



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Étude du fonctionnement des services d'urgence

Volet I

12 décembre 2017

Synthèse

des rapports intermédiaires

Dans le cadre de ce volet l'étude menée par Santé et Prospectives:

- 231 personnes ayant un lien direct ou indirect avec les services d'urgence ont été consultées par interviews,
- dont 63 médecins urgentistes ou spécialistes ou occupant des fonctions de direction,
- des sociétés ont été consultées : Société Luxembourgeoise de Médecine d'Urgence, Cercle des Médecins Généralistes, Société Luxembourgeoise de Pédiatrie,
- des acteurs externes ont participé aux discussions sur certaines thématiques : le ministère de la Famille, la COPAS, le CSU 112, le SIST-FHL (médecine du travail),
- 9 ateliers ont eu lieu pour débattre des recommandations.

1. Périmètre de l'étude

L'étude du fonctionnement des services d'urgence a porté sur les 4 centres hospitaliers, et leurs différents sites d'urgence :

- CHL :
 - o Service d'urgences adultes de l'Hôpital Municipal (CHL-HMU)
 - o Service d'urgence de la Clinique Pédiatrique (CHL-CPED)
 - o Entrées directes non programmées à la Maternité
- CHEM
 - o Service d'urgence du site d'Esch (CHEM-VE)
 - o Service d'urgence du site de Niederkorn (CHEM-NDK)
 - o Service d'urgence du site de Dudelange (CHEM-VD)
 - o Entrées directes non programmées à la Maternité
- HRS
 - o Service d'urgences adultes du site Kirchberg (HRS-K-SUA)
 - o Service d'urgence pédiatrique du site Kirchberg (HRS-K-PED)
 - o Service d'urgence de la ZithaKlinik (HRS-ZK)
 - o Entrées directes non programmées à la Maternité Bohler
- CHdN
 - o Service d'urgence site Ettelbruck (CHdN-E)
 - o Service d'urgence site de Wiltz (CHdN-W)
 - o Entrées directes non programmées en Maternité

Organisation des SU

Centre Hospitalier Luxembourg

- SU Adultes Hôpital Municipal
- SU Enfants Clinique Pédiatrique
- Accueil direct Maternité
- Garde alternée avec HRS (183jrs)

Hôpitaux Robert Schuman

- SU Kirchberg Adultes
- SU Kirchberg Pédiatrique
- Accueil direct Maternité Kirchberg
- SU ZithaKlinik
- Garde alternée avec CHL (182jrs)

Centre Hospitalier Emile Mayrisch

- SU site Ville d'Esch
- Accueil direct Maternité Esch
- SU site Niederkorn
- SU site Dudelange
- Garde 65jrs/an, 24h/24

Centre Hospitalier du Nord

- SU site Ettelbruck
- Accueil direct Maternité Ettelbruck
- SU site Wiltz
- Garde 65jrs/an, 24h/24

1 site principal par région. Particularité Niederkorn

Maintien d'un accueil de proximité. Filière Maternité dans les 4 hôpitaux.

2. Définition

L'étude porte sur les activités non programmées, c'est à dire sur les patients se présentant au service d'urgence en position debout ou couchée, quelle que soit son niveau de gravité.

Le terme de « **sollicitation du service d'urgence** » a été choisi pour décrire l'activité.

3. Modules de l'étude

L'étude comporte 9 modules :

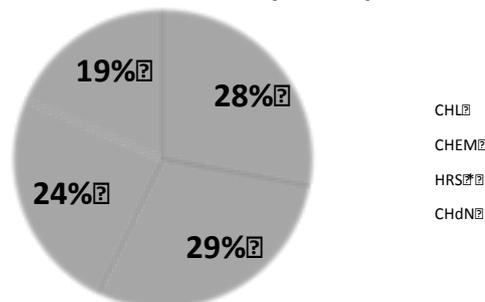
- Fonctionnement des services d'urgence
- Système d'information disponible dans les services d'urgence
- Description de l'activité 2016 dans les services d'urgence
- Evènements indésirables, plaintes et violences
- Processus de prise en charge des patients
- Pilotage des services d'urgence interne et externe
- Ressources disponibles : infrastructures, équipements, ressources humaines médicales, ressources humaines soignantes
- Maison médicale pédiatrique
- Financement des activités médicales et hospitalières

4. Résultats clés concernant l'activité

Activité des SU en 2016

Hôpitaux	Sollicitations
CHL	87072
CHEM	91232
HRS*	75951
CHdN	57854
TOTAL*	312109

% des Sollicitations 2016 par Hôpital



*: activité estimée des HRS-ZithaKlinik

540 sollicitations / 1000 h
 Différences/canton
 Etranger max 350

Sex-Ratio 1,99
 50% Hommes
 50% Femmes

91% résidents
 8,1% non résidents avec matricule
 0,9% des non résidents sans matricule
1,68 sollicitation/an/patient avec matricule

1 fois: 71,30%
2 fois: 17,68%
3 fois: 6,04%
4 fois: 2,42%
5 fois et +: 2,56%

89,40% dans un seul établissement

Classes d'âge	% Sollicitations
0-14 ans	26,73%
15-24 ans	11,74%
25-49 ans	34,27%
50-74 ans	18,83%
75 ans et +	8,43%

3,71% avaient eu une hospitalisation dans les 7 jours précédents

1,60% entrent avec SAMU
12,94 entrées/j
94,4% entrées SAMU enfants à CHL-CPED

12,63% taux d'hospitalisation post-SU
20% à l'étranger

Délais du processus

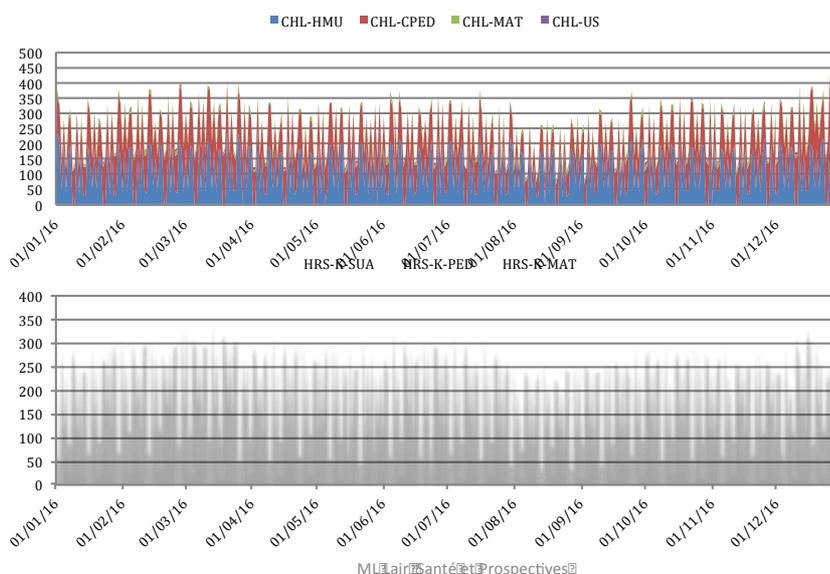
75 % ont durée de présence de 3h ou moins entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU
Objectif 85 %

62 % ont un triage par une infirmière dans un délai de 10 minutes après l'admission
Objectif 100 %

89,52 % ont un triage par une infirmière dans les 30 minutes après l'admission

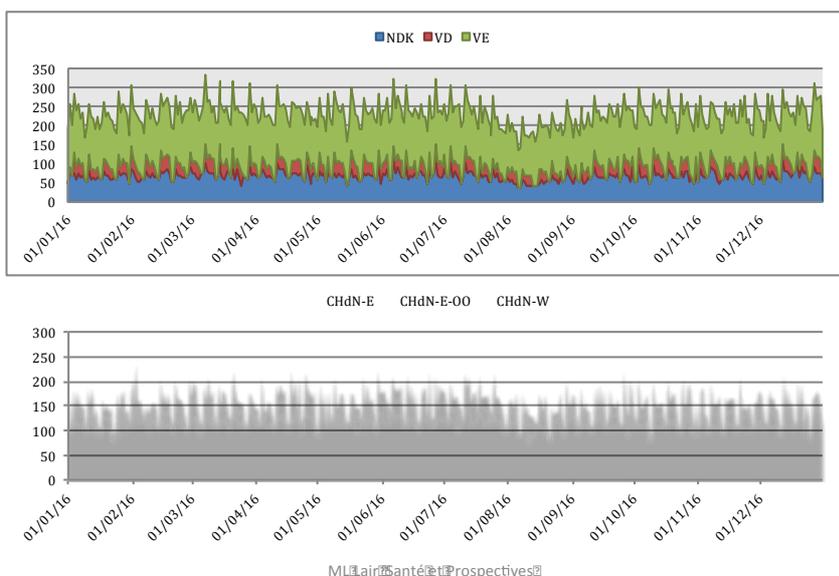
À Luxembourg-ville, l'organisation de la **garde alternée** entre les deux hôpitaux engendre des flux très intenses de patients les jours de garde, avec de grandes baisses d'activité les jours de non garde. Par contre dans les hôpitaux ayant une garde journalière, l'activité présente bien entendu des pics d'activité, mais l'amplitude de ces pics est nettement moins grande. Les graphiques ci-après montrent ces différences de réalité.

Impact de la garde (1)



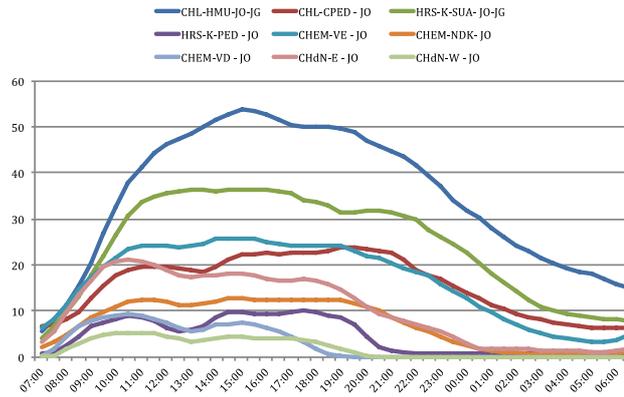
17

Impact de la garde (2)



18

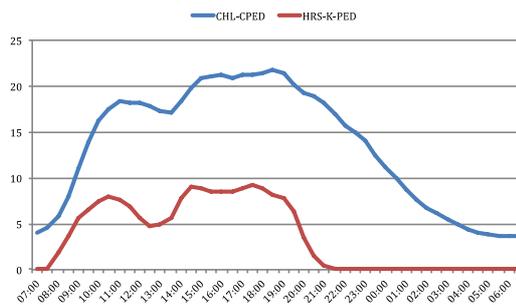
Flux de patients présents (1)



ML Lair Santé et Prospectives

19

Flux de patients présents (2)



ML Lair Santé et Prospectives

20

Données médicales

20 Médecins Urgentistes
remplacer dans les 15 ans

230 Médecins Spécialistes
remplacer dans les 10 ans

ML Lair Santé et Prospectives

21

5. Synthèse du rapport sur le fonctionnement des services d'urgence

Ce rapport intermédiaire décrit le fonctionnement actuel du service d'urgence des 4 établissements hospitaliers, ainsi que le système d'information disponible et ses potentialités réelles d'exploitation pour obtenir une image de la population non programmée prise en charge.

L'étude met en évidence une confusion permanente entre les terminologies employées suivantes : service d'urgence, policlinique, consultation médicale. L'autorité publique devrait régulariser cette situation afin que tous les acteurs (hôpitaux, Direction de la santé, CNS, équipes médico-soignantes) parlent des mêmes choses. Cela faciliterait le dialogue et les décisions à prendre dans le cadre de la budgétisation hospitalière.

De manière générale, par établissement, il existe un site principal qui accueille les patients non programmés (CHL-HM et CHL-CPED, CHEM-VE, HRS-HK-SUA, CHdN-E). Cependant dans deux hôpitaux, des sites délocalisés sont nécessaires car le site principal ne permettrait pas d'absorber l'activité courante : CHEM-NDK et HRS-ZK. Enfin, des sites sont ouverts pour essentiellement offrir une prestation de proximité pour la population, car l'activité en patients non programmés reste marginale : CHEM-VD et CHdN-W. Dans chaque établissement, des patients non programmés sont orientés vers des secteurs spécifiques tels que la maternité.

L'organisation de ces services d'urgence repose sur deux niveaux d'intervention médicale : d'un côté, des médecins dits « urgentistes » en 1^{ère} ligne dont le profil est variable, puisqu'il peut s'agir d'un médecin ayant un diplôme universitaire de médecine d'urgence ou d'un médecin généraliste ayant une certaine expérience, mais aussi de médecins spécialistes pour certains types de prise en charge (chirurgie, accident du travail, AVC), et de l'autre, de l'appel en 2^{ème} ligne à des médecins spécialistes de garde si nécessaire, qui ne sont que rarement sur place, et dont le contrat ne prévoit pas de délai pour venir voir un patient au service d'urgence. La fonction du médecin urgentiste n'est pas clairement définie sur le plan national, ce qui engendre un exercice professionnel différent selon l'établissement qui influe sur les délais de prise en charge. Pourtant, il s'agit d'une fonction capitale pour le pronostic vital et fonctionnel des patients, à haute valeur ajoutée, car elle peut par la qualité de sa prise en charge, intervenir sur les dépenses des soins de santé à charge de l'assurance maladie et sur les dépenses en aides et soins à charge de l'assurance dépendance. Dans le cadre de cette étude, il serait nécessaire de clarifier sur le plan national la fonction de médecin « urgentiste », ses attributions, la formation attendue, de vérifier si la nomenclature des actes médicaux actuellement en vigueur est adaptée aux actes prestés et d'harmoniser le modèle de rémunération médicale entre les sites d'un même établissement.

Le processus de prise en charge dans les 4 services d'urgence comporte certaines différences, mais repose sur un triage des patients par un infirmier avec une grille de triage à 5 niveaux. Cette grille n'est pas identique dans les 4 services des urgences. Seule une grille (ETG) est adaptée aux adultes et aux enfants, et peut s'appliquer aussi en psychiatrie. Deux des établissements (CHL et CHdN) ont informatisé le processus d'établissement du score de gravité. L'ordre de prise en charge des patients non programmés et triés est ensuite adapté en fonction du score de gravité établi pour chacun d'entre eux. Il y a lieu de discuter au niveau national du choix d'une grille unique, étant donné la taille du pays, et surtout s'il est attendu dans l'avenir de suivre l'évolution de l'activité des services d'urgence au niveau national. Il existe une filière debout et une filière couchée dans les 4 services d'urgence, relativement fonctionnelles. Généralement, les hôpitaux ont fait des efforts pour séparer les patients programmés pour une consultation en policlinique des patients non programmés se présentant au service d'urgence. Cette séparation n'est pas complètement réalisée au CHL-CPED, ce qui génère de grosses difficultés de surpopulation les mardis et jeudis. Il serait nécessaire d'étudier les possibilités architecturales de cet établissement pour envisager des solutions à court terme pouvant améliorer cette situation. De même, des adaptations des locaux sont à imaginer au CHEM-VE-SU afin d'obtenir un endroit de triage respectant l'intimité du patient, ainsi que des adaptations de la salle de lits porte afin que le séjour du patient y soit plus adapté aux besoins.

Trois établissements sur les quatre ont un espace dédié à la surveillance de courte durée en attente d'une décision de sortie à domicile ou d'une hospitalisation (inférieure à 24h). Cet espace devrait être mieux défini sur le plan national car pour la même fonction, il porte une dénomination différente (lits porte, places de surveillance, salle de brancards, hospitalisation provisoire) et donne lieu dans certains cas à un modèle de facturation différent. Cette définition devrait comprendre sa dénomination, sa mission dans la prise en charge des patients non programmés, le type de patients pouvant y être accueillis, la durée maximale d'accueil de ces patients, les médecins ayant à gérer cet espace, ainsi que le modèle de facturation à la CNS à appliquer par les hôpitaux. Le projet de loi sur les établissements hospitaliers ne retenant que la dénomination « lits porte », il est recommandé d'utiliser désormais cette seule dénomination. Pour ce qui est des Unités Hospitalières de Courte Durée (UHCD), elles pourraient si nécessaire être développées pour être une unité tampon d'hospitalisation pour des séjours supérieurs à 24h et inférieurs à 72 h. Le nombre de lits affectés à l'UHCD serait à négocier au sein de l'établissement sur le nombre de lits autorisés.

Pour ce qui concerne les urgences pédiatriques, chaque établissement a décidé d'un modèle d'organisation qui est plus ou moins fonctionnel. Il y a lieu désormais d'organiser conjointement entre les 4 hôpitaux les urgences pédiatriques selon le modèle prévu dans le projet de loi sur les établissements hospitaliers afin que le CHL-CPED puisse être doté d'une organisation médicale, soignante et infrastructurelle adaptée aux besoins de son activité et à ses missions. Actuellement, la couverture des urgences pédiatriques par un médecin « urgentiste » senior n'est pas totale. Cette concertation doit être abordée afin de trouver des solutions durables donnant la garantie que les enfants peuvent bénéficier de la même qualité de prise en charge de jour ou de nuit, 365 jours par an.

L'accueil des personnes âgées de plus de 75 ans n'est pas vraiment coordonné avec l'Unité Mobile de Gériatrie et les médecins gériatres, alors que toutes les publications internationales soutiennent une évaluation gériatrique dès l'entrée au service d'urgence.

L'organisation de la psychiatrie aiguë engendre l'accueil au service d'urgence de personnes présentant des troubles du comportement, des alcoolisations excessives ou des troubles liés à la toxicomanie. L'équipe médico-soignante ne dispose pas des compétences pour aborder sereinement ce type de patients. Seul le CHEM a réalisé un lien plus formel avec le centre de crise de psychiatrie. Il y a lieu de réfléchir à l'organisation d'une filière spécifique aux patients avec troubles psychiatrique organisée avec le service de psychiatrie afin de permettre une meilleure gestion des situations de crise de ce type de patients.

Le triage des patients non programmés met en évidence une forte présence de patients ayant un score de gravité faible (niveau 5) et qui de ce fait doivent attendre et expriment du mécontentement. Une réflexion doit être menée sur la possibilité d'adosser les maisons médicales au sein des établissements hospitaliers afin de pouvoir réaliser un triage des patients et de les orienter en fonction de leur état clinique soit vers le service d'urgence soit vers la maison médicale. L'autre option serait d'organiser un circuit court au sein du service des urgences dédié aux personnes avec un très faible score de gravité en tenant compte des horaires d'ouverture des maisons médicales.

Il faut noter que les équipes médico-soignantes subissent des violences verbales et physiques régulières nécessitant l'intervention des agents de gardiennage et de la police.

L'organisation de la garde dans la région Centre répartie sur deux établissements n'est pas favorable à une organisation fluide des activités du service d'urgence. Il y a lieu d'étudier d'autres possibilités d'organisation en estimant leurs impacts possibles.

De manière générale, la facturation à la CNS des passages en service d'urgence varie de manière significative entre les établissements. Ce point sera approfondi et fera l'objet d'un rapport ultérieur. Il est capital revoir cette situation puisqu'aujourd'hui les ressources humaines soignantes sont allouées sur base d'une norme complètement calculée sur le nombre d'unités d'œuvre facturées à la CNS. D'autre part, il donne une image déformée de l'activité en service d'urgence et notamment de sa croissance.

Les établissements ont mis en place un outil de suivi dynamique de la prise en charge des patients non programmés à destination des équipes médico-soignantes, utile pour avoir une vue globale de la situation en temps réel. Ils disposent d'autre part d'une application pour le dossier du patient non programmé. Cependant, actuellement il s'agit de 4 applications différentes, ce qui en soit pourrait ne pas être un problème. Mais la difficulté réside dans le fait que le type d'informations à collecter n'est pas défini, les modalités de réponse ne sont pas établies et le format des données n'est pas structuré pour certaines données essentielles telles que le diagnostic de sortie, la provenance, le mode d'admission. De ce fait, l'exploitation de ces données au niveau national est extrêmement limitée et ne permet pas de répondre aux questions que l'autorité publique ou l'Assurance Maladie sont en droit de poser lors de la demande de moyens complémentaires. Cette étude devrait donc aboutir à déterminer le set national de données à collecter de manière structurée pour tout patient non programmé et trié dans un service des urgences, avec les modalités de réponse associées. Ceci n'empêcherait pas les établissements et leurs équipes médico-soignantes de compléter ce set avec des informations complémentaires.

L'horodatage des activités de prise en charge existe dans les 4 établissements. Cependant tous les types d'heures permettant de calculer des délais de prise en charge objectifs ne sont pas disponibles dans tous les hôpitaux. Il y a donc lieu de fixer sur le plan national les types de délais à suivre pour un pilotage de l'activité dans les services d'urgence, et d'en conclure les horaires à saisir dans l'application du dossier patient aux urgences.

La mise à disposition d'une application « dossier service d'urgence » par l'établissement n'engendre pas systématiquement que les données de la prise en charge médicale y soient intégrées. Cela pose un problème de réponse aux obligations légales, mais aussi un problème de continuité de prise en charge. Deux hôpitaux (CHL et CHEM) répondent correctement à ces objectifs, leurs médecins « urgentistes » devant intégrer dans l'application des données obligatoires minimales à remplir pour pouvoir clore le dossier du patient.

Dans les 4 établissements, le médecin « urgentiste » peut avoir accès au dossier médical antérieur ambulatoire ou d'hospitalisation d'un patient déjà suivi dans l'établissement, ainsi qu'aux résultats de laboratoire et aux résultats d'imagerie médicale, sous réserve que la documentation médicale y soit remplie, ce qui n'est pas toujours garanti.

Il apparaît dans ce rapport que certaines activités sont à la charge des soignants du service d'urgence et sont consommatrices de temps : transport de patient, nettoyage des locaux, plans d'hygiène, recherche des lits d'hospitalisation. Ce modèle d'organisation a été développé probablement pour rechercher une certaine efficacité. Cependant, il faudra s'interroger sur son devenir et évaluer correctement les charges reportées sur ces professionnels afin d'y apporter une compensation pour disposer des compétences soignantes et en faire bon usage. Etant donné la durée de présence des patients en service d'urgence, des soins de base sont à dispenser mais les équipes médico-soignantes ne bénéficient pas de ressources en aide-soignante pour le faire.

Il faudra aussi réfléchir au modèle à choisir pour l'information proactive des proches.

Enfin, cette première partie de l'étude sur les services d'urgence et leur fonctionnement a mis en évidence des problématiques générant un engorgement des services d'urgence, notamment sur les flux en amont (envoi des patients vers les services d'urgence), sur les flux en aval (sortie des patients du service d'urgence) avec les difficultés rencontrées pour rechercher un lit d'hospitalisation ou obtenir une ambulance pour le retour à domicile. La gestion des comportements complexes au sein du service d'urgence doit aussi faire l'objet d'une grande attention.

En conclusion, l'amélioration de l'organisation des services d'urgence passe par des adaptations de l'organisation interne au sein des établissements, mais passe aussi par des décisions de politique nationale touchant à l'organisation de la médecine générale, à l'organisation de la pédiatrie et à la place que l'autorité publique acceptera de donner à la médecine d'urgence. Une harmonisation des

organisations et des pratiques au sein du service d'urgence doit être recherchée afin de donner au citoyen les mêmes chances quel que soit l'hôpital auquel il s'adresse.

6. Synthèse du rapport sur la description de l'activité 2016

Cette description de l'activité a mis en évidence que le Luxembourg offre à sa population une organisation du système de santé, certes perfectible, mais capable de répondre dans un délai moyen acceptable aux sollicitations. En effet, le délai moyen le plus élevé entre l'heure d'admission et l'heure de sortie est de 3h49 min soit moins de 4h. Pour 75 % des sollicitations, la durée entre l'heure d'admission et l'heure de sortie est de 3h ou moins. Près de 27 % des sollicitations ont une durée entre l'heure d'admission et l'heure de sortie située entre 1h et 2h. Si l'on considère que presque tous les patients ont une analyse médicale lors de leur venue au service d'urgence et qu'il existe un temps incompressible pour obtenir les résultats et si besoin investiguer plus, alors ces résultats témoignent d'une organisation relativement adaptée. Bien entendu, l'objectif doit être d'augmenter le pourcentage de sollicitations prises en charge en 3h ou moins, et de le porter à 85 % de patients dont la durée « Heure d'admission-Heure de sortie » est inférieure ou égale à 3h.

L'organisation de la garde alternée dans la région Centre entre le CHL et les HRS induit des fluctuations de l'activité extrêmement complexes à gérer. Les flux de présence des patients sont inadaptés aux locaux disponibles. Une surpopulation dans les espaces dédiés au service d'urgence explique aussi les tensions qui peuvent y naître. En effet, les équipes médico-soignantes ont à gérer les patients mais aussi les proches. Lors d'une journée de garde au CHL, les équipes ont à gérer jusqu'à 634 personnes dans la journée (317 patients en moyenne sur l'ensemble des portes d'entrée et 317 proches si l'on considère qu'un patient a au minimum un proche qui l'accompagne). Pour le CHL-HMU cela représente 190 patients un jour de garde et 190 proches, soit un total de 380 personnes sur 24h.

Cette organisation mérite d'être rediscutée avec les institutions, les professionnels et l'autorité publique à la lumière des résultats présentés dans ce rapport, qui seront consolidés par le rapport sur les ressources humaines, afin d'envisager une organisation capable de répondre aux besoins de la population sur un mode présentant moins de fluctuation et permettant une plus grande stabilité.

Les sites périphériques (CHdN-W, CHEM-VD et HRS-ZK) exercent un rôle de proximité prioritairement, bien identifié par la population. Ils répondent aux exigences d'accessibilité rapide à un service d'urgence, sans toutefois dépasser leurs compétences (pas de prise en charge des scores de gravité 1) et leurs ressources. Leur fermeture ou leur réduction d'activité le weekend n'engendre pas de reflux systématique vers le site principal. Seul le site du CHEM-NDK exerce un véritable rôle de soutien total au service d'urgence principal du CHEM-VE qui ne serait pas en mesure d'absorber en plus cette activité en raison du nombre de salles disponibles. Il n'est donc pas possible d'envisager la fermeture de cette structure au profit du CHEM-VE. Tout au plus, une réduction de certaines plages horaires (22h-7h) pourrait être envisagée en raison de la baisse d'activité et du seuil d'activité résiduelle pendant cette tranche horaire. Cependant, la fermeture de cette tranche horaire engendrera l'absence de médecin sur place sur ce site, ce qui aujourd'hui constitue un plus puisque le médecin urgentiste peut aussi répondre à toutes les urgences internes la nuit, ainsi qu'aux constats de décès.

L'utilisation des services d'urgence par la population est très différente d'un canton à l'autre et ne semble pas être liée au nombre de médecins généralistes exerçant dans le canton. Une exploration des raisons pouvant expliquer ces différences significatives de ratio serait pertinente. Les résidents hommes ou femmes utilisent de la même façon les services d'urgence. Les personnes transfrontalières travaillant au Luxembourg, sont aussi des utilisateurs des services d'urgence. Très peu d'étrangers sans matricule (0,87 % des sollicitations) s'adressent aux services d'urgence.

Les enfants constituent une très grande partie de l'activité des services d'urgence (26,73 % pour les 0-14 ans) et de ce fait, l'organisation de leur accueil doit être particulièrement bien structurée entre les 4 services d'urgence. Un concept définissant les responsabilités de chaque structure devrait être finalisé en

concertation avec les institutions, les professionnels et l'autorité publique afin d'attribuer ensuite les ressources adéquates aux besoins, notamment en terme de ressources médicales.

Ce rapport, avec ses limites, constitue une partie de l'analyse de la situation des services d'urgence. Il ne répond pas à la totalité des questions faute d'avoir pu disposer de toutes les informations pour élaborer les indicateurs pertinents mais il a le mérite de compléter le premier rapport sur la description de l'organisation des services d'urgence et de contribuer à construire une image la plus objective possible de la réalité de l'activité.

7. Synthèse du rapport sur les évènements indésirables au sein des services d'urgence

Les services d'urgence, quelque soit le pays, sont des structures complexes devant gérer une forte densité de population relativement hétérogène en termes de besoins en soins de santé, dans des espaces temps très courts et des infrastructures géographiques pas toujours adaptées au flux d'activité.

Il y a dans ces services une importante concentration de risques tant pour les patients que pour les équipes médico-soignantes.

Des évènements indésirables s'y produisent mais leur recensement est loin d'y être exhaustif, quelque soit le pays.

Le système de gestion des risques en place dans les services d'urgence

Les établissements hospitaliers ont mis en place un système de gestion des risques comprenant aussi les vigilances réglementées et des vigilances non réglementées. Il est associé à un système de gestion des plaintes.

Dans les 4 hôpitaux, la gestion des risques est intégrée avec la gestion de la qualité.

Cette implémentation du système de gestion des risques est récente, à l'exception des vigilances réglementées (hémovigilance, pharmacovigilance) et des vigilances mises en place par les Incitants Qualité telles que la surveillance des Infections Nosocomiales.

La culture de la déclaration n'a pas encore atteint son seuil de maturité, de ce fait il existe une sous-déclaration des presque évènements (EPR), des évènements indésirables (EI) ou des évènements indésirables graves (EIG) dans le service d'urgence.

L'implémentation des systèmes de gestion des risques a été confrontée aux divers processus de fusion des établissements, ce qui a ralenti le processus de mise en œuvre, les acteurs ayant eu d'autres préoccupations à gérer.

Les hôpitaux disposent aujourd'hui des connaissances, compétences et outils pour réaliser une gestion des risques comprenant les phases suivantes : la détection, le signalement, la déclaration, la collecte d'informations, l'analyse des causes racines et des barrières permettant la récupération d'un incident ou d'un accident, la proposition d'actions correctives et préventives, leur implémentation et leur suivi.

Mais en raison de sa dispersion liée à l'histoire de son développement, les données issues de la gestion des risques ne sont pas encore consolidées dans un rapport complet pouvant être décliné sur tous les risques par service. De ce fait les données présentées dans ce rapport, fournies par les établissements, ne sont pas complètes et sont à utiliser avec prudence.

Il faut constater que les 4 établissements n'utilisent pas les mêmes outils d'évaluation de la criticité d'un EI et d'analyse des causes racines. L'existence du CONAQUAL et la participation des 4 établissements dans cette instance laisse espérer qu'il sera possible d'aboutir dans un avenir très proche à une harmonisation des systèmes de gestion des risques. En effet, dans d'autres systèmes de santé européens, les

établissements hospitaliers sont amenés à utiliser les mêmes méthodes et outils pour la gestion des risques, alors que leur périmètre d'activité dépasse largement celui du Luxembourg.

Il ne peut qu'être recommandé d'évoluer vers un modèle unique de gestion des risques en milieu hospitalier afin de garantir à tous les patients quelque soit leur lieu de prise en charge, une même approche pour garantir leur sécurité. Cela aurait aussi le mérite de permettre une consolidation des évènements indésirables associés aux soins au niveau national.

Actuellement, le concept de gestion des risques choisi par les établissements hospitaliers comprend le panel des différentes vigilances retrouvées au niveau international. Il n'y a donc pas à l'élargir mais à le développer en profondeur dans chacun de ces risques pour le patient, afin de donner la garantie à la population que les institutions travaillent sur la prévention des risques majeurs et non mineurs. Il y a lieu de mettre toute l'énergie sur la détection, le signalement et la gestion des incidents et accidents à haute criticité, plutôt que de recenser des évènements dont la portée est faible pour la sécurité des soins.

La violence dans les services d'urgence

Les équipes médico-soignantes des services d'urgence rapportent une confrontation journalière à la violence verbale et occasionnellement à la violence physique. Certains types de patients en sont la source (personnes présentant une consommation excessive d'alcool ou de drogues, personnes atteintes de troubles psychiatriques avec agitation,...).

Les équipes ont développé un seuil de tolérance élevé à la violence verbale tout en la jugeant inacceptable et injuste, mais elles ne peuvent accepter le passage à l'acte que représentent les menaces et la violence physique.

Les institutions prennent des mesures de protection des professionnels.

Il est difficile d'avoir des données objectives sur la violence dans le service des urgences, car très peu de déclaration d'incident sont faites par les équipes médico-soignantes lorsqu'il s'agit d'agression verbale. Seules les agressions physiques sont déclarées ou les menaces très insistantes. Les rapports d'intervention des sociétés de gardiennage au sein des services d'urgence confirment les dires des professionnels.

Des équipes médico-soignantes équilibrées dans les services d'urgence

Les entretiens menés avec les équipes médico-soignantes n'ont pas mis en évidence de mal-être des professionnels rencontrés dans l'exercice de leur mission au service des urgences. L'expression du vécu professionnel est globalement positive. Les éléments forts sont : une forte motivation pour travailler dans ce type de service, une collaboration effective entre médecins et soignants qui permet de créer des binômes efficaces, une forte solidarité entre membres de l'équipe, la conscience d'être la carte de visite de l'hôpital et la première porte d'entrée et d'avoir ainsi un rôle clé, la définition claire des missions et tâches à accomplir. Par contre, les points faibles exprimés sont : une peur permanente de l'erreur et de la plainte en raison des flux de patients très élevés à prendre en charge, des horaires de travail aux HRS-K-SUA et au CHL-HMU ne permettant pas un équilibre satisfaisant avec la vie familiale et sociale, des risques professionnels non reconnus et des attentes de soutien et de valorisation de leur travail par leurs institutions et l'autorité publique.

Il est recommandé de porter attention à ces éléments négatifs et de mettre en place des mesures pour y pallier, afin d'éviter de rompre l'équilibre qui est encore actuellement présent.

Pas de signes de surexposition particulière des équipes des services d'urgence

Le suivi des professionnels des services d'urgence par la médecine du travail ne montre pas d'indicateurs de surexposition au stress au travail, ni le développement de facteurs psycho-sociaux pathogènes. Le turn-over, le ratio d'arrêt de travail par salarié ne sont pas plus élevés que dans d'autres services, les types de pathologies à la source d'arrêt de travail de plus de 6 semaines n'ont pas de lien particulier avec

des conditions de travail au service des urgences, peu de plaintes sont exprimées par les salariés de ces services.

Cependant, les médecins du travail estiment nécessaire de porter attention à certaines situations qui peuvent engendrer une rupture d'équilibre, à savoir les horaires de travail des personnels aux HRS-K-SUA et au CHL-HMU, ainsi que l'expression d'une exposition croissante à la violence verbale.

Les délais d'attente dans les services d'urgence

Le système de gestion des plaintes mis en place dans les 4 établissements permet de quantifier les motifs de plainte. Il en ressort que les délais d'attente dans les services d'urgence font partie des plaintes exprimées mais ne sont pas les motifs les plus fréquents de plaintes, ces dernières portant plus souvent sur la prise en charge médicale ou soignante, la communication ou le diagnostic.

Il est possible que ces objets de plainte puissent être liés à des situations de pics d'affluence, à des moments de stress important, à des moments d'engorgement des services d'urgence, mais l'analyse des plaintes dans les établissements ne permet pas de mettre en évidence ce type de lien.

En conclusion, les données collectées à ce jour au sein des établissements ou en médecine du travail, ainsi que les entretiens menés, ne permettent pas de confirmer ou de soutenir les assertions comme par laquelle la situation critique du fonctionnement des services d'urgence génère des événements indésirables, une augmentation des plaintes des patients concernant les délais d'attente ou un burnout des professionnels.

Néanmoins, ce n'est pas parce que les données collectées n'apportent pas de réponse positive à ces affirmations, que cela n'est pas à considérer. En effet, le recensement n'étant pas exhaustif pour les événements indésirables et le mode de surveillance en médecine du travail étant étalé sur deux années, il est possible que des effets ne soient pas détectables. L'expression des professionnels est à entendre même si aujourd'hui elle n'est pas alarmante.

C'est pourquoi ces services étant des services clés sur le plan institutionnel, il y a lieu de considérer ces risques comme étant potentiels, et de ce fait de mettre en place des mesures préventives pour conserver des équipes en bonne santé physique et mentale, capables de prendre en charge les patients en toute sécurité. Une formation à la gestion de la violence, une réorganisation de la filière de prise en charge des patients avec troubles psychiatriques, l'organisation des pauses dans le travail, l'amélioration des horaires de travail, des possibilités de valorisation du travail réalisé,...peuvent soutenir le maintien d'équipes performantes au sein des services d'urgence.

Un monitoring de ce service avec un set d'indicateurs complétant les indicateurs d'activité serait à mettre en œuvre. Ce set devrait comprendre des indicateurs psycho-sociaux relatifs à l'équipe médico-soignante, des indicateurs sur les risques encourus par les patients non pas mesurés par le biais de déclarations mais par le biais d'audits.

Même si les équipes médico-soignantes présentent des capacités intrinsèques d'adaptation élevées, une attention particulière doit leur être portée afin d'éviter leur épuisement. Les services d'urgence sont des services à hauts risques associés aux soins, et à forte tension. Ils nécessitent des équipes jouissant de toutes leurs capacités et compétences pour la prise en charge des patients.

8. Synthèse du rapport sur le pilotage des services d'urgence

Il n'existe pas à proprement parler de système de pilotage complet des services d'urgence au Luxembourg qui permette de gérer de manière optimale et anticipative les situations d'engorgement, par comparaison avec d'autres pays qui se sont organisés depuis plusieurs années pour maîtriser au mieux les situations à flux tendu des services d'urgence.

Les pouvoirs publics ne disposent pas d'informations en temps réel sur les activités des services d'urgence. A l'heure du présent rapport, il n'existe pas d'obligation légale ou réglementaire imposant une collecte minimale d'informations sur chaque passage au SU à des fins de santé publique et d'organisation sanitaire. Toutefois, avec le projet de loi sur les établissements hospitaliers, de nouvelles perspectives apparaissent.

Aucun indicateur de suivi des services d'urgence n'est défini au niveau national. Il n'existe pas de dispositions particulières pour le choix d'outils à utiliser qui permettrait de comparer les services d'urgence entre eux.

Les pouvoirs publics prennent à ce jour des orientations ou des décisions relatives aux services d'urgence sur des données de facturation.

Au niveau des institutions, il est retrouvé des initiatives de pilotage avec la création d'instance internes qui allient les directions et les professionnels médico-soignants pour discuter les problématiques rencontrées dans les services des urgences.

Un établissement possède un set important d'indicateurs qu'il suit avec régularité et qui peut à tout moment explorer d'autres indicateurs car le dossier électronique du patient dans le service d'urgence comprend un nombre intéressant de données structurées et standardisées.

Si l'objectif est en premier lieu d'optimiser la gestion des services d'urgence afin d'utiliser au mieux les ressources disponibles, il est indispensable alors de revoir le modèle de pilotage actuel tant au niveau local que national. Chacun des acteurs doit pouvoir prendre des décisions basées sur des indicateurs fiables et pertinents.

Pour cela, il est nécessaire de définir un système de pilotage complémentaire entre les acteurs, de réfléchir aux outils à mettre en œuvre et à inscrire les obligations de chacun dans les textes légaux, réglementaires ou conventionnels.

Il apparaît nécessaire de mettre en place au Luxembourg un système de pilotage des services d'urgence comprenant trois niveaux :

- **Le pilotage stratégique national**, dont la responsabilité incombe au ministère de la Santé en collaboration avec le ministère de la Sécurité sociale, qui veille à l'exercice des missions des SU, définit les indicateurs de performance et les cibles à atteindre, détermine les outils à utiliser au niveau national (notamment la grille de triage unique, la classification des diagnostics médicaux, la grille d'identification des risques des personnes âgées, la grille de classification des polytraumatisés, la grille de détection des AVC,...), inscrit les obligations de chacun dans les textes légaux et réglementaires, s'assure de l'adéquation des attributions professionnelles avec les activités sur le terrain et les fait évoluer si besoin, met en place un système national de collecte de données, centralisé, électronique sur les passages dans les SU en temps réel, intervient sur les offres de services dans les soins de santé primaires pour diminuer les flux vers les SU, agit sur l'information et l'éducation de la population au bon usage des SU, interroge les organes compétents sur le modèle de financement afin qu'il soit adapté aux évolutions des services d'urgence, édicte les normes structurelles, organisationnelles et fonctionnelles relatives aux SU y compris les compétences médicales et soignantes nécessaires, prend des initiatives permettant de soutenir le recrutement des compétences médicales en médecine d'urgence et dans les spécialités médicales devant assurer la garde en 2^{ème} ligne. Ce pilotage pourrait s'appuyer sur une plateforme

nationale permanente réunissant la Direction de la santé, les institutions hospitalières (Direction médicale et Direction des soins) et la FHL, le Centre de secours d'urgence (112), la Société Luxembourgeoise de Médecine d'Urgence, la Caisse Nationale de Santé, dont la mission serait de suivre les indicateurs nationaux relatifs aux SU, d'étudier les grandes problématiques rencontrées et de proposer aux pouvoirs publics la mise en œuvre de changements significatifs. Cette plateforme nationale devrait avoir une légitimité suffisante inscrite dans un texte réglementaire.

- **Le pilotage stratégique institutionnel**, coordonné par la Direction de l'hôpital, dont la responsabilité est de veiller à la qualité de la prise en charge dans les services d'urgence de l'établissement, ainsi qu'à la performance de ces derniers par une optimisation des ressources internes au service d'urgence mais aussi une optimisation des interfaces institutionnelles. Cette instance devrait être garante de fournir au niveau national des données exhaustives et fiables sur l'activité des SU dont elle a la charge et de ce fait d'obtenir des acteurs médicaux et soignants ces informations. Elle devrait aussi attribuer à une instance interne la production des indicateurs à éditer pour un réel pilotage interne, la liste des indicateurs à produire, la fréquence de production de ces tableaux de bord, les destinataires de ces informations, et inciter chaque acteur à les considérer dans la prise de décision. Cela permettrait à la direction de prendre des initiatives tant dans le service d'urgence que dans les services qui y sont reliés (laboratoire, imagerie médicale, unités d'hospitalisation, gestion des lits,...) sur base de données objectives multidimensionnelles.
- **Le pilotage opérationnel**, coordonné par le binôme médecin et soignant responsables du bon fonctionnement du processus Urgences dans l'établissement, qui devraient avoir à leur disposition et ce de manière régulière, un set d'indicateurs leur permettant de suivre en temps réel l'activité de ce service, d'identifier des déviations par rapport aux normes recommandées au niveau national, d'agir sur l'organisation interne du service d'urgence et d'alerter la direction de l'établissement sur les situations critiques nécessitant des interventions.

Afin de permettre aux acteurs de piloter, ils doivent avoir à leur disposition des tableaux de bord comprenant des indicateurs pertinents, et ce de manière régulière et automatique. Des cibles à atteindre doivent être fixées. Selon le niveau de chaque acteur, la liste d'indicateurs peut varier. Le choix du set d'indicateurs est important. Il doit être multidimensionnel afin de couvrir l'ensemble des domaines influençant le processus de prise en charge et augmentant le risque d'engorgement.

Pour pouvoir produire les indicateurs au niveau national ou au niveau de l'institution, des variables devraient être collectées pour chaque passage non programmé dans le service des urgences et se trouver dans le dossier du patient. La liste minimale est à déterminer par les pouvoirs publics.

L'implémentation du dossier électronique du patient constitue une opportunité pour structurer l'information à collecter et la standardiser au niveau national. Le ministère de la Santé et la Direction de la santé devraient publier les codes book à respecter pour ce qui concerne les indicateurs nationaux à suivre relatifs aux services d'urgence. La CNS devrait soutenir financièrement cette implémentation par le biais du financement du dossier électronique des patients ou par le biais des Incitants Qualité. La participation des médecins urgentistes à la structuration et à la standardisation des données médicales attendues ainsi qu'à la collecte devra être discutée dans le cadre du financement des activités médicales au sein des services d'urgence.

Le vote de la loi sur les établissements hospitaliers constitue une deuxième opportunité puisqu'elle prévoit que les pouvoirs publics reçoivent des données relatives aux activités des services d'urgence. Dans ce cadre, pourraient être officialisées les données à transmettre pour construire des indicateurs de pilotage des services d'urgence.

En conclusion, l'étude du pilotage des services d'urgence par les pouvoirs publics et en interne dans les institutions a permis de mettre en évidence des lacunes d'informations utiles à ces deux niveaux.

Ces lacunes sont dues à la fois à l'absence de certaines informations dans les dossiers des patients, l'absence de structuration et de standardisation des données dans les dossiers dans certains hôpitaux, ainsi que l'absence d'outils choisis au niveau national pouvant permettre une comparaison des activités.

De ce fait, la production d'indicateurs n'est pas possible dans un certain nombre de domaines qui seraient néanmoins nécessaires pour évaluer les situations d'engorgement et pour agir en prévention.

A l'étranger, le pilotage sur base d'indicateurs a été mis en place dans plusieurs pays avec l'obligation donnée aux hôpitaux de fournir un set de données sur chaque passage dans le service des urgences.

En général, les pouvoirs publics ont déterminé la liste des indicateurs nationaux à suivre, ainsi que les seuils de performance attendus. Plus les pouvoirs publics ont une vue systémique du système de santé, plus les indicateurs sont élargis à d'autres secteurs qui influencent l'engorgement des services d'urgence, tels que des indicateurs relatifs au secteur d'hospitalisation stationnaire.

Les propositions faites dans le présent rapport sont larges afin de permettre aux pouvoirs publics et aux institutions de réaliser une sélection d'indicateurs pertinents en fonction des objectifs recherchés. Cependant, cette sélection doit être assortie de deux décisions clés : définir les variables associées aux indicateurs à fournir et décider au niveau national des outils à utiliser pour scorer les patients. L'inscription dans un texte réglementaire devrait permettre d'asseoir l'organisation d'une telle stratégie.

Le pilotage des SU doit être renforcé mais il ne doit pas devenir une activité de gestion administrative, utilisant les ressources dédiées normalement aux patients. Il ne peut s'entendre qu'au service des patients en permettant une amélioration de la qualité de leur prise en charge ou de leur délai de prise en charge. De ce fait, les équipes médico-soignantes ne doivent pas être utilisées à la collecte des données et aux calculs des indicateurs. Pour éviter cela, tous les efforts doivent être mis pour que les technologies de l'information permettent d'automatiser la collecte de certaines données. De même, le dossier électronique du patient doit être structuré et paramétré de telle manière que son utilisation soit ergonomique pour les professionnels et ne consomme pas plus de temps tout en garantissant une information exploitable.

C'est par contre l'apprentissage à l'utilisation des indicateurs pour la prise de décision et l'anticipation qu'il faut privilégier et ce à tous les niveaux. Grâce à un pilotage concerté avec régularité, se basant sur des indicateurs objectifs, permettant de se comparer sur le territoire mais aussi avec les pays étrangers, les points critiques du fonctionnement des services d'urgence devraient pouvoir trouver des solutions durables. Une plateforme nationale devrait soutenir les pouvoirs publics dans le développement durable et qualitatif des services d'urgence, car il ne faut pas oublier qu'actuellement un citoyen sur deux passe cette porte chaque année.

9. Synthèse du rapport concernant les ressources disponibles dans les SU

Ce rapport a mis l'accent sur les ressources disponibles dans les services d'urgence en abordant les ressources matérielles et structurelles, les ressources humaines soignantes, administratives et médicales, ainsi que la comptabilisation des unités d'œuvre qui permet le financement des activités hospitalières et l'allocation des ressources soignantes dans le cadre de la budgétisation hospitalière.

Sur le plan des infrastructures, certains services d'urgence tels que le CHL-HMU disposent d'infrastructures non adaptées au nombre de patients accueillis les jours de garde. Les salles d'attente dans les 4 services d'urgence ne permettent pas d'accueillir les patients et leurs proches dans des espaces suffisamment spacieux. Il manque certains espaces d'isolement ou de triage permettant la confidentialité comme au CHEM-VE. Enfin des aménagements sont à faire au CHEM-NDK pour permettre d'avoir une visibilité sur la salle d'attente.

Les lits porte ne sont pas fonctionnels dans deux hôpitaux : aux HRS-K-SUA et au CHdN-E. Il y a lieu de prévoir leur mise en œuvre en conformité avec la définition prévue dans le projet de loi sur les établissements hospitaliers.

De principe, la question des infrastructures surtout au CHL-HMU et au CHL-CPED devraient être revue après la prise de décision par les pouvoirs publics sur l'organisation de la garde dans la région centre et sur l'organisation des urgences pédiatriques permettant de conclure sur le rôle que le CHL-CPED aura à exercer et des moyens qui devront être mis en œuvre pour ce faire. Les nouvelles constructions hospitalières pour le Sudspidol ou au CHL devraient intégrer ces espaces ainsi que tenir compte des diverses filières de prise en charge des patients au sein des services d'urgence, notamment aussi des espaces dédiés aux patients dont le score de gravité est faible.

En termes d'équipements, les services d'urgence ont un accès aux équipements d'imagerie médicale dans des délais jugés raisonnables lorsqu'il y a une véritable urgence vitale. Il est cependant nécessaire au niveau des pouvoirs publics de tenir compte que le scanner reste encore à ce jour l'examen le plus fréquemment utilisé dans les services d'urgence au Luxembourg comme à l'étranger, pour garantir un diagnostic rapide. Bien entendu, cela ne remet pas en cause la demande que tout examen d'imagerie médicale à rayons ionisants soit justifié en regard des recommandations de bonne pratique. Il y a donc lieu de tenir compte du besoin d'accessibilité à cet équipement pour les services d'urgence.

L'utilisation de la télémédecine et son encadrement dans la loi et dans la convention entre la CNS et l'AMMD devrait faire l'objet d'une réflexion plus approfondie afin de pouvoir intégrer les contraintes de la garde de 2^{ème} ligne. Pour ce faire, les équipements médicaux doivent être en mesure d'envoyer des informations (tracés d'ECG par exemple) en version digitale appropriée. Les établissements devraient intégrer cette perspective lors des nouvelles acquisitions. Un acteur devrait être missionné pour concevoir des opportunités de télémédecine capables d'apporter une plus value au fonctionnement des services d'urgence.

En ce qui concerne les ressources soignantes, les équipes sont composées prioritairement d'infirmiers. Une fonction d'aide-soignante a été retrouvée au CHL-HMU. La fonction de « greeter » qui assure l'accueil, la coordination et la supervision générale des prises en charge n'a été retrouvée qu'aux HRS-K-SUA. La fonction de coordination et de suivi des flux de patients n'a pas été retrouvée dans les autres services d'urgence principaux. La fonction d'information des patients et des proches sur leur délai d'attente ou sur le processus de la prise en charge du patient ne fait pas encore l'objet d'une mesure effective. La fonction d'IAO est acquise dans les 4 établissements et organisée sur les postes de jour principalement. Seul le CHL-HMU et le CHL-CPED sont dotés d'une aide-soignante assurant aussi une assistance logistique qui soutient l'équipe médico-soignante dans les aides aux soins, les transports, la gestion du matériel et la réalisation du plan d'hygiène.

Les attributions de l'infirmier sont à réviser afin de les adapter à l'évolution des pratiques professionnelles et au mode d'exercice dans le contexte d'un service d'urgence.

L'exercice professionnel en service d'urgence nécessite des connaissances et compétences spécifiques. Aucune formation complémentaire pour l'infirmier adaptée au service d'urgence n'existe à ce jour au Luxembourg. Pourtant le besoin en recrutement pour les services d'urgence est de 20 à 30 infirmiers par année, ce qui pourrait permettre d'envisager d'organiser un cursus de formation continue spécifique au SU sur le territoire.

Bien que certains établissements aient développé un référentiel de compétences pour l'infirmier du service d'urgence ainsi que des formations pour développer les compétences des parrains ou tuteurs, l'encadrement des nouveaux collaborateurs présente à ce jour des manques cruciaux par manque de temps et d'outils. Aucun temps de doublure avec un parrain n'est prévu dans la norme de dotation. Un encadrement de 2 mois serait pourtant à prévoir sur base de la liste des acquisitions à faire. Des programmes d'intégration du nouveau collaborateur au sein de l'établissement se sont développés dans les 4 hôpitaux mais les services d'urgence n'ont pas dans certains établissements le soutien approprié pour intégrer le nouveau collaborateur sur le terrain. Peu d'aides sont apportées sous la forme d'outils pédagogiques spécifiques pour accélérer l'intégration du nouveau collaborateur dans le SU, ce qui constitue une priorité pour un service pouvant être sous tension.

De même la formation continue des collaborateurs en service d'urgence doit être une priorité afin de garantir le maintien permanent des compétences clés et l'acquisition de compétences telles que la pose d'un plâtre ou d'une attelle. A ce jour, elle reste peu développée et les quotats d'heure prévus dans la loi, à savoir 40h par personne infirmier ou 40h par ETP financées par la CNS, ne sont pas atteints. Des outils pédagogiques devraient être développés par les services de gestion de la formation continue, notamment des outils de simulation, afin d'entretenir les compétences nécessaires à la médecine d'urgence. Des programmes obligatoires sont en train de se mettre en place mais pour les réaliser il faudra mobiliser des ressources. Il faut aussi veiller à ce que ces programmes obligatoires soient spécifiques aux services d'urgence. Il faut noter qu'il existe très peu de mutualisation entre les 4 établissements pour la formation continue des équipes soignantes des services d'urgence. Le centre de Widong pourrait être un interlocuteur d'intérêt mais à ce jour la collaboration dans le domaine de l'urgence ne répond pas totalement aux besoins des acteurs de terrain, bien que des ressources soient disponibles dans cette institution.

Toujours dans le domaine de la formation continue, il y aura lieu d'assurer un recensement exhaustif de l'ensemble des formations continues réalisées sur le terrain, et d'ajuster les logiciels permettant l'enregistrement des formations afin de pouvoir être en mesure ensuite de sortir des indicateurs appropriés pour le SU.

Enfin, il faut noter que les dotations en formateur accordées par la CNS, initialement prévues pour les fonctionnalités médico-techniques interviennent très peu pour les SU et sont plus affectées à des missions autour des ressources humaines, qui ne pénètrent pas vraiment les services d'urgence. Il y aurait lieu de cadrer cette norme en définissant le profil de fonction et le soutien qu'elle devrait apporter aux SU.

Les indicateurs relatifs aux ressources humaines ne présentent pas de signes particuliers pouvant témoigner d'un dysfonctionnement de ces services. En effet dans les 4 hôpitaux, le taux d'absentéisme est relativement bas, les demandes de mutation et les démissions sont rares.

Pour ce qui concerne les dotations en personnel soignant, il y a lieu d'introduire une séparation, dans le cadre de la budgétisation, des centres de frais services d'urgence et policliniques, afin de pouvoir partir sur des bases saines pour l'établissement d'une norme et l'allocation des ressources soignantes. Cependant, cela oblige à déterminer avec précision ce que doit contenir le centre de frais « service d'urgence » et le modèle de comptabilisation des activités.

Le travail qui a été réalisé au cours de cette étude a permis de montrer qu'aucune réconciliation n'est possible entre les ETP réels affectés sur le terrain aux activités non programmées et les ETP accordés dans le cadre des protocoles budgétaires.

L'analyse du ratio heures prestées par sollicitation montre un écart entre les 4 services d'urgence allant de 0,72 heure à 1,01 heure par sollicitation.

Des différences ont été mises en évidence quant au nombre de patients en moyenne par infirmière par heure et quant au nombre de minutes soignantes par patient par heure, selon les services d'urgence et selon les sites. Le seuil de 4 patients par heure par infirmière est franchi pendant des plages horaires longues pour plusieurs sites, en fonction des ressources réelles affectées. Au CHL-HMU les jours de garde, le seuil le plus bas de 5 minutes soignantes par heure par patient est atteint les jours de garde, traduisant la haute tension de l'activité. De même l'analyse montre que le CHL-CPED présente aussi de fortes tensions alors même qu'aucune pondération pédiatrique n'a été introduite, tout comme le CHEM-NDK.

Au sein même des institutions, des différences de ratio existent entre les sites. Elles existent aussi entre les périodes de nuit et de jour ce qui est un phénomène incompressible car pour une sécurité minimale une certaine dotation est requise même si il y a moins de sollicitations. Ceci a pour effet de diminuer les moyennes de la journée. C'est pourquoi il est nécessaire de tenir compte du profil du ratio sur les 24h afin d'identifier les périodes à très haut ratio lorsque l'on examine le nombre de patients par infirmier par

heure ou les périodes à très faible ratio lorsque l'on examine le nombre de minutes soignantes par infirmière par heure.

Des différences sont mises aussi en évidence entre les jours ouvrables et les weekends.

De manière générale, il faut noter que les profils de ratio sont différents d'un site à l'autre, mais qu'ils sont toujours très stables au sein même de chaque site en fonction des types de jour. Ceci témoigne d'une modélisation de la planification du personnel soignant qui se répète selon le type de jour. C'est aussi lié au comportement de la population pour recourir au SU selon certaines plages horaires. Il peut en tout cas être constaté, qu'il existe une recherche de la part des responsables soignants des SU pour obtenir la planification répondant le mieux au nombre de sollicitations avec les ressources disponibles. En effet, il n'existe que très peu de périodes démontrant des pics de minutes soignantes disponibles par heure et par patient en cours de journée.

Il y aura lieu de considérer ces résultats pour l'élaboration de la norme de dotation et l'attribution des ressources soignantes dans les services d'urgence. Bien entendu, il faudra tenir compte de plusieurs facteurs pouvant intervenir sur les dotations en personnel soignant tels que les décisions relatives à l'organisation de la garde dans la région centre, la décision concernant la fermeture du site CHEM-NDK la nuit, ainsi que le rôle qu'aura à exercer le CHL-CPED dans le cadre de l'organisation des urgences pédiatriques sur le territoire. D'autres facteurs comme des décisions concernant les sollicitations de score de gravité faible et l'impact de mesures prises dans les soins de santé primaires devront aussi être pris en compte.

Pour ce qui concerne les fonctions administratives et logistiques, force est de constater que les services d'urgence ne bénéficient que d'une aide modérée des services de transport et des services de nettoyage, induisant l'utilisation de ressources soignantes à d'autres activités que celles qui lui sont normalement attribuées. L'absence d'accueil administratif spécifique au service d'urgence 24h sur 24, impose aux équipes médico-soignantes des tâches administratives supplémentaires consommatrices de temps soignant.

Au niveau des ressources humaines médicales, l'étude a montré que la fonction de médecin urgentiste manque de reconnaissance alors que le rôle attendu est fondamental pour la performance de la prise en charge si le diagnostic est correctement établi et si le traitement approprié est mis en place dans les délais requis ou si la bonne orientation vers des services spécialisés est faite selon le processus attendu.

Dans leur ensemble, les directions des établissements sont favorables au développement de la fonction du médecin urgentiste sous réserve d'une formation et si possible d'une sur-spécialisation. Les profils actuels de médecins urgentistes sont encore très variés. Le nombre de médecins urgentistes est lié aujourd'hui au modèle de rémunération de ces activités.

La formation complémentaire sur les bonnes pratiques en médecine d'urgence est possible au CHL mais n'est pas garantie pour les médecins urgentistes libéraux puisqu'aucune réglementation actuellement n'est en place à ce sujet.

Les ratios de nombre de patients par médecin par heure ou de minutes médicales par patient par heure montrent aussi des différences entre les différents sites des services d'urgence, des différences à certaines périodes de la journée et des différences certains types de jour. Le ratio du nombre de patients par médecin par heure peut aller de 5 à 17 patients selon la tranche horaire les jours de garde au CHL-HMU ou à 15 au CHL-CPED. Dans les autres sites, il est courant de retrouver sur des périodes de journée 10 patients par médecin par heure.

La garde de 2^{ème} ligne assurée par des médecins spécialistes pose des questions pour l'avenir en raison du recrutement qu'il faut assurer dans les 10 prochaines années. En effet, à travers les différentes disciplines environ 231 médecins spécialistes devront être recrutés juste en raison de départs en pension. Ceci nécessite des stratégies d'anticipation et la mise en place d'une politique concertée de soutien au

recrutement médical. Tous les acteurs devraient se sentir concernés et une action collective plutôt qu'individuelle est à penser.

Concernant la comptabilisation des activités des services d'urgence qui a toute son importance dans la norme actuelle des dotations soignantes pour les polycliniques urgence, force est de constater que le système manque de précision et qu'il laisse toute liberté aux établissements hospitaliers pour facturer des unités d'œuvre (UO) selon des modalités non arrêtées officiellement entre les parties. De ce fait, la comptabilisation des UO n'est pas uniforme entre les établissements, ce qui intervient sur la dotation des personnels soignants. Il y a lieu de réfléchir sur l'intérêt d'utiliser cet indicateur comme support de détermination de la norme. Si telle était la décision de le conserver, alors des règles strictes et un contrôle de leur application devraient être mis en place afin de garantir une certaine équité dans l'attribution des ressources soignantes.

L'étude des ressources a permis d'éclairer la situation plus particulière de certains services d'urgence par rapport à l'ensemble, d'approcher, avec une moindre marge d'erreur, les dotations soignantes réellement affectées aux activités non programmées, et d'identifier des points d'amélioration pour soutenir les équipes médico-soignantes des SU. Ces informations seront utiles pour l'émission de propositions tant au niveau des établissements hospitaliers qu'au niveau des pouvoirs publics.

Cette étude a aussi mis en évidence un manque de coordination entre le service des ressources humaines, le service de formation continue, le service de préparation et de suivi des budgets, les responsables des services d'urgence, pour identifier correctement l'activité de chaque salarié et pour l'attribuer au centre de frais approprié. Chacun de ces acteurs a livré un nombre d'ETP pour les services d'urgence différent, ce qui a nécessité un certain temps pour réconcilier les informations ou n'a jamais pu être fait dans certains sites. Il y a lieu d'encourager les établissements à travailler sur ce point afin de gagner en clarté interne et en transparence externe, ainsi qu'en efficacité lors de la demande de données. Pour aller dans ce sens, il faut encourager les responsables des services d'urgence qui gèrent aussi les polycliniques à planifier le personnel selon des postes de travail pouvant clairement être rattachés au service d'urgence ou aux polycliniques. Ceci permettra de calculer dans l'avenir de manière plus systématique les ratios soignants.

10. Synthèse du rapport sur la Maison Médicale Pédiatrique (MMP)

La MMP, telle qu'organisée au sein d'un établissement hospitalier avec un triage commun, répond aux besoins de la population pédiatrique, en désengorgeant le service d'urgences pédiatriques de sollicitations de faible score de gravité (4 et 5 sur l'échelle de triage ETG), à certaines périodes de la journée. Elle permet de garantir à cette population une prise en charge par un médecin spécialiste en pédiatrie.

Bénéficiant d'un triage unique quelle que soit l'orientation, cela permet de diminuer les risques lors des attentes en MMP.

Elle gère une part importante des sollicitations non programmées relatives à la population pédiatrique. Malgré son insertion dans l'hôpital, l'indépendance professionnelle des médecins a été garantie.

Ce modèle doit donc être maintenu et soutenu mais il faut veiller à son adaptation régulière. L'utilisation de cette structure n'étant pas toujours justifiée, il y a lieu d'envisager des mesures d'éducation parentale à la gestion de légers problèmes de santé de leur enfant.

Actuellement, les maisons médicales pour adultes sont déconnectées de tout lien avec le secteur hospitalier. Les patients adultes avec des scores 4 ou 5 de triage continuent à s'adresser à l'hôpital sachant qu'ils auront la possibilité de bénéficier des examens complémentaires si cela était utile. Ils identifient l'hôpital comme une structure présentant des compétences et des équipements pouvant répondre à leurs besoins.

Il y a lieu de réfléchir sur l'intérêt ou non d'adosser à l'hôpital dans les mêmes conditions les maisons médicales pour adultes, l'exemple ayant été donné que l'indépendance médicale libérale peut être préservée au sein même d'une institution. Cette intégration ne pourrait être envisagée qu'avec un triage unique pour tous les patients se présentant au service d'urgence adultes, permettant d'orienter soit vers la Maison Médicale, soit vers le service d'urgence sur base du triage et d'une liste de critères d'exclusion. Cette alternative est à étudier en parallèle avec la création d'une filière dédiée au sein même des services d'urgence pour les scores de faible gravité lors du triage en dehors des heures d'ouverture des maisons médicales.