi pour les patients qui seront hospitalisés dans l'établissement après leur prise en charge à l'UHCD (36,7% en 2009, 36,8% en 2010 et 32,8% en 2011) .

3.3. Un service directement affecté par les problèmes de régulation des flux de patients hospitalisés

[287] Une préoccupation forte de l'UHCD, partagée par la direction et renforcée par un fonctionnement 24h/24, a été de n'accueillir que des patients relevant de ce type de structure. Le bilan d'étape après 4 mois de fonctionnement en continu à 8 lits souligne le maintien d'une logique d'orientation rapide. Au CHCB, en cas de manque de place dans l'établissement, si le patient ne peut être admis dans le service « adéquat », il est hébergé par un praticien du service « compétent » selon les modalités du protocole d'hébergement en vigueur. Dans ce bilan, les résultats d'une étude sur les patients hébergés entre le 18 décembre 2009 et le 11 janvier 2010 montrent que 30,6% du total des admissions en UHTCD pendant cette période correspond à des patients hébergés du fait du manque de lits disponibles dans l'établissement

3.4. Un effort de suivi des recommandations de la SFMU

[288] Les travaux de la mission montrent plutôt un effort de suivi de recommandations de la SFMU et de formalisation de procédures écrites. L'UHCD n'est pas contiguë au service d'accueil des urgences. L'activité médicale est assurée dans la journée et en semaine par 4 médecins dont le chef d'unité, qui ne prend pas de garde. Cette organisation ne conduit pas à des échanges réguliers entre médecins de l'UHCD, ce qui ne semble pas être exceptionnel dans le fonctionnement habituel des UHCD. Ce qui l'est moins, c'est l'organisation de l'ensemble des urgences qui apparaît un peu balkanisée avec peu de temps d'échange entre médecins des différentes unités fonctionnelles.

4. UN ECLAIRAGE SUR CERTAINS PATIENTS DECEDES A L'UHCD

[289] Le médecin de la mission a étudié les 19 dossiers médicaux transmis à sa demande. Ils concernaient l'ensemble des patients décédés à l'UHTCD ou l'UHCD en 2009, 2010 et 2011 pour lesquels le chef de l'unité (UHTCD ou UHCD selon la période considérée) était signataire de la lettre adressé au médecin traitant ou les avait pris en charge, pour les dossiers ne comportant pas de lettre au médecin traitant[86]. Il ne s'agit pas d'une analyse du bien fondé des traitements et/ou examens complémentaires dont ces patients ont bénéficié. L'analyse s'est centrée sur différents points qui offrent un éclairage sur les circonstances de ces décès, dans le respect du secret médical et de la procédure judiciaire en cours. **La répartition mensuelle des décès ne permet de tirer aucune conclusion**, compte tenu notamment de la faiblesse des effectifs.

---

[84] Patients restant dans le couloir en attendant la libération d'un lit

[85] Les données utilisées sont c elles du PMSI sur 2009,2010 et les 6 premiers mois de 2011

[86] L'analyse des circonstances des décès ayant fait l'objet d'un signalement aux autorités judiciaires est ainsi incluse dans l'analyse globale des dossiers visés ci-dessus

4.1. Des décisions de limitations de traitements le plus souvent prises en amont de l'hospitalisation en UHCD

[290] **Pour 11 dossiers sur 19 étudiés, les limitations des traitements ont eu lieu avant l'hospitalisation en UHCD. Par ailleurs, dans 13 cas sur 19,** l'avis d'autres médecins[87] que ceux du service des urgences a été sollicité. Les dossiers soins du service d'accueil des urgences relativement succincts ne permettent pas toujours d'assurer que cette collégialité a associé le personnel soignant. Sur les 6 patients pour lesquels il n'a pas été fait appel à un autre médecin, 1 cas correspondait à un patient en probable mort encéphalique à son arrivée aux urgences, 1 cas comportait la mention explicite de l'hypothèse d'une fin de vie dans la nuit ou la matinée, dans 1 autre cas, il était noté qu'en accord avec la famille, il n'y aurait pas de réanimation active, pour les 3 autres, il s'agissait également de patients au très mauvais pronostic.

[291] **Ces dossiers concernent tous des patients hors d'état d'exprimer leur volonté.** La décision de limitation de traitement devrait alors associer la famille ou les proches ou la personne de confiance. Dans la plupart des cas, on retrouve des échanges avec la famille avec dans une grande majorité des cas l'observation des urgences qui mentionne que la famille a été vue et informée du très mauvais pronostic concernant le patient. **Dans 5 dossiers, on retrouve explicitement la position de la famille sur l'absence de réanimation ou sur la limitation de traitement. Cela ne signifie pas pour autant que dans les autres cas, il n'y a pas eu d'association de la famille à la décision de limitation de traitement**, les pratiques en matière de traçabilité dans les dossiers étant variables.

[292] Les observations médicales à l'UHCD sont le plus souvent détaillées, de même que les dossiers de soins. Les échanges avec la famille sur le pronostic des patients y figurent également dans la plupart des cas, avec dans certaines situations une mention explicite sur le souhait exprimé de la famille qui se fait le porte parole du patient. **Parmi les dossiers qui ont fait l'objet d'un avis spécialisé, on retrouve la notion de décès imminent[88] dans plusieurs cas, mais le décès interviendra parfois de façon moins rapide.**

4.2. Entre sédation et accélération de la fin de vie

[293] **Les dossiers étudiés sont peu documentés sur la mise en place d'un éventuel protocole de sédation**. Dans les pratiques médicales, on peut être amené à juger de la souffrance d'une personne, y compris comateuse, et à introduire un traitement de type sédation au motif qu'il est impossible d'affirmer que la personne ne souffre pas. Toutefois **la décision d'une sédation** susceptible d'avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie **suppose une construction collégiale et une traçabilité.**

[294] Les signalements de soignants à l'origine de la demande de contrôle du CHCB ont amené à s'interroger sur des injections de curare qui auraient été réalisés pour des patients en fin de vie à l'UHCD. L'étude des 19 dossiers ne retrouve pas de mention d'une utilisation de curare sauf pour un cas qui ne fait pas partie des 7 dossiers ayant fait l'objet d'un signalement aux autorités judiciaires par l'établissement. A l'examen du dossier précité, l'utilisation de curare fait suite à l'utilisation de molécules sédatives non suivie d'effet. Ce dossier à fait l'objet d'un signalement par l'IGAS aux autorités judiciaires en application de l'article 40 du code de procédure pénale.

---

[87] Notamment neurologue, neurochirurgien et/ou réanimateur
[88] Parfois mention de quelques minutes ou quelques heures

[295] En effet, ni les recommandations de la Société de réanimation de langue française (SRLF), ni les recommandations de société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), ni celles de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) ne considèrent que le curare soit une indication dans une telle situation. **L'utilisation du curare dans cette indication ne peut pas être considérée comme ayant pour objectif une sédation pouvant avoir pour effet secondaire d'abréger la vie. On ne se situe donc pas dans le cadre légal prévu par la loi du 25 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.**. **En outre, on ne se situe pas non plus dans le champ de l'euthanasie active, illégale en France, qui nécessite qu'un médecin qui met intentionnellement fin à la vie d'un patient le fasse à la demande de celui-ci, qu'il s'agisse d'une demande formulée par un patient conscient ou précisée dans des directives anticipées.**

5. LA PRISE EN CHARGE DE LA FIN DE VIE AUX URGENCES

[296] La prise en charge de la fin de vie, devenue sujet de débat public, est aujourd'hui encadrée de façon précise. La volonté d'apaiser les souffrances, de favoriser une mort digne, et d'éviter la surmédicalisation inutile, dans le respect de la volonté de la personne, ont inspiré le cadre juridique actuel. Rappelons tout d'abord que la législation sur les droits des malades et la fin de vie vise notamment à prévenir « l'obstination déraisonnable », c'est-à-dire la poursuite envers et contre tout des traitements lorsqu'ils apparaissent « *inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. Ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10*[89] ». Elle distingue ensuite deux cas de figure, selon que le patient est ou non en état d'exprimer sa volonté :

[297] - dans le 1er cas, l'accord de la personne concernée est nécessaire et suffisant[90];

[298] - dans le second, s'agissant de personnes particulièrement vulnérables qui nécessitent une protection renforcée, la loi subordonne la possibilité d'arrêter ou de ne pas entreprendre les traitements à la consultation de la personne de confiance, de la famille, ou à défaut des proches, et le cas échéant des directives anticipées..

[89] C'est-à-dire les soins palliatifs

[90] Elle peut aussi prendre l'initiative de la demande de limitation de traitements, à laquelle le médecin est tenu de faire droit lorsqu'elle est en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable

[299] La décision doit être motivée et inscrite dans le dossier du patient. Par ailleurs, la loi ouvre la possibilité, pour soulager la souffrance d'un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, d'entreprendre un traitement susceptible d'avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie. La mise en œuvre des dispositions sur la limitation des traitements varie selon leurs contextes d'intervention. Sans prétendre dresser une typologie de ces situations, la mission a constaté que diverses études s'intéressaient aux contextes de mise en œuvre des décisions de limitation de fin de vie, notamment dans les services d'urgence et de réanimation, particulièrement concernés par ces décisions. Ces études mettent en évidence la proportion importante de décès dans les services d'urgences (entre 50%[91] et 80%[92]) et de réanimation (53%)[93] précédés d'une décision de limitation ou d'arrêt de traitement. Selon ces études, c'est « la perception d'une mort imminente [94]», la gravité de la pathologie et l'existence de comorbidités graves constituent les principaux critères de décisions, l'âge intervenant essentiellement à titre complémentaire[95]. Une étude récente réalisée dans le service d'Urgence du CHU de Toulouse (SAUV) [96] vise précisément à évaluer la conformité des pratiques de limitation ou d'arrêt de traitement au cadre posé par le législateur. Elle montre la persistance d'écarts importants entre les pratiques observées et la réglementation. Ces écarts concernent notamment la collégialité voulue par le législateur. En revanche, selon cette étude, la famille était informée de la possibilité d'une décision de limitation de traitement 9 fois sur 10. La traçabilité de la décision dans le dossier du patient était pratiquement systématique (98% des cas).[97]

[300] Tous ces éléments illustrent la difficulté de bien répondre, dans tous les cas, aux objectifs de qualité de la prise en charge des personnes en fin de vie, dans des services qui n'ont pas pour vocation de prendre en charge des patients dans la durée.

CONCLUSION

[301] Le CHCB de Bayonne occupe une place majeure sur le territoire de santé. L'historique du service des urgences a conduit à sa segmentation en quatre unités jouissant d'une forte autonomie de décision dans le champ qui leur est propre. Si les interlocuteurs rencontrés soulignent tous l'amélioration du fonctionnement de ce service depuis cette structuration, il reste à trouver un mode de fonctionnement plus collectif de ce service ce qui suppose notamment de nommer un chef de service légitime et disponible.

[302] La mission a montré que le recrutement des patients à l'UHCD est plus axé sur les affections neurologiques mais demeure, sur les autres critères, comparable au recrutement des autres UHCD. Malgré différentes procédures mises en place pour faciliter les échanges entre UHCD et services d'hospitalisation, la durée de séjour en UHCD de certains patients témoigne de dysfonctionnements ponctuels car cette unité est supposée accueillir les patients 24 voire 36 heures mais pas plus. Au-delà du cas du CHCB, la mission a rappelé les conclusions d'une étude soulignant que les patients en toute fin de vie étaient plus difficiles à transférer dans les services d'hospitalisation concernés.

---

[91] F. Verniolle M, et al. Evaluation des démarches de limitation et d'arrêt des traitements en salle d'accueil des urgences vitales. Ann Fr Anesth Réanim (2011), portant sur 52 patients ayant fait l'objet d'une décision de LAT.
[92] Etude Le Conte..Intensive care Med 2010
[93] Etude Latarea, Lancet 2001
[94] Prehospital withholding and withdrawal of live-sustaining treatments.The French Latasamu survey 2006
[95] L'âge est toutefois cité comme critère principal dans 26 à 33% des cas dans l'étude Latasamu précité
[96] F. Verniolle M, et al. Evaluation des démarches de limitation et d'arrêt des traitements en salle d'accueil des urgences vitales. Ann Fr Anesth Réanim (2011), portant sur 52 patients ayant fait l'objet d'une décision de LAT.
[97] Mais 17 % dans l'étude SU-Dalisa, Le Conte et al 2010

[303] La mission souligne la nécessité de mieux connaître la réalité des parcours de prise en charge des ces patients en toute fin de vie qui arrivent aux urgences. En outre, la prise en charge des patients en fin de vie se situe dans un contexte législatif relativement récent. La mission recommande notamment que des formations puissent être réalisées dans ces domaines[98].

[304] Il reste que pour les soignants qui sont allés jusqu'au bout d'une démarche difficile de signalement aux autorités judiciaires, la nature des faits allégués était telle que l'on se trouvait hors du champ de la loi Léonetti, ce qui explique qu'ils n'avaient pas d'autre choix. Le dossier médical comportant la mention du « curare » est également sans équivoque, l'administration d'un tel produit ne peut se situer dans le cadre légal ni même dans celui de l'euthanasie active, au demeurant illégale en France, le patient n'étant pas conscient et n'ayant pas rédigé de directives anticipées.

Dr Anne-Carole BENSADON Christine D'AUTUME

[98] A titre d'illustration, selon une enquête présentée au dernier congrès de la SFAR, réalisée dans 13 services d'urgence de la Région PACA, 63 % des médecins déclarent n'avoir jamais reçu de formation sur les limitations de traitement (B. Eon et al, Enquête sur les pratiques de limitations d'arrêt des thérapeutiques dans les services d'urgence)