

# **SOLUTIONS POUR LES URGENCES ADULTES**

*Pr Dominique Pateron  
GH - Sorbonne Université*



**UN SCANDALE TOUS LES HIVERS**

**Table 3.** Multivariable analysis of predictors of ED length of stay for medium- and high-complexity patients.

Variable	Absolute Change (min) in Mean Length of Stay for Medium- and High-Complexity Patients	95% CI
<b>Number of new ED patients per interval</b>		
Low complexity	0.5	0.4–0.6
Medium complexity	1.0	0.8–1.1
High complexity	7.2	7.2–7.8
<b>New patient demographics</b>		
Mean age	1.9	1.7–2.0
Proportion female	4.3	–0.8–9.6
<b>Patients registered in previous intervals (patient-hours)</b>		
Low complexity	0.08	0.02–0.1
Medium complexity	0.3	0.2–0.4
High complexity	0.6	0.5–0.7
<b>Context</b>		
Hospital type, teaching (vs nonteaching)	75	61.8–88.8
Day of week, weekend (vs weekday)	–7.8	–9.6––6.0
Day (vs evening)	11.4	8.4–15
Night (vs evening)	49.8	45.6–54.0

**Table 4.** Multivariable analysis of predictors of time to first physician contact for medium- and high-complexity ED patients.

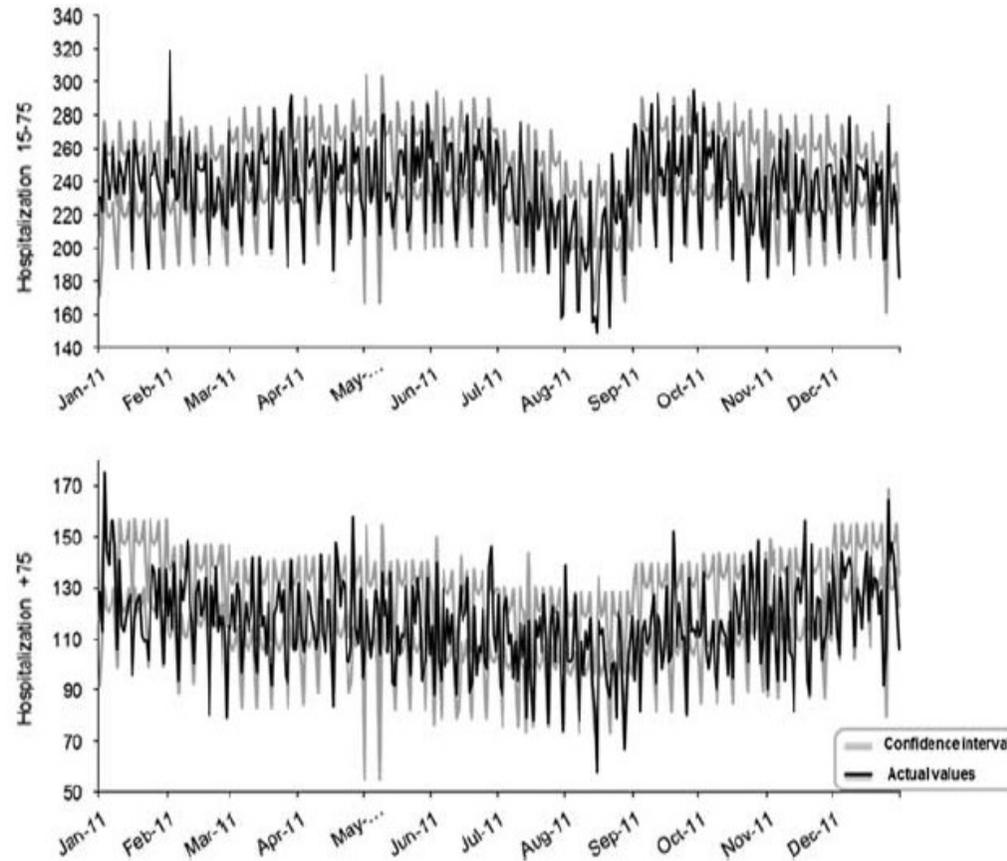
Variable	Absolute Change (min) in Mean Time to First Physician Contact for Medium- and High- Complexity Patients	95% CI
<b>Number of new ED patients per interval</b>		
Low complexity	0.2	0.2–0.2
Medium complexity	1.0	0.9–1.0
High complexity	1.5	1.4–1.6
<b>New patient demographics</b>		
Mean age	0.1	0.1–0.2
Proportion female	1.3	–0.08–2.6
<b>Patients registered in previous intervals (patient-hours)</b>		
Low complexity	0.1	0.1–0.2
Medium complexity	0.2	0.2–0.2
High complexity	0.3	0.2–0.3
<b>Context</b>		
Hospital type, teaching (vs nonteaching)	–6.6	–10.8––1.7
Day of week, weekend (vs weekday)	–1.0	–1.6––0.5
Day (vs evening)	174	114–240
Night (vs evening)	9	7.8–10.2

**La durée de passage globale peu impactée par les malades de faible complexité**

**La surcharge dépend de la prévalence des malades admis et âgés**

**Conclusion:** Low-complexity ED patients are associated with a negligible increase in ED length of stay and time to first physician contact for other ED patients. Reducing the number of low-complexity ED patients is unlikely to reduce waiting times for other patients or lessen crowding. [Ann Emerg Med. 2007;49:257-264.]

Fig. 3

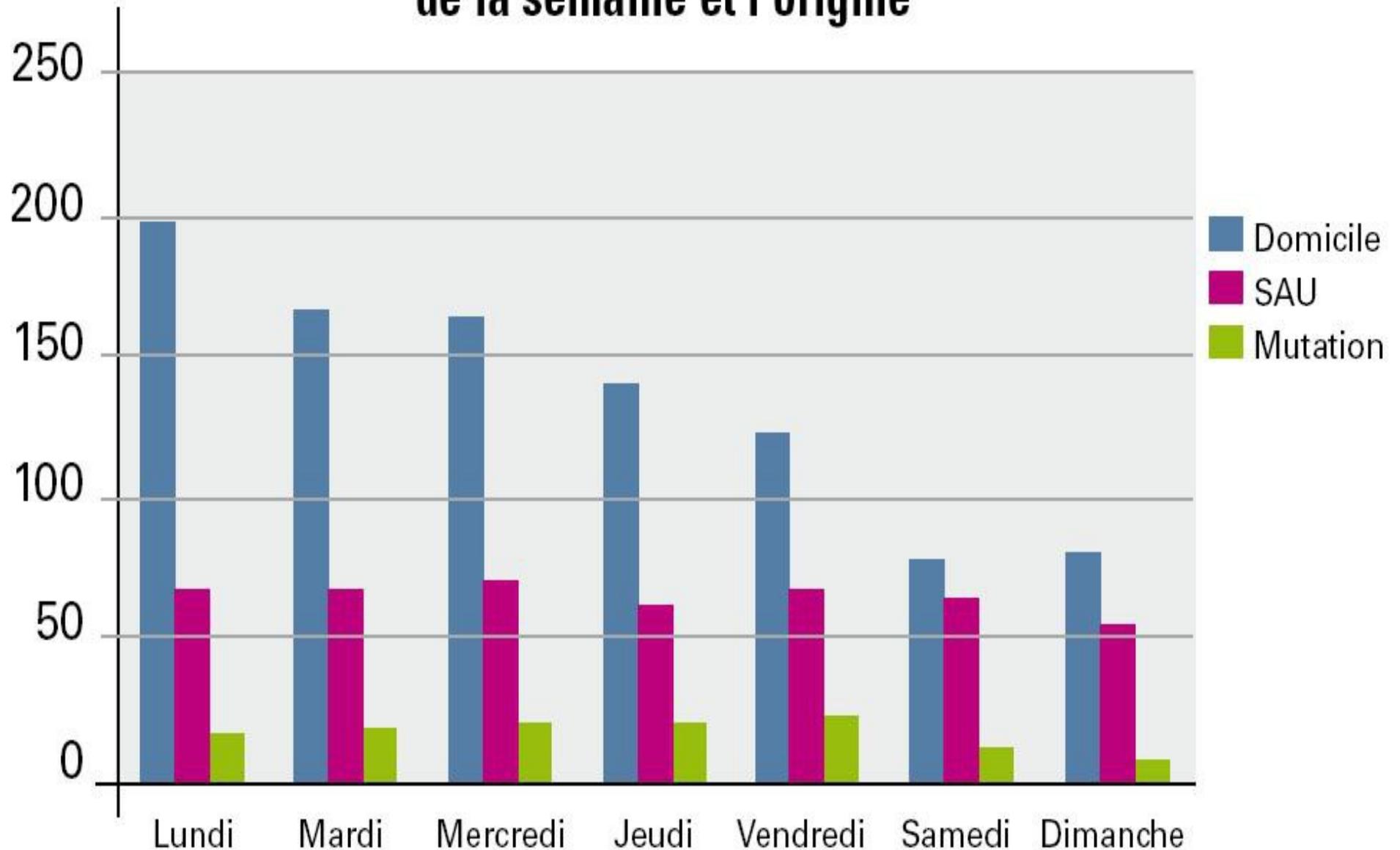


Predictions for daily ED visits and Through ED Hospitalisations as a function of age groups (2011). ED, emergency department.

**Conclusion** Daily number of emergency hospitalizations could be predicted on a regional basis using calendar variables with a low level of error. Forecasting through-ED hospitalizations requires to differentiate between elderly and younger patients, with a low impact of influenza epidemic periods in elders and absent in youngest patients. *European Journal of Emergency Medicine*

00:000–000 Copyright © 2017 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

# Nombre moyen d'entrées selon le jour de la semaine et l'origine



# Principes généraux

- *L'aval des urgences est le problème de tout l'hôpital, pas seulement celui du SAU*
- *Les activités programmées et non programmées ne sont pas concurrentes, mais complémentaires*
- *Pour améliorer l'aval, il faut le rendre plus accessible et plus fluide*

# **AVAL: Pas UNE mais DES solutions**

- **Gestion des lits, règles d'hospitalisation; organiser et piloter la coordination des entrées et des sorties des patients**
- **Unité d'aval des urgences**
- **Hôpital accordéon: plan Bronchiolite; plan EPIGER?**
- **Aval et aval de l'aval**

# La Gestion de l'hospitalisation

- **Etat des lits**
  - **Exactitude**
  - WE
- **Pouvoir de décision d'hospitalisation**
  - **Impératif de maintenir l'accord médical** entre SAU, des services d'aval:  
règles des 48h
  - Hébergement; **territoire d'hospitalisation**
- **Logiciels de programmation:**
  - Circuits de prise des rdv
  - Informatisation des rdv et d'hospitalisation
  - Pb des transports
-

# Unité d'aval des urgences

# CONSTAT

- **Hospitalisations des urgences prévisibles (20 à 40%)**

- Nécessité d'une analyse, besoin global, typologie des patients
- Problème des malades non filières

- **Gestion du temps, difficulté de réaction les 24 premières heures (UHCD)**

- Analyse des séjours de plus de 24h, typologie
- Participation des services à l'aval



**Unité polyvalente d'aval**

# Avantages-Inconvénients

- **Pour** : réduction des DMS
  - Séjour limités à 3 j
  - Accès privilégié aux plateaux techniques (radiologie)
  - Personnel sénior, expérimenté
- **Contre** : difficulté de recrutement PM, PNM
  - Activité de tri, pas très valorisante, lourde,
  - Ce n'est pas de la MU ni de la MI
  - Déplace le problème d'aval
  - Glissement vers du programmé

# EPIVER-EPIGER

- **Evaluation du besoin (+30%) pour les patients de plus de 75 ans**
- **Unité temporaire**
- **Mobilisation en personnel et en locaux**

# **Aval et aval de l'aval**

# **Améliorer le fonctionnement de l'aval : fluidifier l'accès aux plateaux techniques et consultations spécialisées**

- 1. Ouvertures de plages dédiées**
  - **Hors heures ouvrables : tard le soir, tôt le matin ou la nuit**
  - **↑ vacations radiologue, manip...**
  - **Intéressement des radiologues?**
  - **Pdt heures ouvrables**
    - **Programmation en ville**
    - **Investissement nouvelles machines**
  
- 2. Charte de fonctionnement : urgence structure, rdv < 48h**

# Aval de l'aval

- **3 lits de SSR pour un lit d'UGA**
- **SSR Polyvalent et spécialisés**
- **Unité pour bed blocker**
- **Problème de la tarification**
- **Dimensionnement**

# PLAN ZERO BRANCARD

- **Analyse du besoin hors SAU**
- **Mise en place de moyens dans le cadre du donnant-donnant**
- **Lits polyvalents**
- **Lits gériatrie**
- **SSR**
- **Temps médical pour la fluidité des urgences**
- **Temporaire**

**BON PLAN NECESSITANT DES RESSOURCES HUMAINES**

**Ratio APHP ; recrutement**



**Opération :  
Zéro brancard  
dans les couloirs des urgences  
pour des malades à hospitaliser**

- 



**« Dis moi où est l'aval, et je te dirai où mettre l'accueil »**

