



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2017-2018

JS,TS/JCS,PG

P.V. SECS 34

P.V. TESS 25

Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 18 juin 2018

Ordre du jour :

1. Amélioration du fonctionnement des services d'urgence des établissements hospitaliers – présentation des recommandations de l'audit et des démarches actuelles et futures
2. Divers

*

Présents : Mme Nancy Arendt, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, M. Alexander Krieps, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, M. Edy Mertens, membres de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

M. Frank Arndt, M. André Bauler, Mme Joëlle Elvinger, M. Georges Engel, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Aly Kaes, M. Alexander Krieps, Mme Josée Lorsché, M. Edy Mertens, M. Marc Spautz, membres de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Mme Lydia Mutsch, Ministre de la Santé

M. Romain Schneider, Ministre de la Sécurité sociale

Mme Anne Calteux, M. Laurent Zanotelli, du Ministère de la Santé

M. Abilio Fernandes, Ministère de la Sécurité sociale

Mme Marie-Lise Lair, consultant externe "Santé et perspectives"

Mme Tania Sonnetti, M. Joé Spier, de l'Administration parlementaire

Excusés : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Marc Angel, M. Gilles Baum, M. Marc Baum, M. Eugène Berger, Mme Tess Burton, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Martine Hansen, M. Claude Lamberty, membres de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

M. Gérard Anzia, M. Marc Baum, Mme Taina Bofferding, M. Félix Eischen, M. Paul-Henri Meyers, M. Serge Wilmes, membres de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

*

Présidence : M. Georges Engel, Président de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

*

1. Amélioration du fonctionnement des services d'urgence des établissements hospitaliers – présentation des recommandations de l'audit et des démarches actuelles et futures

Madame la Présidente de la Commission de la Santé informe que l'audit qui fait l'objet de la présentation aux membres des commissions parlementaires de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports ainsi que du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale comprend l'analyse de l'état des services d'urgences au Luxembourg et formule des recommandations à la suite des conclusions qui s'en dégagent.

Madame la Ministre de la Santé rappelle que la démarche pour réaliser une étude sur les services d'urgences a été générée à partir d'une quadripartite. Un groupe de travail s'est ensuite constitué et a élaboré les objectifs à la base de l'audit. L'étude se devait de dresser le constat de la situation actuelle et se devait également de rassembler l'entièreté des données relatives aux procédures existantes.

Une plateforme institutionnalisée a été mise en place qui rassemble tous les acteurs concernés.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale souligne l'importance du sujet tant dans le chef des assurés que dans celui du personnel affecté aux urgences et des médecins qui y travaillent. Monsieur le Ministre met en exergue que le débat au sujet des services d'urgence n'est pas dépourvu de sentiments et d'irritations possibles. L'étude qui vient d'en être faite a le mérite d'objectiver le débat en fournissant les données factuelles indispensables.

Les deux ministères, celui de la santé et celui de la sécurité sociale, de même que la Caisse nationale de santé (CNS) ont été associés à l'étude.

En 2017, des priorités ont déjà été arrêtées pour les services d'urgence.

En 2018, une enveloppe financière a été mise à la disposition des hôpitaux en vue des activités des services d'urgence.

À l'heure actuelle se poursuivent des discussions au sujet des ressources en personnel dont il convient de doter les services d'urgence.

Présentation de l'étude sur les services d'urgence

Pour les détails de l'étude, il y a lieu de se référer à la présentation et au rapport joints au présent procès-verbal.

De la présentation, il y a lieu de retenir les éléments suivants.

L'étude a été réalisée sur un laps de temps de 9 mois. Elle a été coordonnée par un comité de pilotage. Elle a porté sur 4 services d'urgence. Les auditeurs sont allés sur les différents sites des services d'urgence et ont interviewés 226 personnes, dont 63 médecins. 9 ateliers ont validé les problématiques et établi des propositions. Le travail d'étude a abouti à un rapport final et à huit rapports spécifiques.

L'étude porte sur le processus de prise en charge des patients dans les services d'urgence. Ce processus se compose des arrivées, de la phase hospitalière et des sorties.

L'objectif de l'étude est la recherche des points critiques générateurs d'engorgement des services d'urgence et l'analyse des interfaces internes et externes.

L'étude se décline selon 9 modules, pour le détail desquels il est renvoyé à l'annexe I jointe au présent procès-verbal.

Quatre entités sont à l'étude : le Centre Hospitalier Luxembourg (CHL), les Hôpitaux Robert Schuman (HRS), le Centre Hospitalier Emile Mayrisch et le Centre Hospitalier du Nord. Ces entités se caractérisent par un site principal par région et des antennes sur les sites pour l'accueil de proximité. Niederkorn constitue une particularité. Il y a une filière maternité dans les 4 hôpitaux.

Il convient de relever dès à présent que la région Centre se caractérise par une garde alternée entre CHL et HRS, ce qui pose un problème d'organisation des services d'urgence et de l'hospitalisation pour le CHL comme pour les HRS.

Pour décrire l'activité des services, les auteurs préfèrent employer le terme « sollicitation » au lieu de celui d'urgence, qui est une définition médicale. Il s'ensuit que la sollicitation desdits services comprend également des situations qui ne représentent pas une urgence médicale au sens strict du terme.

En 2016, le total des sollicitations des 4 entités hospitalières était de 312.109, ce qui correspond en moyenne à 855 sollicitations par jour.

Le ratio national par 1000 habitants est de 540 sollicitations pour 1000 habitants – il peut y exister des variations suivant les cantons. La comparaison de ce ratio avec ceux d'autres régions à l'étranger montre le tableau suivant : Belgique : le ratio le plus élevé y est de 290 sollicitations pour 1000 habitants; en France, le plus élevé est de 344,5 sollicitations / 1000 habitants ; en Alsace le ratio est de 288,9 sollicitations / 1000 habitants ; en Champagne -Ardenne de 292,6/1000 et en Lorraine de 273,3/1000.

Il faut en déduire qu'au Grand-Duché de Luxembourg, les services d'urgences sont sollicités encore pour d'autres raisons et à d'autres fins que ce n'est le cas dans les régions limitrophes.

Pour les chiffres détaillés sur la fréquentation ventilée selon le genre, la résidence et l'âge, il y a lieu de se référer à la présentation contenue à l'annexe I de la présente.

Concernant l'âge, il convient de souligner que la prise en charge par les services d'urgence d'enfants âgés entre 0 et 14 ans est avec 26,73% de toutes les sollicitations remarquablement élevée. Ce chiffre témoigne d'une filière pédiatrique qui, dans son ensemble, fonctionne bien.

Si le taux d'hospitalisation des personnes qui entrent dans une urgence est de 12,63 %

au Luxembourg, et si l'on considère qu'il est de 20 % et plus à l'étranger, il convient de relativiser ces chiffres par le constat que les sollicitations par 1000 habitants sont nettement plus élevées au Luxembourg qu'à l'étranger.

755 des sollicitations ont une durée de présence de trois heures ou moins, ce qui est une durée jugée assez correcte.

62% des concernés ont un triage par l'infirmier dans un délai de 10 minutes après l'admission. Les auteurs de l'étude estiment qu'il convient d'améliorer ce taux.

89,52 % ont un triage dans les 30 minutes après l'admission. Il s'agit d'un délai qu'il convient d'améliorer.

Par ailleurs, dû à un manque de données, il est impossible de calculer le délai entre l'heure d'admission administrative et l'heure du premier contact médical ou le délai entre l'heure de triage infirmier et l'heure du premier contact médical.

L'impact du choix de la garde alternée sur la Ville de Luxembourg entre le CHL et les HRS est, selon les auteurs de l'étude, impossible à gérer. Si un jour, les sollicitations s'élèvent à 350, le lendemain ils ne sont plus que de 100. La gestion de pareilles variations entre les jours pose un défi impossible à relever aux médecins, au personnel, à l'organisation des lits d'hospitalisation, aux services de radiologie et aux laboratoires... Les auteurs de l'étude conseillent vivement de remettre en question la garde alternée entre CHL et HRS.

Concernant la présence simultanée des patients dans un service d'urgence, l'étude montre qu'il peut y avoir 50 patients adultes en même temps et 20 enfants de manière concomitante. Les auteurs de l'étude estiment que ces nombres sont difficiles à gérer.

Quant au nombre moyen de patients à gérer par médecin, sur la plage horaire de 7 à 23 heures, il est de plus de 10 patients par heure, ce qui, de nouveau, est jugé pouvoir poser problème.

Le nombre de patients par heure et par infirmier peut dépasser un pic, en fin de journée, de 4 patients par infirmier. La dotation en personnel varie selon les hôpitaux.

Un constat que font les auteurs de l'étude est le fait qu'il n'existe pas de pilotage national des services d'urgence et pas non plus de réel pilotage de ces services dans l'hôpital. Les indicateurs nationaux de pilotage, et donc des cibles à atteindre, manquent. Il n'y a pas de collecte systématique de données demandées pour chaque sollicitation.

Les constats en amont des services d'urgence sont les suivants :

- Le ratio de sollicitations/1000 habitants est trop élevé ;
- le nombre de cas d'un score de gravité très faible est trop élevé (environ 35 %) ;
- la médecine générale ne réserve pas de plages non programmées ;
- les maisons médicales sont payantes alors que le paiement est différé pour les hôpitaux ;
- les maisons médicales ne sont pas adossées à l'hôpital (sauf pour la filière de la pédiatrie) ;
- il y a des listes d'attentes pour les examens complémentaires ou la consultation de médecins spécialistes (jour même au service d'urgence) ;
- l'information des citoyens sur les maisons médicales et les services d'urgence

est insuffisante ; les nouveaux résidents n'ont souvent pas de médecin généraliste ;

- les personnes âgées institutionalisées sont trop rapidement dirigées vers les hôpitaux.

Les constats en aval des services d'urgence sont les suivants :

- Des pertes de temps pour trouver un lit d'hospitalisation se font jour en raison du fait qu'il n'y a pas de gestionnaire de lits avec une autorité de décision ;
- il n'y a pas de plages à distance raisonnable pour un examen complémentaire ou une consultation par un médecin spécialiste ;
- il existe un problème de disponibilité des transports en ambulance, avec des délais d'attente de 2 heures ;
- les services nationaux sont saturés.

Concernant les infrastructures et l'équipement, les constats sont les suivants :

- Les locaux sont insuffisants et non adaptés à l'activité ;
- il y a une absence de « lits porte » dans le CHdN et les HRS (les lits portes sont destinés aux patients qui sont en attente de la prochaine intervention) ;
- actuellement les équipements sont insuffisants ;
- il convient de maintenir des scanners accessibles sous 30 minutes pour un service d'urgence ;
- la télémédecine est trop peu développée.

Pour ce qui est des ressources médicales il convient de noter ce qui suit :

- Le ratio patients par médecin par heure est trop élevé ;
- la médecine d'urgence ne bénéficie que d'une très faible reconnaissance par les pouvoirs publics (pas d'inscription dans la liste des spécialités médicales, pas de définition du médecin urgentiste, peu d'exigences légales ou réglementaires pour l'exercice professionnel, les tarifs dédiés à cette discipline sont rares et il faut reconsidérer les limites au recrutement) ;
- les difficultés augmentent pour assurer la deuxième garde de médecins spécialistes – les avis de spécialistes prennent du temps ;
- sur les 10 prochaines années, 231 médecins spécialistes devront être recrutés.

Les constats relatifs aux ressources soignantes sont les suivants :

- Le ratio patients par infirmiers par heure est trop élevé dans certains services d'urgence ;
- il n'y a pas de norme de dotation spécifique aux services d'urgence ;
- il manque le temps d'encadrement des nouveaux collaborateurs ;
- les attributions professionnelles de l'infirmier ne sont plus adaptées à la pratique en service d'urgence ;
- il faut constater l'absence d'aides-soignants, d'assistants logistiques et de superviseurs des flux d'informations aux patients et aux proches.

Concernant la prise en charge, il convient de noter :

- Il existe un problème majeur lié à la garde alternée à Luxembourg-Ville ;
- il faut constater une documentation insuffisante de la prise en charge (diagnostic, horodatage) ;
- il n'existe des lignes directrices pour la prise en charge que pour quelques pathologies ;
- il n'y a pas de filière organisée pour la prise en charge des crises psychiatriques ;
- la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus pâtit de l'absence de détection systématique de leur fragilité ;
- pour les urgences pédiatriques, il n'y a pas de concept national et les moyens sont insuffisants au CHL-CPED ;
- le triage des patients à l'admission est ancré dans les pratiques ;
- l'accès aux informations pour les patients reste difficile.

Le constat au sujet de la pédiatrie relève une organisation réussie et à maintenir.

La pédiatrie est adossée au CHL. En 2016, le taux d'utilisation par des enfants était de 22,33 % et seulement 1,62 % ont été réorientés, ce qui est une valeur excellente.

Pour ce qui est des informations destinées aux patients, l'étude constate qu'il manque un système d'information en salle d'attente.

Les points jugés très positifs par les auteurs de l'étude sont les suivants :

- Les équipes médico-soignantes de première ligne sont très motivées ;
- il existe un système électronique de suivi de l'engorgement ;
- il existe également une volonté de changement ;
- l'étude a été vécue comme stimulant ;
- des initiatives ont été prises en cours d'étude par les hôpitaux ;
- il existe des attentes des acteurs envers l'autorité publique, notamment en ce qui concerne la reconnaissance de l'importance des services d'urgence dans le système de santé, en ce qui concerne la prise de décisions (règlement grand-ducal précis, financement...) et en ce qui concerne les engagements sur le moyen terme.

Les auteurs de l'étude font des propositions au sujet des cibles à viser :

- Ratio d'utilisation des services d'urgence : 440 sollicitations/1000 habitants ;
- 100% des patients triés dans les 10 minutes après l'admission administrative ;
- 85% des patients avec une durée de présence inférieure ou égale à 3 heures ;
- 85% des personnes âgées de 75 ans et plus avec une durée de présence inférieure ou égale à 2 heures ;
- ratio de 1,6 à 2 patients admis en service d'urgence par médecin par heure ;
- ratio de 4 patients par infirmier par heure ;
- 90% des résultats de laboratoire disponibles 45 minutes après le prélèvement ;
- 90% des CR de radiologie dans les 30 minutes après l'examen ;
- délai moyen de 30 minutes entre la décision médicale de sortie et la sortie effective du service d'urgence ;
- 100% des personnes âgées de 75 ans et plus avec hospitalisation suite au service d'urgence bénéficient d'un avis du médecin gériatre avant

l'hospitalisation.

L'étude propose ensuite 32 mesures avec 150 actions dans 7 domaines, avec des effets à court, moyen et à long terme, qui impliquent tous les acteurs et répondent à une vue systémique. Pour les détails de ces mesures et actions il y a lieu de se référer à la présentation et au rapport ci-annexés.

De manière synthétisée, les mesures et actions se présentent comme suit :

- Il convient de préciser le cadre légal et conventionnel des services d'urgence ;
- il convient de donner un cadre légal et conventionnel à la médecine d'urgence et il faut mettre en œuvre un pilotage des services d'urgence ;
- concernant les ressources structurelles, il faut adapter ou construire les locaux des services d'urgence en se basant sur les concepts actualisés de médecine d'urgence et sur l'activité ; il faut garantir une accessibilité des services d'urgence à un scanner ;
- concernant les mesures relatives aux ressources médicales : il convient d'assurer une accessibilité optimale à une médecine d'urgence de première ligne ainsi qu'une accessibilité optimale à une deuxième ligne de médecine spécialisée ;
- pour ce qui est des mesures relatives aux ressources soignantes, il faut des normes pour les ressources soignantes spécifiquement pour les services d'urgence ; il faut un soutien aux équipes soignantes ; il faut assurer les compétences optimales au sein de l'équipe soignante et il faut une révision des attributions professionnelles des infirmiers ;
- il faut par ailleurs aménager la planification des personnels et limiter l'attribution de charges complémentaires pour les services d'urgence ;
- en amont des services d'urgence, il convient de renforcer les soins de santé primaires, d'informer et d'éduquer la population et les professionnels, d'éviter si possible l'hospitalisation des personnes âgées institutionnalisées ou en réseau de soins et améliorer la bonne orientation des patients par la centrale des services d'urgence, le 112 ;
- concernant les mesures relatives au processus de prise en charge, il faut une garde parallèle de 7 à 19 heures et d'un weekend sur deux pour ce qui est de la garde à la Ville de Luxembourg ; il faut une phase d'observation et de surveillance de certains patients ; il faut une filière de prise en charge des personnes avec des troubles psychiatriques tout comme une filière pour les personnes âgées. Pour ce qui est de la filière de prise en charge des urgences pédiatriques, il faut une couverture par un médecin senior au CHL-CPED, un concept national et l'éducation des parents ;
- il convient encore de standardiser les prises en charge selon les bonnes pratiques, de développer davantage les informations pour médecins urgentistes et de rechercher des partenariats à l'étranger, de sécuriser davantage les flux des patients au sein du service d'urgence, d'améliorer l'information aux patients et à leurs proches, de favoriser la transmission des informations entre professionnels et de réduire les délais d'attente d'un avis de médecin spécialiste, notamment au travers la télémédecine. La sécurité des soins aux patients et la thématique des risques de violence dans un service d'urgence sont d'autres sujets à traiter ;
- en aval des services d'urgence, il faut veiller à la disponibilité des lits d'hospitalisation, à la qualité et au délai de transport des patients post-service

d'urgence.

Parmi les conclusions, il convient de noter que des améliorations sont nécessaires, que tous les acteurs ont un rôle à jouer, que l'harmonisation de l'organisation des 4 services d'urgences est nécessaire pour garantir au citoyen les mêmes chances. Des investissements sont également nécessaires.

Prise de position des ministres

Madame la Ministre de la Santé met en exergue l'impressionnant nombre de mesures et actions proposées et en conclut qu'il n'y a pas seulement une action clé à mettre en œuvre. Elle signale l'importance que revête une priorisation des mesures. À cette fin, la plateforme déjà constituée pour accompagner l'audit peut être utilisée. Elle offre l'avantage que tous les acteurs y sont déjà représentés. Madame la Ministre informe que le Dr Philippe Turk accompagnera ces travaux en tant qu'expert externe. La priorisation des mesures devra se faire suivant l'urgence donnée et suivant la faisabilité de la mise en œuvre des mesures.

Madame la Ministre estime qu'en ce qui concerne la mise en œuvre de mesures, le court terme signifie en l'occurrence le mois prochain ; le moyen terme signifie la transposition de mesures jusqu'à la fin de l'année 2018 et le long terme se situe à l'horizon 2020.

Concernant le taux élevé de sollicitations par 1000 habitants, Madame la Ministre estime qu'il convient d'informer et de sensibiliser les médecins généralistes pour arriver à réduire ce taux. Toutefois, force est de reconnaître qu'il y a des populations qui n'ont pas l'habitude de consulter un médecin généraliste et qui s'orientent directement vers un hôpital. En conséquence, il convient de revaloriser la médecine générale. Une app mobile, récemment développée par l'agence eSanté et le Cercle des médecins généralistes, sera bientôt opérationnelle et pourra y contribuer.

Concernant le pilotage des services d'urgence, Madame la Ministre informe qu'un règlement grand-ducal est sur le point d'être finalisé. Le règlement grand-ducal apportera une réponse à de nombreux éléments mis en exergue par l'étude.

Concernant une réorientation des flux de patients, Madame la Ministre donne à considérer que les filières spécialisées (pédiatrie, cardiologie...) sont en train d'être constituées dans les hôpitaux. Pour ce qui est des services semi-urgents, comme la consultation de médecins spécialistes, des améliorations sont en cours de réalisation. Il en va de même de l'amélioration des transferts et des sorties des patients.

Concernant le service des gardes dans la région centre, un projet pilote sera lancé dès 2019 pour le CHL et les HRS en vue de répondre à la problématique des gardes alternées soulevée par l'étude.

En ce qui concerne les mesures d'aménagement architectural, des moyens financiers sont définis et seront mis à la disposition pour réaliser de tels aménagements.

Madame la Ministre signale encore l'important travail qui est déjà réalisé par la plateforme.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale informe les membres de la commission que dans le cadre de la CNS, les travaux sur une nomenclature englobant les médecins urgentistes sont en cours. La CNS devrait saisir à la mi-juillet 2018 la Commission de nomenclature d'un projet afférent.

Monsieur le Ministre renseigne encore sur une adaptation des moyens financiers

destinés à compenser les temps morts des médecins dans les hôpitaux de garde. Les 4 services d'urgence sont visés. Le Comité directeur de la CNS a déjà donné son accord de principe à ce sujet.

Concernant la dotation en infirmiers des services d'urgence, la CNS et la FHL examinent au sein de la commission des normes les besoins et s'accordent à y consacrer des ressources supplémentaires. Celles-ci sont d'ailleurs encore disponibles dans l'enveloppe budgétaire pour l'année 2018 destinée aux hôpitaux, estime Monsieur le Ministre.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale souligne encore l'importance que revête, à ses yeux, la présence d'une personne aux services d'urgence pour y assurer l'accueil et le suivi des patients. Il estime qu'il faut qu'il s'agisse d'infirmiers spécialement formés.

Monsieur le Ministre espère qu'un dégorgement des services d'urgence puisse être réalisé par le développement de cabinets de groupes médicaux, notamment dans des régions rurales. Il s'agit d'élaborer un concept à ce sujet.

Concernant la communication, Monsieur le Ministre informe que les nouveaux arrivants au Luxembourg reçoivent d'office une lettre d'information sur les soins au Luxembourg. Concernant les infrastructures, les premières décisions ont déjà été prises et les travaux se poursuivent.

Monsieur le Ministre souligne finalement l'importance d'une coopération entre l'ensemble des acteurs.

Échange de vues

Un représentant du groupe politique CSV salue l'étude qui vient d'être présentée. Il estime que le système au Luxembourg pâtit depuis toujours d'une orientation trop marquée sur les hôpitaux. À présent, le défi consiste à bien prioriser les mesures à prendre. Selon l'orateur, il serait insuffisant de se limiter à des actions de sensibilisation. Le développement des cabinets médicaux lui semble une bonne voie à poursuivre. L'orateur pense que les services d'urgence sont un élément de soins fondamentaux et doivent également s'inscrire dans le volet de l'ambulatorio. Il s'enquiert encore sur d'éventuelles fermetures de certaines entités pendant la nuit et il s'interroge sur les répercussions sur les services d'urgence.

Un autre membre du groupe politique CSV voudrait savoir si les visites non justifiées aux services d'urgence sont analysées. L'orateur s'étonne par ailleurs du ratio de 1,2 à 2 patients par médecin alors qu'ils en voient aujourd'hui 10 de l'heure. En réponse à ces deux dernières questions, il faut d'abord retenir que des sollicitations non justifiées des services d'urgence existent et qu'ils sont considérées dans le cadre de l'étude, notamment dans la catégorie des U5, qui ne représentent pas une véritable urgence (en l'occurrence il peut s'agir de renouvellements d'ordonnances). Ensuite, concernant le ratio utilisé pour mesurer la charge des médecins, il a été opté pour un ratio qui mesure le nombre de patients entrant par heure au service d'urgence et qui présente l'avantage d'être également utilisé à l'étranger, ce qui permet dès lors de faire des comparaisons internationales.

Un membre du groupe politique « déi gréng » demande des précisions relatives aux mesures architecturales qu'il conviendrait d'entreprendre. L'orateur demande de savoir de plus si les prestataires de maisons de soins et de CIPA sont représentés à la plateforme de travail. L'orateur veut également savoir de quelle manière les maisons

médicales sont incluses dans les tris et les orientations des patients. L'orateur s'interroge finalement sur les besoins de recrutement de médecins au cours des 10 prochaines années.

Un membre du groupe politique CSV rappelle qu'un travail scientifique au sujet du fonctionnement des urgences fut déjà entamé au CHL. L'orateur déplore que l'étude qui vient d'être présentée est muette au sujet des raisons qui amènent les patients vers les services d'urgence. L'orateur met en exergue le défi posé par le fait que le paiement à l'hôpital n'est que différé. Un problème à soulever est encore celui des urgentistes qui voient d'office des patients qui rejoignent l'hôpital pour une consultation d'un médecin spécialiste. L'orateur souligne que sur la Ville de Luxembourg, il faudrait que 2 hôpitaux soient de garde. Finalement l'orateur estime qu'il faut des incitants pour les médecins pour rejoindre des cabinets de groupe.

Un membre du groupe politique DP rappelle qu'à l'hôpital de Wiltz existent des infrastructures qu'il convient de maintenir et d'utiliser. Il souligne l'importance d'organiser les soins de manière à assurer le fonctionnement de telles entités au lieu de s'acharner à centraliser des fonctions dans des endroits parfois difficiles d'accès pour une partie de la population.

Un autre membre du groupe politique DP estime que l'une des conclusions de l'étude, qui préconise d'assurer que des personnes âgées de 75 ans et plus devraient pouvoir quitter les urgences endéans deux heures seulement, n'est pas réaliste. L'orateur, estime que cela serait trop rapide. L'orateur plaide encore en faveur de structures destinées exclusivement à des soins gériatriques au lieu de miser encore sur des CIPA, moitié maison de retraite et moitié maison de soins. L'orateur donne à considérer que l'accès au scanner n'est pas la seule priorité à observer mais qu'il faut aussi rendre les IRM plus rapidement accessibles. Il donne encore à considérer que la sollicitation d'un service d'urgence peut être dû à des aspects culturels. Il donne aussi à considérer, qu'une sollicitation peut s'expliquer par le désir du patient de se procurer un certificat de maladie. Finalement l'orateur donne à considérer que les services d'urgences sont confrontés avec les cas les plus lourds à traiter dans le courant de la nuit. Il ne convient dès lors pas de délaissier les urgences pendant la nuit. Finalement l'orateur estime qu'il est illusoire qu'un gériatre puisse voir chaque personne âgée avant de lui accorder la sortie d'un service d'urgence, en raison du simple fait qu'il n'y a pas suffisamment de médecins gériatres au Luxembourg. L'orateur invite les auteurs de l'étude à revoir leurs conclusions sur certains points.

Un membre du groupe politique LSAP souligne qu'en effet l'hôpital de Wiltz devrait bénéficier de plus d'attention et qu'il est parfois difficile pour les habitants de la région de rejoindre la structure hospitalière à Ettelbruck.

Madame la Ministre de la Santé voudrait soutenir les cabinets de groupe et valoriser davantage la médecine générale. Elle informe que des postes budgétaires sont particulièrement prévus à cet effet. Elle pense que ces cabinets offrent la possibilité d'offrir encore des consultations après 17 ou 18 heures ainsi que les samedis. Des négociations en ce qui concerne des incitatifs sont en cours.

Madame la Ministre confirme qu'un service d'urgence a vocation d'être opérationnel 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La loi hospitalière définit ainsi la mission du service d'urgence. Il s'agit de ne pas faire miroiter une fausse sécurité.

Madame la Ministre tient encore à préciser qu'il ne convient pas de tirer les mauvaises conclusions à l'égard du devenir des hôpitaux de Niederkorn, Wiltz et de la Clinique Sainte Zithe. Personne ne veut la fermeture de ces hôpitaux. Madame la Ministre

espère que dans le proche avenir, ces structures fassent des demandes pour les services qu'ils comptent opérer. Un scénario n'est ici pas celui d'un service d'urgence mais celui d'une structure de jour qui peut accueillir sans rendez-vous des patients.

Concernant la médecine ambulatoire, Madame la Ministre rappelle les dispositions y afférentes de la loi hospitalière et estime que les patients sont disposés de rejoindre, le cas échéant, des cabinets de groupe et des structures de jour tels qu'évoqués ci-devant.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale met en exergue que les infrastructures existent et qu'il s'agira de redéfinir l'organisation des processus des services d'urgence de sorte à permettre une utilisation plus efficace des infrastructures. Mis à part ce qui précède, il conviendra également de procéder à la construction de nouveaux locaux. En ce qui concerne la discussion sur la mise à disposition d'IRM, Monsieur le Ministre donne à considérer qu'il ne s'agit pas uniquement d'acquérir des IRM, encore faudra-t-il que les lieux adaptés aux IRM soient prêts.

Monsieur le Ministre confirme que les médecins généralistes s'investissent pleinement dans les réflexions en cours et notamment en ce qui concerne le développement de cabinets de groupes médicaux.

En ce qui concerne la plateforme qui a été mise en place, elle constitue aux yeux de Monsieur le Ministre la superstructure en-dessous de laquelle se réunissent les représentants de toutes les parties concernées. Monsieur le Ministre met en exergue la nécessité d'une collaboration interactive entre tout un chacun.

Monsieur le Ministre confirme que si des structures existent, il convient bien entendu de les utiliser. Toutefois, faut-il encore veiller à sécuriser leur utilisation.

Une collaboratrice du Ministère de la Santé présente succinctement la plateforme de coordination constituée par tous les acteurs du terrain et qui vise à mettre en œuvre les nombreuses recommandations issues de l'audit. Il convient de retenir que la plateforme centralise les informations au sujet de la mise en œuvre des recommandations dans les différents domaines. L'organe est de nature consultative, il émet des avis destinés aux membres du Gouvernement concernés. La plateforme a déjà entamé ses travaux et accompagne la mise en œuvre des actions prioritaires à court et moyen terme qu'elle est parvenue à définir.

2. Divers

Monsieur le Président de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale informe les membres de ladite commission parlementaire que lors de la réunion programmée pour le lendemain, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale se propose de fournir des informations relatives au conflit social qui avait eu lieu dans différentes maisons de soins au cours des dernières semaines et dont une issue s'est annoncée par un accord entre les parties qui a reçu l'appui du Gouvernement lors de la réunion du Conseil de Gouvernement du 15 juin 2018.

Le Secrétaire-Administrateur,
Tania Sonnetti

La Présidente de la Commission de la Santé, de l'Egalité
des chances et des Sports,
Cécile Hemmen

Le Secrétaire-Administrateur,
Joé Spier

Le Président de la Commission du Travail, de l'Emploi et
de la Sécurité sociale,
Georges Engel

ANNEXES

- I. Présentation de l'étude
- II. Rapport final



Etude sur les services d'urgence

Présentation des résultats
à la Commission Santé et Sécurité Sociale
Chambre des Députés

18 juin 2018

Organisation de l'Etude

Durée
9 mois
04 à 12-2017

**Comité de
Pilotage**
10 séances

**10 Modules
de travail**

**4 services
d'urgence
étudiés**

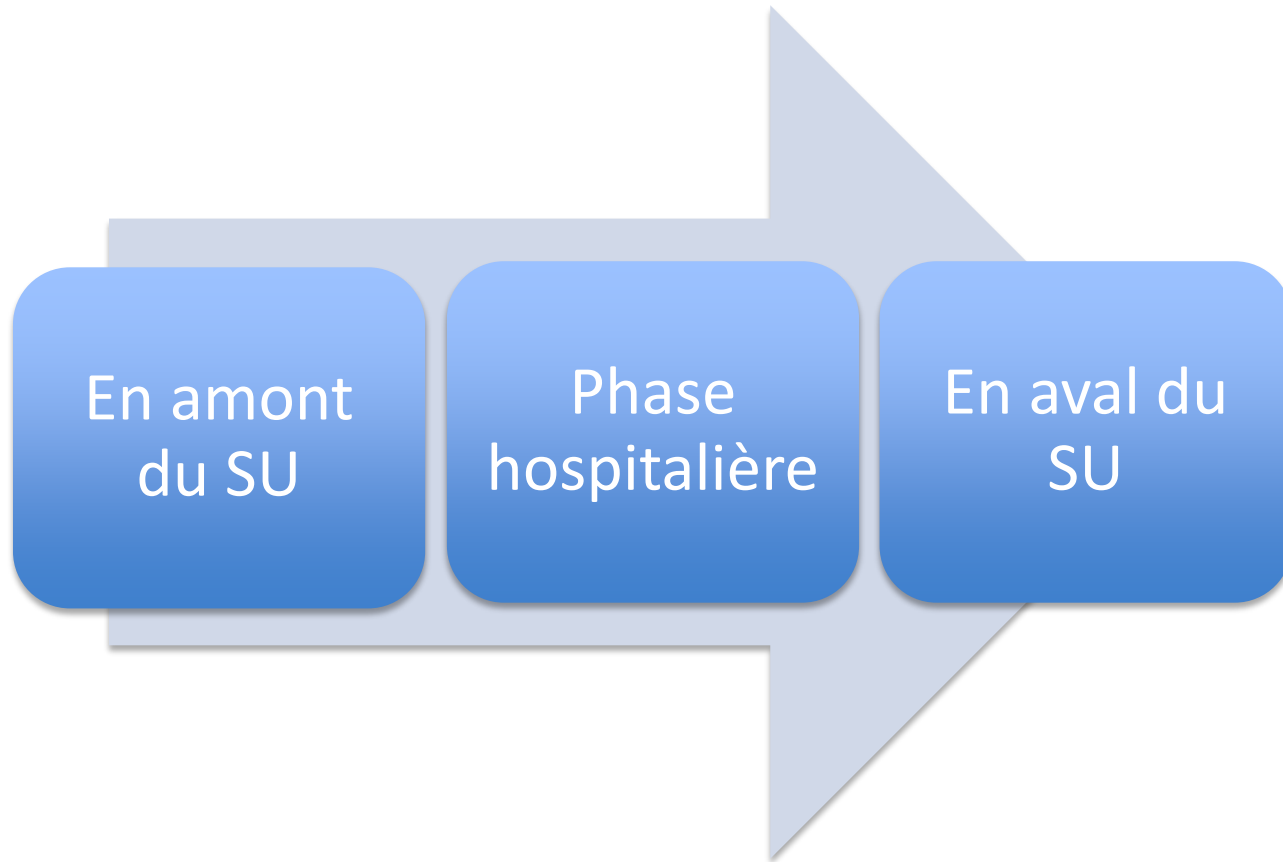
**25 jours de
visite sur site**

**226 personnes
interviewées
dont 63 médecins**

9 ateliers pour:
Valider les problématiques
Établir les propositions

1 rapport final
8 rapports spécifiques

Audit du Processus de prise en charge



Recherche des points critiques générateurs d'engorgement
Analyse des interfaces internes et externes

Design de l'étude

9 modules:

- Fonctionnement actuel des services d'urgence
- Système d'information disponible
- Description de l'activité non programmée en 2016
- Evènements indésirables, plaintes, violences
- Processus de prise en charge des patients: cas traceurs
- Pilotage des services d'urgence au niveau Hôpital et National
- Ressources disponibles: médecins, soignants, locaux, équipements
- Maison médicale pédiatrique
- Financement des activités médicales et hospitalières

Analyse de processus par Unity

Organisation des SU

Centre Hospitalier Luxembourg

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

Hôpitaux Robert Schuman

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

Centre Hospitalier Emile Mayrisch

- SU site Ville d'Esch
- Accueil direct Maternité Esch
- SU site Niederkorn
- SU site Dudelange
- Garde 365 jrs/an, 24h/24

Centre Hospitalier du Nord

- SU site Ettelbruck
- Accueil direct Maternité Ettelbruck
- SU site Wiltz
- Garde 365 jrs/an, 24h/24

1 site principal par région et des antennes sur les sites pour l'accueil de proximité. Particularité Niederkorn. Filière Maternité dans les 4 hôpitaux.

Définition de l'activité

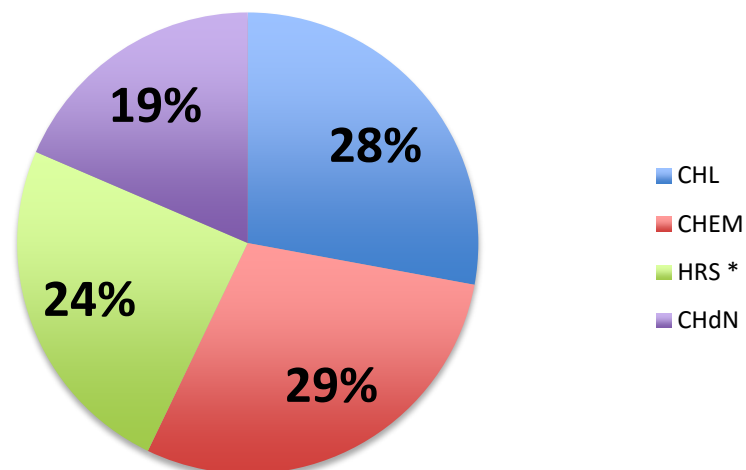
- **Activité non programmée**: les personnes se présentant au service d'urgence des hôpitaux quelque soit leur score de gravité
- **Terme utilisé**:
 - **Emploi du terme “Sollicitation”**
 - Pas le terme “urgence” qui est une définition médicale

Chiffres clés Activité en 2016 (1)

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

*: activité estimée des HRS-ZithaKlinik

% de Sollicitations 2016 par Hôpital



Source: ML Lair Etude services d'urgence 2017, fichiers Hôpitaux année 2016
Sans HRS-ZK

Nombre moyen de sollicitations en 2016

855
sollicitations
/jour

6.002
sollicitations
/semaine

26.009
sollicitations
/mois

*Source: ML Lair Etude services d'urgence 2017, fichiers Hôpitaux année 2016
Sans HRS-ZK*

Ratio national /1.000 h

290 le plus
élevé en
Belgique

344,5 le
plus élevé
en France

**540 sollicitations pour 1.000
habitants**

Variations par canton

288,9 Alsace

292,6
Champagne-Ardenne

273,3
Lorraine

*Source: ML Lair Etude services d'urgence 2017, fichiers Hôpitaux année 2016
Sans HRS-ZK*

Chiffres clés Activité 2016 (2)

Sex-Ratio : 0,99

**50 % Hommes
50 % Femmes**

**89,40% dans un
seul établissement**

1 fois: 71,30 %

2 fois: 17,68 %

3 fois: 6,04 %

4 fois: 2,42 %

5 fois et +: 2,56 %

91 % résidents

8,1 % non résidents avec matricule

0,9 % des non résidents sans matricule

*Source: ML Lair Etude services d'urgence 2017, fichiers Hôpitaux année 2016
Sans HRS-ZK*

Chiffres clés Activité 2016 (3)

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 %

*Source: ML Lair Etude services d'urgence 2017, fichiers Hôpitaux année 2016
Sans HRS-ZK*

Chiffres clés Activité 2016 (4)

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

*Source: ML Lair Etude services d'urgence 2017, fichiers Hôpitaux année 2016
Sans HRS-ZK*

Durée de présence en SU

75 % des sollicitations ont une durée de **présence**
de 3h ou moins

(Heure d'admission administrative- Heure de sortie)

*Source: ML Lair Etude services d'urgence 2017, fichiers Hôpitaux année 2016
Sans HRS-ZK*

Durée de présence en SU (HA-HS) au niveau national

Durée	Pourcentage	% cumulés
Moins 1 h	24,39 %	24,39 %
Entre 1h et – 2h	30,58 %	54,97 %
Entre 2h et – 3h	20,36 %	75,33 %
Entre 3h et – 4h	11,34 %	86,67 %
Entre 4h et – 5h	5,82 %	92,49 %
Entre 5h et – 6h	2,95 %	95,44 %
Entre 6h et – 8h	2,41 %	97,85 %
Entre 8h et -12h	1,32 %	99,17 %
Entre 12h et – 24h	0,75 %	99,92 %
24h et plus	0,08 %	100 %

Source: ML Lair Etude services d'urgence 2017, fichiers Hôpitaux année 2016

Sans HRS-ZK

Délai de triage

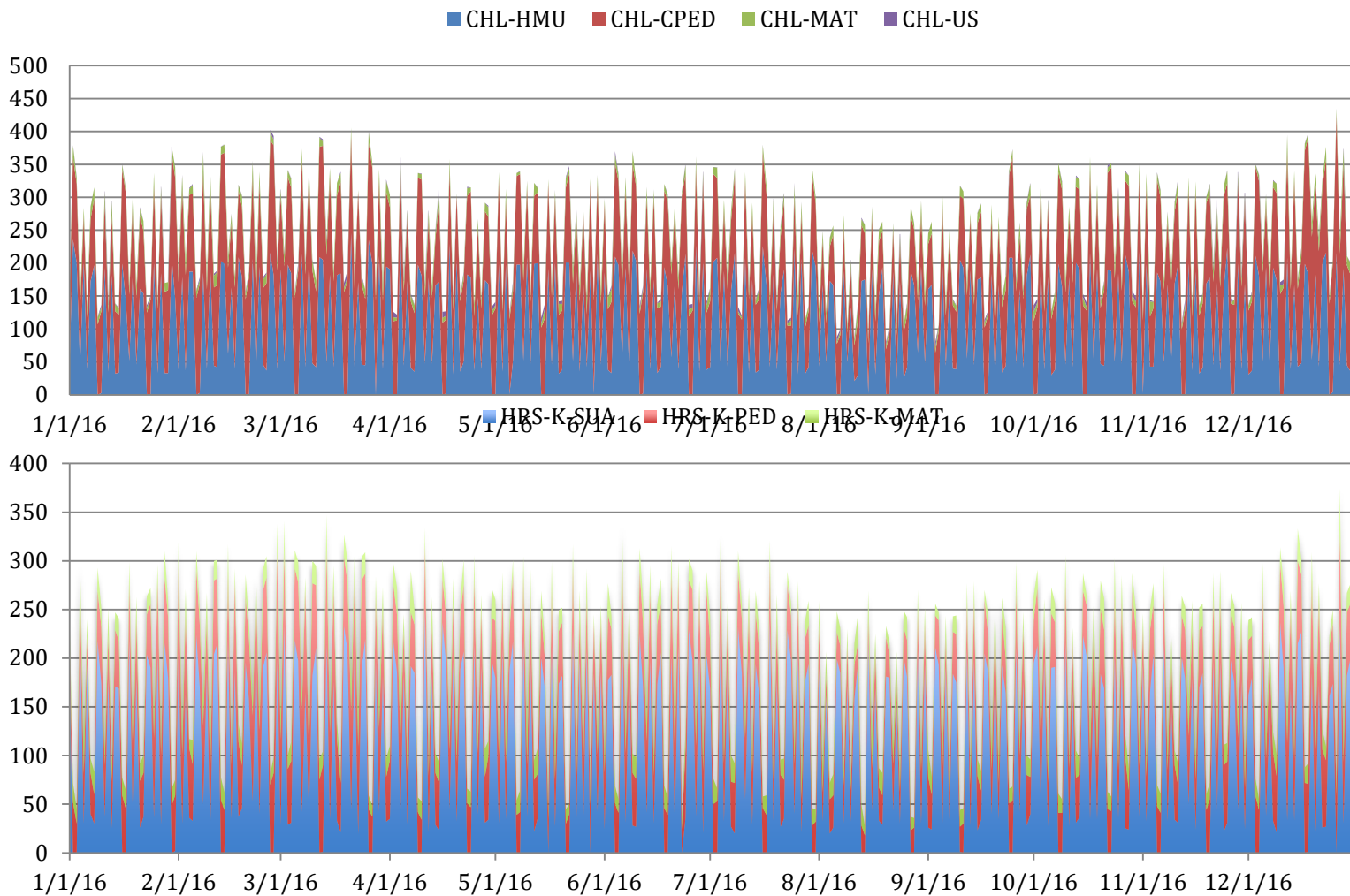
62 % ont un triage par l'infirmier dans un délai de 10 minutes après l'admission

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

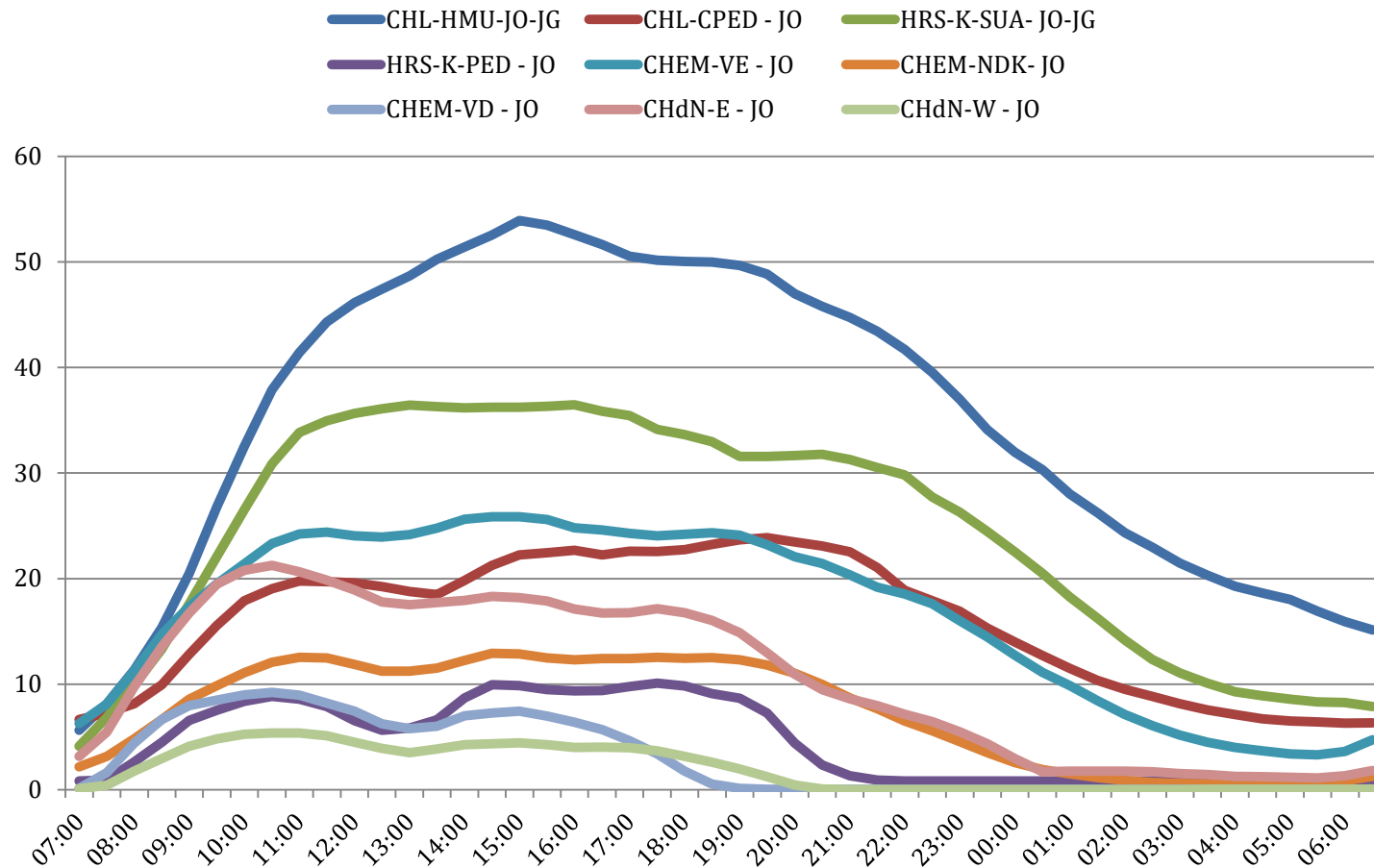
Impossible de calculer le délai entre l'heure d'admission administrative et l'heure du 1er contact médical ou le délai entre l'heure de triage infirmier et l'heure du 1er contact médical : manque de données

*Source: ML Lair Etude services d'urgence 2017, fichiers Hôpitaux année 2016
Sans HRS-ZK*

Impact sur flux patients de la garde Ville Luxembourg

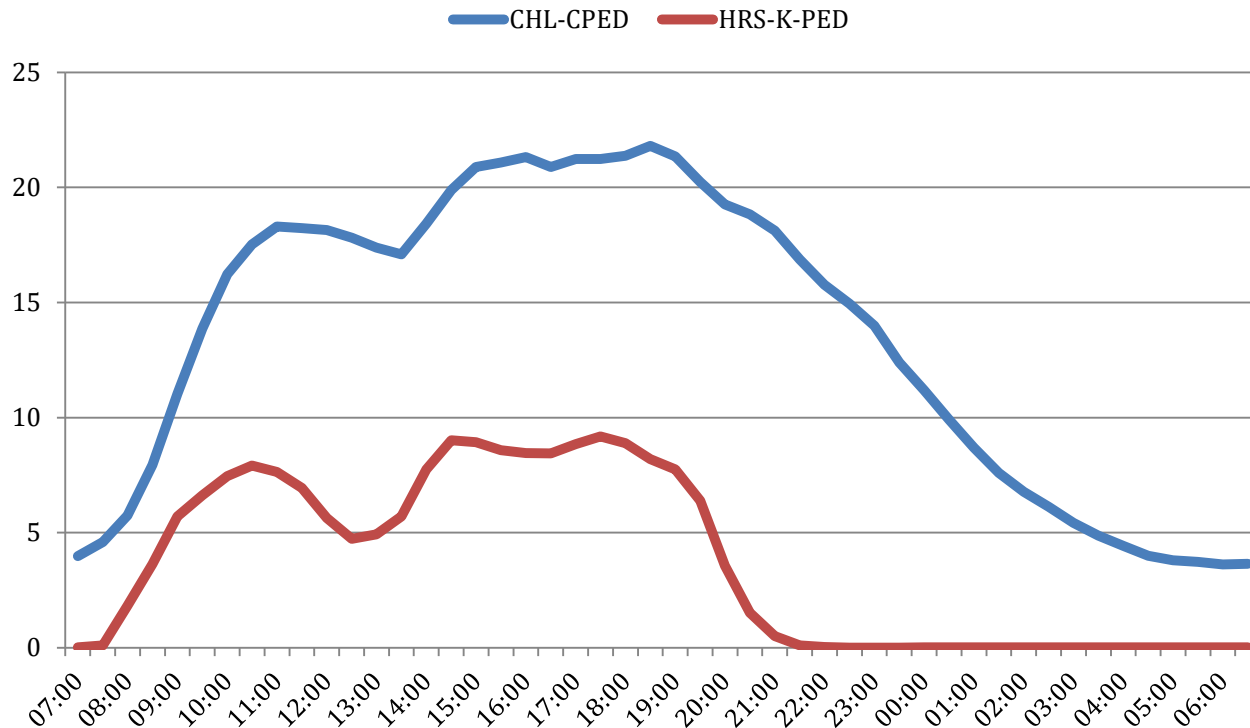


Présence concomitante des patients par jour ouvrable /heure SU adultes



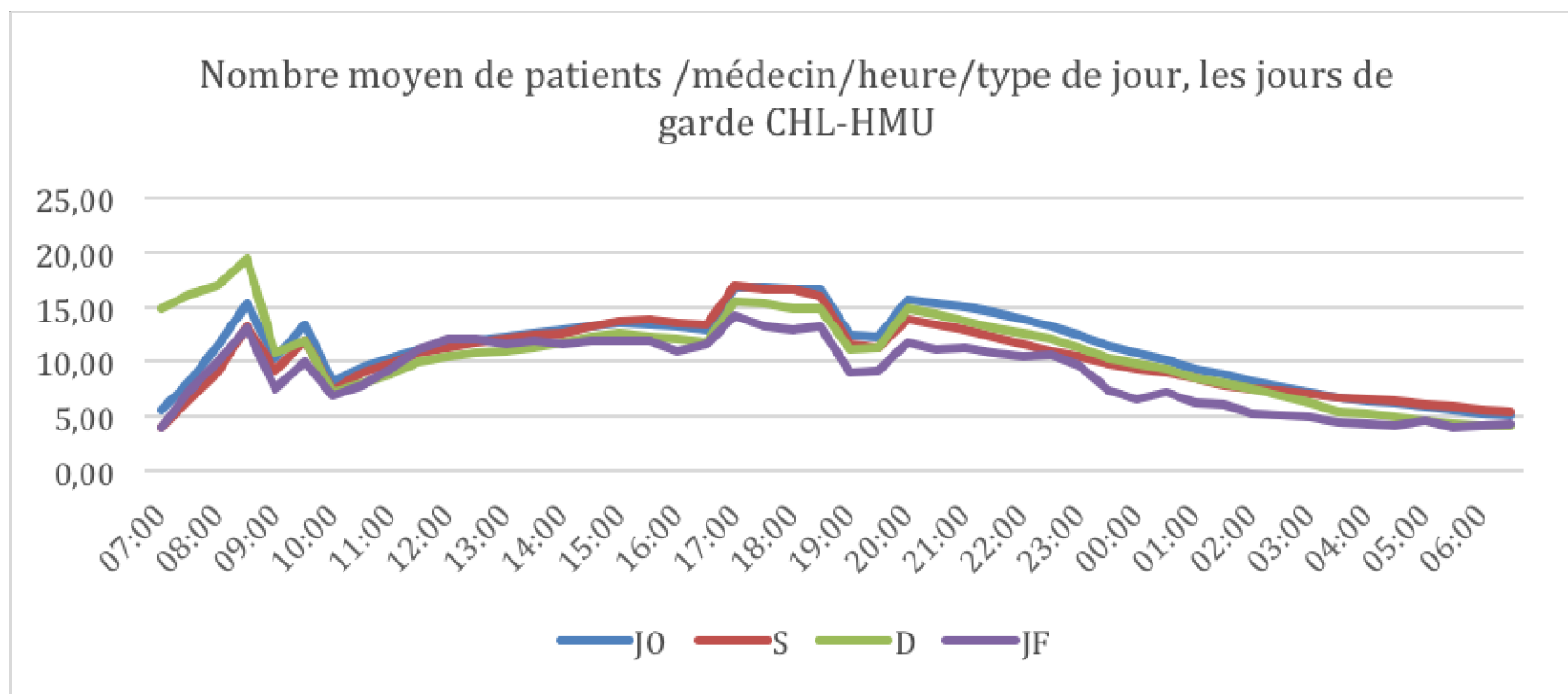
Source: ML Lair Etude services d'urgence 2017, fichiers Hôpitaux année 2016
Sans HRS-ZK

Présence concomitante des patients par heure aux urgences pédiatriques

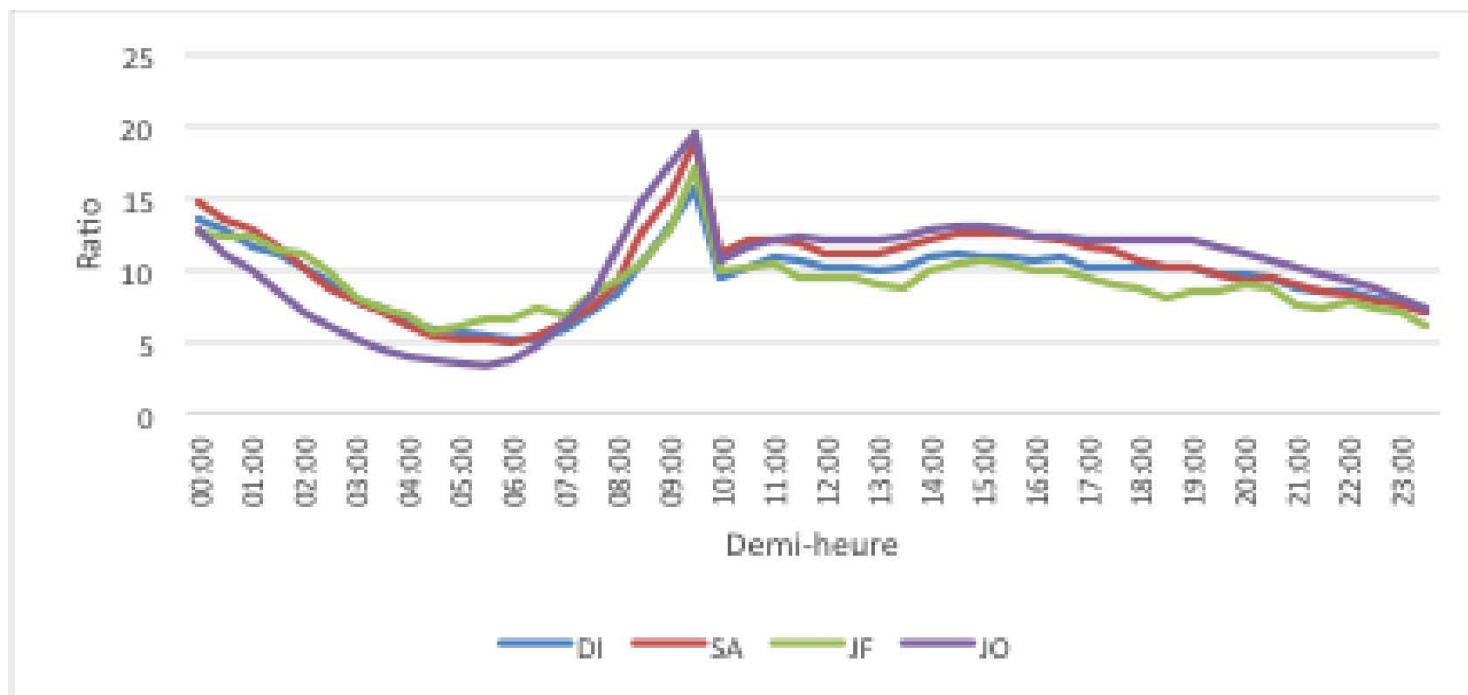


Source: ML Lair Etude services d'urgence 2017, fichiers Hôpitaux année 2016
Sans HRS-ZK

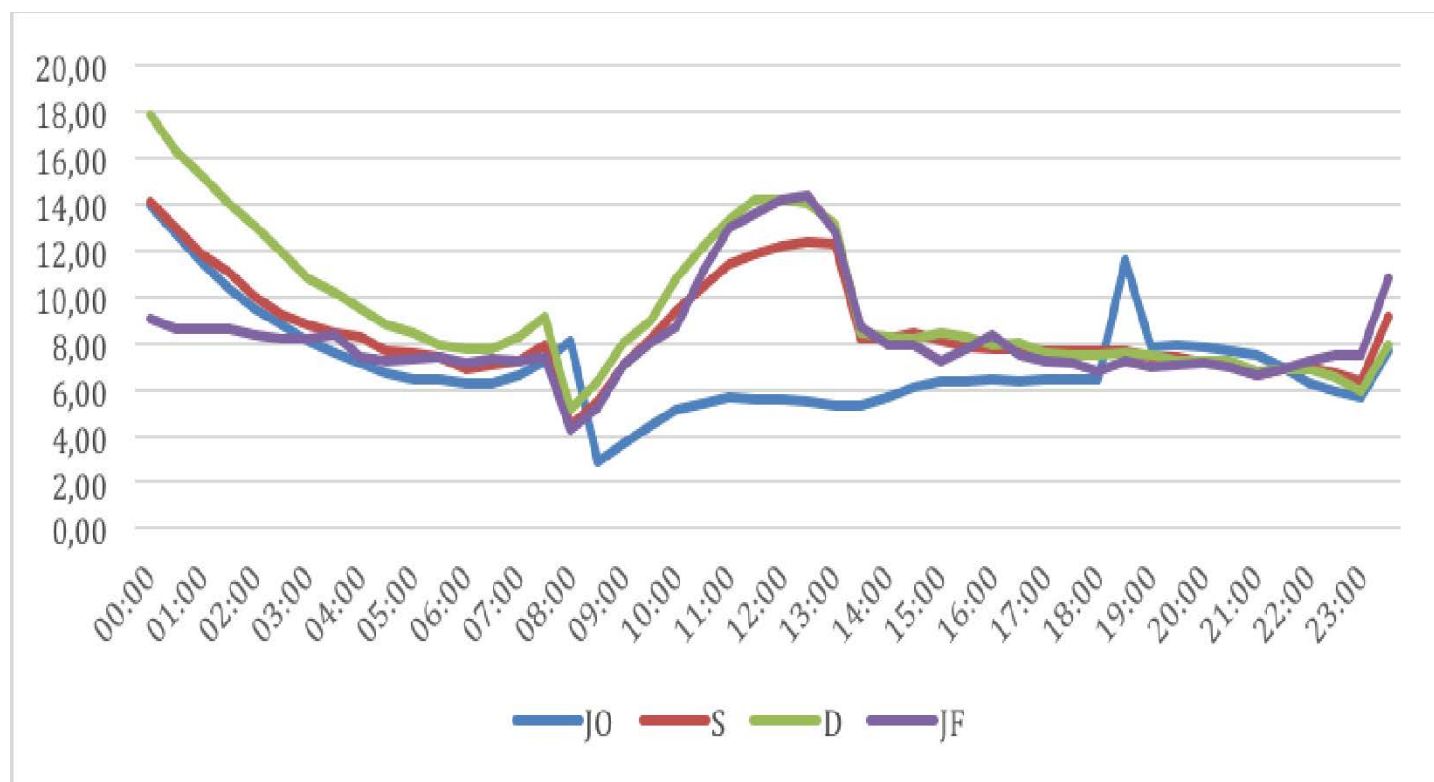
Nbre Patients/**Médecin**/heure CHL-HMU JG



Nbre Patients/**Médecin**/heure CHEM-VE



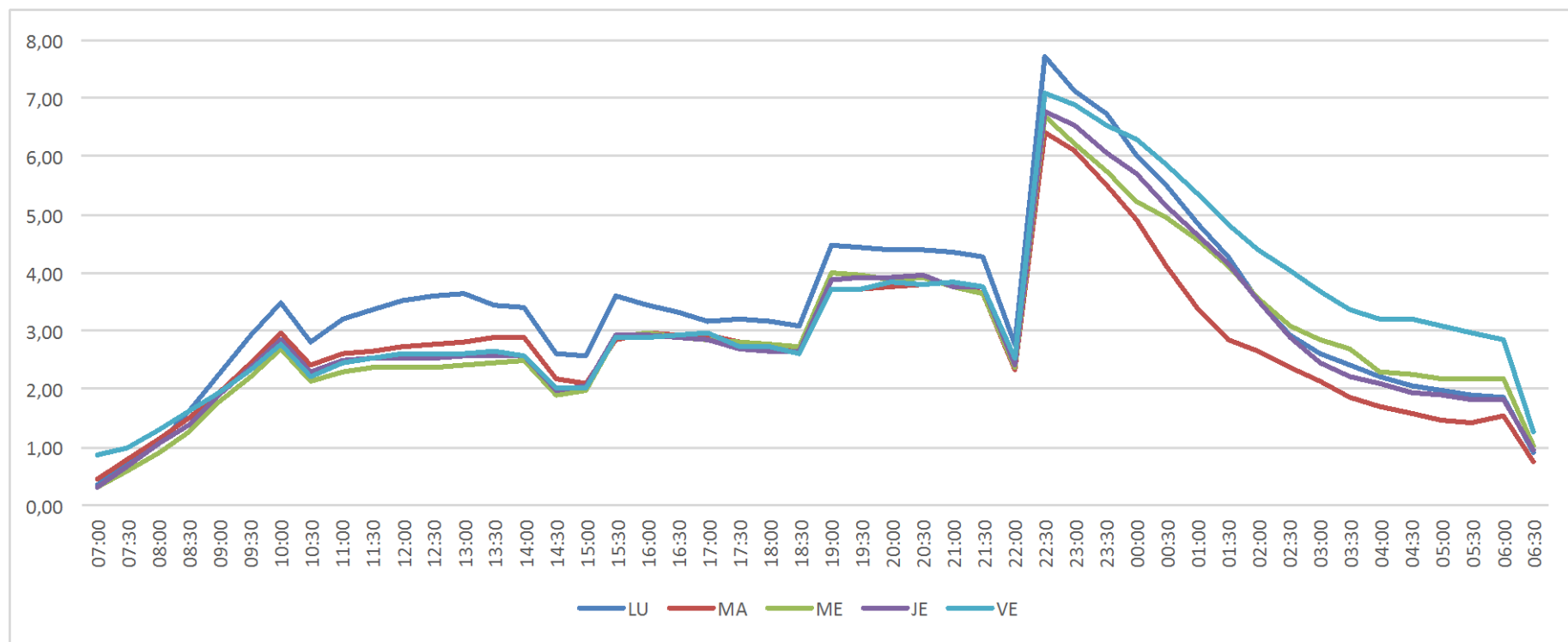
Nbre Patients/Médecin/heure CHL-CPED



Nombre patients /Infirmier/heure au CHL-HMU les JO-G en 2016



Nombre patients/**Infirmier**/heure aux HRS-K-SUA JO G en 2016



Constat sur Pilotage des SU

- Pas de pilotage national des SU
- Pas de réel pilotage du SU dans l'hôpital
- Pas d'indicateurs nationaux de pilotage
- Pas de cible attendue
- Pas de collecte systématique de données demandée pour chaque sollicitation (minimum data set)
- Pas d'outils nationaux (grille de triage, diagnostics médicaux, motif d'admission)
- Pas de centre de frais spécifique aux SU

Constat en amont du SU

- Ratio de sollicitations /1000 h beaucoup trop élevé
- Nombre de cas U5 et U4 (score de gravité très faible) trop élevé (environ 35%)
- Médecine générale: Pas de plages non programmées
- Maisons médicales payantes (paiement différé à l'hôpital)
- Maisons médicales non adossées à l'Hôpital sauf Péd.
- Listes d'attente pour un examen complémentaire ou consultation de médecin spécialiste (jour même au SU)
- Information insuffisante des citoyens sur les MM et SU
- Nouveaux résidents sans MG
- Personnes âgées institutionnalisées

Constat en aval du SU

- Perte de temps +++ pour trouver un lit d'hospitalisation: pas de gestionnaire de lits avec une autorité de décision
- Pas de plages à distance raisonnable pour un examen complémentaire ou consultation médecin spécialiste
- Problème de disponibilité des transports en ambulance (délai d'attente 2h): retour domicile, intersite, médicalisé
- Saturation des services nationaux

Constat Infrastructures et Equipement

- Locaux insuffisants et non adaptés à l'activité
(au CHL-HMU, au CHL-CPED, HRS-PED,...) nombre de boxs, salles d'attente, salles de triage avec respect de l'intimité
- **Absence de lits porte dans 2 hôpitaux** (CHdN, HRS)
- Equipements suffisants actuellement
- Attention de maintenir des scanners accessibles sous 30 minutes pour un SU
- Très peu de télémedecine
- Antennes de SU dans les sites (Dudelange, Wiltz, Zitha, Niederkorn)

Constat Ressources Médicales

- Ratio Patients/Med/heure trop élevé
- Médecine d'urgence: très faible reconnaissance par les pouvoirs publics
 - Pas d'inscription dans la liste des spécialités médicales
 - Pas de définition du médecin urgentiste
 - Peu d'exigences légales ou réglementaires pour l'exercice professionnel
 - Tarifs dédiés à cette discipline: rares et à reconsidérer: limites au recrutement
- Difficultés de + en + pour assurer la 2ème garde de médecins spécialistes: attente d'avis spécialiste
- Recrutement de médecins spécialistes à prévoir:
231 dans les 10 ans

Constat Ressources Soignantes

- Ratio Patients/Inf/h trop élevé dans certains SU
- Pas de norme de dotation spécifique aux SU
- Pas de temps d'encadrement des nouveaux collaborateurs
- Attributions professionnelles de l'infirmier ne sont plus adaptées à la pratique en SU
- Absence :
 - Aide-soignants
 - Assistant logistique
 - Superviseur des flux-information patients et proches

Constat Processus de prise en charge

- **Problème majeur** lié à la garde alternée à Luxembourg Ville
- Documentation insuffisante de la PEC: diagnostic, horodatage
- Guidelines de PEC que sur quelques pathologies
(AVC, IDM, Polytraumatisé)
- Pas de filière organisée pour la PEC des crises psychiatriques
- PEC des personnes âgées de 75 ans et plus: pas de détection systématique de leur fragilité
- Urgences pédiatriques: moyens insuffisants au CHL-CPED, pas de concept national
- Triage des patients à l'admission ancré dans les pratiques
- Accès aux informations patient dans un autre H reste difficile

Constat MM Pédiatrique

- Adossée au CHL (dans les locaux)
- Triage et orientation: MMP ou CHL-CPED
- Utilisation : 9485 enfants en 2016 (22,33%)
- Ré-orientation vers CHL-CPED: **1,62 %** (excellent)
- Médecins pédiatres libéraux indépendants
- Organisation réussie: à maintenir et qui peut servir de modèle chez l'adulte

Constat Information Patient

- Pas de système d'information en salle d'attente:
 - Pour proches sur l'état clinique du patient
 - Sur le triage
 - Sur les durées d'attente
 - Sur les temps incompressibles (labo, imagerie)
 - Sur les Maisons Médicales
 - Sur les signes d'urgence vitale (AVC, IDM, ...)

Points très positifs

- Equipes médico-soignantes de 1ère ligne très motivées
- Système électronique de suivi de l'engorgement
- Volonté de changement
- Etude a été vécue comme un stimulant
- Initiatives prises en cours d'étude par les hôpitaux
- Attentes des acteurs envers l'autorité publique:
 - Reconnaissance de l'importance des services d'urgence dans le système de santé
 - Prise de décisions: RGD précis, financement,...
 - Engagement sur du moyen terme

Propositions de cibles

- Ratio d'utilisation des SU: 440 sollicitations /1000 hab
- 100% des patients triés dans les 10 min après l'admission administrative
- 85% des patients avec une durée de présence (heure admission-heure de sortie) < ou = à 3h
- 85 % des PA de 75 ans et + avec une durée de présence < ou = à 2h
- Ratio de 1,6 à 2 patients admis au SU /médecin/h
- Ratio de 4 patients/infirmier/h
- 90% des résultats de laboratoire 45 min après prélèvement
- 90% des CR de radiologie dans les 30 min après examen
- Délai moyen de 30 min entre la décision médicale de sortie et la sortie effective du SU
- 100% des PA de 75 ans et + avec hospitalisation suite au SU bénéficient d'un avis du médecin gériatre avant l'hospitalisation

Propositions de mesures et actions

- 32 mesures avec 150 actions dans 7 domaines
- Avec effet à court, moyen et long terme
- Impliquent tous les acteurs
- Vue systémique

Synthèse des mesures (1)

- **Mesures générales:**
 - **M1:** Préciser le cadre légal et conventionnel des SU : RGD précis, autorisations d'exploitation,...
 - **M2:** Donner un cadre légal et conventionnel à la médecine d'urgence: spécialité médicale, fonction médecin urgentiste, formation complémentaire
 - **M3:** Mettre en oeuvre un pilotage des SU : plateforme, indicateurs, reporting automatisé de l'activité, classifications et grilles nationales,...

Synthèse des mesures (2)

- **Mesures relatives aux ressources structurelles:**
 - **M4:** Adapter ou construire les locaux des SU en se basant sur les concepts actualisés de médecine d'urgence et sur l'activité
 - Lits porte, salles de triage avec intimité respectée, CHL-CPED, CHL-HMU,
 - **M5:** Garantir une accessibilité des SU à un scanner

Synthèse des mesures (3)

- **Mesures relatives aux ressources médicales:**
 - **M6:** Accessibilité optimale à une médecine d'urgence de 1ère ligne: nomenclature médicale attractive, ratio Med/Pat, couverture médecin urgentiste senior en CHL-CPED
 - **M7:** Accessibilité optimale à une 2ème ligne de médecine spécialisée: mesures recrutement, incitatifs à la participation à la 2ème garde

Synthèse des mesures (4)

- **Mesures relatives aux ressources soignantes:**
 - **M8:** Norme pour les ressources soignantes spécifiquement pour les SU: norme salles, lits porte, superviseur flux
 - **M9:** Soutien aux équipes soignantes: nettoyage, transport, assistance logistique, aide-soignant,...
 - **M10:** Compétences optimales au sein de l'équipe soignante: FC et encadrement NC
 - **M11:** Révision des attributions professionnelles des infirmiers

Synthèse des mesures (5)

- **M12:** Aménager la planification des personnels :
garde ville de Luxembourg, CHEM-NDK
- **M13:** Limiter l'attribution de charges complémentaires pour les SU: déclaration canicule, registre RETRACE

Synthèse des mesures (6)

- **Mesures en amont du SU:**

- **M14:** Renforcer les soins de santé primaires: incitation installation MG, cabinets de groupe, maisons médicales adossées, campagnes sur rôle MG, accès des MG à RDV semi-urgents examens complémentaires,..
- **M15:** Informer et éduquer la population et les professionnels: campagnes
- **M16:** Eviter si possible l'hospitalisation des personnes âgées institutionnalisées ou en réseau de soins: accès au dossier, accès aux médicaments, médicaliser des lits de MS, consultations de gériatrie dans les MS, polycliniques gériatriques,...
- **M17:** Améliorer la bonne orientation des patients par le CSU 112: attribution moyen transport, échanges d'informations,...

Synthèse des mesures (7)

- **Mesures sur le processus de prise en charge:**
 - **M18:** Garde Ville de Luxembourg: garde parallèle de 7h à 19h et 1 WE sur 2
 - **M19:** Phase d'observation et de surveillance de certains patients : lits porte, UHCD
 - **M20:** Filière de PEC des personnes avec troubles psychiatriques: soutien cellule de crise psy, ...
 - **M21:** Filière de PEC des personnes âgées: détection de fragilité, avis gériatre si hospitalisation, policlinique gériatrique, DSP si AD
 - **M22:** Filière de PEC des urgences pédiatriques: couverture médecin senior au CHL-CPED, concept national, éducation des parents, rôle du MG

Synthèse des mesures (8)

- **M23:** Standardisation des PEC selon bonnes pratiques: guidelines, revue de pairs, accès à des plages horaires à distance, délais pour résultats labo ou radio
- **M24:** Accessibilité aux PEC spécialisées dans les services nationaux: informations pour médecin urgentiste, partenariats à l'étranger
- **M25:** Flux des patients au sein du SU toujours plus sécurisés: quick look, supervision des flux, médecin de référence pour IAO
- **M26:** Information des patients et proches: affichage temps d'attente, information sur patient 1x/h, outils éducatifs en salle d'attente
- **M27:** Transmission des informations entre les professionnels: accès au DSP, accès au dossier hospitalier, accès à imagerie 24h/24
- **M28:** Délai d'attente d'un avis de médecin spécialiste: télé médecine

Synthèse des mesures (9)

- **M29**: Sécurité des soins aux patients en SU: surveillance des EI, EIG, chambre des erreurs, audits de pairs
- **M30**: Risques de violence en SU: pas de paiement, agents de sécurité, FC

Synthèse des mesures (10)

- **Mesures en aval des SU:**
 - **M31:** Disponibilité des lits d'hospitalisation: gestion des lits, organisation des entrées, lits attente de placement, délai de transfert vers US, accès à médecin spécialiste dans délai rapproché,...
 - **M32:** Qualité et délai de transport des patients post-SU: intersite, secondaires médicalisés, transports VSL remboursés, normes pour ambulances privées, ...

Conclusion

- SU est porte d'entrée de l'Hôpital: carte de visite
- Des améliorations sont nécessaires
- Tous les acteurs ont un rôle à jouer
- Harmonisation de l'organisation des 4 SU est nécessaire pour garantir au citoyen les mêmes chances: concept national, outils nationaux, évaluation nationale
- Des investissements: OUI mais pas sans contreparties

Merci pour votre attention

Etude sur le fonctionnement des services d'urgence

Rapport final et Recommandations

Version 2018-01-19 post COPIL

Santé et Prospectives

Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg

Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983

E-mail : marieliselair@gmail.com

Registre du commerce : B176851 N° TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la Santé qui en est le destinataire.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Remerciements

Nous adressons nos remerciements à tous les interlocuteurs rencontrés dans le cadre de l'étude sur le fonctionnement des services d'urgence ou y ayant contribué en apportant des informations, en collectant, produisant ou vérifiant des données, en exprimant leurs besoins, leurs inquiétudes et leurs aspirations, en valorisant les points forts du système sans omettre les points critiques, en discutant collectivement les propositions d'amélioration.

Chacun a montré une grande disponibilité et implication pour aboutir à des recommandations ayant généralement trouvé un consensus.

Les personnes suivantes ont été consultées au cours de l'étude:

Etablissements	Personnes	Fonctions
Ministère de la Santé	Mme Anne CALTEUX	Premier Conseiller de Gouvernement
	M. Laurent ZANOTELLI	Juriste, Commissaire du gouvernement aux hôpitaux
	M. Patrick BELLWALD	Chef de division budget et comptabilité
Direction de la Santé	Dr Françoise BERTHET	Médecin chef de division de la médecine curative
	Dr Philippe REMY	Médecin
	Dr Martine DEBACKER	Médecin
	Dr Simone STEIL	Médecin chef de division de la médecine préventive
	Dr Guillaume CAMPAGNE	Médecin
Caisse Nationale de Santé	M. José BALANZATEGUI	Premier conseiller de direction
	M. Frank BISENIUS	Chef du département établissements hospitaliers
	M. Marc GEISEN	Economiste
	M. Joël KIRTZ	Chef de département de la tarification médicale
	Mme Caroline De HOOG	Chef de département communication
	M. Jérôme ROUX	Chef du service Medias et publications
	Dr Pierre HERTZ	Médecin
Centre Hospitalier de Luxembourg	Mme Sandra GOERGEN	Secrétaire générale, direction du CHL
	Dr Martine GOERGEN	Directeur médical
	Dr Jean-Christophe PILLET	Directeur médical adjoint
	Dr Marc SIMON	Médecin urgentiste, chef de service SU Adultes
	Dr Michel SCHON	Médecin urgentiste adultes
	Dr Guillaume BAUER	Médecin urgentiste adultes
	Dr Anna SANCHEZ	Médecin chef de service en gériatrie aiguë
	Dr Estelle PIERETTI	Médecin spécialiste en psychiatrie
	Dr Isabela BACIU	Médecin spécialiste en psychiatrie
	Mme Monique BIRKEL	Directeur des soins
	M. Alain ALBRECHT ¹	Directeur des soins adjoint
	Mme Margarida MARTINS	Chef du département médecine interne, polic-urgences
	M. Arnaud MARGUET	Chef d'unité du SU Adultes
	Mme Nathalie CLAEYS	Chef d'unité des salles d'accouchement
	Mme Betty KIRSCHTEN	Chef d'unité 73 maternité
	M. Thierry FLEISCHAUER	Chef d'unité de psychiatrie
	M. Frédéric MENNEL	Chef d'unité de gériatrie aiguë
	Mme Carla TEIXEIRA	Infirmière service d'urgence CHL-HMU
	Mme Roxane GERNERT	Infirmière service d'urgence CHL-HMU
	Mme Elisabeth BIRKEL	Infirmière service d'urgence CHL-HMU

¹ Relais au sein du CHL pour l'étude sur les services d'urgence

	Mme Jacky GOERGEN	Infirmière service d'urgence CHL-HMU
	M. Maurizio DOS ANJOS	Infirmier service d'urgence CHL-HMU
	M. Mike MARTINS DANAIA	Infirmier service d'urgence CHL-HMU
	M. Barri DA CRUZ PIRES	Infirmier service d'urgence CHL-HMU
	Mme Catherine SOARES	Auxiliaire logistique CHL-HMU
	Dr Claude SCHALBAR	Médecin chef de service en Pol-Urgences pédiatriques
	Dr Isabelle KIEFFER	Médecin chef du département Clinique Pédiatrique
	Mme Elsa Do CARMO	Chef de département Centre Mère-Enfant
	Dr Monika GLASS	Médecin spécialiste en chirurgie
	Dr Catherine PONCIN	Médecin urgentiste CHL-CPED
	Dr Léo BAGZE	Médecin pédiatre, urgentiste CHL-CPED
	Dr Than Van TRIEU	Médecin pédiatre, urgentiste CHL-CPED
	Dr Jerry KIEFFER	Médecin spécialiste en chirurgie pédiatrique
	M. Gerald DEGROTE	Chef d'unité ff en policlinique-urgences pédiatriques
	Mme Nadia RISCH	Infirmière pédiatrique, service urgence CPED
	Mme Christiane PASSERI	Infirmière pédiatrique, service urgence CPED
	Mme Christine RAMEEKERS	Infirmière pédiatrique, service urgence CPED
	Mme Laure PONCIN	Infirmière pédiatrique, service urgence CPED
	Mme Loretta BRAUCH	Infirmière pédiatrique, service urgence CPED
	Mme Esperanza YEGLES	Infirmière pédiatrique, service urgence CPED
	Mme Sylvie GUTH	Infirmière service urgence CPED
	Mme Christelle ARBOIT	Infirmière service urgence CPED
	Mme Tammy KOSMALA	Infirmière service urgence CPED
	M. Rainer WEINANDI	Infirmier service urgence CPED
	Mme Sylvie FARINON	Secrétaire de direction, chargée de la relation patients
	Mme Anne GUILLAIN	Attachée à la direction médicale
	Mme Corinne WAGNER	Auditrice PRN
	Mme Catherine ANSIAUX	Responsable du service de facturation
	Mme Andrée MARCHAL	Coordinatrice des cliniques monothématiques
	Mme Brigitte WERY	Gestionnaire des lits
	M. Jeff SCHEER	Gestionnaire des lits
	M. Laurent WEHR	Coordinateur ressources humaines
	Mme Nadine KOHNER	Responsable de la cellule communication
	M. Jean-Paul FREICHEL	Directeur Administratif et Financier
	M. Pierre LAVANDIER	Directeur adjoint, responsable de l'administration
	Mme Elisabeth BONERT	Directeur adjoint des finances
	Mme Krystel MARCHIONNI	Coordinatrice administration, salaires, statistiques
	M. Frank SCHMITZ	Responsable des réceptions
	Mme Barbara BLANC	Attachée direction médicale, responsable secrétariats
	M. Mike JACOBS	Responsable du transport interne-Concierge
	Mme Odette MARMOY	Gestionnaire des risques, Cellule qualité
	M. Sébastien NIGAUT	Gardien chef
	M. Eric DEGROOTE	Chargé de la sécurité au travail
	M. Patrick RUFFENACH	Chargé de missions
	M. Mourad HAMMAD	Employé au contrôle de gestion-statistiques
Centre Hospitalier Emile Mayrisch	Dr Hansjörg REIMER	Directeur général
	Dr Claude BIRGEN	Directeur Médical
	M. Serge HAAG	Directeur des soins
	M. Daniel CARDAO	Directeur administratif et financier
	M. Nico RINALDIS ²	Coordinateur soignant du processus Urgences
	Dr Maryse STORCK	Médecin coordinateur du processus Urgences
	Dr Patrick NRECAJ	Médecin responsable du service d'urgence
	Dr Paul MAK	Médecin urgentiste site Niederkorn

² Relais au sein du CHEM pour l'étude sur les services d'urgence

	Dr Nathalie RUSSO	Médecin urgentiste site Esch
	Dr René DONDELINGER	Médecin gériatre
	Dr François KIRCH	Médecin pédiatre
	Dr Jean-Christophe MATTE	Médecin responsable de l'imagerie médicale
	Dr Danielle MEUNIER	Chef de laboratoire
	Dr Pascale DEVAQUET	Laboratoire d'hématologie
	Dr Cynthia OXACELAY	Laboratoire de microbiologie
	Dr Raphaël LASCHIAZZA	Biologiste
	Dr José BIEDERMAN	Médecin DIM
	Mme Aline SALUZZI	Responsable soignante Urgences site Esch
	M. Patrick BINDA	Responsable soignant Urgences site Niederkorn
	Mme Catherine NICKELS	Responsable soignant Urgence pol. site Dudelange
	Mme Carole LONGHINI	Cadre intermédiaire
	M. Marc SCHWARTZ	Chef de service psychiatrie
	Dr Marc GLEIS	Médecin spécialiste en psychiatrie
	Mme Sylvie ORTEGA	Infirmière polyclinique urgence CHEM-VD
	M. Pascal LEMARCHAND	Infirmier service d'urgence CHEM-NDK
	Mme Sandrine THEBAULT	Infirmière service d'urgence CHEM-NDK
	M. Jean-Yves POIRIER	Infirmier service d'urgence CHEM-VE
	Mme Martine ACQUISTAPACE	Infirmière service d'urgence CHEM-VE
	Mme Marie-Claude MAZZIOTTI	Infirmière service d'urgence CHEM-VE
	Mme Laetitia NEGRIN	Infirmière service d'urgence CHEM-VE
	Mme Linda BERTOLINO	Responsable soignante CHEM-VE urgences pédiatriq.
	Mme Sylvie SCHAELEDERLE	Infirmière pédiatrique CHEM-VE urgences pédiatriq.
	Mme Hélène LEITE	Responsable adjointe UCNi
	Mme Eléonore JUNG-NIMAL	Chef de service radiologie
	M. Sam CORNARO	Gestionnaire des plaintes
	Mme Jutta WIRTZ	Gestionnaire des risques
	M. Laurent WOLF	Cellule qualité
	M. Martin SIMON	Responsable du service recrutement et compétences
	Mme Elisabeth CREMASCHI	Coordinatrice du processus ressources humaines
	Mme Eliane DELLE	Gestionnaire des lits
	M. Laurent VINTI	Coordinateur du processus finances
	Mme Loretta BOI	Réceptionniste au service d'urgence
	Mme Anne RUPP	Responsable du front office
	Mme Manuela FERREIRA	Responsable du service de facturation
	Mme Céline VAL	Conseiller en prévention des risques professionnels
	Mme Katia LINDO	Ressources humaines, psychologue du travail
	Mme Nathalie SIMON	Service des ressources humaines
	Mme Anja DI BARTOLOMEO	Chargée de communication
	M. Jean-Claude WILMES	Cellule de reporting et controlling
	M. Patrick PIROT	Business Intelligence Developer
	M. Daniel SCHROEDER	Informaticien
	M. Marko MARCOVIC	Informaticien
	M. Sergio de FREITAS	Préposé à la sécurité
Hôpitaux Robert Schuman	Dr Claude SCHUMMER	Directeur général
	M. Marc SCHLIM	Directeur des soins
	M. Peter MÜLLER ³	Cadre soignant secteur Urgences /Soins intensifs
	Dr Emile BOCK	Médecin coordinateur secteur urgences
	Dr Fabienne KOERPERICH	Médecin coordinateur secteur urgences
	Dr Gregor BAERTZ	Directeur médical
	Dr Gaston SCHÜTZ	Directeur médical secteur urgences- soins intensifs
	Dr Fabienne MICHEL	Médecin urgentiste

³ Relais aux HRS pour l'étude sur les services d'urgence

	Dr Lyes BENKIAR	Médecin urgentiste
	Dr Michel HENCKS	Médecin spécialiste en pédiatrie
	Dr Constant ARENDT	Chirurgien pédiatrique
	Dr Marcic NERVELA	Médecin gériatre
	Dr Vincent ROBERT	Médecin DIM
	M. Pol WIO	Responsable soignant Urgences Kirchberg
	M. Marc MAUSEN	Responsable soignant Urgences Zithaklinik
	M. Frédéric CAROULLE	Directeur du pôle Mère-Enfant
	Mme Delphine SCOAZEC	Responsable salle d'accouchement
	Mme Alexandra BUJAS	Responsable policlinique gynéco-obstétrique
	Mme Noémie WEBER	Responsable adjointe Urgences pédiatriques
	M. Misch ENGEL	Infirmier service d'urgence HRS-HK-SUA
	Mme Sandra LOPES	Infirmière service d'urgence HRS-HK-SUA
	M. Ralph PAULY	Infirmier service d'urgence HRS-HK-SUA
	M. David DOS SANTOS	Infirmier service d'urgence HRS-HK-SUA
	M. Christian KIRWEL	Directeur des soins pôle psychiatrie
	Mme Anne BELLAIGUE	Cadre du pôle médecine interne
	M. Patrick CINCIS	Cadre du pôle appareil locomoteur
	Mme Pascale BLESER	Infirmière de l'unité mobile de gériatrie
	M. Paul HOFFMANN	Secrétaire général, direction HRS
	M. André KAISER	Responsable facturation
	Mme Myriam PESCH	Employée service facturation
	M. Eric DIETRICH	Responsable du budget
	Mme Annel BULZ	Responsable adjointe ressources humaines
	Mme Malou RAAS	Gestionnaire ressources humaines
	Mme Marie KOENIG	Service de ressources humaines
	Mme Mélanie ARCHEN	Gestionnaire de formation continue
	Mme Stéphanie BLAISE	Directrice administrative adjointe
	Mme Rosi LIMANTOUR	Responsable secrétariat Policlinique-Urgences
	Mme Caroline RIOS	Directrice adjointe qualité et risques
	Mme Petra BARDEA	Coordinatrice qualité
	Mme Tsvetelina IVANOVA	Chargée de communication
	M. Frédéric ZUCCHONI	Business Intelligence Officer
	M. Oliver PLEYER	Travailleur désigné
	M. Christophe LUPINI	Chef d'équipe société de gardiennage
Centre Hospitalier du Nord	Dr Marcel BAULER	Directeur médical
	Dr Robert THILL-HEUSBOURG	Médecin coordinateur des services d'urgence
	Dr Françoise PAULY	Médecin DIM
	Dr Cathy FOLMER	Médecin urgentiste coordinatrice
	Dr Tom MANDERSCHIED	Médecin anesthésiste réanimateur
	Dr Louis PILOT	Médecin spécialiste en orthopédie
	Dr Urbain Roger MBANG	Médecin urgentiste CHdN-E
	M. René HAAGEN	Directeur des soins
	M. Giovanni FERIGO ⁴	Cadre intermédiaire
	Mme Christiane JACKMUTH	Responsable policliniques et services d'urgence
	M. Lucien MAERTZ	Adjoint à la responsable site CHdN-Wiltz
	Mme Martina SCHWALL	Adjointe à la responsable site CHdN-Ettelbruck
	Mme Jeanine WEYLAND	Chef d'unité de la maternité
	Mme Véronique SCHWARTZ	Adjointe au chef d'unité de la maternité
	M. Jeff WILTGEN	Chef d'unité de psychiatrie et de neurologie
	M. Bernd HOFFMANN	Cadre intermédiaire référent du service de psychiatrie
	Mme Keffi PILICI	Infirmière service d'urgence CHdN-E
	Mme Liette ZEIMES	Infirmière service d'urgence CHdN-E

⁴ Relais au CHdN pour l'étude sur les services d'urgence

	Mme Fabienne WARLING	Infirmière service d'urgence CHdN-E
	M. Jean OMES	Coordinateur qualité
	Mme Viviane DICHTER	Gestionnaire formation continue
	Mme Sophie BULTOT	Responsable du service des admissions
	Mme Vinciane DEROUAUX	Cadre intermédiaire ressources humaines
	Mme Pia SCHROEDER	Membre du service protection-prévention
	M. Charel FRAUENBERG	Membre du service protection-prévention
	M. Tom HEMMEN	Adjoint au directeur administratif et Financier
	Mme Nathalie CHOJNACKI	Adjointe au Directeur administratif et financier
Ministère de la Famille	Dr Murielle WEYDERT	Médecin
	Mme Jacqueline BECKER	Infirmière graduée
Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois	M. Sylvain VITALI	Conseiller Soins
	Dr Marie-Joseph RIONDE	Médecin du travail SIST-FHL
	Dr Carole PICARD	Médecin du travail SIST-FHL
	Dr Philippe FAVROT	Médecin du travail SIST-FHL
Confédération des Prestataires d'Aide et de Soins	Mme Martine REGENWETTER	Secrétaire générale
	M. Damien AMBROSINI	Servior, chef de département soins et encadrement
	Mme Alice BEFFORT	SHD
	Mme Marion KAMPER	APEMH
	M. André ROLAND	Liewen-Dobaussen
Maison Médicale Pédiatrique	Dr Martina PANOSETTI	Médecin pédiatre coordinatrice
	Dr Chantal NILLES-LUCIUS	Médecin pédiatre
	Dr Thomas SIEBLER	Médecin pédiatre
Société Luxembourgeoise de Pédiatrie	Dr Patrick THEISEN	Médecin pédiatre, Président
	Dr Serge ALLARD	Médecin pédiatre
	Dr Axel SCHULZE-BERGE	Médecin pédiatre
	Dr Kerstin WAGNER-SEIFERT	Médecin pédiatre
Administration des secours d'urgence	M. Christopher SCHUH	Chef de service du Central des Secours d'Urgence
	Dr Pascal STAMMET	Responsable du département médical et santé
Cercle des médecins généralistes	Dr Frank KIRSCH	Président
	Dr Danièle KUTTEN-SCHMITZ	Médecin généraliste
	Dr Guy LOOS	Médecin généraliste

Les personnes suivantes ont contribué aux travaux ayant servi à l'établissement des divers rapports intermédiaires :

Institution	Personne	Fonction
Luxembourg Institute of Health	Mme Christelle ROTT	Data manager
	Mme Jessica PASTORE	Data manager
	M. Joël WEIS	Infirmier de recherche
	Mme Marylène d'INCAU	Infirmière de recherche
	Mme Jessica CALMES	Infirmière de recherche
	Mme Lynn NOTHAR	Infirmière de recherche
	Mme Coralie DESSENNE	Documentaliste
Caisse Nationale de Santé	M. Arnaud AMOUYAL	Statisticien

SOMMAIRE

Chapitre	Page
Remerciements	P 3
Sommaire	P 9
Glossaire	P 11
Résumé	P 13
Synthèse des objectifs à atteindre	P 17
Synthèse des mesures	P 18
1. Préface	P 20
2. Introduction	P 21
3. Motivation de l'étude	P 25
4. Contexte légal des services d'urgence	P 29
5. Objectifs de l'étude	P 30
6. Périmètre de l'étude	P 33
7. Méthodologie de l'étude	P 35
7.1 Comité de pilotage	P 35
7.2 Durée de l'étude et découpage en modules	P 36
7.3 Collaborations	P 36
7.4 Désignation des personnes relais	P 36
7.5 Fonctionnement des services d'urgence et système d'information	P 36
7.6 Description de l'activité dans les services d'urgence	P 38
7.7 Evénements indésirables dans les services d'urgence	P 39
7.8 Pilotage des services d'urgence	P 39
7.9 Bilan de la Maison Médicale Pédiatrique	P 40
7.10 Ressources structurelles, matérielles, humaines et financières	P 40
7.11 Processus de prise en charge sur base de cas traceurs	P 40
7.12 Modèles de détermination des ressources soignantes	P 42
7.13 Organisation des ateliers de propositions	P 42
8. Organisation des services d'urgence au Luxembourg	P 44
8.1 Maillage territorial des services d'urgence au Luxembourg	P 44
8.2 Ouverture des services d'urgence au Luxembourg	P 45
8.3 Organisation de l'admission administrative au service d'urgence	P 47
8.4 Espaces d'attente temporaire au service d'urgence	P 48
8.5 Equipement des services d'urgence	P 49
8.6 Système de gestion des lits	P 51
9. Chiffres clés d'activité des services d'urgence en 2016	P 54
9.1 Distribution de l'activité entre les services d'urgence	P 54
9.2 Taux de sollicitation des services d'urgence	P 55
9.3 Caractéristiques démographiques des sollicitations	P 57
9.4 Hospitalisation antérieure à la sollicitation	P 61
9.5 Score de gravité à l'admission	P 61
9.6 Motif d'admission ou diagnostic de sortie du service d'urgence	P 62
9.7 Flux d'admission des patients	P 62
9.8 Présence concomitante des patients en service d'urgence	P 67
9.9 Délais de prise en charge	P 69
9.10 Taux d'hospitalisations directes par établissement	P 71
9.11 Synthèse des indicateurs d'activité 2016 des services d'urgence	P 72
10. Ressources médico-soignantes	P 76
10.1 Ressources médicales	P 76
10.2 Ressources soignantes	P 80

<i>10.3 Ressources cliniques complémentaires</i>	P 92
<i>10.4 Ressources de support logistique</i>	P 93
11. Synthèse des rapports intermédiaires	P 94
<i>11.1 Rapport sur le fonctionnement des services d'urgence</i>	P 94
<i>11.2 Rapport sur le système d'information des services d'urgence</i>	P 100
<i>11.3 Rapport sur la description d'activité 2016 dans les services d'urgence</i>	P 103
<i>11.4 Rapport sur les événements indésirables dans les services d'urgence</i>	P 103
<i>11.5 Rapport sur le pilotage des services d'urgence</i>	P 107
<i>11.6 Rapport sur les ressources disponibles</i>	P 112
<i>11.7 Rapport sur la Maison Médicale Pédiatrique</i>	P 115
<i>11.8 Rapport sur les processus de prise en charge des cas traceurs</i>	P 115
<i>11.9 Rapport sur la détermination d'une norme de personnel soignant</i>	P 118
12. Proposition d'objectifs à atteindre	P 129
13. Propositions relatives à la stratégie globale	P 131
14. Propositions relative aux ressources structurelles	P 139
15. Propositions relatives aux ressources médicales	P 142
16. Propositions relatives aux ressources soignantes	P 146
17. Propositions relatives à l'amont du service d'urgence	P 153
18. Propositions relatives au processus de prise en charge en SU	P 163
19. Propositions relatives à l'aval du service d'urgence	P 184
20. Conclusion	P 191
Documents consultés	P 194
Annexes	P 200

GLOSSAIRE

Acronyme	Définition
ACLS	Advanced Cardiovascular Life Support
AD	Assurance Dépendance
ALS	Advanced Life Support
AMMD	Association des Médecins et des Médecins Dentistes
CGDIS	Corps Grand-Ducal d'Incendie et de Secours
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHdN-E	Centre Hospitalier du Nord, site Ettelbruck
CHdN-E-MAT	Centre Hospitalier du Nord, site Ettelbruck, Maternité
CHdN-E-OO	Centre Hospitalier du Nord, site Ettelbruck, Urgences ORL-Ophtalmo
CHdN-W	Centre Hospitalier du Nord, site Wiltz
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHEM-VE	Centre Hospitalier Emile Mayrisch, site Esch
CHEM-NDK	Centre Hospitalier Emile Mayrisch, site Niederkorn
CHEM-VD	Centre Hospitalier Emile Mayrisch, site Dudelange
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHL-CPED	Centre Hospitalier, site Clinique Pédiatrique- Urgences Pédiatriques
CHL-HMU	Centre Hospitalier, site Hôpital Municipal- Urgences adultes
CHL-MAT	Centre Hospitalier, Urgences en maternité
CIPA	Centre Intégré pour Personnes Agées
CMG	Cercle des Médecins Généralistes
CNO	Commission des Normes
CNS	Caisse Nationale de Santé
COPAS	Confédération des Prestataires d'Aide et de Soins
CSDS	Conseil Scientifique dans le Domaine de la Santé
CSPS	Conseil Supérieur des Professions de Santé
CSU 112	Centre des Secours d'Urgence 112
DDS	Direction de la Santé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DSP	Dossier de Soins Partagés
EI	Evènement Indésirable
EIG	Evènement Indésirable Grave
EPR	Evènement Porteur de Risque ou Evènement potentiellement à risque
ETG	Echelle canadienne de Triage et de Gravité
ETP	Equivalent Temps Plein
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
HAS	Haute Autorité de Santé
HRS	Hôpitaux Robert Schuman
HRS-K-SUA	Hôpitaux Robert Schuman, site Kirchberg, Service d'Urgence Adultes
HRS-K-PED	Hôpitaux Robert Schuman, site Kirchberg, Urgences Pédiatriques
HRS-K-MAT	Hôpitaux Robert Schuman, site Kirchberg, Maternité
HRS-ZK	Hôpitaux Robert Schuman, site ZithaKlinik
IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
IGSS	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
JCI	Join Commission International
JF	Jour Férié
JG	Jour de Garde
JNG	Jour de Non Garde
JO	Jour Ouvrable

LIH	Luxembourg Institute of Health
LTPS	Lycée Technique pour Professions de Santé
MG	Médecin Généraliste
MIFA	Ministère de la Famille et de l'Intégration
MINSAN	Ministère de la Santé
MM	Maison Médicale
MMP	Maison Médicale Pédiatrique
MS	Médecin Spécialiste
MSS	Ministère de la Sécurité Sociale
NLS	Newborn Life Support
PALS	Pediatric Advanced Life Support
PEC	Prise en Charge
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SLMU	Société Luxembourgeoise de Médecine d'Urgence
SLP	Société Luxembourgeoise de Pédiatrie
SU	Service d'Urgence
UHCD	Unité Hospitalière de Courte Durée
USU	Unité de Surveillance aux Urgences
VSL	Véhicule Sanitaire Léger
WE	Weekend

Résumé

L'étude sur le fonctionnement des services d'urgence (SU), menée entre avril et décembre 2017, avait pour objectif de statuer sur les activités en 2016, sur leur organisation et sur les points critiques pouvant être sources d'un engorgement. Elle avait aussi comme but d'identifier les ressources disponibles, de faire le point sur la norme actuelle de dotation en personnel soignant et sur les modèles de normes de dotation soignante à l'étranger, afin de proposer des options possibles à la Commission des Normes, dans le cadre de la budgétisation hospitalière.

L'étude a été menée en 10 modules ayant permis d'explorer 9 thématiques : le fonctionnement général des services d'urgence, le système d'information disponible, la description de l'activité en 2016, le modèle de pilotage des services d'urgence, les ressources structurelles, matérielles, médicales et soignantes présentes, les processus de prise en charge sur base de cas traceurs, les modèles de détermination des ressources soignantes, les événements indésirables et les plaintes, le bilan de la Maison Médicale Pédiatrique.

Les points critiques identifiés ont ensuite fait l'objet de 9 ateliers qui ont permis de discuter des propositions d'amélioration.

Au total, 226 personnes ont été consultées dans le cadre de cette étude qui a porté sur les 4 services d'urgence et leurs sites périphériques. Un comité de pilotage a encadré ce travail afin de valider son déroulement ainsi que les 9 rapports intermédiaires et le rapport final.

L'étude a mis en évidence une faible reconnaissance par les pouvoirs publics de la médecine d'urgence s'exprimant par une absence d'inscription dans la liste des spécialités médicales, par une rareté de tarifs médicaux dédiés à cette discipline, par le peu d'exigences légales ou réglementaires quand à l'exercice professionnel.

L'analyse de l'activité des SU en 2016 a montré qu'environ 312.000 sollicitations ont eu lieu dans le pays, que le nombre de sollicitations des SU pour 1.000 habitants est beaucoup plus élevé que dans les pays limitrophes (540 au Luxembourg contre 300 à 350 chez nos voisins proches), la population ayant tendance à se rendre au SU pour des problèmes de santé dont le score de gravité est faible ou très faible, qui pourraient être pris en charge par les médecins généralistes ou les médecins pédiatres. Les hommes et les femmes utilisent de la même façon les SU. Sur l'ensemble des sollicitations, 91 % sont issues de la population résidente. Un peu plus d'un quart des sollicitations (26,73 %) sont liées aux enfants entre 0 et 14 ans. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent environ 8,5 % des sollicitations. A l'issue du passage au SU, 12,63 % des patients sont hospitalisés, ce qui peut paraître très faible par rapport aux taux étrangers qui s'étalent entre 20 et 30 %, mais ce taux faible est lié au grand nombre de sollicitations ayant un score de gravité faible ou très faible qui avoisine les 50 %.

L'analyse des flux d'entrées de patients se présentant aux SU a montré les mêmes courbes que dans les autres pays avec une croissance constante du nombre de patients se présentant aux urgences entre 7h et 13h, puis une décroissance jusqu'à 2h et une activité résiduelle en nuit pleine. Les SU ne sont jamais vides sauf s'ils sont fermés.

La durée de présence au service d'urgence entre l'heure d'admission administrative et l'heure de sortie est pour 75 % des patients de moins de 3 heures, ce qui est très correct par rapport aux pays voisins où la durée moyenne est très souvent supérieure à 4h. La durée moyenne varie entre les SU, allant par exemple pour les SU pour adultes de 1h36 à 3h49.

Le triage des patients dès l'admission par une infirmière d'accueil et d'orientation est une pratique acquise désormais au Luxembourg, mais seulement 62 % des patients bénéficient du triage dans le délai recommandé au niveau international, à savoir moins de 10 minutes après l'admission administrative.

L'organisation de la garde alternée entre le CHL et les HRS dans la ville de Luxembourg est source de grandes variations d'activité entre les jours de garde ou de non garde, qui engendrent des périodes de tensions extrêmes avec parfois plus de 50 patients présents en même temps dans des espaces non prévus pour une telle densité. Au total un jour de garde, le CHL accueille en moyenne 317 adultes et enfants par exemple. A la différence, les hôpitaux comme le CHEM ou le CHdN qui ont la garde 365 jours par an, présentent une activité plus homogène tout au cours de l'année. Les sites périphériques comme la ZithaKlinik, Dudelange ou Wiltz ont un rôle de proximité prioritairement. Seul le site de Niederkorn exerce un véritable rôle de soutien au service d'urgence principal du CHEM, situé à Esch, qui ne serait pas en mesure d'absorber cette activité.

L'analyse des ratios tels que le nombre de patients présents par heure par soignant ou le nombre de minutes soignantes par patient par heure montre de fortes zones de tension au CHL dans le service des urgences adultes et pédiatriques ainsi qu'au CHEM-Niederkorn. Le ratio descend parfois à 5 minutes de soignant par patient par heure ou monte à 12 ou 14 patients par infirmier par heure.

La situation est identique chez les médecins avec des ratios très élevés de patients présents par médecin par heure dans ces trois sites.

Pour les autres sites de SU, les seuils peuvent être sous tension à certains moments de la journée mais pas toujours de façon durable.

Les équipes médico-soignantes ont mis en place des processus de prise en charge de certaines pathologies (AVC, infarctus, polytraumatisés,...), qui correspondent globalement aux recommandations de bonne pratique. D'autres processus méritent par contre d'être optimisés tels que la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques, la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus, pour lesquelles l'articulation avec les équipes de psychiatrie ou de gériatrie est à développer.

La gestion des urgences pédiatriques au niveau national manque actuellement de concept clair et ne permet pas de ce fait une attribution de moyens en fonction des réels besoins, mais l'étude a permis d'élaborer des propositions en conformité avec le projet de loi sur les établissements hospitaliers, qui prévoit l'attribution d'un service national d'urgences pédiatriques. Par contre, le bilan de l'implantation de la Maison Médicale Pédiatrique (MMP) adossée au CHL avec un triage commun permettant d'orienter l'enfant en fonction de son score de gravité et d'une liste d'exclusion soit vers les urgences pédiatriques, soit vers la MMP, est très positif, même si quelques adaptations sont encore à considérer.

Au niveau des ressources structurelles, des aménagements sont à prévoir dans les 4 SU pour améliorer les espaces (CHEM-VE et CHEM-NDK), les agrandir pour certains (CHL adultes et enfants) ou implanter des lits porte (HRS, CHdN).

Les SU ont un accès satisfaisant aux équipements médicaux (scanner, échographie, bloc opératoire,...), ce qui n'est donc pas une source d'engorgement.

Il est apparu dans cette étude que certaines tâches administratives ou logistiques sont à la charge des équipes médico-soignantes (nettoyage de locaux, recherche de lits d'hospitalisation, admission administrative, gestion des stocks, remplissage en matériel des salles d'examen,...), induisant une perte d'utilisation des ressources infirmières aux soins directs aux patients.

D'autre part, il a été noté l'absence de la fonction d'aide-soignante au sein des SU ainsi que de la fonction de gestionnaire des flux patients pour surveiller le bon déroulement des parcours patients. L'information des patients et des proches sur les délais d'attente ou le processus de prise en charge du patient ne fait pas encore l'objet de mesures effectives. Les attributions de l'infirmier sont à réviser afin de les adapter à l'évolution des pratiques professionnelles en SU.

L'encadrement des nouveaux collaborateurs et la formation continue sont nécessaires mais déficients à ce jour faute de moyens disponibles.

La norme actuelle de dotation soignante est basée sur une méthodologie mal maîtrisée, puisque basée sur des données de facturation (dont les règles fort peu précises ont été

interprétées par les établissements), sans individualisation de l'activité propre au SU. Aucune norme de dotation soignante officielle n'a été retrouvée dans les pays limitrophes, à l'exception de normes minimales en Belgique. Par contre, des exemples ont été relevés et peuvent servir de base de discussion pour trouver un accord en Commission des Normes.

La documentation des sollicitations au sein des SU ne permet pas de trouver toutes les informations utiles pour un pilotage des SU. Ce dernier est d'ailleurs peu développé au niveau stratégique national, les pouvoirs publics et les financeurs (CNS) disposant de très peu d'informations sur les SU.

Lorsque l'information est disponible et exploitable, elle n'est pas comparable car les outils de classification ne sont pas identiques dans les 4 SU, telles que la grille de triage ou la classification des diagnostics de sortie. Certaines informations, comme le mode d'admission, l'heure de 1^{er} contact médical, l'heure de la décision médicale de sortie, sont totalement absentes.

L'étude a mis en évidence des points critiques en amont du SU, pendant le processus de prise en charge au SU et en aval du SU, qui interviennent sur l'engorgement des SU.

En amont du SU :

- l'offre actuelle de soins de santé primaires par les médecins généralistes ne permet pas de répondre aux besoins de la population et induit un flux vers les SU des hôpitaux,
- la difficulté à obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste en cabinet libéral ou des délais jugés trop longs pour obtenir un examen complémentaire qui amènent la population à se tourner vers l'hôpital et son service d'urgence,
- les maisons médicales situées à l'extérieur de l'hôpital ce qui empêche, pour des raisons médico-légales, de pouvoir orienter le patient après triage vers ce type de structure,
- l'obligation de payer la consultation en maison médicale alors qu'à l'hôpital le paiement ne sera pas demandé à l'issue de la consultation,
- une population composée de nombreux étrangers qui ne connaissent pas le système de santé au Luxembourg, n'ont pas de médecin généraliste, et de ce fait s'adressent à l'hôpital dès qu'ils ont un problème de santé,
- des acteurs (écoles, crèches, CSU-112 dans la journée, secrétariats médicaux pendant les congés) qui orientent la population vers l'hôpital,
- l'absence de maisons de soins médicalisées ce qui engendre le transfert vers l'hôpital des personnes très âgées dès le moindre problème de santé,
- l'absence de garde dans les réseaux de soins à domicile qui engendre le recours à l'hôpital alors que le problème aurait pu être solutionné par le réseau.

Pendant le processus de prise en charge au sein du SU :

- les délais d'obtention d'un avis de médecin de spécialiste peuvent allonger la durée de présence des patients au SU, problématique qui devrait s'aggraver en raison du grand nombre de médecins spécialistes à remplacer dans les 10 prochaines années (231 médecins) et des difficultés de recrutement déjà présentes dans certaines disciplines,
- des planifications insuffisantes de médecins urgentistes à certaines périodes de la journée, liées aux difficultés de recrutement de médecins urgentistes car les conditions d'exercice ne sont pas actuellement compétitives avec la situation dans les pays limitrophes,
- un nombre de salles d'examen insuffisant par rapport au flux des patients,
- la garde alternée dans la ville de Luxembourg qui engendre des flux de patients très importants,
- un accès trop long au dossier du patient en provenance d'une autre institution,
- l'absence de possibilité pour le médecin urgentiste de faire sortir le patient avec un rendez-vous programmé d'examen complémentaire, lorsque la situation clinique ne justifie pas qu'il soit fait le jour même.

En aval du SU :

- des difficultés pour trouver un lit d'hospitalisation, ce qui allonge le délai de présence de ces patients dans le SU,
- une absence de lits porte dans deux SU, ce qui bloque des salles d'examen avec certains patients qui nécessitent une observation avant la décision d'orientation,
- des services nationaux parfois saturés ne pouvant accueillir un transfert de patient et l'obligation pour le médecin urgentiste de trouver un lit à l'étranger ce qui allonge la durée de présence dans le SU, cette recherche étant difficile,
- des délais trop longs pour obtenir une ambulance pour un retour à domicile, pour un transfert intersite, pour un transport médicalisé,

Les propositions faites visent à améliorer la situation. Elles dépassent le champ propre des SU et impliquent d'autres acteurs et d'autres ministères, mais ont pour objectif de modifier l'environnement pour mieux réguler l'activité dans les SU. Elles portent aussi sur des points critiques mis en évidence au cours de l'étude qui n'ont pas d'impact sur l'engorgement mais visent à optimiser la qualité des soins ou la sécurité des soins ou la continuité des soins. L'étude a permis une analyse systémique de la situation avec les professionnels, et les réponses proposées sont donc elles aussi systémiques.

Elle a permis de mettre en évidence des problèmes de santé publique majeurs tels que le recrutement des médecins spécialistes, qui ne concernent pas que les SU, mais nécessitent de mettre en œuvre une véritable politique à plusieurs niveaux, de développer des stratégies de coopération avec l'étranger et de prendre des mesures incitatives lorsqu'il est encore temps pour agir étant donné la durée de formation d'un médecin spécialiste. L'avenir de la santé des résidents dans 15 ans dépend des décisions qui seront prises aujourd'hui. Affronter de tels problèmes ne peut pas se faire au niveau local mais demande une action concertée au niveau national entre les pouvoirs publics et les acteurs du terrain.

Enfin, il faut noter que les équipes médico-soignantes des SU sont fortement motivées, engagées et impliquées dans leur mission. Elles montrent des signes de cohésion forte malgré les pressions importantes auxquelles elles sont soumises. Lors de l'étude, les indicateurs de stress psycho-social ne montraient pas d'altération particulière, ce qui ne veut pas dire qu'il n'existait pas. Une attention particulière doit être portée à ces équipes qui sont la porte d'entrée et la carte de visite de l'hôpital, car elles sont fortement soumises aux violences verbales, parfois aux violences physiques et ont la lourde tâche d'accueillir à tout moment, toute pathologie quelque soit son score de gravité, ce qui constitue en soi un risque, puisque cela nécessite d'être compétent pour faire face à toutes les situations qui se présentent. Leur rôle est majeur puisqu'un excellent diagnostic, un traitement adapté, des soins de qualité et une orientation justifiée donnent les meilleures chances au patient et diminuent les coûts pour l'assurance maladie et l'assurance dépendance.

Synthèse des objectifs à atteindre

Les objectifs suivants sont proposés :

Objectifs	Seuil à atteindre
Diminuer le ratio d'utilisation des SU par la population	440 / 1.000 habitants
Triage dans les 10 minutes après l'admission	100 % des patients
Durée de présence entre l'heure d'admission et l'heure de sortie inférieure ou égale à 3h	85 % des patients
Durée de présence des personnes âgées de 75 ans et plus entre l'heure d'admission et l'heure de sortie inférieure ou égale à 2h	85 % des personnes âgées de 75 ans et plus
Ratio de patients admis par médecin par heure	Progression vers 1,6 à 2 patients /heure/médecin
Ratio de patients par infirmier, par heure, pour les salles d'examen	Progression vers 4 patients /heure/soignant
Résultats des analyses médicales de laboratoire fournis dans les 45 minutes après le prélèvement	90 % des patients ayant eu une analyse de laboratoire au SU
Comptes rendus d'imagerie médicale fournis dans les 30 minutes après la réalisation de l'examen	90 % des examens d'Imagerie réalisés lors du passage au SU
Délai entre la décision médicale de sortie et la sortie effective du SU	inférieur à 30 minutes en moyenne
Avis d'un médecin gériatre au SU pour les personnes âgées de 75 ans et plus nécessitant une hospitalisation	100 % de ces patients

Tab.1: Synthèse des objectifs à atteindre à court et moyen termes par les services d'urgence au Luxembourg

Le délai pour atteindre les objectifs sera à fixer par les pouvoirs publics sur proposition de la Plateforme Nationale Services d'Urgence (PFN-SU).

Synthèse des mesures

Domaine	N°	Mesure
1. Stratégie globale	1	Préciser le cadre légal et conventionnel des services d'urgence
	2	Donner un cadre légal et conventionnel à la médecine d'urgence
	3	Mettre en œuvre un pilotage des services d'urgence
2. Ressources structurelles	4	Adapter ou construire les locaux des services d'urgence en se basant sur les concepts actualisés de médecine d'urgence (marche en avant, filières, espaces ouverts) et sur l'activité
	5	Garantir l'accessibilité à un scanner
3. Ressources médicales	6	Garantir une accessibilité optimale à une médecine d'urgence de 1 ^{ère} ligne
	7	Garantir une accessibilité optimale à une 2 ^{ème} ligne de garde de médecine spécialisée
4. Ressources soignantes	8	Allouer dans le cadre du budget hospitalier des ressources soignantes spécifiquement dédiées aux services d'urgence en tenant compte des besoins des patients et en garantissant la sécurité de la prise en charge
	9	Apporter du soutien aux équipes soignantes afin de les maintenir sur leur activité principale
	10	Garantir des compétences optimales au sein de l'équipe soignante
	11	Sécuriser l'exercice professionnel infirmier en tenant compte de l'évolution des soins au service d'urgence
	12	Aménager la planification des personnels sur base de l'organisation choisie de la garde ou de la gestion commune d'équipe
	13	Limiter l'attribution de charges complémentaires non valorisées, pour les services d'urgence
5. En amont du SU	14	Renforcer les soins de santé primaires afin de réduire l'utilisation du SU par la population, pour des soins pouvant être pris en charge par les médecins généralistes ou les médecins pédiatres
	15	Informier et éduquer la population afin qu'elle soit en mesure de bien choisir la structure adaptée à ses problèmes de santé. Eduquer les professionnels afin qu'ils soient en mesure de bien orienter les patients
	16	Eviter tant que possible l'hospitalisation des personnes âgées institutionnalisées ou en réseau de soins, et préférer l'organisation de leur prise en charge dans leur lieu de vie
	17	Améliorer la bonne orientation des patients par le CSU 112

6. Processus de prise en charge au SU		
	18	Lisser les pics d'activité liés à la garde dans les services d'urgence de la ville de Luxembourg
	19	Organiser la phase d'observation et de surveillance de certains patients avant de décider de leur orientation
	20	Optimiser la filière de prise en charge au sein des services d'urgence des personnes avec troubles psychiatriques
	21	Optimiser la filière de prise en charge au sein des services d'urgence des personnes âgées de 75 ans et plus
	22	Organiser la filière de prise en charge des urgences pédiatriques
	23	Continuer la standardisation des prises en charge selon les recommandations de bonne pratique
	24	Optimiser l'accessibilité aux prises en charge spécialisées dans les services nationaux
	25	Optimiser le flux des patients au sein des services d'urgence et le rendre toujours plus sécuritaire
	26	Informier régulièrement les patients et les proches sur les délais qui les concernent, et profiter des temps d'attente pour leur apporter des informations sur le fonctionnement des services d'urgence
	27	Améliorer la transmission des informations entre les professionnels
	28	Raccourcir les délais d'attente en service d'urgence d'un avis de médecin spécialiste
	29	Continuer le développement de la sécurité des soins aux patients
	30	Prévenir les risques de violence
7. En aval du service d'urgence		
	31	Améliorer la disponibilité des lits d'hospitalisation
	32	Améliorer la qualité et le délai de transport des patients post service d'urgence

Tab.2 : Synthèse des mesures proposées pour l'amélioration du fonctionnement des services d'urgence au Luxembourg

1. Préface

Les défis liés au fonctionnement des services d'urgence des établissements hospitaliers luxembourgeois ont été un sujet récurrent à l'ordre du jour des dernières réunions du comité quadripartite. La question y a été adressée dans le souci de trouver des réponses durables au phénomène dit « d'engorgement » des services d'urgence (SU).

Un groupe de travail composé de membres du Ministère de la Santé (MINSAN), du Ministère de la Sécurité Sociale (MSS), des établissements hospitaliers, de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL), de la Caisse Nationale de Santé (CNS), du corps médical et des partenaires sociaux a été mandaté pour élaborer des pistes susceptibles d'assurer un meilleur fonctionnement des services d'urgence. Les maisons médicales ont également été associées à cet exercice. La présente étude s'inscrit dans les actions présentées à la Quadripartite du 26 octobre 2016.

Face à l'ampleur de l'enjeu et aux risques posés par l'engorgement, notamment pour les patients, les établissements hospitaliers et les professionnels médico-soignants, il fut décidé d'un commun accord par les autorités publiques de compléter les réflexions du groupe de travail par une analyse approfondie des activités et du fonctionnement des services d'urgence dans les différents sites des quatre centres hospitaliers. La réalisation d'une telle étude a été considérée comme une étape essentielle pour une avancée objective dans ce dossier.

L'objectivation de la réalité de ce service doit ainsi mettre en évidence les points critiques en termes d'engorgement des services d'urgence. Il sera dès lors plus aisé de cerner les difficultés et les contraintes auxquelles se heurte la prise en charge des patients en cause et d'identifier les leviers sur lesquels il faudra agir pour en diminuer l'ampleur.

Cette étude avait aussi pour ambition d'entendre la parole des professionnels de la médecine d'urgence et de leur permettre d'être force de propositions, en raison de leur expertise. Cette alliance entre les décideurs politiques en provenance de plusieurs ministères, les financeurs, et les professionnels de terrain devrait permettre de développer des stratégies d'amélioration raisonnées et raisonnables, adaptées aux réels besoins, planifiées dans le temps, pour lesquelles chacun portera une part de responsabilité dans la mise en œuvre.

Il est attendu que tant la population, que les professionnels et les pouvoirs publics trouvent satisfaction dans le plan d'action qui pourrait être issu d'une telle étude.

2. Introduction

La réponse aux besoins de santé d'une population se fait dans la majorité des pays développés par une offre de services dont les services d'urgence (SU) font partie intégrante. Ceci n'a pas toujours été le cas, puisque leur existence propre est récente. Très longtemps, cette activité non programmée a été incluse dans les activités de polyclinique.

Le maillage territorial des offres de service permet de maintenir un niveau d'équité acceptable entre les citoyens des zones urbaines et rurales. La chaîne des soins de santé comprend habituellement :

- les services de prévention tels que les maisons d'éducation à la santé, les centres d'éducation et de prévention,
- les soins de santé primaires comprenant les cabinets de médecine générale, les groupements de médecins en centres de santé, les centres de santé communautaires dans certains pays, les réseaux de soins à domicile,
- les soins de santé secondaires à savoir les hôpitaux généraux, régionaux, spécialisés, universitaires, avec leurs plateaux techniques et leurs compétences de plus en plus spécialisés,
- les soins de santé tertiaires de rééducation, réadaptation, réhabilitation.

Les services d'urgence appartiennent aux soins de santé secondaires et font désormais le lien entre les soins de santé primaires et les soins hospitaliers plus spécialisés. Ils constituent une interface du système de santé dont ils reflètent les dysfonctionnements. Ils sont le miroir de la politique de santé. Alors que les soins électifs sont généralement bien organisés, les soins non programmés obligent à s'interroger sur leur positionnement, en fonction du caractère d'urgence clinique.

Ils ont pour mission d'accueillir toute personne qui s'y présente, adressée par un professionnel de santé ou venue de sa propre initiative. Ils sont le vecteur d'admissions en hospitalisation et contribuent donc à l'activité d'un hôpital.

La notion d'urgence était initialement réservée aux urgences vitales, c'est à dire aux situations de vie lors desquelles le pronostic vital est en jeu en raison des perturbations des fonctions essentielles à la vie : fonction cardiaque, fonction respiratoire, fonction rénale, fonction cérébrale,...

Les causes sont variées : maladie, accident ou traumatisme, hémorragie,...

Peu à peu, le rôle des services d'urgence a évolué en fonction des évolutions sociales et professionnelles. Alors que les urgences vitales étaient la mission première des services d'urgence, celles-ci ont baissé en fréquence au fur et à mesure que la culture de sécurité s'est développée au travail et sur les routes. En remplacement, les SU prennent en charge aujourd'hui plus de complications liées aux maladies chroniques et au vieillissement. Les problèmes sociaux liés aux crises économiques ont aussi amené vers les SU d'autres types de patients présentant des problèmes d'ordre socio-sanitaires, tels que les sans-abris. La précarisation du travail, le chômage, l'augmentation du pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté même dans les pays européens les plus riches, ont induit un recours vers l'hôpital pour accéder aux soins car il n'y a pas d'obligation de payer directement les soins prestés.

Les diverses dépendances constituent avec les troubles de santé mentale un grand pan d'activité. Les troubles psychiatriques ont augmenté, la consommation de substances toxiques a cru tout au long des 50 dernières années, l'isolement des personnes âgées est devenu fréquent.

Tout ceci a contribué à augmenter les états de santé précaires nécessitant le recours aux soins. C'est spontanément vers l'hôpital que la population s'est tournée car cette structure a été dans le même temps profondément restructurée avec des locaux modernes, des plateaux techniques bien équipés (IRM, scanners, blocs opératoires,...),

du personnel soignant formé, des médecins spécialisés. La population a confiance dans cette structure de haute technologie, dans les soins qui y sont prestés, tel que le témoignent les enquêtes européennes (Eurobaromètre) ou celles de l'OECD (confiance des citoyens dans leur système de santé) des dernières années.

La société a réduit peu à peu la durée du travail pour l'ensemble des métiers et fonctions, et les médecins même libéraux ont aussi adapté leur temps de travail passant d'une disponibilité quasi permanente à des horaires d'ouverture et de fermeture, nécessitant l'organisation d'une permanence des soins pendant les soirées, nuits, weekends et jours fériés. La féminisation des professions médicales a eu aussi un impact sur l'organisation des cabinets médicaux avec une plus grande fréquence d'activités à temps partiel pour gérer la vie familiale et la vie professionnelle. L'Union Européenne a introduit de nouveaux droits concernant l'exercice professionnel de médecin, tels que les durées légales de travail en continu lorsque le médecin est salarié.

Les services d'urgence ont peu à peu suppléer à la difficulté de pouvoir accéder à un médecin généraliste en cabinet libéral. La population s'est spontanément orientée vers l'hôpital lorsque les soins de santé primaires n'étaient pas en mesure de répondre à la demande.

Le recrutement des professions de médecins spécialisés est devenu très complexe dans plusieurs disciplines, augmentant ainsi la difficulté à accéder dans un délai acceptable à des consultations.

D'autre part, des changements profonds ont eu lieu dans la société. L'éloignement des familles a fait perdre la transmission des savoirs pour gérer les petits problèmes de santé transitoires.

Les attentes des citoyens ont aussi évolué. Dans une société de l'immédiateté, la population attend désormais d'être prise en charge rapidement, d'avoir les examens complémentaires sans attente afin de connaître le diagnostic et de pouvoir être traitée dans les meilleurs délais selon les données actualisées de la science. D'ailleurs les droits du patient inscrits dans la législation luxembourgeoise⁵ vont en ce sens.

La tendance actuelle est donc de se rendre à l'hôpital et à son service d'urgence sans distinction de gravité, chaque fois qu'un dysfonctionnement de santé se présente, qu'il soit passager ou non.

Cet usage a engendré une croissance du recours aux services d'urgence qui n'ont pas été conçus et organisés pour un si grand nombre de sollicitations, qui ne revêtent pas toutes un caractère d'urgence médicale, bien que le citoyen puisse l'avoir estimé autrement. Ce phénomène n'est pas spécifique au Luxembourg. Il est retrouvé dans tous les pays européens et pose le problème de l'engorgement des services d'urgence, de leur réorganisation au sein de la chaîne de soins et des priorités à établir afin de garantir à la population à la fois d'être prise en charge avec rapidité et efficacité lors d'une véritable urgence vitale telle que l'infarctus du myocarde (IDM) ou l'accident vasculaire cérébral (AVC), et à la fois de donner une réponse satisfaisante aux sollicitations moins urgentes.

Les citoyens attachent de l'importance à leur prise en charge dans les SU. Le nombre de sollicitations est d'environ 312.000 par an, ce qui constitue le passage de plus d'un résident sur deux (54% environ) au SU.

Le service d'urgence est à considérer comme la porte d'entrée de l'hôpital. L'image qui y est donnée repose sur la qualité de diagnostic qui y est faite, sur la qualité des soins qui y sont prodigués, ainsi que sur les délais d'attente dans le processus de prise en charge. L'activité médicale et soignante qui y est réalisée doit être à haute valeur ajoutée. Elle doit permettre par un diagnostic fiable et la proposition du traitement le plus adapté, d'éviter des complications et parfois des handicaps à moyen ou long terme, d'éviter de

⁵ Article 4 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations des patients

nouvelles consultations ou des hospitalisations injustifiées. Une médecine d'urgence de qualité contribue à la maîtrise des coûts de la santé. C'est donc un maillon clé de la chaîne des soins qui mérite toute l'attention nécessaire.

Si l'engorgement des SU est fréquemment cité comme dysfonctionnement, la question est de savoir s'il s'agit d'un problème isolé ou s'il constitue la partie visible de problèmes plus profonds dans notre système de santé.

C'est pourquoi, l'étude réalisée en 2017 dans les services d'urgence a exploré le fonctionnement des services d'urgence et les interrelations avec l'amont et l'aval, les points critiques en termes de qualité de prise en charge, d'accessibilité, de ressources, de documentation des soins qui y sont prestés.

Elle a aussi permis de s'interroger sur la capacité des équipes médico-soignantes à supporter les tensions auxquelles elles sont soumises, sur leur degré de résilience pour supporter la situation présente et les difficultés rencontrées, et donc sur le seuil limite à ne pas dépasser pour éviter une remise en cause du fonctionnement des SU à court ou moyen terme par abandon des équipes.

Elle a permis de faire émerger des propositions d'amélioration qui sont exposées dans le présent rapport.

Elle a donné lieu à des rapports intermédiaires portant sur un thème spécifique : la description du fonctionnement des services d'urgence et du système d'information disponible, la description de l'activité ambulatoire non programmée qui s'y présente, les événements indésirables se produisant dans les services d'urgence ainsi que les plaintes, le système de pilotage des services d'urgence au niveau stratégique, institutionnel et local, le bilan de la maison médicale pédiatrique (MMP), les ressources disponibles en termes d'infrastructures, de médecins, de soignants, de finances, le processus de prise en charge des patients à partir de cas traceurs, les modèles de détermination du personnel soignant.

Elle a permis de faire participer de nombreux acteurs aux intérêts parfois divergents : les pouvoirs publics qui souhaitent une réponse adaptée aux besoins de la population dans des coûts acceptables et maîtrisés, les directions des institutions qui veulent répondre à leur mission de santé publique sans pour autant avoir en main tous les leviers pour réorganiser le système de santé et qui cherchent à garantir le maintien de leurs activités, les professionnels de la médecine d'urgence qui attendent une reconnaissance de leur pratique en tant que maillon essentiel de la chaîne des soins, les médecins de soins primaires qui constatent le déplacement d'une partie de leurs activités légitimes vers les services d'urgence, les médecins spécialistes qui interviennent dans le processus de prise en charge au service d'urgence et dont la charge s'accroît avec les difficultés de recrutement. L'étude a donc été construite autour d'une approche terrain afin de mieux percevoir les contraintes des professionnels des SU, de mieux identifier les aspects contradictoires, et de faire des propositions pouvant s'enraciner dans le quotidien de ces services afin de faciliter les pratiques.

Le présent rapport final présente des chiffres clés sur les services d'urgence au Luxembourg, met en évidence les problématiques rencontrées et les recommandations proposées dans sept domaines : la stratégie globale de management des services d'urgence, les ressources structurelles, les ressources médicales, les ressources soignantes, l'intervention en amont du SU, le processus de prise en charge au sein du SU, l'intervention en aval du service d'urgence. Il est construit autour de 32 mesures et de 150 propositions qui interviennent de manière systémique. Toutes n'ont pas les mêmes priorités mais toutes sont essentielles pour œuvrer à l'amélioration de la situation. Il appartiendra aux pouvoirs publics de construire le plan d'action autour de recommandations à court et moyen termes en fonction des ressources disponibles et des délais que peuvent nécessiter certaines actions pour être opérationnelles. Une

proposition de priorisation est suggérée dans ce rapport final, ainsi qu'une proposition d'acteurs pouvant être impliqués pour chacune des recommandations.

D'autre part, des objectifs à atteindre sont proposés afin de pouvoir évaluer à moyen terme l'efficacité du plan d'action qui pourrait être mis en place par les pouvoirs publics. Ces objectifs sont ambitieux mais peuvent être atteints si les restructurations proposées et les ressources nécessaires, y compris financières, sont effectives. Ceci induit que toute amélioration ou allocation de ressources nouvelles doivent être assorties d'objectifs à atteindre par le SU, l'institution dont il relève ou par les autres acteurs qui en bénéficient.

3. Motivation de l'étude

L'étude des systèmes de santé dans les pays européens montre que les sollicitations des services d'urgence hospitaliers augmentent chaque année. Cet accroissement est partiellement en lien avec le vieillissement de la population, le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans constituant une proportion importante des admissions non programmées. Ceci est dû en général aux poly-pathologies se développant avec l'âge.

D'autre part, la situation des personnes se présentant dans les services d'urgence devient plus complexe à gérer en raison d'interférences diverses : situation sociale critique, problèmes linguistiques rendant difficile l'information adéquate du patient et de ses proches, ainsi que l'obtention d'un consentement éclairé, attentes et exigences des accompagnants en sus de celles du patient,...

A cette complexité, se surajoutent les recommandations de bonne pratique qui demandent pour certaines pathologies telles que les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les infarctus du myocarde (IDM) ou les personnes âgées de 75 ans et plus, des prises en charge spécifiques dans des délais courts, afin de prévenir le risque de décès, le handicap résiduel post traitement, ainsi que le risque de déclin fonctionnel pour les personnes âgées fragiles.

De plus, les services d'urgence des établissements hospitaliers ont à gérer les interfaces dans la chaîne des soins, en amont avec la médecine libérale et les établissements de long séjour qui adressent les patients, et en aval pour trouver des places d'hospitalisation dans les filières de soins, ainsi qu'avec les établissements d'hébergement et les réseaux de soins à domicile.

La politique de développement de la médecine et chirurgie ambulatoire demandée par l'autorité publique aux médecins et aux établissements hospitaliers est entrée en action depuis plusieurs années au Luxembourg, sans qu'un suivi soit mis en place afin de mesurer son impact éventuel sur l'ensemble de la chaîne des soins et notamment sur les services d'urgence.

Il faut noter que l'ouverture des maisons médicales dans chacune des régions avait été conçue comme une réponse – plus ancienne - aux demandes de permanence des soins en médecine générale, dont l'évaluation de l'impact sur la fréquentation des services d'urgence et polycliniques n'a pas été réalisée.

Les établissements ont fait état d'engorgements réguliers des services d'urgence générant des risques potentiels pour les patients et des risques de mise en cause de la responsabilité des hôpitaux et des équipes médico-soignantes.

L'activité de soins en service d'urgence est une activité complexe. Elle nécessite une prise en charge par des équipes multidisciplinaires qui utilisent des technologies avancées pour répondre aux besoins de chaque patient, être unique dont la maladie a un déroulement propre. Elle nécessite aussi un maillage organisationnel entre divers services (imagerie médicale, laboratoire, bloc opératoire,...). De ce fait, le risque de dysfonctionnements existe.

La standardisation des processus de prise en charge est nécessaire pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients, cependant les processus doivent être adaptés pour répondre aux besoins de chaque patient.

L'administration de thérapies complexes et la réalisation de gestes techniques sont autant de sources possibles d'erreur même si leur but est de tenter de restaurer la santé. Ces erreurs sont considérées comme des événements indésirables évitables. Comme exemple, peuvent être citées l'erreur d'administration d'un médicament (pas le bon dosage, pas le bon patient, pas la bonne voie d'administration...), l'erreur en imagerie médicale (pas la bonne étiquette sur le bon de radio, pas le bon examen réalisé,...),

l'erreur lors d'un geste technique (pas le bon acte à la bonne personne, mauvais étiquetage du prélèvement,...). Selon l'HAS, sur base de l'étude nationale réalisée en France en 2009, un patient sur dix⁶ subirait un préjudice lors de ses soins.

Afin d'éviter la survenue d'incidents et d'accidents, d'empêcher leur récurrence ou d'en limiter les conséquences, les établissements hospitaliers ont déployé des barrières limitantes de plusieurs niveaux : physiques (alarmes, sécurité informatique pour les dossiers des patients, mise de barrières au lit pour les patients dépendants...), géographiques (séparation des produits d'injection dangereux), temporelles (réalisation de certaines activités certains jours), administratives (procédures, protocoles,...), professionnelles (référentiel de bonnes pratiques, double contrôle, formation continue, simulation,...).

Bien qu'ils soient le plus souvent dûs à des erreurs humaines, les événements indésirables (EI) sont considérés désormais dans la littérature comme des marqueurs d'organisation, à savoir le fruit d'une défaillance du système liée à un dysfonctionnement de l'organisation. En effet, le contexte et l'environnement professionnel peuvent favoriser la survenue d'erreurs humaines. Les situations de stress, les situations de fortes tensions d'activité, l'inadéquation des ressources avec les besoins sont propices à la survenue d'erreurs, d'oublis, de défaut de surveillance, de mauvaise appréciation de la situation du patient.

Les violences ou les agressions sont souvent issues de situations n'ayant pas permis une communication adaptée aux besoins des personnes.

En cas d'engorgement des services d'urgence, l'hypothèse est faite que le risque de survenue d'EI et de violences s'accroît par rapport à un fonctionnement maîtrisé de ces services. C'est pourquoi, il a été jugé utile de s'intéresser à ces deux marqueurs pour les services d'urgence au Luxembourg, puisqu'ils sont soumis à des flux de patients journaliers importants⁷ et que les cas cliniques, différents en termes de score de gravité, demandent des prises en charge thérapeutiques et des gestes techniques variés.

D'autre part, les institutions hospitalières ont demandé d'augmenter l'allocation de ressources soignantes. L'enveloppe budgétaire globale pour les exercices 2017-2018 des établissements hospitaliers, fixée par le Conseil de gouvernement, contient un montant supplémentaire temporaire dédié aux urgences (1 million pour 2017 et 1 million pour 2018), qui sera à affecter si des besoins sont reconnus, selon des critères de répartition à définir, et contre des engagements de changement en termes d'organisation à mettre en œuvre, si nécessaire.

Cependant, il n'est pas certain que l'engorgement des services d'urgence soit réglé par la seule allocation de ce type de ressources. En effet l'engorgement, s'il peut être démontré par un ratio de patients élevé par personnel soignant et surtout par médecin, a de multiples causes possibles : insuffisance de locaux, insuffisance de ressources médicales, types de compétences médicales disponibles, délais d'accessibilité aux compétences médicales, insuffisance de ressources logistiques, insuffisance de ressources en termes de plateau technique, insuffisance de ressources soignantes, planification inadéquate des ressources soignantes par rapport aux besoins, insuffisance d'offres dans les soins de santé primaires, orientation des patients vers l'hôpital par les médecins libéraux en cas d'absence, organisation du système de garde médicale sur le territoire, gestion des lits d'hospitalisation inefficace en aval,....

Afin de définir sur quels leviers il faut agir pour améliorer la situation, et afin de pouvoir anticiper des problèmes d'engorgement et de réagir très tôt, il y a lieu d'avoir un panel d'indicateurs pertinents en temps réel, de définir qui doit les recevoir et les utiliser, et quelles actions peuvent être déclinées à partir d'un seuil d'alerte atteint. L'étude doit

⁶ Les événements indésirables associés aux soins, HAS, Fiche technique sécurité des patients

⁷ Cf le rapport intitulé « Etude des activités au sein des services d'urgence. Description de l'activité ambulatoire non programmée et triée » 5 décembre 2017, ML Lair, Santé et Prospectives

permettre de statuer sur l'état de la situation en matière d'indicateurs disponibles et de pilotage existant au niveau national et local au Luxembourg en 2017, et donc sur la capacité des acteurs nationaux et locaux à prendre des décisions pour prévenir au mieux les engorgements. De plus, il y a lieu d'étudier l'état de plusieurs types de ressources : structurelles, matérielles, humaines et financières.

Afin de pallier aux besoins de la population pédiatrique du Luxembourg en procurant la possibilité de consulter pour des urgences pédiatriques ne pouvant pas attendre mais ne nécessitant pas le support d'un plateau technique hospitalier tel qu'organisé dans le service d'urgences pédiatriques, un nouveau modèle d'organisation de la prise en charge des enfants malades à certaines périodes de la journée en semaine et le week-end, a été mis en place alliant les soins primaires en pédiatrie et les soins hospitaliers secondaires en pédiatrie. Il y a lieu, deux ans après son implémentation, d'en faire le bilan, de s'interroger sur les problèmes résiduels, afin d'envisager son maintien dans les meilleures conditions possibles. Cette expérience peut d'autre part servir de base de réflexion pour l'organisation de la prise en charge des urgences adultes.

Les établissements hospitaliers ont exprimé de grandes difficultés pour subvenir à la prise en charge (PEC) des patients en raison d'un manque de personnel pour assumer un flux toujours plus important de patients. La question a alors été posée de savoir si les PEC étaient conformes aux recommandations de bonne pratique et si tel n'était pas le cas, quelles pourraient en être les raisons potentielles.

Mais, la budgétisation hospitalière fonctionne actuellement avec un centre de frais intitulé « Polycliniques-Urgences », dans lequel se retrouve de l'activité programmée et non programmée.

Pour doter le personnel soignant de ce centre de frais, une norme de dotation a été définie en 1995. Elle était basée sur une organisation hospitalière qui a changé depuis, notamment en raison des fusions d'hôpitaux.

Depuis cette date, des services d'urgence ont été mis en place, consacrés à une activité en grande majorité non programmée. Le triage des patients est devenu une réalité dans les sites principaux et annexes, même si cette étape s'effectue avec 4 grilles de triage différentes au niveau national.

Au sein de la Commission des Normes (CNO), qui est l'organe qui négocie entre la CNS et la FHL toutes les normes de dotation pour l'ensemble des centres de frais, les hôpitaux ont depuis plusieurs années émis la demande d'individualiser le centre de frais « Service d'urgence » du centre de frais « Polycliniques » afin de pouvoir déterminer de manière distincte les dotations des SU et les dotations des Polycliniques. D'autre part, au sein de la CNO, les établissements hospitaliers ont signalé de grandes difficultés avec les dotations actuelles pour répondre aux besoins des patients avec qualité et sécurité. Les deux parties pouvaient partager le principe d'individualisation des SU dans le processus de budgétisation hospitalière, mais des étapes à respecter semblaient primordiales pour la CNS, à savoir :

- connaître avec exactitude les dotations existantes dans les SU,
- identifier si d'autres facteurs pouvaient influencer la surcharge exprimée par les directions des soins,
- étudier les normes utilisées par les autres pays environnants dans leurs services d'urgence.

La FHL, avec les directions des soins des 4 établissements, a fait en octobre 2016 une proposition de norme de dotation en personnel soignant en CNO, qui n'a pas trouvé de consensus entre la CNS et la FHL pour la détermination de la norme pour les SU. Devant cette difficulté pour aboutir, il a été décidé de mener cette étude plus spécifique concernant la normalisation des dotations pour les SU.

De nombreuses questions ont donc motivé cette étude sur le fonctionnement des services d'urgence et ont permis d'en déterminer le scope :

- Comment sont organisés au quotidien les services d'urgence ?
- Comment sont organisées les filières de prise en charge ?
- Les patients sont-ils pris en charge selon les recommandations de bonne pratique ?
- Quelle est l'activité réelle dans les services d'urgence ?
- Quels sont les flux des patients ? Existe-t-il des points critiques dans les processus ?
- Les SU sont-ils engorgés ?
- Les services d'urgence sont-ils pilotés ? avec quels indicateurs ? et par qui ?
- Existe-t-il des événements indésirables pouvant être la conséquence de dysfonctionnements ?
- Les ressources médicales sont-elles suffisantes ? sont-elles formées à la médecine d'urgence ? Le modèle de financement des activités est-il adapté aux activités prestées en médecine d'urgence ? L'organisation des SU sera-t-elle dépendante du recrutement des médecins dans l'avenir ?
- Les ressources soignantes sont-elles suffisantes pour prendre en charge les patients ? Quelles sont les dotations actuelles de soignants dans les SU ? Ces dotations sont-elles comparables à celles de l'étranger ? Le modèle de norme utilisé est-il performant pour doter les SU ?
- Les locaux sont-ils adaptés pour absorber les flux de patients ? Sont-ils conçus selon les concepts actualisés de médecine d'urgence ?
- Les équipements constituent-ils une source d'engorgement des SU ?
- Les sollicitations des SU sont-elles toutes justifiées ? Relèvent-elles en partie des soins de santé primaires ?
- La mise en place de la MMP adossée à l'hôpital apporte-t-elle une réponse adaptée aux besoins des urgences pédiatriques ?
- Le système d'information dans les SU est-il performant et apte à fournir toutes les informations utiles pour le pilotage des SU ?

4. Contexte légal des services d'urgence

Sur le plan de la législation, les textes suivants servent de référence :

- **La Loi du 27 février 1986** concernant l'aide médicale urgente qui introduit la notion d'hôpital de garde, qui définit le processus de prise en charge d'un appel au 112, qui prévoit dans le chapitre 3, article 6 que l'hôpital assurant la garde signe une convention avec ses médecins en vue d'assurer la permanence médicale. L'article 10 ajoute que le Ministre de la Santé peut désigner un établissement participant au service de garde pour assurer une permanence médicale et paramédicale même s'il n'est pas de garde.
- **Le Règlement grand-ducal du 29 août 1979** établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence :
 - Disposer d'un service de chirurgie générale et d'un bloc opératoire, d'un service de médecine, d'un service de gynécologie-obstétrique, d'un service de pédiatrie, d'un service de réanimation, d'un service de radio-diagnostic, d'un laboratoire d'analyses médicales, d'un équipement et appareils pour faire les urgences ORL et ophtalmologiques, ainsi que neurologiques.
 - Tous ces services doivent être prêts à intervenir à tout moment avec du personnel formé.
 - Disposer d'une unité d'accueil et de réception, d'une salle d'attente, et de personnel administratif chargé du secrétariat médical de jour et de nuit.
 - Avoir au moins 5 locaux de 20 m² chacun pour les examens, un accès au bloc opératoire, au service de radiologie et au service de réanimation et pouvoir faire appel à ces services, ainsi que faire des analyses de laboratoire et des examens de radiologie.
 - Disposer de personnel paramédical en nombre suffisant et qualifié.
 - Disposer d'équipements : défibrillateur, électrocardiogramme, stimulateur cardiaque externe, respirateur, oxygène et aspiration.
 - Disposer d'une section d'hospitalisation pour la surveillance avant un retour à domicile ou une attente d'hospitalisation.
 - Avoir au moins un médecin présent dans l'enceinte hospitalière et une disponibilité immédiate sur appel suivie d'une présence effective d'un médecin en chirurgie générale, médecine interne ou cardiologie, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, ainsi que sur appel d'autres spécialités.
 - Avoir du personnel infirmier 24h sur 24 dont au moins 1 infirmier anesthésiste, pour les enfants une infirmière puéricultrice et en gynécologie-obstétrique une sage-femme.
- La **Loi du 28 août 1998** prévoit dans son article 10 que l'établissement hospitalier réponde à des normes et que soient définies dans un règlement grand-ducal l'organisation de la permanence médicale et du service d'urgence.

Cependant, à la date du présent rapport, les établissements ont l'autonomie de décision sur le modèle d'organisation notamment en termes de nombre de sites d'accueil d'urgence offerts à la population, ainsi que leur durée d'ouverture. Toutefois, les jours de garde des services d'urgence accueillant le SAMU dans la région Centre sont coordonnés par la Direction de la santé.

5. Objectifs de l'étude

Le but final à atteindre, partagé entre les partenaires (MINSAN, MSS, CNS, FHL) est de :

- permettre aux quatre centres hospitaliers de remplir leur mission de santé publique, en disposant des moyens humains en nombre et qualifications appropriés,
- garantir un recours au service d'urgence à toute personne le nécessitant pour un problème de santé, une orientation justifiée, une prise en charge conforme aux bonnes pratiques professionnelles n'engendrant pas de perte de chance, dans un délai approprié à la situation, dans le respect des droits du patient, pour un coût acceptable dans le cadre du financement des soins de santé, dans des conditions d'exercice pour les professionnels ne portant pas atteinte à leur propre santé, sécurité et responsabilités,
- garantir des flux de patients avec des pics d'activité maîtrisés grâce à une organisation efficiente et sécuritaire, ainsi qu'une chaîne de soins structurée et coordonnée,
- articuler l'activité du service d'urgence avec la chaîne de soins en amont et en aval,
- améliorer la compréhension par la population du processus de prise en charge dans le service d'urgence.

Les objectifs principaux de l'étude étaient de:

- Augmenter la connaissance et la visibilité de ce pan d'activité hospitalière.
- Apporter des réponses durables aux problèmes rencontrés dans les services d'urgence au Luxembourg, tenant compte du profil médico-social de la patientèle accueillie, de l'évolution démographique prévisible, et de l'évolution scientifique.
- Optimiser le pilotage national des services d'urgence grâce à des indicateurs fiables et reproductibles en provenance des 4 centres hospitaliers permettant une anticipation en temps réel de la régulation des moyens nationaux.

Les objectifs opérationnels de l'étude étaient de :

- Avoir une connaissance des activités du service d'urgence suffisamment approfondie et précise pour permettre la prise de décisions appropriées pour atteindre le but recherché, en :
 - caractérisant la population accueillie,
 - appréciant l'activité réelle du service d'urgence (patients non programmés et triés) par rapport à l'activité renseignée comme ambulatoire,
 - identifiant les zones de risque dans la prise en charge des patients en raison d'un engorgement des services d'urgence.
- Dresser un état des lieux des outils et système d'information disponibles dans les services d'urgence et de réaliser une analyse critique globale de leur capacité à soutenir le pilotage des SU. Emettre des propositions de changement au niveau national et de l'établissement pour obtenir des indicateurs fiables et comparables au niveau national et international.
- Identifier les indicateurs disponibles et systématiquement édités par l'établissement hospitalier pour le pilotage du service d'urgence. Apprécier la

qualité des indicateurs produits et leur capacité à permettre une gestion préventive des engorgements. Identifier les acteurs concernés par la diffusion de ces indicateurs et leur utilisation pour la gestion ou le financement des services d'urgence. Etudier la comparabilité des indicateurs entre les 4 services d'urgence. Comparer ces indicateurs avec ceux utilisés à l'étranger pour la gestion des services d'urgence. Proposer un set d'indicateurs pour le pilotage des services d'urgence suffisamment élargi pour un pilotage national et local, et les variables à collecter y associées. Proposer un système de pilotage local et national en clarifiant les responsabilités des acteurs.

- Faire le point sur les risques encourus par les patients, les professionnels dans les services d'urgence, en caractérisant les événements indésirables (EI) dans la prise en charge des patients, déclarés dans le système de surveillance de l'hôpital, en termes de type d'EI, de fréquence, de gravité et de conséquences. Etudier les plaintes des patients et autres acteurs relatives au passage dans un service d'urgence, en caractérisant les plaintes enregistrées dans le système de gestion des plaintes de l'établissement. Etudier les violences vécues par les professionnels dans l'exercice de leur activité au sein du service d'urgence, en caractérisant les agressions et les violences dont ils sont victimes, en termes de fréquence, de gravité et d'impact. Cerner le vécu des professionnels par rapport aux risques encourus par les patients et pour eux-mêmes. Recenser les risques psycho-sociaux au sein des services d'urgence vus par la médecine du travail. Identifier le système de gestion des risques et les vigilances suivies, mis en place dans les services d'urgence et les marqueurs disponibles.
- Décrire les ressources structurelles disponibles pour la prise en charge de l'activité ambulatoire non programmée, y compris les équipements médicaux au sein du service d'urgence ou utilisés à proximité. Décrire les ressources soignantes disponibles en 2016 en termes de qualifications et de présence, et les corrélés au nombre de passages non programmés dans les services d'urgence. Présenter les indicateurs de ressources humaines soignantes 2016 et rechercher s'ils témoignent de situations de grandes tensions. Décrire le modèle d'organisation médicale au sein des services d'urgence et identifier s'il existe des contraintes actuelles ou potentielles pour garantir la garde. Décrire les ressources affectées aux réceptions des services d'urgence et analyser la couverture horaire assurée.
- Statuer sur la dotation actuelle, réellement affectée aux SU. Décrire le modèle de dotation actuelle des services d'urgence. Décrire les modèles de dotation utilisés dans les pays limitrophes ayant un système de santé proche de celui du Luxembourg. Etudier la proposition de norme de dotation présentée par la FHL. Emettre des propositions de modèles pour la détermination de la norme de dotation des SU.
- Déterminer les référentiels de bonne pratique en médecine d'urgence officiels au Luxembourg. Déterminer les référentiels de bonne pratique en médecine d'urgence disponibles dans les SU. Identifier les acteurs chargés de leur développement. Donner une image de leur application dans les SU, notamment du respect de certains délais, de l'orientation du patient dans la filière de PEC. Décrire, à travers des cas traceurs, le fonctionnement de filières spécifiques.
- Décrire le modèle d'organisation de la MMP mis en place. Décrire l'activité de la MMP au sein du CHL. Recenser les difficultés résiduelles si nécessaire. Identifier les perspectives. Conclure sur l'intérêt du modèle après une analyse critique en

termes de réponse aux besoins, et s'interroger sur sa reproductibilité potentielle pour les urgences chez l'adulte.

- Emettre, si besoin, des propositions visant la distinction des activités du service d'urgence de celles de la polyclinique.

6. Périmètre de l'étude

L'étude porte sur le périmètre suivant :

- les services d'urgence du Centre Hospitalier de Luxembourg, du Centre Hospitalier Emile Mayrisch, des Hôpitaux Robert Schuman, du Centre Hospitalier du Nord,
- tous les sites accueillant des patients non programmés et triés, quelques soient leurs horaires et jours d'ouverture,
- l'activité des services d'urgence adultes et pédiatriques de tous les sites concernés,
- sur l'activité d'urgence en gynécologie-obstétrique, ainsi que sur les spécificités de l'accueil de patients psychiatriques.

Cette étude qui vise à décrire l'activité des services d'urgence ne porte pas sur les services d'aide médicale urgente (SAMU) ni sur le centre de régulation du CSU-112, même si chaque hôpital de garde a la responsabilité d'organiser avec les ressources mises à sa disposition, cette activité.

Pour la partie relative au pilotage des SU, l'étude porte essentiellement sur les indicateurs relatifs aux services d'urgence produits de manière systématique selon une fréquence déterminée, disponibles au sein de l'établissement. Elle porte aussi sur les indicateurs relatifs aux services d'urgence reçus et utilisés par les pouvoirs publics, tels que le MINSAN, la Direction de la santé (DDS) et la CNS. Les indicateurs doivent considérer l'ensemble des sites de l'établissement. Sont exclus de l'étude les indicateurs produits pour une réponse à une question en interne, à une question parlementaire, à une étude spécifique demandée par un professionnel ou un groupe de professionnels ou à un travail ponctuel de recherche.

Pour le bilan sur la MMP, l'étude porte essentiellement sur la Maison Médicale Pédiatrique centralisée sise au CHL, relevant d'une convention avec l'Etat. Elle ne porte pas sur la consultation pédiatrique⁸ mise en place par le Centre Hospitalier du Nord au sein de ses locaux, cette dernière n'ayant pas de lien fonctionnel avec le service d'urgence. D'autre part, le CHdN ne dispose d'aucune donnée sur l'activité de cette consultation pédiatrique.

Les ressources structurelles, matérielles, humaines et financières, des services d'urgence des quatre établissements hospitaliers dans leurs différents sites ont été considérées. Sont exclues de ce rapport les ressources financières des médecins.

Les données utilisées sont celles de 2016 pour les patients et le personnel présent pour chaque jour de l'année.

Par contre, pour l'analyse de la pyramide des âges des médecins, l'âge des personnes a été calculé en 2017.

L'étude porte sur 11 cas traceurs choisis sur les critères suivants :

- importance d'une détection et d'un traitement précoces pour garantir les meilleures chances au patient,
- prévalence du cas traceur.

⁸ Bien que le CHdN nomme cette consultation « Maison Médicale Pédiatrique »

Les cas traceurs suivants ont été retenus :

- Cardiologie : Infarctus du myocarde (IDM) avéré ou suspecté,
- Neurologie : Accident vasculaire cérébral (AVC) avéré ou suspecté,
- Traumatologie : polytraumatisés,
- Gériatrie : PEC des personnes âgées de 75 ans et plus,
- Pédiatrie : PEC d'un enfant avec bronchiolite,
- Pédiatrie : PEC d'un enfant avec gastro-entérite,
- Pédiatrie : PEC d'un enfant avec fracture,
- Pédiatrie : PEC d'un enfant avec brûlure,
- Psychiatrie : PEC d'une personne ayant fait une tentative de suicide,
- Psychiatrie : PEC d'une personne avec alcoolisation excessive,
- Obstétrique : menace d'accouchement prématuré (MAP) avant 7 mois de grossesse.

Les cas traceurs ont été étudiés dans les 4 services d'urgence, quelque soit le site, mais l'analyse a été faite de manière globale.

Les limites de l'étude sont celles de la disponibilité des données pour chaque type de cas traceurs et de la possibilité de repérer les cas traceurs dans la base de données hospitalière.

Il s'agit d'une pré-étude qualitative et non pas quantitative. De ce fait, le nombre de cas observés devait permettre de repérer des points potentiellement critiques, afin d'orienter éventuellement dans une phase ultérieure vers une étude quantitative sur un échantillon plus grand.

Le personnel soignant affecté aux services d'urgence, y compris aux lits porte a fait l'objet de l'étude. Les dotations soignantes sur l'ensemble des sites des hôpitaux accueillant de l'activité non programmée et triée ont été considérées.

7. Méthodologie de l'étude

7.1 Comité de pilotage

L'étude sur le fonctionnement des services d'urgence a été menée sous l'égide d'un comité de pilotage composé des représentants suivants :

Institution	Représentants
Ministère de la Santé	Mme Anne Calteux M. Laurent Zanotelli
Direction de la Santé	Dr Philippe Remy
Caisse Nationale de Santé	M. José Balanzategui M. Frank Bisenius M. Marc Geisen M. Arnaud Amouyal
Inspection Générale de la Sécurité Sociale	Mme Geneviève Klepper
Partenaires Sociaux	M. Nicolas Henckes M. Carlos Pereira Mme Fabienne Lang M. René Pizzaferrì
CHL	Mme Monique Birkel Dr Guillaume Bauer
CHEM	M. Nico Rinaldis Dr Maryse Storck
HRS	M. Marc Schlim Dr Emile Bock
CHdN	M. René Haagen Dr Robert Thill-Heusbourg
Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois	M. Sylvain Vitali
Luxembourg Institute of Health	M. Joël Weis M. Didier Andrianne
Santé et Prospectives	Mme Marie-Lise Lair

Tab.3 : Composition du comité de pilotage de l'étude sur les services d'urgence

Le comité de pilotage s'est réuni 10 fois aux dates suivantes :

- 23 mars 2017
- 3 avril 2017
- 26 avril 2017
- 10 mai 2017
- 5 juillet 2017
- 20 septembre 2017
- 22 novembre 2017
- 29 novembre 2017
- 8 décembre 2017
- 19 janvier 2018

Des réunions complémentaires de suivi ont eu lieu 4 fois au cours de l'étude avec le Ministère de la Santé et la CNS, afin de faire le point sur l'avancée des travaux.

Le rôle du comité de pilotage a été de valider le scope de l'étude, le découpage en modules, superviser l'avancée des travaux, valider les rapports intermédiaires, le rapport final et approuver les recommandations émises par les ateliers.

7.2 Durée de l'étude et découpage en modules

Pour être réalisée dans les délais impartis, à savoir entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 décembre 2017, l'étude a été découpée en 10 modules :

- module 1 : description du fonctionnement des services d'urgence
- module 2 : description du système d'information des services d'urgence
- module 3 : description de l'activité 2016 des services d'urgence
- module 4 : événements indésirables, plaintes et violences
- module 5 : processus de prise en charge sur base de cas traceurs
- module 6 : pilotage des services d'urgence
- module 7: ressources disponibles structurelles, matérielles, médicales, soignantes, financières
- module 8 : bilan du fonctionnement de la MMP
- module 9 : modèles de détermination des ressources soignantes
- module 10 : ateliers de détermination des propositions

Pour chaque module une méthodologie spécifique a été établie.

Chaque module a donné lieu à un rapport intermédiaire à l'exception du module 10 qui donne lieu au présent rapport final.

7.3 Collaborations

Pour la réalisation de l'étude, des compétences ont été associées :

- le statisticien de la CNS pour le module 3 : traitement des données remises par les établissements,
- l'équipe du SASSS du Luxembourg Institute of Health :
 - o pour le module 5 : collecte des données sur les cas traceurs et production des résultats
 - o une partie du module 7 : calcul des ratios soignants et des ratios médicaux

7.4 Désignation des personnes relais

Pour mener à bien l'étude, des personnes relais, connaissant le service d'urgence, ont été désignées par la direction de chacun des établissements :

Etablissement	Personne relais soins	Personnes relais médical
CHL	M. Alain ALBRECHT	Dr Marc SIMON (adultes) Dr Claude SCHALBAR (pédiatrie)
CHEM	M. Nico RINALDIS	Dr Maryse STORCK
HRS	M. Peter MÜLLER	Dr Emile BOCK
CHdN	M. René HAAGEN	Dr Robert THILL-HEUSBOURG

Tab 4 : Personnes relais de l'étude dans les établissements hospitaliers

7.5 Fonctionnement des services d'urgence et système d'information

Un questionnaire préliminaire (annexe 1) a été envoyé à chaque centre hospitalier afin d'obtenir des informations générales avant la visite sur site.

Une visite de tous les sites accueillant des patients non programmés et triés de chaque établissement, en présence des médecins et/ou des soignants responsables de ces secteurs a été organisée.

Etablissement	Dates de visite	Lieux visités
CHL	29 mars 2017	Service d'urgence pour adultes Service d'urgences pédiatriques Policlinique gynéco-obstétrique
CHEM	27 mars 2017	Service d'urgence site Esch Urgences pédiatriques site Esch Service d'urgence site Niederkorn Policlinique-Urgences site Dudelange
HRS	30 mars 2017	Service d'urgence pour adultes Kirchberg Service des urgences pédiatriques Kirchberg Policlinique gynéco-obstétrique Kirchberg Service d'urgence ZithaKlinik
CHdN	28 mars 2017	Service d'urgence site Ettelbruck Policlinique gynéco-obstétrique site Ettelbruck Policlinique ORL-Ophtalmo site Ettelbruck Service des urgences site Wiltz

Tab.5 : Visites des services d'urgence

Une réunion d'information des médecins et du personnel soignant des services d'urgence a été réalisée dans chaque établissement le jour de la visite. Un document de présentation de l'étude préparé a été diffusé aux équipes. Les responsables soignants ont présenté l'étude au reste du personnel dans leur staff mensuel.

Des entretiens ont été menés avec chaque responsable soignant et médical des services d'urgence afin de décrire le processus de prise en charge.

Une présentation détaillée du système d'information disponible en cours dans le service d'urgence a été faite lors d'une seconde visite dans les établissements. Le projet de dossier informatisé aux HRS a aussi été vu lors de cette visite.

Etablissement	Dates de 2 ^{ème} visite
CHL	7 avril 2017
CHEM	6 avril 2017
HRS	5 avril 2017
CHdN	4 avril 2017

Tab.6: Dates de deuxième visite dans les services d'urgence

Etablissement	Dates de visites complémentaires
CHL	5 mai 2017- 17 mai 2017- 12 juin 2017- 7 juillet 2017- 20 octobre 2017
CHEM	2 mai 2017 – 15 juin 2017- 26 juin 2017- 19 octobre 2017
HRS	4 mai 2017- 16 mai 2017- 7 juin 2017- 6 juillet 2017- 18 octobre 2017
CHdN	3 mai 2017 – 4 juillet 2017 – 4 octobre 2017

Tab.7 : Dates des visites complémentaires

Au total, 25 jours de visite ont eu lieu au sein des établissements hospitaliers, afin de rencontrer les acteurs de terrain médicaux et soignants, ainsi que tous les services connexes permettant d'avoir une vue globale sur le fonctionnement des services d'urgence et leurs interfaces.

Des entretiens, 141 au total, ont été faits avec les acteurs, y compris le service de facturation, le service des ressources humaines, le service informatique, la cellule de reporting-controlling ou la cellule de gestion, les médecins du département d'information médicale (DIM), les sociétés de gardiennage, des médecins et des infirmiers. Au total 226 personnes différentes ont été consultées.

Des questions ont été posées au personnel sur le terrain pendant les visites afin de s'assurer des modes de fonctionnement.

Au décours des visites, des compléments d'information ont été demandés par e-mail aux personnes relais (médecins et soignants) ainsi qu'aux cadres soignants.

Les établissements hospitaliers ont remis divers documents :

- copies des écrans du système d'information ou fiches papier,
- procédures de prise en charge disponibles dans le service d'urgence,
- plans d'hygiène,
- programme de vérification et réapprovisionnement des chariots et des équipements.

7.6 Description de l'activité dans les services d'urgence

Pour réaliser ce travail, la méthodologie suivante a été utilisée dans chaque établissement:

- établissement des indicateurs permettant de décrire l'activité d'un service d'urgence,
- détermination des variables permettant de calculer chacun des indicateurs, qui seront à fournir par l'établissement,
- visite dans les établissements hospitaliers afin de prendre connaissance du système d'information disponible dans le service des urgences,
- identification des données administratives, médicales et soignantes, possibles dans le dossier électronique des patients et des informations disponibles mais non structurées (texte libre),
- vérification de la disponibilité des informations lorsque la donnée existe dans l'application électronique, à savoir si cette information est régulièrement saisie ou non,
- élaboration par le Luxembourg Institute of Health d'une clé de hachage complexe pour pseudonymiser le numéro d'identification national du patient,
- envoi aux établissements des consignes pour la composition du fichier « patients 2016 » à fournir et la pseudonymisation,
- envoi d'un modèle de fichier type à remplir par les établissements,
- rencontre avec les établissements pour discuter les difficultés rencontrées lors de l'établissement du fichier et décider des modalités à suivre,
- envoi du fichier « Patients 2016 pseudonymisé »,
- contrôle du fichier par le statisticien de la CNS avec repérage des doublons, des données manquantes, des anomalies dans les logiques temporelles,
- retour vers les établissements pour demande de vérification, d'explications et corrections éventuelles,
- envoi du fichier « Patients 2016 pseudonymisé, corrigé »,
- traitement des données et édition des résultats.

Cette description de l'activité des services d'urgence en 2016 repose sur l'exploitation du fichier fourni par les 4 établissements. Malgré nos efforts et ceux des établissements pour avoir des données de qualité, il n'est pas exclu que certaines erreurs persistent et n'aient pas pu être détectées lors de la validation du fichier.

7.7 Evènements indésirables dans les services d'urgence

Pour réaliser ce travail, la méthodologie suivante a été utilisée dans chaque établissement:

- présentation par l'établissement de son système de gestion des risques et des vigilances, de son système de récolte des EI, de son système de gestion des plaintes des patients ou des proches,
- collecte des données 2016 fournies par les établissements sur les EI dans le service d'urgence,
- collecte des plaintes relatives aux services d'urgence en 2016 fournies par les établissements,
- collecte des agressions et violences sur les équipes médico-soignantes dans les services d'urgence en 2016, fournies par les établissements,
- collecte des interventions des services de sécurité-gardiennage en 2016 au niveau des services des urgences sur base des rapports journaliers faits par ces services à la direction des établissements,
- rencontre avec les préposés à la sécurité et les sociétés de gardiennage,
- rencontre avec les gestionnaires des risques, gestionnaires des plaintes, ou responsable qualité selon l'organisation des établissements,
- entretiens avec les responsables soignants des services d'urgence,
- entretiens avec les infirmiers des services d'urgence,
- entretiens avec les médecins urgentistes,
- rencontre avec les médecins du travail du SIST-FHL et collecte des cas de violences-agressions et de risques psycho-sociaux recensés chez le personnel soignant travaillant dans les services d'urgence,
- collecte des mesures de prévention mises en place dans les services d'urgence par les établissements.

7.8 Pilotage des services d'urgence

Pour réaliser cette partie de l'étude, la méthodologie suivante a été utilisée :

- consultation des documents remis par les établissements sur les indicateurs qu'ils utilisent,
- consultation de documents étrangers (rapport d'activités, rapport d'analyse et d'études, publications, législations,...),
- requêtes d'informations auprès de la Direction de la santé,
- requêtes d'informations auprès de la Caisse Nationale de Santé,
- rencontres avec les acteurs hospitaliers médico-soignants,
- rencontre avec les membres des cellules de gestion, cellule statistique ou de controlling, ainsi qu'avec les médecins DIM, producteurs techniques des indicateurs au sein des hôpitaux,
- rencontre avec les gestionnaires des lits hospitaliers.

7.9 Bilan de la Maison Médicale Pédiatrique

Pour réaliser ce travail, la méthodologie suivante a été utilisée :

- consultation des documents conventionnels,
- contact avec la direction administrative et le secrétariat général du CHL,
- rencontre avec le médecin spécialiste en pédiatrie coordinatrice de la MMP,
- rencontres avec les médecins pédiatres du service d'urgences pédiatriques,
- rencontres avec le personnel soignant du service d'urgences pédiatriques,
- traitement et analyse des données d'activités issues de la MMP.

7.10 Ressources structurelles, matérielles, humaines et financières

Pour réaliser cette étude, la méthodologie suivante a été utilisée :

- visite des locaux pour identifier les ressources structurelles,
- remplissage de divers questionnaires par les établissements hospitaliers relatifs aux ressources humaines des services d'urgence,
- demande des indicateurs de ressources humaines 2014-2015-2016 : démissions, mutations, taux d'absentéisme, nouveaux collaborateurs, heures de formation continue,
- interviews des responsables des services d'urgence, médicaux et soignants,
- interviews des directions médicales,
- interviews des responsables des services de ressources humaines,
- interviews des gestionnaires de formation continue,
- interviews des formateurs internes à l'institution,
- interviews de réceptionnistes affectées aux services des urgences et de leurs responsables,
- interviews des responsables de la facturation accompagnés d'agents administratifs réalisant la facturation,
- exercice de facturation simulée sur base de situations cliniques se déroulant dans les services d'urgence,
- demande du fichier pseudonymisé de toutes les sollicitations non programmées et triées de 2016 dans chacun des sites de chaque hôpital, contrôle qualité du fichier, traitement des données et calcul de ratios,
- demande du fichier pseudonymisé 2016 des heures de présence des personnels soignants pour l'activité non programmée des services d'urgence,
- demande de la programmation des présences médicales non nominatives pour chaque type de jour de l'année pour l'activité non programmée,
- consultation des documents complémentaires mis à disposition par les établissements,
- consultations de lois ou conventions en lien avec l'étude.

7.11 Processus de prise en charge sur base de cas traceurs

Pour réaliser cette étude, la méthodologie suivante a été utilisée :

- demande aux services d'urgence des référentiels de bonne pratique disponibles,
- entretiens avec les professionnels soignants,
- entretiens avec les médecins responsables des services d'urgence,
- consultation des référentiels de bonne pratique du Conseil Scientifique dans le Domaine de la Santé (CSDS),
- consultation des référentiels de bonne pratique européens.

Puis, il a été demandé à chaque établissement de décrire le moyen de repérer dans la base de données du SU, les différents cas traceurs. C'est à cette étape qu'il a été constaté l'impossibilité dans 3 établissements sur 4 de repérer les femmes venues en urgence pour une MAP avant 7 mois de grossesse. Seul le CHL était en mesure d'identifier ces patientes. Cette situation a induit la décision de retirer ce cas traceur de l'étude.

Après accord sur les critères d'identification des cas traceurs, il a été demandé à l'établissement de comptabiliser le nombre de patients contenus dans la base de données pour chacun des cas traceurs.

Il est important de préciser que la méthode de sélection des dossiers à auditer n'a pas pu être uniforme entre les 4 établissements, faute de diagnostic de sortie retrouvé dans tous les dossiers selon une classification internationalement reconnue. Dans certains cas, le diagnostic codé par le médecin urgentiste a été utilisé. Dans d'autres établissements, le motif d'admission a été repris. Aux HRS, le médecin DIM a recherché les dossiers sur base de mots clés dans les dossiers. Au CHdN, pour certains cas traceurs (AVC et IDM), il n'a pas été possible de retrouver les cas suspectés, seuls les cas avérés ayant induit une hospitalisation ont pu faire l'objet d'une sélection.

Puis, il a été demandé à l'hôpital de classer tous les cas repérés par ordre de date d'admission. Si deux personnes étaient entrées le même jour, elles ont été classées par heure d'admission.

Il a été remis aux hôpitaux une clé de sélection des dossiers à étudier, différente par cas traceur, déterminée par le consultant en fonction du nombre de cas repérés, de telle manière à obtenir 15 dossiers par cas traceur par établissement.

L'objectif avait été fixé à 10 dossiers par hôpital par cas traceur retenu, plus 5 dossiers en réserve au cas où lors de l'audit il s'avérait que certains dossiers ne correspondaient pas au cas traceur demandé.

L'établissement a ensuite reçu un fichier Excel avec pour chaque cas traceur retenu les types de données à fournir avant la venue de l'auditeur, à savoir :

- le numéro de pseudonymisation,
- l'âge du patient,
- le sexe,
- la date d'admission au SU,
- l'heure d'admission au SU,
- la date de sortie au SU,
- l'heure de sortie au SU.

Il a été remis au Luxembourg Institute of Health (LIH) :

- ce fichier transmis par les établissements,
- un fichier contenant toutes les variables à collecter lors de l'audit des dossiers de cas traceurs afin de pouvoir ensuite par type de cas traceur sortir les indicateurs de prise en charge pouvant pour certains être comparés aux référentiels étrangers ou nationaux,
- les modalités de réponses possibles pour chacune des variables.

Sur cette base, le LIH a développé une application permettant aux infirmiers de recherche de collecter puis saisir directement sur site les informations en version électronique afin de gagner du temps pour le traitement des données.

Des dates d'audit ont été planifiées dans chaque établissement et le LIH s'est rendu sur place pour collecter les données.

Lors de l'audit, un représentant autorisé de l'institution était présent pour accéder au dossier et fournir les informations demandées à l'infirmier de recherche du LIH.

Dans certains établissements, il a été nécessaire de tirer de nouveaux patients pour certains cas traceurs, en raison du fait que le dossier sélectionné ne correspondait pas au type de cas traceur demandé. Cette situation a été particulièrement retrouvée au CHdN.

Le LIH a ensuite procédé au traitement des données et à la fourniture des résultats contenus au présent rapport.

A retenir

Etant donné les grandes difficultés de repérage des dossiers de cas traceurs, ainsi que le manque d'uniformité de la méthode de sélection, cette étude comporte de nombreuses limites méthodologiques et doit donc être considérée comme une étude préliminaire dont les résultats doivent être utilisés avec beaucoup de précautions. Toutes pistes de réflexion susceptibles d'être envisagées sur les résultats obtenus devront faire l'objet d'une enquête plus approfondie.

Cette pré-étude a néanmoins confirmé la nécessité d'utiliser une même classification des diagnostics de sortie du SU, par les 4 SU.

7.12 Modèles de détermination des ressources soignantes

Pour réaliser ce travail, la méthodologie suivante a été utilisée :

- consultation des documents conventionnels,
- consultation des législations afférentes,
- consultations de bibliographies,
- entretiens avec les directions des soins,
- entretiens avec des professionnels à l'étranger directement impliqués dans la gestion de SU.

7.13 Organisation des ateliers de propositions

Neuf ateliers ont été organisés entre le 17 octobre et le 8 décembre 2017.

Ils ont réuni des représentants des services d'urgence des 4 établissements hospitaliers, des membres de la CNS, un représentant de la Direction de la Santé, un représentant de la FHL. Pour certains ateliers, étaient aussi présents un représentant des partenaires sociaux, un représentant du Ministère de la Santé.

Selon la thématique de l'atelier, d'autres acteurs ont été invités tels que :

- le Cercle des Médecins Généralistes,
- la Société Luxembourgeoise de Pédiatrie,
- les médecins psychiatres des hôpitaux,
- les médecins gériatres des hôpitaux,
- la COPAS,
- le Ministère de la Famille.

Les thèmes des ateliers ont été déterminés sur base des points critiques identifiés lors de l'étude, pour lesquels des propositions d'amélioration devraient être faites.

Les ateliers ont porté sur les thématiques suivantes :

- **atelier 1** : Définitions des types de structure
- **atelier 2** : Pilotage des services d'urgence interne et externe

- **atelier 3** : Flux des patients en amont et en aval, lien avec la médecine générale, sensibilisation de la population
- **atelier 4** : Organisation de la garde dans la région Centre
- **atelier 5** : Organisation des urgences pédiatriques
- **atelier 6** : Urgences psychiatriques et Urgences gériatriques
- **atelier 7** : Processus de prise en charge, référentiels, organisation logistique
- **atelier 8 A** : Ressources soignantes
- **atelier 8 B** : Ressources médicales et financement des activités médicales

Lors de chaque atelier, une présentation synthétique des points critiques identifiés a introduit la séance. Puis les propositions d'amélioration ont été soumises à discussion. Lorsque les avis sont restés divergents après discussion et n'ont pas permis d'obtenir un consensus, ils ont été enregistrés et signalés dans le présent rapport.

A retenir :

Durée de l'étude terrain : 9 mois
 Nombre de réunions du comité de pilotage : 10
 Nombre de jours sur site : 25 jours
 Nombre d'entretiens réalisés : 141
 Nombre de personnes consultées : 226
 Nombre de modules : 10
 Nombre d'ateliers de propositions : 9
 Nombre de rapports intermédiaires réalisés : 8

8 Organisation des services d'urgence au Luxembourg

8.1 Maillage territorial des services d'urgence au Luxembourg

Il existe 4 services d'urgence au Luxembourg, répartis sur 11 sites géographiques distincts, comportant 15 portes d'entrée possibles pour les sollicitations de patients non programmés.

Hôpital	Site	Porte d'entrée
CHL	Hôpital Municipal	Service d'urgences adultes
	Clinique pédiatrique	Service d'urgences pédiatriques
	Centre Mère-Enfant	Maternité Urgences gynécologiques et obstétricales
CHEM	Esch-sur-Alzette	Service d'urgences adultes et pédiatriques Maternité Urgences obstétricales
	Niederkorn	Service d'urgence
	Dudelange	Service d'urgence-Policlinique
HRS	Kirchberg	Service d'urgences adultes Service d'urgences pédiatriques
	Clinique Bohler	Maternité Urgences gynécologiques et obstétricales
	ZithaKlinik	Service d'urgence-Policlinique
CHdN	Ettelbruck	Service d'urgences adultes et pédiatriques Maternité Urgences gynécologiques et obstétricales Urgences en Policlinique ORL-Ophtalmo
	Wiltz	Service d'urgence-Policlinique

Tab.8 : Portes d'entrée des urgences au Luxembourg en 2017

L'implantation des différents sites des services d'urgence au Luxembourg permet de maintenir une proximité de prise en charge pour la population, notamment à Wiltz et à Dudelange.

Cependant, pour des raisons d'efficience, cela impose dans ces deux sites de partager dans les mêmes espaces une activité non programmée de service d'urgence et une activité programmée de policlinique.

Pour la ville de Luxembourg, le maintien d'un site dans le quartier de la gare permet à la population y résidant et y travaillant de ne pas se déplacer pendant les jours ouvrables aux horaires de bureau, vers le CHL ou les HRS et donc de ne pas contribuer pendant ces heures à l'engorgement de ces deux services d'urgence.

Pour le Sud, le maintien du site de Niederkorn est une obligation car la configuration des locaux actuels du site d'Esch ne permettrait pas d'absorber l'activité du site de Niederkorn.

L'accueil de patients sur plusieurs sites induit parfois des transferts secondaires, médicalisés ou non, de patients d'un site périphérique vers le site principal qui dispose d'équipements et de spécialités médicales plus élargies. C'est le cas des patients présentant par exemple un AVC ou un infarctus du myocarde.

8.2 Ouverture des services d'urgence au Luxembourg

Deux hôpitaux assurent une garde 24h sur 24, 365 jours par an, à savoir le CHEM et le CHdN. La particularité du CHEM est d'assurer la garde sur deux sites 24h sur 24 (site Esch et site Niederkorn), bien que les patients accompagnés du SAMU ne soient normalement orientés que vers le site d'Esch, sauf en cas d'engorgement majeur.

Le CHL et les HRS se partagent à 50 % la garde de la région Centre tout au cours de l'année, ainsi que le SAMU. Cependant, les jours de non garde, les services d'urgence pour adultes de ces hôpitaux fonctionnent de 7h à 17h.

La particularité du CHL est de réaliser une garde tous les jours de l'année, 24h sur 24 pour la pédiatrie, alors que les HRS la réalise de 8h à 20h .

Seul le CHL héberge dans ses locaux une maison médicale réservée à la population pédiatrique. Les autres maisons médicales pour adultes ne sont pas hébergées dans les hôpitaux et se trouvent à une « walking distance » des services d'urgence.

Toutes les maternités du pays assurent la prise en charge des urgences obstétricales 24h sur 24, 365 jours par an.

Etablissement	Site	Modalités d'ouverture
CHL	CHL-HMU	Garde officielle : en alternance avec les HRS-HK-SUA, 50 % des jours de l'année de 7h à 7h le lendemain Planning publié par la Direction de la santé Jours de non garde : ouverture de 7h à 17h du CHL-HMU du lundi au vendredi, puis accueil de 17h à 7h par une unité de soins qui reçoit cette mission pour une semaine. Le weekend de non garde le service d'urgence est fermé à partir de 7h le samedi matin. Les ambulances n'amènent plus de patients à partir de l'heure de fermeture mais les patients pris en charge avant l'heure de fermeture restent jusqu'à leur décharge médicale puis sortie effective, ce qui induit la présence de patients au moins jusqu'à 9h et donc de personnel soignant et de médecins. Les jours de non-garde permettent aussi aux patients suivis au CHL dans les différentes spécialités de pouvoir se présenter sans rendez-vous en cas de problème (ex : patients ayant une complication suite à une hospitalisation, patients suivis pour une maladie chronique, complication d'une chirurgie ou médecine ambulatoire, suite de la prise en charge la veille au service d'urgence.
	CHL-CPED	365 jours, 24h sur 24
	CHL-MAT	365 jours, 24h sur 24
	Dans les locaux du CHL	
	Maison Médicale Pédiatrique	Jours ouvrables : 19h à 22h Weekend et jours fériés : 9h à 21h

HRS	HRS-K-SUA	Garde officielle : en alternance avec le CHL-HM-SUA, 50 % des jours de l'année de 7h à 7h le lendemain Planning publié par la Direction de la Santé Jours de non garde: ouverture de 7h à 17h du CHL-K-SUA du lundi au vendredi. Le weekend de non garde, le service d'urgence est fermé à partir de 7h le samedi matin. Les ambulances n'amènent plus de patients à partir de l'heure de fermeture mais les patients pris en charge avant l'heure de fermeture restent jusqu'à leur décharge médicale puis sortie effective ce qui induit la présence de patients au moins jusqu'à 9h et donc de personnel soignant et de médecins.
	HRS-K-PED	365 jours de 8h à 20h en Policlinique pédiatrique Après 20h, les enfants sont vus au service des urgences adultes s'ils se présentent aux HRS un jour de garde puis orientés vers la Clinique Pédiatrique du CHL
	HRS-K-MAT	365 jours, 24h sur 24 en Policlinique de 7h à 19h du lundi au vendredi et de 8h à 18h les samedis, dimanches, jours fériés en Salle d'accouchement de 19h à 7h du lundi au vendredi et de 18h à 8h les samedis, dimanches, jours fériés
	HRS-ZK	Ouverture du lundi au vendredi de 7h à 17h, sauf jours fériés. Fermé le weekend.
CHEM	CHEM-VE	365 jours, 24h sur 24 pour adultes et enfants
	CHEM-VE-MAT	365 jours, 24h sur 24, par le service d'urgence puis orientation vers la policlinique gynécologique et obstétrique ou vers la salle d'accouchement
	CHEM-NDK	365 jours, 24h sur 24 dans un service d'urgence
	CHEM-VD	En Policlinique : Ouverture du lundi au vendredi de 8h à 18h, sauf jours fériés L'été entre le 15/7 et le 15/9, ainsi que pendant les congés de Noël, ouverture de 8h à 16h
CHdN	CHdN-E	365 jours, 24h sur 24 pour adultes et enfants
	CHdN-E-MAT	365 jours, 24h sur 24 dans l'unité de soins et la salle d'accouchement
	CHdN-E-OO	Ouverture du lundi au vendredi de 7h30 à 13h, et de 9h à 13h le samedi. Fermeture les dimanches et jours fériés
	CHdN-W	365 jours, de 8h à 20h du lundi au vendredi et de 10h à 18h les samedis, dimanches et jours fériés
Dans les locaux du CHdN	Consultation Pédiatrique Ettelbruck	Particularité : Le CHdN loue des locaux aux médecins pédiatres qui accueillent les enfants pour une consultation de 10h à 12h et de 17h à 20h, les weekend et jours fériés. Ces enfants ne sont pas comptabilisés dans les passages au service d'urgence

Tab.9 : Jours et heures d'ouverture pour l'accueil des patients non programmés par hôpital et par site

8.3 Organisation de l'admission administrative au service d'urgence

Tous les sites principaux des services d'urgence ne disposent pas d'une admission administrative propre. Seuls le CHEM-VE et les HRS-K-SUA sont équipés d'un service d'admission propre 24h sur 24 les jours de garde.

Les autres (CHL-HMU et CHdN-E) réalisent l'admission dans le service d'admission générale de l'hôpital. Le CHL-HMU a ajouté une admission clinique pendant certaines heures les jours de garde, ce qui induit deux étapes d'admission.

Les HRS ont développé un modèle d'admission très spécifique qui permet un premier accueil par un infirmier appelé « Greeter ». Ce dernier oriente de suite par quelques questions soit vers le triage soit vers la salle de déchoquage ou d'examen si des facteurs de gravité sont présents.

Sur les sites annexes, tels que Wiltz ou Dudelange, l'admission est faite selon le même modèle que pour les polycliniques.

Les soignants réalisent l'admission administrative au CHdN pour les patients arrivant en filière couchée, ainsi que la nuit au CHEM-VE.

Etablissement	Site	Modalités d'organisation
CHL	CHL-HMU	Le service d'urgence ne dispose pas d'un service d'admission administrative qui lui soit propre. En raison de la proximité géographique, l'admission administrative est réalisée par le service des admissions de l'Hôpital Municipal (HM), qui est ouvert 24h sur 24, 365 jours. Puis le patient est orienté vers un Accueil Secrétariat Urgences qui assure l'admission clinique. Il fonctionne avec une secrétaire de 8h à 24h les jours de garde et de 8h à 17h les jours de non garde.
	CHL-MAT	L'admission est réalisée par le service des admissions du Centre Mère-Enfant qui est ouvert 24h sur 24, 365 jours (6h30 à 22h par le service d'admission du Centre Mère-Enfant et de 22h à 6h30 par le service d'admission de la KannerKlinik). Puis la femme est adressée au secrétariat du suivi de périnatalité ouvert de 8h à 18h, qui l'oriente ensuite soit en salle d'attente soit en salle d'urgence soit en salle d'accouchement
	CHL-CPED	L'admission est réalisée par le service des admissions de la Clinique Pédiatrique, qui est ouvert 24 h sur 24, 365 jours / an
HRS	HRS-K-SUA	Le service d'urgence dispose d'un service d'admission administrative (Accueil-Réception) qui lui est propre, différent de l'admission générale de l'Hôpital Kirchberg. Il fonctionne de 7h à 7h les jours de garde et de 7h à 17h les jours de non garde. Il a la spécificité d'être géré conjointement par une secrétaire et un infirmier. L'infirmier de cet accueil spécifique aux urgences pose quelques questions types au patient et l'oriente soit devant la salle de triage avec un ticket, soit l'installe en salle de déchoquage respectivement en salle d'examen et le confie à l'infirmier du secteur qui réalise le triage dans la salle de déchoquage respectivement salle d'examen. Le patient ne passant pas par ce triage est inscrit administrativement par la secrétaire de l'accueil. Tout autre patient, muni d'un ticket, est seulement inscrit administrativement au moment du triage par la secrétaire et l'infirmier dans la salle de triage. L'infirmier de

		cet accueil est appelé « le Greeter ». Il se différencie de l'IAO qui réalise le triage.
	HRS-MAT	L'admission administrative est située au niveau de la Clinique Bohler. Elle fonctionne de 7h à 21h tous les jours y compris les weekends et jours fériés. Après 21h, l'admission administrative est réalisée par les sages-femmes de la salle d'accouchement ou de l'unité de soins qui font une admission réduite qui sera complétée par la réception le lendemain.
	HRS-K-PED	L'admission administrative est située au niveau de la Clinique Bohler. Elle fonctionne de 7h à 21h tous les jours y compris les weekends et jours fériés.
	HRS-ZK	L'admission administrative est commune avec celle de la Policlinique programmée et la radiologie. Elle fonctionne de 7h à 17h.
CHEM	CHEM-VE	Le service d'urgence dispose d'un service d'admission administrative qui lui est propre (2 postes possibles), différent de l'admission générale du site d'Esch. Il fonctionne 24h sur 24, 365 jours par an, avec des secrétaires
	CHEM-VE-MAT	L'admission est réalisée par le service d'admission administrative du service d'urgence
	CHEM-NDK	L'admission est réalisée par le service d'admission générale du site de Niederkorn, ouvert de 6h à 21h en semaine et de 7h à 19h les samedis, dimanches et jours fériés. En dehors de ces heures d'ouverture, l'admission est réalisée par l'infirmier qui accueille le patient, récolte les données administratives, transfère par fax les informations au service des admissions du CHEM-VE
	CHEM-VD	L'admission est réalisée par le service des admissions générales pour tout le site qui est ouvert entre 7h30 et 18h30
CHdN	CHdN-E	Le service d'urgence ne dispose pas d'un service d'admission propre. L'admission est assurée par le service d'admission général pour le site d'Ettelbruck, ouvert 365 jours, 24h sur 24
	CHdN-E-MAT	L'admission est réalisée par le service d'admission générale du site d'Ettelbruck, ouvert 365 jours, 24h sur 24
	CHdN-E-OO	L'admission est réalisée par le service d'admission générale du site d'Ettelbruck, ouvert 365 jours, 24h sur 24
	CHdN-W	L'admission est réalisée par le service d'admission générale du site de Wiltz, qui est ouvert de 6h à 22h en semaine et de 8h à 20h les weekends et jours fériés

Tab.10 : Organisation de l'admission administrative selon l'hôpital et le site

8.4 Ressources infrastructurelles

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.

Aucun établissement ne dispose d'une unité d'hospitalisation de courte durée, permettant d'hospitaliser en post-SU des patients pour plus de 24h mais moins de 72 h.

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 Sud Spidol 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 ou très faible.

Hôpital	Site	Nombre
CHL	CHL-HMU	1 salle avec 5 lits porte séparés par des rideaux, située dans l'enceinte propre du service d'urgence mais séparée de la partie principale par le couloir d'accès au sas des ambulances, ce qui impose une ouverture des portes des deux secteurs par badge
	CHL-CPED	3 chambres individuelles avec monitoring relié au desk
CHEM	CHEM-VE	1 salle appelée Unité de Surveillance des Urgences (USU) de 6 places de brancards séparés par des paravents et sans lumière naturelle
	CHEM-NDK	0
	CHEM-VD	0
HRS	HRS-K-SUA	Pas de lits porte disponibles. Utilisation actuelle de la salle avec 6 brancards monitorisés
	HRS-K-PED	0
	HRS-ZK	0
CHdN	CHdN-E	0
	CHdN-W	0

Tab.11 : Distribution des espaces d'attente au sein des services d'urgence par site en 2017

8.5 Equipement des services d'urgence

L'activité d'un service d'urgence nécessite la réalisation d'examens complémentaires pour établir un diagnostic et proposer un traitement ou une orientation vers la spécialité médicale appropriée.

De ce fait, le service d'urgence a recours à des services tels que le laboratoire et l'imagerie médicale.

Les équipements médicaux disponibles dans les services d'urgence sont relativement récents et conformes aux besoins : ECG, échographe, défibrillateur, monitoring, respirateurs,...

Il n'y a pas de scanner dédié aux services d'urgence. Bien que cet examen soit irradiant, il reste au niveau international, l'équipement d'imagerie médicale le plus usité dans les services d'urgence pour établir un diagnostic.

Sans préjugé de la justification de tous les scanners demandés dans les services d'urgence à ce jour⁹, l'attribution d'un scanner dédié au service d'urgence est une pratique régulière au niveau international lors de nouvelles constructions ou lors de réaménagements de locaux. En effet, la durée courte de l'examen permet d'obtenir un diagnostic immédiat qui ne ralentit pas le processus de prise en charge du patient et aide au désengorgement. Cela permet aussi de ne pas perturber le programme électif de scanners pour les patients ambulatoires et hospitalisés. Il y a donc lieu de prévoir le maintien d'une accessibilité à cet équipement même si les établissements bénéficient de nouvelles IRM.

L'IRM est un examen aujourd'hui peu demandé en SU en raison des délais d'attente très longs, même si pour certains cas cliniques tels que les AVC, cet examen serait pour certains cas cliniques plus pertinent.

Lorsque les équipements ne sont pas disponibles sur le site mais que le patient le nécessite, alors un transfert vers le site principal est demandé.

En général, l'accessibilité à un examen d'imagerie médicale n'est pas signalée comme un facteur d'engorgement, les médecins estimant que le délai pour réaliser l'examen est acceptable. Une urgence vraie (état clinique critique) obtient toujours l'examen approprié dans un délai très court, car le patient est généralement adressé par le SAMU qui prévient l'hôpital avant l'arrivée, ce qui permet de réserver le scanner.

L'utilisation de la télémédecine et son encadrement dans la loi et dans la convention entre la CNS et l'AMMD devraient faire l'objet d'une réflexion plus approfondie afin de pouvoir intégrer les contraintes de la garde de 2^{ème} ligne (231 médecins spécialistes à remplacer dans les 10 prochaines années). 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.

A retenir :

Les équipements actuels des établissements hospitaliers nécessaires pour l'activité d'un service d'urgence ne constituent pas une cause d'engorgement. L'accessibilité à un scanner pour un patient en provenance d'un service d'urgence est considérée tant par les médecins que les soignants comme rapide dans les 4 établissements.

Le scanner reste au niveau international l'équipement le plus usité pour établir le diagnostic.

⁹ Cette vérification doit être gérée par des comités de pairs ou par l'autorité publique dans le cadre d'audits qualité spécifiques. Il existe cependant une publication du Conseil Scientifique dans le Domaine de la Santé des recommandations de bonne pratique en Imagerie Médicale.

Equipement	CHL-HMU	CHL-CPED	CHEM-VE	CHEM-NDK	CHEM-VD	HRS-K-SUA PED	+ HRS-ZK	CHdN-E	CHdN-W
Imagerie convent. IM	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Scanner	1 HMU 1 Eich	Accès	1	1	-	1	1	1	1
IRM	2	Accès	1	1	-	1	1	1	-
Echographie en SU	1	-	1	-	1	1	-	2	1
Echographie en IM	1 HMU 1 Eich	2 Rx Péd	1	1	-	1	1	-	-
Angiographie en IM	1	Accès	1	1	-	1	-	1	-
Scintigraphie en IM	OUI	-	OUI	-	-	OUI	OUI	OUI	-
Pet CT	1	Accès	-	-	-	-	-	-	-
Appareils Pédiatriques	-	1 ap 3D rachis 1 EOS	-	-	-	-	-	-	-
Radiologie mobile	1 mobile	1 mobile	1 mobile	-	-	1 amplificateur brillance	-	-	-
ECG en SU	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Défibrillateur en SU	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Caisson hyperbar	-	-	1	-	-	-	-	-	-
App. POCT	OUI	-	OUI	Labo à côté	-	OUI	-	OUI	-

Tab. 12 : Distribution des équipements médicaux au sein ou à proximité du service d'urgence en 2017

8.6 Système de gestion des lits

Un certain pourcentage de patients venus aux urgences aura besoin d'une hospitalisation. La littérature fait état d'environ 25 à 30 % des hospitalisations qui se font à partir du service d'urgence. Le Luxembourg présente un taux plus faible de 12,63 % en raison du ratio élevé de sollicitations des SU par 1.000 habitants qui est de 540, alors qu'à l'étranger, il se situe entre 300 et 350 maximum.

La décision d'hospitalisation dans les 4 établissements appartient au médecin spécialiste qui a vu le patient ou qui a donné un accord téléphonique au médecin urgentiste sur base des données fournies.

Trouver un lit d'hospitalisation pour un patient non programmé pris en charge au service d'urgence est une épreuve journalière dans les 4 établissements, consommatrice d'énergie et de temps. Cela demande aux professionnels une grande capacité de négociation.

La durée de recherche d'un lit d'hospitalisation allonge la durée de présence du patient dans le service d'urgence. Elle contribue à générer de l'engorgement puisque le patient bloquera une place dans les lits porte lorsqu'ils existent ou dans une salle d'examen. Pendant ce temps, de nouveaux patients s'adresseront au service d'urgence et les délais d'attente pour être pris en charge par l'équipe médico-soignante s'allongeront.

Pour hospitaliser leurs patients, les 4 établissements hospitaliers disposent d'un service (CHL, CHEM, CHdN) ou système (HRS) de gestion des lits. Celui-ci est géré par des soignants (CHEM, CHL, HRS, CHdN). Il a pour mission d'attribuer les lits d'hospitalisation tant pour les patients programmés que pour les patients non

programmés. Le modèle de gestion des lits est basé sur le même principe dans les 4 établissements, mais son périmètre varie. La gestion des lits concerne au CHL, aux HRS, au CHdN la totalité des lits d'hospitalisation sur leurs différents sites, alors qu'au CHEM elle ne concerne que les lits de chirurgie sur les 3 sites. Bien qu'il soit difficile pour le service d'urgence des 4 hôpitaux de trouver un lit de médecine, la complexité de gestion des lits est beaucoup plus grande au CHEM pour trouver un lit de médecine, car il n'existe pas de système de régulation institutionnelle sur ce territoire, laissant alors le champ libre à une gestion des lits organisée par les acteurs du terrain. Cela impose au médecin « urgentiste » et à l'équipe soignante de rechercher et négocier auprès de chaque unité de soins, un lit disponible. Cela constitue une perte de temps importante pour l'équipe médicale et soignante et génère des tensions et conflits.

De principe dans les 4 établissements, la préférence est d'attribuer un lit au patient dans la discipline dont son problème de santé relève, si cela est possible, afin de donner les meilleures chances de prise en charge soignante au patient.

Ce service de gestion des lits exerce sa mission généralement pendant des heures de bureau. En dehors de ces heures d'ouverture ainsi que les weekend et jours fériés, la recherche d'un lit d'hospitalisation est réalisée par les soignants du service d'urgence.

Les établissements ont mis en place une application, différente selon l'hôpital, donnant une visibilité sur le statut des lits : lit occupé, lit homme ou lit femme, lit réservé pour une entrée, lit réservé pour un patient en séjour temporaire en réanimation, lit vide, lit d'isolement... Cette application est consultable par l'équipe médico-soignante du service d'urgence. L'alimentation de ces applications est faite par les soignants des unités de soins ou par le service des admissions ou par les secrétaires des unités d'hospitalisation lors de chaque sortie ou chaque prévision d'entrée. La pratique démontre qu'il existe un différentiel entre la vue de la disponibilité des lits sur l'écran et la disponibilité réelle des lits dans les unités d'hospitalisation.

Dans tous les établissements, en dernier recours, une personne, généralement de la direction, est chargée de répondre aux appels du service d'urgence et de trouver un lit lorsque l'équipe médicale et soignante rencontre des problèmes pour hospitaliser un patient. Cependant avant d'en arriver à ce stade, cette tâche a été chronophage pour l'équipe médico-soignante du service d'urgence.

La question de l'anticipation par l'ensemble de l'institution est donc cruciale afin de diminuer les difficultés lors de la recherche d'un lit et d'éviter ainsi un engorgement des salles au sein du service d'urgence et donc des délais d'attente pour les patients non programmés et triés.

En général, les hôpitaux évitent d'annuler des activités électives prévues ainsi que d'annuler les chambres de 1^{ère} classe, car cela induirait une mauvaise image auprès de leur patientèle. Ils préfèrent utiliser d'autres solutions telles que : occupation des soins intensifs au CHdN, ouverture d'une salle de séjour aux HRS exceptionnellement, maintien des patients pendant plusieurs jours dans le lit porte au CHEM.

Le modèle d'organisation de la garde choisi pour la région Centre augmente les difficultés, puisque le nombre d'hospitalisations n'est pas constant chaque jour de l'année. Ce modèle impose des pics d'hospitalisation et donc des pics de sortie, et ne permet pas une gestion fluide et continue des lits d'hospitalisation.

Sur le plan national, il n'existe pas de gestion concertée des lits d'hospitalisation. Les hôpitaux doivent trouver des solutions en premier chez eux, puis si besoin en se concertant avec un autre établissement, lorsqu'ils sont en rupture de lits.

A retenir :

La recherche d'un lit d'hospitalisation est confiée en partie au service d'urgence.

Cette activité est consommatrice de temps pour les équipes médicales ou soignantes et allonge la durée de présence du patient dans le service d'urgence.

Il existe des facteurs externes et internes engendrant une diminution de l'efficience dans la gestion des lits hospitaliers qui contribue à l'engorgement du service d'urgence.

Des améliorations sont à apporter au sein de chaque établissement afin de diminuer au maximum les charges de recherche d'un lit qui reposent actuellement sur l'équipe médico-soignante du service d'urgence.

Le modèle d'organisation de la garde dans la région Centre a un fort impact sur la gestion des lits.

9 Chiffres clés d'activité des services d'urgence en 2016

Les indicateurs présentés ci-après sont issus des données pseudonymisées par patient ayant sollicité un SU en 2016, fournies par les établissements hospitaliers.

Certains indicateurs n'ont pas pu être calculés faute de données disponibles structurées et standardisées au niveau national dans le dossier du patient, telles que le score de gravité ou de diagnostic de sortie du SU.

Le terme de « sollicitation » du SU par le patient a été utilisé pour désigner la venue non programmée d'un patient au SU.

9.1 Distribution de l'activité entre les services d'urgence

La répartition des sollicitations 2016 entre les différents établissements est la suivante :

Hôpital	Nombre de sollicitations recensées en 2016 Services d'Urgence
CHL	87.072 ¹⁰
CHEM	91.232 ¹¹
HRS *	67.103 *
CHdN	57.854
Total *	303.261 *

*: Le fichier des HRS 2016 ne contenait que le service d'urgence adultes, pédiatrique et maternité Bohler. Il ne contenait pas les sollicitations de la Zithaklinik (HRS-ZK) car il n'était pas possible de distinguer les patients programmés et non programmés s'étant adressés au service d'urgence de ce site.

Tab.13 : Nombre de sollicitations recensées en 2016 de patients non programmés dans le service d'urgence par hôpital, sur les différents sites et portes d'entrée

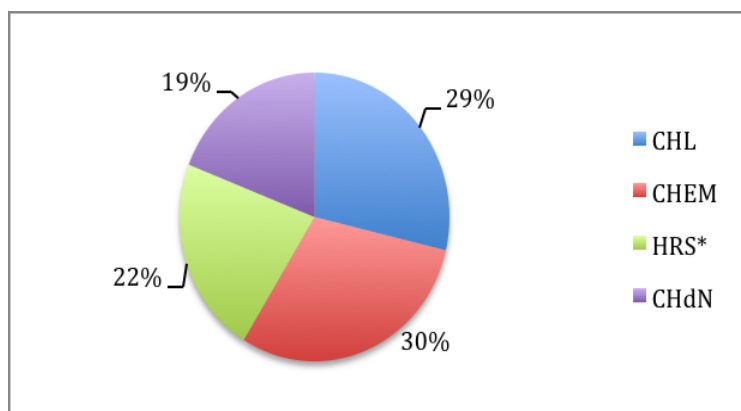


Fig.1 : Distribution en pourcentage des sollicitations recensées 2016 des services d'urgence des 4 établissements

¹⁰ Ce nombre contient les 9331 sollicitations arrivées au CHL-Clinique pédiatrique qui ont été après triage orientées vers la Maison Médicale Pédiatrique

¹¹ Ce nombre contient 84.146 sollicitations non programmées orientées en service d'urgence et 7086 sollicitations non programmées orientées directement en Maternité

L'estimation du nombre total annuel de sollicitations pour les HRS en 2016 est de : 67.103 sollicitations recensées pour HRS-K-SUA, HRS-K-PED, HRS-K-MAT, plus 8.848 sollicitations estimées pour HRS-ZK, soit un total de **75.951** sollicitations.

Hôpital	Nombre de sollicitations recensées et estimées 2016 Services d'Urgence
CHL	87.072 ¹²
CHEM	91.232 ¹³
HRS **	75.951**
CHdN	57.854
Total	312.109**

** : Sollicitations estimées pour HRS-ZithaKlinik ajoutées aux sollicitations recensées des autres portes d'entrée des HRS en 2016

Tab.14 : Nombre total de sollicitations recensées et estimées en 2016 de patients non programmés dans le service d'urgence par hôpital

La distribution des sollicitations recensées et estimées entre les 4 hôpitaux se représente comme suit :

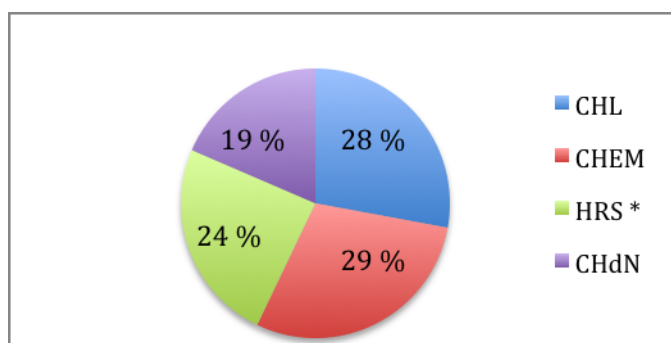


Fig.2 : Distribution des sollicitations recensées et estimées (pour HRS-ZK) des services d'urgence des 4 hôpitaux, en 2016, au Luxembourg, par des patients non programmés et triés

Le nombre total de sollicitations dans la région Centre est estimé à 163.023 en 2016.

9.2 Taux de sollicitation des services d'urgence

Par rapport à la population résidant au Luxembourg en 2016 qui, selon les données du STATEC, était de 576.200 habitants, le nombre de sollicitations recensées et estimées d'un service d'urgence par habitant par année au Luxembourg était de : **0,54** sollicitation par habitant.

Le taux de passage était de **54,17 %**.

Le nombre de sollicitations était en 2016 au niveau national de **540 pour 1000 habitants**.

¹² Ce nombre contient les 9331 sollicitations arrivées au CHL-Clinique pédiatrique qui ont été après triage orientées vers la Maison Médicale Pédiatrique

¹³ Ce nombre contient 84.146 sollicitations non programmées orientées en service d'urgence et 7086 sollicitations non programmées orientées directement en Maternité

Comparaison :

Une comparaison avec la région Grand-Est en France¹⁴ a été choisie car elle comprend la population Lorraine très proche du Luxembourg. De plus cette région est tout juste 10 fois plus peuplée que le Luxembourg.

Le rapport 2015 sur les services d'urgence de la région Grand-Est en France (Alsace, Lorraine, Champagne Ardenne) qui dessert une population de 5.560.405 habitants, rapporte 288,9 sollicitations pour 1.000 h en Alsace, 292,6 sollicitations par 1.000 habitants en Champagne-Ardenne et 273,3 sollicitations par 1.000 habitants en Lorraine, soit au total 283,2 sollicitations en moyenne pour 1.000 habitants dans le Grand-Est.

Le rapport 2015 de la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences en France donne des chiffres clés pour 13 des régions françaises. Le plus fort taux de sollicitations retrouvé dans les régions françaises est 344,5 sollicitations pour 1.000 habitants.

Le rapport 2015 fait état d'un taux de passage de 28,3 % alors qu'il est de 54,17 % au Luxembourg.

Il peut donc être conclu que par rapport à la population française, la population au Luxembourg a un recours aux services d'urgence beaucoup plus élevé. Il y a donc lieu de comprendre pourquoi le système de santé au Luxembourg engendre cette fréquence de recours.

Le rapport belge du KCE¹⁵ édité en 2016 fait état de 290 sollicitations par 1.000 habitants en 2012. Bien que ces données concernent une activité des SU 4 ans plus tôt, il est fort peu probable que le seuil atteigne celui du Luxembourg en 2016.

La majorité des sollicitations des SU se fait par des personnes ayant un numéro d'identification national (matricule), puisque seulement 1,24 % des sollicitations ont eu lieu en 2016 par des patients se présentant sans matricule.

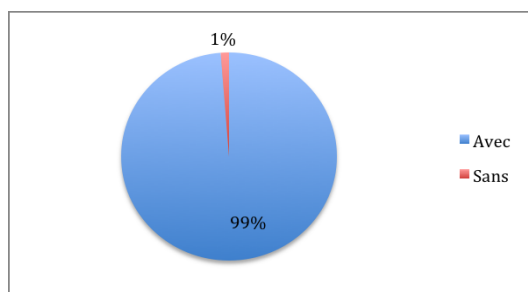


Fig.3 : Distribution des sollicitations recensées en 2016 pour tous les services d'urgence au Luxembourg, avec ou sans matricule, sans les HRS-ZK (N= 296.175)

Pour les patients ayant un matricule, le ratio d'utilisation des services d'urgence est de **1,51 sollicitation /an /patient avec matricule.**

¹⁴ Panorama Urgences : Activité des structures d'urgence 2015 Région Grand-Est- Observatoire Régional des Urgences

¹⁵ Rapport du KCE de 2016 : Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme

La fréquence des sollicitations par patient se distribue comme suit au niveau national :

Nombre de Foies	Pourcentage
1 fois	71,30 %
2 fois	17,68 %
3 fois	6,04 %
4 fois	2,42 %
5 fois	1,10 %
Plus de 5 fois	1,46 %
Total	100 %

Tab.15 : Distribution de la fréquence des sollicitations par patient des services d'urgence en 2016

Environ 10 % des patients viennent 3 fois ou plus dans l'année au SU.

Comme le montre le tableau suivant, près de 90 % des patients avec matricule s'adressent à un seul hôpital lors d'une sollicitation du service d'urgence pour une prise en charge non programmée. La notion de tourisme médical, fréquemment citée, n'est donc pas démontrée, d'autant que dans les 10% de patients qui s'adressent à plusieurs hôpitaux en 2016, sont compris les patients de la région Centre qui peuvent en raison de la répartition des gardes être obligés de s'adresser à deux hôpitaux différents pendant l'année 2016.

Nombre d'hôpitaux	Nombre de matricules patients différents	% de patients
Dans un seul hôpital	155.288	89,40
Dans deux hôpitaux	17.364	10,00
Dans trois hôpitaux	1.002	0,58
Dans quatre hôpitaux	27	0,02
Total	173.681	100

Tab.16 : Fréquentation par des patients non programmés avec matricule des services d'urgence des hôpitaux en 2016, sans les HRS-ZK

9.3 Caractéristiques démographiques des sollicitations

Selon le sexe :

Au niveau national, la distribution des sollicitations recensées des services d'urgence selon le sexe est quasi identique.

Femmes	Hommes	Indéterminés	Total
148.52914	147.604	42	296.175

Tab.17 : Distribution par sexe de l'ensemble des sollicitations en 2016 des 4 services d'urgence, sans les HRS-ZK

Le sex-ratio¹⁶ est de **0,99** au Luxembourg.

Selon le STATEC, au 1^{er} janvier 2016, il y avait 576.249 habitants au Luxembourg, dont 289.193 hommes (50,18%) et 287.056 femmes (49,81 %).

Il peut donc être conclu que les hommes et les femmes sollicitent au Luxembourg de manière totalement identique les services d'urgence.

Selon les classes d'âge :

Les sollicitations des services d'urgence par la classe d'âge des 0-4 ans sont les plus nombreuses : environ 14%.

Les sollicitations des 0-14 ans représentent 26,73 % du total des sollicitations.

Les sollicitations des 75 ans et plus représentent 8,43 %.

Le CHL-CPED prend en charge près de 60 % des sollicitations des 0-4 ans et 52,63 % des sollicitations des 0-14 ans.

La classe d'âge 60-64 ans a le ratio le plus faible de sollicitations des services d'urgence : 0,32 sollicitation / personne résidente de cette classe d'âge.

Les classes d'âge 0-4 ans et 95 ans et plus ont le ratio de sollicitation par habitant le plus élevé (1,29 et 1,30).

Les sites de Dudelange et de Wiltz accueillent toutes les classes d'âge, ce qui témoigne de leur identification par la population comme hôpital de proximité auquel elle peut s'adresser.

Classes Age	CHL	CHEM	CHdN	HRS*	Total	%
00 à 04 ans	24802	3190	1314	12088	41394	13,98
05 à 9 ans	10297	3574	2091	5065	21027	7,10
10 à 14 ans	6561	4679	2605	2896	16741	5,65
15 à 19 ans	3231	6007	3877	3027	16142	5,45
20 à 24 ans	3508	6655	4807	3670	18640	6,29
25 à 29 ans	4580	7129	4430	4897	21036	7,10
30 à 34 ans	4902	6740	3780	6067	21489	7,26
35 à 39 ans	4847	6818	3853	5543	21061	7,11
40 à 44 ans	4096	6853	3959	4309	19217	6,49
45 à 49 ans	3660	6727	4470	3824	18681	6,31
50 à 54 ans	3305	6073	4625	3210	17213	5,81
55 à 59 ans	2598	4328	3656	2549	13131	4,43
60 à 64 ans	1881	2935	2938	1927	9681	3,27
65 à 69 ans	1735	2570	2441	1628	8374	2,83
70 à 74 ans	1642	2161	2241	1337	7381	2,49
75 à 79 ans	1668	2390	2327	1432	7817	2,64
80 à 84 ans	1591	2444	1974	1380	7389	2,49
85 à 89 ans	1391	1903	1603	1368	6265	2,12
90 à 94 ans	616	767	706	718	2807	0,95
95 ans et plus	161	203	156	168	688	0,23
inconnu	0	0	1	0	1	0,00
Total	87072 ¹⁷	84146 ¹⁸	57854	67103	296175	100,00

Tab.18 : Distribution des sollicitations par classes d'âge par établissement en 2016

¹⁶ Le sex-ratio est calculé : nombre d'hommes sur nombre de femmes

¹⁷ Cette activité comprend les 9.331 sollicitations qui ont été triées et orientées vers la MMP

¹⁸ Cette activité ne comprend pas les 7.086 sollicitations orientées en maternité

Classes âge	Sollicitations	Nbre Habitants	Ratio
00 à 04 ans	41394	32.026	1,29
05 à 9 ans	21027	31.802	0,66
10 à 14 ans	16741	31.063	0,54
15 à 19 ans	16142	33.186	0,49
20 à 24 ans	18640	35.377	0,53
25 à 29 ans	21036	41.908	0,50
30 à 34 ans	21489	44.401	0,48
35 à 39 ans	21061	44.572	0,47
40 à 44 ans	19217	43.956	0,44
45 à 49 ans	18681	45.604	0,41
50 à 54 ans	17213	43.678	0,39
55 à 59 ans	13131	36.917	0,36
60 à 64 ans	9681	29.802	0,32
65 à 69 ans	8374	24.760	0,34
70 à 74 ans	7381	18.604	0,40
75 à 79 ans	7817	15.756	0,50
80 à 84 ans	7389	11.945	0,62
85 à 89 ans	6265	7.692	0,81
90 à 94 ans	2807	2.669	1,05
95 ans et plus	688	531	1,30
Total	296.175	576.249	0,51

Tab.19 : Ratios d'utilisation des services d'urgence selon la classe d'âge, en 2016

Selon le lieu de résidence :

Sur les 296.175 sollicitations recensées au niveau national en 2016, 270.005 ont été faites par des résidents soit environ 91 % et 26.170 par des non-résidents, soit environ 9 %.

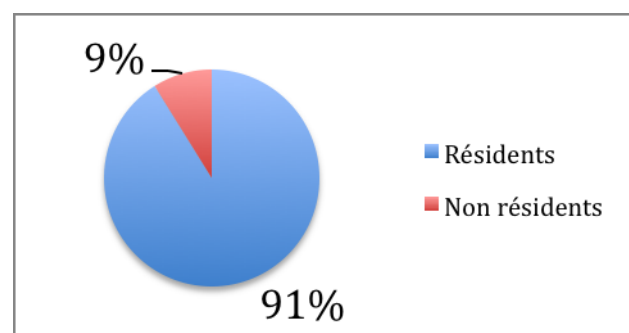


Fig.4 : Distribution des sollicitations au niveau national entre résidents et non résidents en 2016

Moins de 10 % des non résidents n'avaient pas en 2016 de numéro d'identification national, ce qui correspond à 0,87 % de l'ensemble des sollicitations. Il peut donc être considéré que 90 % des non résidents sont des travailleurs frontaliers et leurs familles et que moins de 10 % sont des étrangers non travailleurs frontaliers.

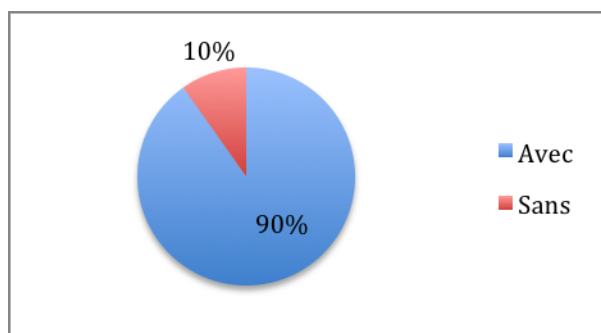


Fig.5 : Répartition des non résidents avec ou sans numéro d'identification national en 2016 pour l'ensemble des services d'urgence

Selon le canton de résidence :

Un ratio pour 1.000 habitants d'utilisation des services d'urgence par canton a été élaboré en rapportant le nombre de sollicitations des résidents de chacun des cantons par rapport au nombre d'habitants dans le canton, tel que publié par le STATEC au 1^{er} janvier 2016.

Les résultats des ratios obtenus sont exposés dans le tableau ci-après :

Canton	Total Sollicitations	Habitants	Ratio /1000 hab
Capellen	17.392	45.276	384,13
Clervaux	7.609	17.126	444,30
Diekirch	19.275	31.819	605,77
Echternach	7.907	18.007	439,11
Esch-Alzette	93.358	167.955	555,85
Grevenmacher	10.993	28.492	385,83
Luxembourg	67.642	177.969	380,08
Mersch	15.006	30.382	493,91
Redange	8.285	17.609	470,50
Remich	8.605	20.983	410,09
Vianden	3.044	4.951	614,83
Wiltz	9.064	15.680	578,06

Tab.20 : Ratio par 1.000 habitants par canton d'utilisation des services d'urgence par la population

Les ratios d'utilisation les plus élevés se trouvent dans les cantons de Vianden (614,83 sollicitations pour 1.000 habitants) et de Diekirch (605,77 sollicitations pour 1.000 habitants).

Les ratios d'utilisation les plus faibles se trouvent dans les cantons de Luxembourg (380,08), Capellen (384,13) et de Grevenmacher (385,83).

L'utilisation d'un service d'urgence par la population est 61,7% plus importante dans le canton de Vianden par rapport au canton de Luxembourg.

Les variations du ratio étant importantes entre les cantons, il est apparu intéressant de croiser cette information avec le nombre de médecins généralistes¹⁹ exerçant dans chacun des cantons.

Canton	Ratio Sollicitations /1000 hab	Nombre MG 2016	Nombre Habitants 2016	Ratio MG/1000 habitants
Capellen	384,13	34	45.276	0,75
Clervaux	444,30	16	17.126	0,93
Diekirch	605,77	35	31.819	1,10
Echternach	439,11	16	18.007	0,89
Esch-Alzette	555,85	123	167.955	0,73
Grevenmacher	385,83	23	28.492	0,81
Luxembourg	380,08	183	177.969	1,03
Mersch	493,91	22	30.382	0,72
Redange	470,50	20	17.609	1,14
Remich	410,09	21	20.983	1,00
Vianden	614,83	1	4.951	0,20
Wiltz	578,06	11	15.680	0,70

Tab.21 : Sollicitations par 1000 habitants par canton et ratio de médecins généralistes par 1000 habitants par canton en 2016

Il ne semble pas y avoir de lien évident entre le nombre de médecins généralistes par canton et l'utilisation des services d'urgence par la population. En effet dans les deux cantons ayant le ratio d'utilisation du service d'urgence le plus élevé Vianden et Diekirch, le ratio de médecin généraliste par 1000 habitants est très différent : 0,20 pour Vianden et 1,10 pour Diekirch.

Les quatre cantons Diekirch (1,10), Luxembourg (1,03), Redange (1,14) et Remich (1,00), qui ont un ratio de médecins généralistes par 1.000 habitants égal ou supérieur à 1, ont des ratios d'utilisation des services d'urgence avec un fort différentiel : 380,08 pour Luxembourg versus 605,77 pour Diekirch.

D'autres facteurs pouvant expliquer ces différences importantes seraient donc à explorer.

9.4 Hospitalisation antérieure à la sollicitation

Sur l'ensemble des 296.175 sollicitations recensées exploitables en 2016 sur l'ensemble des services d'urgence, **10.992** avaient fait l'objet d'un épisode stationnaire dans les 7 jours précédents, soit **3,71 %**.

9.5 Score de gravité à l'admission

Le triage est implémenté dans les 4 services d'urgence. Il est assuré par des infirmiers d'accueil et d'orientation. La pratique est ancrée puisque le triage a lieu 365 jours /an, 24h sur 24. Par contre certains secteurs ne font pas encore l'objet d'un triage : les HRS-K-PED, les maternités.

Il n'y a pas de grille de triage unique nationale. Quatre grilles différentes sont utilisées. Elles possèdent toutes 5 niveaux.

¹⁹ Statistiques au 31-12-2016 des médecins généralistes exerçant au contact du patient, Ministère de la Santé

Seules 2 grilles sont informatisées. L'informatisation de la grille de triage est un élément qualitatif auquel il faut attacher de l'importance afin de diminuer les éléments subjectifs. Les résultats du triage ne sont pas comparables entre les établissements. En effet, il est constaté qu'au CHL le pourcentage de score à très faible gravité correspond à ce qui est retrouvé à l'étranger alors qu'au CHdN, un pourcentage très petit de score de gravité très faible est retrouvé.

A retenir :

Le pilotage de l'activité des urgences à un niveau national nécessite le choix d'une et seule grille validée pour les adultes et les enfants, pouvant s'appliquer dans les différents domaines d'activité y compris la psychiatrie et l'obstétrique.

9.6 Motif d'admission ou diagnostic de sortie du service d'urgence

Cette information pourtant capitale en terme de santé publique n'a pas pu faire l'objet d'une exploitation dans le cadre de l'étude sur les services d'urgence soit par absence d'information au sein du dossier hospitalier des patients, soit parce que la donnée était présente mais en texte libre et donc non structurée et non standardisée pour devenir exploitable, soit parce qu'une information était notée mais ne correspondait à aucune classification internationale.

Bien que la loi hospitalière et la loi sur les droits des patients oblige à tracer toutes les prises en charge du patient au sein de l'hôpital, dans le dossier afin de le lui rendre accessible s'il en fait la demande, il faut noter qu'aucune obligation n'est donnée de codifier un diagnostic de sortie ou un motif d'hospitalisation dans la documentation hospitalière selon une classification particulière pour les activités ambulatoires dont font partie les activités au service d'urgence. Les directives de documentation hospitalière ne concernent à ce jour que le secteur stationnaire.

Même lorsque l'établissement a fait le choix d'une nomenclature, tels que le CHL ou le CHEM, la codification n'est pas réalisée de manière systématique par tous les médecins et il n'y a pas de processus de validation qualitative des codifications effectuées.

Ce manque constitue une grande insuffisance pour le pilotage des services d'urgence tant en interne au sein de l'établissement qu'au niveau national.

A retenir :

L'absence de codification des diagnostics de sortie ne permet pas de connaître au niveau national les motifs de sollicitation des SU. Le pilotage en est de ce fait altéré.

Il n'y a pas d'obligation de coder un diagnostic de sortie du SU. Il n'y a pas de classification officielle des diagnostics de sortie des SU au Luxembourg.

9.7 Flux d'admission des patients

Les 4 établissements ont plusieurs portes d'entrée pour répondre aux sollicitations de la population.

Les sollicitations pour les urgences pédiatriques au CHL sont plus nombreuses que celles pour les urgences adultes (41.788 versus 40.121).

L'activité pédiatrique aux HRS-K-PED correspond à 50 % de l'activité pédiatrique du CHL-CPED (20.181 versus 41.788).

Le site du CHEM-NDK a une activité correspondant à 50 % de l'activité du site principal CHEM-VE (24.701 versus 50.815).

Certains sites périphériques (HRS-ZK, CHEM-VD, CHdN-W) ont une activité qui représente environ 10 % de l'ensemble des sollicitations de l'hôpital.

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.

Le nombre théorique moyen de sollicitations par jour, pour chacun des établissements est présenté ci-après :

Hôpital	Nombre sollicitations	Nombre théorique moyen sollicitations /jour
CHL	87.072	237,90
CHEM	91.232	249,27
HRS*	67.103*	183,34*
HRS**	75.951**	207,52**
CHdN	57.854	158,07
Total*	303.261 *	828,58 *
Total **	312.109**	852,76 **

* : HRS sans la ZK

** : chiffre estimé pour la Zithaklinik ajouté au chiffre recensé pour les HRS

Tab.22 : Nombre théorique moyen de sollicitations par jour par hôpital

En moyenne, il y a 852,76 sollicitations des services d'urgence par jour sur le territoire, ce qui donne par hôpital une moyenne théorique à 213,19 sollicitations par jour par hôpital.

Le CHEM a le plus grand nombre théorique moyen de sollicitations par jour (249,27) suivi par le CHL (237,90).

L'organisation alternée de la garde dans la région Centre fait exploser les moyennes de sollicitations les jours de garde, avec plus de 190 sollicitations par 24h en moyenne dans les services d'urgence adultes.

Hôpital et site	Nbre JG ou JNG/an	Jour Garde	Jour Non Garde
		Nbre sollicitations moyen /jr	Nbre sollicitations moyen/jr
CHL-HMU	183 JG 24h/24 -126 JNG	190,45	41,82
CHL-CPED	366 JG 24h/24	114,17	/
CHL-MAT	366 JG 24h/24	12,46	/
CHL-US	183 JNG 17h/7h	/	3,28
CHEM-VE	366 JG 24h/24	138,84	/
CHEM-VE-MAT	366 JG 24h/24	19,36	/
CHEM-NDK	366 JG 24h/24	67,49	/
CHEM-VD	253 JNG 8h-18h	/	34,11
HRS-K-SUA	183 JG 24h/24- 126 JNG	194,86	32,33
HRS-K-PED	366 JG 8h-20h	55,14	/
HRS-MAT	366 JG	19,64	/
HRS-K-ZK*	253 JNG		34,97*
CHdN-E	366 JG 24h/24	117,62	/
CHdN-E-OO	305 JG	25,52	/
CHdN-W	366 JNG 8h-20h	19,18	/

Tab. 23: Nombre moyen de sollicitations par jour par hôpital selon le type de jour garde ou non garde

* : pour HRS-ZK , il s'agit d'un chiffre estimé

L'activité au CHL et aux HRS les jours de garde et de non garde se présente comme suit :

Hôpital	Jour de garde	Jour de non garde
CHL-HM-SUA	190,45	41,82
CHL-CPED	114,17	114,17
CHL-MAT	12,46	12,46
CHL-US	0	3,28
Total CHL	317,08	171,73
Hôpital HRS	Jour de garde	Jour de non garde
HRS-K-SUA	194,86	32,33
HRS-K-PED	55,14	55,14
HRS-K-MAT	19,64	19,64
Total HRS*	269,64	107,11
HRS-ZK estimation	34,97	34,97
Total HRS **	304,61**	142,08**

Tab.24: Activités moyennes non programmées les jours de garde et de non garde pour l'ensemble du CHL et des HRS en 2016

* : HRS sans la ZK ** : avec HRS-ZK activité estimée

Si l'on prend pour hypothèse très réaliste, qu'une sollicitation d'un service d'urgence engendre au minimum un accompagnement par un proche, cela induit que les équipes médico-soignantes ont à gérer au minimum sur 24h le nombre moyen de personnes suivantes :

Hôpital			
CHL	Personnes	Jour de garde	Jour de non garde
	Patients	317	171
	Proches	317	171
	Total	634	342
CHEM	Personnes	Jour de garde : L au V	Jour de garde: S, D et JF
	Patients	260	226
	Proches	260	226
	Total	520	452
HRS*	Personnes	Jour de garde	Jour de non garde
	Patients	270	107
	Proches	270	107
	Total	540	214
CHdN	Personnes	Jour de garde : L au S	Jour de garde : D et JF
	Patients	162	137
	Proches	162	137
	Total	324	274

Tab.25 : Estimation du nombre de personnes à gérer par les équipes médico-soignantes selon le type de jour, par hôpital

* : sans les HRS-ZK

Ces chiffres rapportés à l'exiguïté des espaces dédiés aux services d'urgence tant chez les adultes que chez les enfants au CHL, permettent de mieux expliquer les expressions de surcharge physique et mentale des équipes médico-soignantes.

Les courbes de distribution mensuelle des sollicitations sont assez similaires entre les établissements.

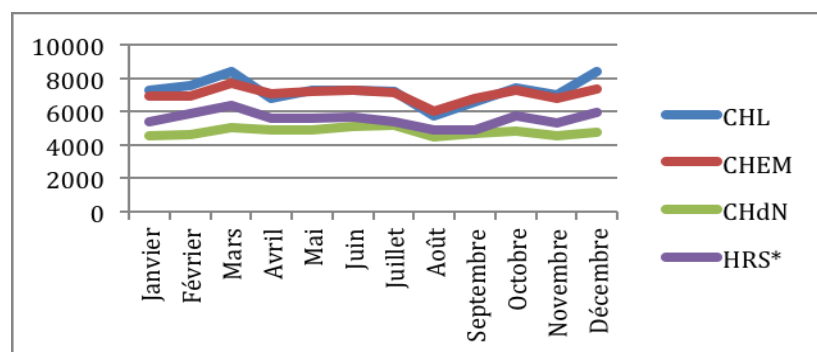


Fig.6 : Distribution mensuelle des sollicitations des services d'urgence pour l'ensemble des sites de chaque hôpital en 2016 (*sans les HRS-ZK)

Au niveau national, le nombre total de sollicitations par jour des 4 services d'urgence réunis se représente comme suit :

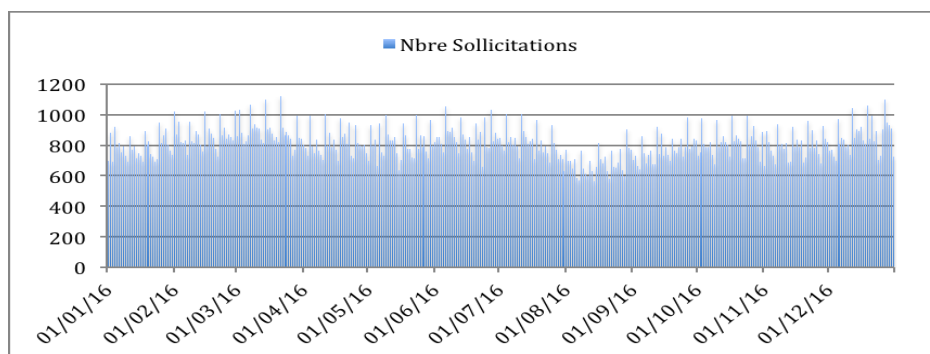


Fig.7 : Distribution par jour du total des sollicitations des 4 services d'urgence réunis en 2016, sans les HRS-ZK

Mais pour les hôpitaux de la région Centre, les flux d'admission des patients montrent de très grands écarts entre les jours de garde et de non garde, comme le montrent les deux figures suivantes :

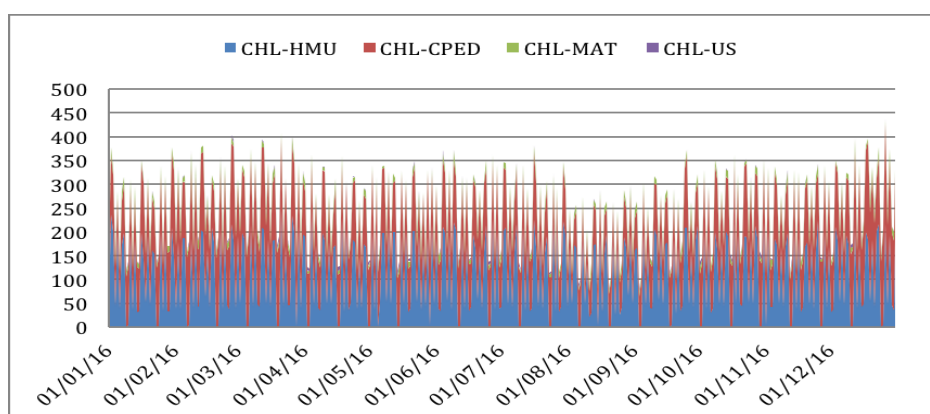


Fig.8 : Distribution des sollicitations par jour, par site, au CHL en 2016

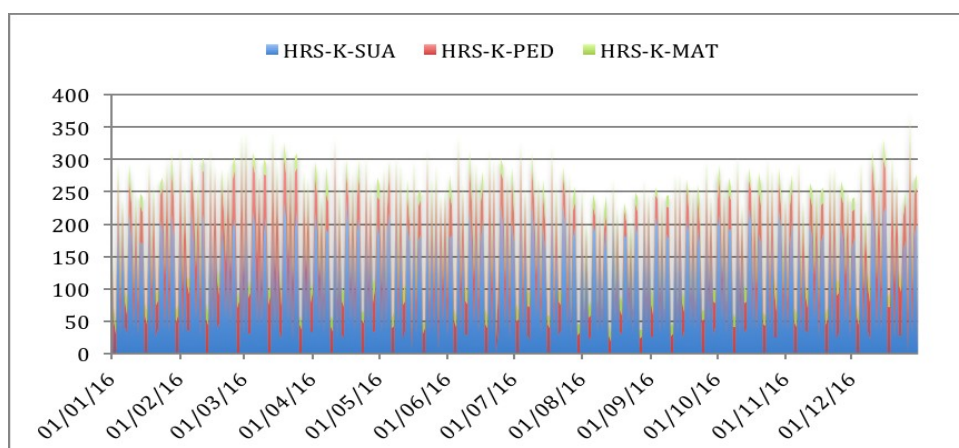


Fig.9 : Distribution des sollicitations par jour aux HRS*, par site, en 2016
* sans les HRS-ZK

Les flux des hôpitaux de garde 24h sur 24 (CHEM et CHdN), 365 jours par an sont plus homogènes et stables et présentent de moins grandes variations d'activités.

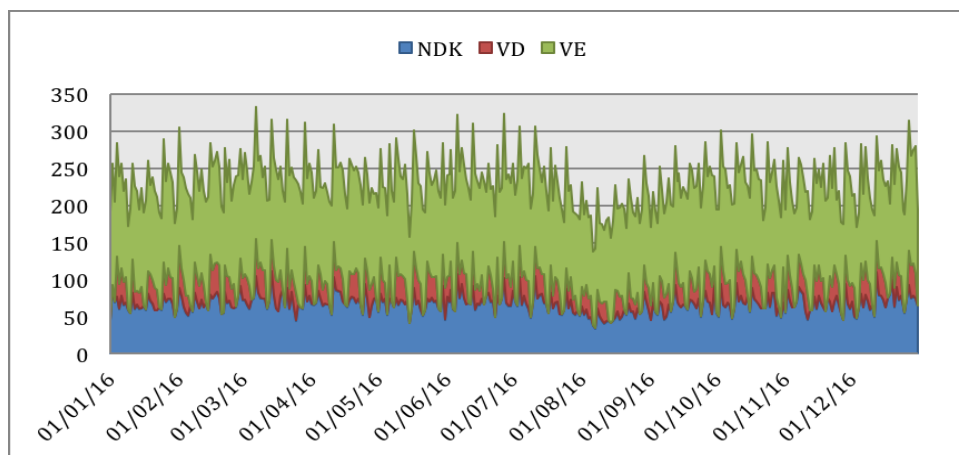


Fig.10 : Distribution des sollicitations par jour, par site, au CHEM en 2016

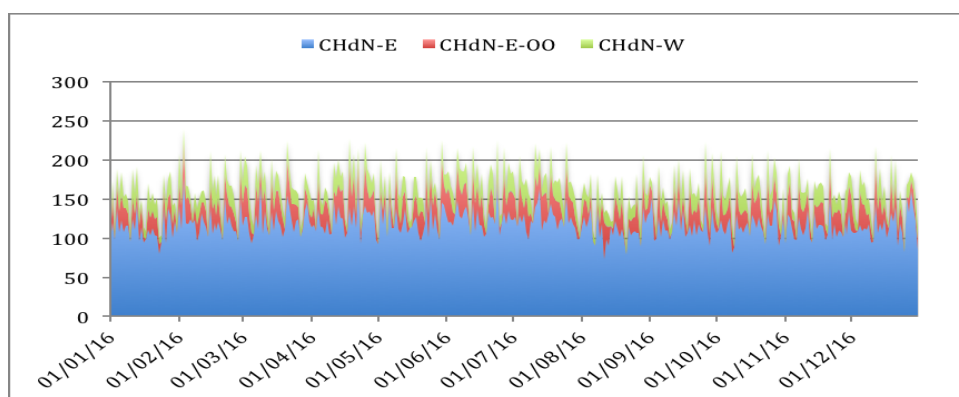


Fig.11 : Distribution des sollicitations par jour, par site, au CHdN en 2016

A retenir :

La garde alternée dans la ville de Luxembourg entre le CHL-HMU et les HRS-K-SUA engendre de très grandes variations d'activité entre les jours de garde et de non garde et est source d'engorgement, d'autant que les locaux ne sont pas conçus pour accueillir des flux pouvant dépasser les 200 patients dans la journée.

9.8 Présence concomitante des patients en service d'urgence

L'analyse des flux de présence des patients est plus représentative que le nombre de sollicitations, pour traduire la charge d'un service d'urgence.

Cependant, ces flux sont influencés par la durée de présence des patients dans le service d'urgence et donc par le modèle de prise en charge, par l'organisation médico-soignante et par les ressources disponibles (médicales, soignantes, équipement, salles).

La croissance du flux se fait de 7h à 11h par accumulation.

Les pics d'affluence se situent entre 11h et 15 h en général.

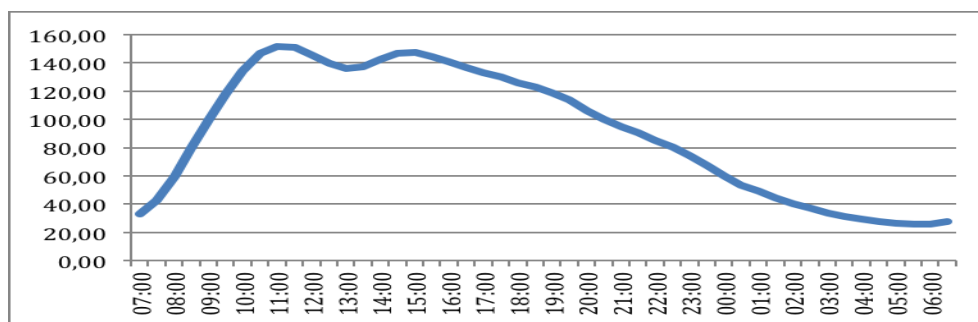


Fig.12 : Présence concomitante moyenne des patients par jour par heure en 2016 pour l'ensemble des 4 services d'urgence, sans les HRS-ZK, les HRS-MAT, le CHL-MAT, le CHL-US

Le graphique suivant présente les flux de présence concomitante de patients **un jour ouvrable moyen dans chacun des sites**. Pour le CHL-HMU et les HRS-K-SUA, les jours ouvrables de garde ont été pris comme référence afin de pouvoir les comparer avec les jours ouvrables des deux hôpitaux ayant la garde 365 jours par an (CHEM et CHdN).

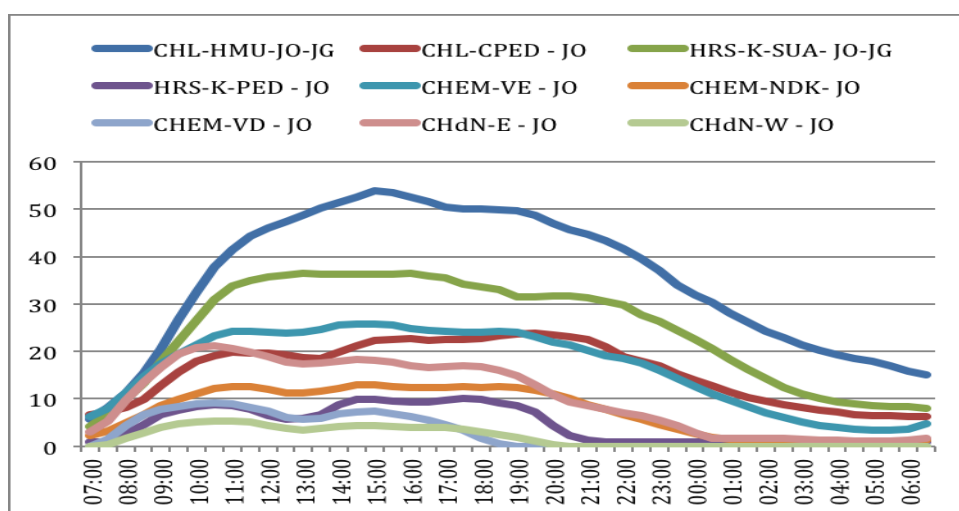


Fig.13 : Présence concomitante moyenne des patients par jour par heure et par site en 2016 pour un jour ouvrable moyen

Le CHL-HMU présente les flux de présence des patients les plus élevés par rapport aux autres services d'urgence adultes du pays.

A activité quasi égale en termes de sollicitations, les flux de présence du CHL-HMU et des HRS-K-SUA sont différents. Mais la durée moyenne de présence des patients au SU est aussi différente (3h49 au CHL-HMU versus 2h33 aux HRS-K-SUA).

Le lundi est le jour de la semaine qui présente les flux de présence concomitante de patients les plus hauts quelque soit le service d'urgence.

Alors que le CHEM-VE a le nombre de sollicitations annuelles le plus élevé pour le service d'urgence adultes, le fait qu'il soit de garde 365 jours par an engendre un flux de présence de patients moins élevé par jour ouvrable que les HRS-K-SUA ou le CHL-HMU qui ont la garde 183 jours par an.

A retenir :

La présence concomitante de patients, et de ce fait l'engorgement du SU, est étroitement liée à la durée de présence globale des patients et aux ressources disponibles (structurelles, médecins, soignants).

9.9 Délais de prise en charge

Durée de présence en SU : délai entre heure d'admission et heure de sortie

La durée moyenne « Heure d'admission-Heure de sortie » va de 1h06 min à 3h49 min selon le site. La durée moyenne la plus haute reste néanmoins inférieure aux 4h le plus souvent utilisées comme référence désormais à l'étranger.

Site	Nombre cas	Durée moyenne	Durée médiane
CHdN-E	40.567	01:36	01:20
CHdN-E-OO	7.662	01:08	01:01
CHdN-W	6.993	01:29	01:18
CHEM-VE	50.384	02:21	02:06
CHEM-NDK	24.701	01:52	01:39
CHEM-VD	8.630	01:35	01:25
CHL-HMU	40.073	03:49	03:00
CHL-PED	41.773	02:19	01:39
HRS-K-SUA	38.507	02:33	02:12
HRS-K-PED	19.829	01:06	00:56

Tab.26 : Durées moyenne et médiane entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du service d'urgence par site en 2016, exprimées en heures et minutes

Au niveau national, 75,33 % des sollicitations ont une durée « Heure d'admission-Heure de sortie » inférieure ou égale à 3h, seuil souvent recommandé comme objectif à atteindre. Cependant, il faut noter que plusieurs pays ont augmenté ce seuil et l'ont placé à 4h. Mais le Luxembourg ayant un taux de recours au service d'urgence très élevé (540 sollicitations par 1.000 h), il est recommandé de ne pas choisir ce seuil de 4h car le pourcentage de sollicitations avec des scores de gravité faible et très faible est important et fait baisser la durée moyenne. Ce seuil de 4h pourrait être choisi si et seulement si la répartition des scores de gravité venait à se modifier dans l'avenir.

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.

Tranche de durée	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Moins d'1 h	24,39 %	24,39 %
Entre 1h et moins de 2h	30,58 %	54,97 %
Entre 2h et moins de 3h	20,36 %	75,33 %
Entre 3h et moins de 4h	11,34 %	86,67 %
Entre 4h et moins de 5h	5,82 %	92,49 %
Entre 5h et moins de 6h	2,95 %	95,44 %
Entre 6h et moins de 8h	2,41 %	97,85 %
Entre 8h et moins de 12h	1,32 %	99,17 %
Entre 12h et moins de 24h	0,75 %	99,92 %
Entre 24h et plus	0,08 %	100 %

Tab.27 : Distribution des durées de présence au service d'urgence (heure d'entrée - heure de sortie) par tranches horaire en 2016 au niveau national

La durée moyenne « Heure d'admission-Heure de sortie » augmente avec l'âge. Les enfants en bas âge ont les durées de présence les plus courtes.

Chez les personnes de plus de 65 ans ayant sollicité les services d'urgence, au niveau national, près de 65 % sont pris en charge en moins de 3h.

Parmi cette classe d'âge, 7,35 % des personnes sont restées en 2016 plus de 6h au service d'urgence.

Seules 0,06 % des personnes ont eu un passage au service d'urgence de plus de 24h.

65 ans et plus	Total	%
moins 1h	6082	14,70
1h à moins 2h	11911	28,78
2h à moins 3h	8871	21,43
3h à moins 4h	6010	14,52
4h à moins 5h	3488	8,43
5h à moins 6h	1986	4,80
6h à moins 8h	1676	4,05
8h à moins 12h	840	2,03
12h à moins 24 h	500	1,21
24h et plus	24	0,06
Total	41388	100,00

Tab.28 : Distribution de la durée de prise en charge (heure d'admission-heure de sortie) chez les 65 ans et plus en 2016 au niveau national

Les cas de psychiatrie ont une durée de présence moyenne relativement longue.

Durée entre l'heure d'admission et l'heure de triage :

La durée entre l'heure d'admission et l'heure de triage permet d'identifier la rapidité du service d'urgence à évaluer la situation clinique du demandeur pour une orientation vers le médecin, adaptée aux besoins.

Une des recommandations des différentes sociétés scientifiques internationales²⁰ concernant la prise en charge des urgences est de réaliser un triage des patients non programmés par un infirmier formé avec une grille validée et ce dans un délai maximum de 10 minutes après son admission.

Les données ont donc été traitées en prenant cette référence.

Site	Sollicitations conformes	Pourcentage
CHL-HMU	16.297	41,09 %
CHL-CPED	25.681	61,67 %
CHEM-VE	36.470	71,77 %
CHEM-NDK	12.854	52,04 %
CHEM-VD	1.491	17,27 %
HRS-K-SUA	29.085	75,57 %
HRS-K-PED	16.437	82,91 %
CHdN-E	27.117	62,99 %
CHdN-W	3.986	56,76 %
Total		62 %

Tab.29 : Taux de conformité par site à la recommandation de bonne pratique de 10 minutes de délai de triage, en 2016

²⁰ Exemple : Recommandations formalisées d'experts de la Société Française de Médecine d'Urgence 2013

Sur l'ensemble des sollicitations, **62 % ont une durée entre l'heure d'admission et l'heure de triage conforme à la recommandation, de moins de 10 minutes.**

89,52 % ont bénéficié d'un triage dans les 30 minutes

Cette durée ne varie pas selon le jour de la semaine.

Pour les cas n'atteignant pas le seuil de 30 minutes, la durée médiane varie entre 38 et 65 minutes selon le site.

Ce taux de 62 % est probablement surestimé puisque aux HRS-K-SUA, le délai n'est pas calculé à partir de l'admission chez le « Greeter » mais à partir de l'admission administrative qui a lieu au moment du triage. Il y a lieu d'améliorer l'enregistrement aux HRS-K-SUA afin de comparer le même type de données au niveau national.

9.10 Taux d'hospitalisations directes par établissement

Le taux d'hospitalisations directes au sein de l'établissement après un passage au service d'urgence est le suivant :

Sites	Sollicitations	Hospitalisations directes dans l'hôpital	Taux Hospitalisations directes dans l'hôpital
CHL-HMU	40.121	6.344	15,81
CHL-CPED	32.457	2.293	7,06
CHL-MAT	4.562	182	3,99
CHL-US	601	111	18,47
CHEM-VE	50.815	7.905	15,56
CHEM-NDK	24.701	2.442	9,89
CHEM-VD	8.630	82	0,95
HRS-K-SUA	39.733	7.103	17,88
HRS-K-PED	20.181	364	1,80
HRS-K-MAT	7.189	2.085	29,00
Total	228.990	28.911	12,63

Tab.30 : Taux d'hospitalisations directes dans l'établissement par site en 2016 après un passage au service d'urgence

Tous les hôpitaux ne sont pas en mesure de fournir les informations sur le devenir des patients après un passage au service d'urgence.

Le taux d'hospitalisations directes issues d'un passage au service d'urgence est pour l'ensemble du pays de **12,63 %**, sur base des données partielles exploitées. Ce taux varie selon le site.

Les HRS ont une durée de présence plus courte mais ils hospitalisent un peu plus que le CHEM ou le CHL.

Le besoin en lits d'hospitalisation est différent si l'hôpital est de garde toute l'année (28,49 lits par jour au CHEM) ou en garde alternée (41,42 lits au CHL et 45,50 lits aux HRS les jours de garde sans les HRS-ZK).

La garde alternée entre le CHL et les HRS engendre des pics d'utilisation des ressources : pour exemple, besoin de 41,42 lits les jours de garde au CHL contre 7,37 lits les jours de non garde.

Comparaison :

Le rapport 2015 de la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences fait état d'un taux d'hospitalisations directes (appelé aussi taux d'hospitalisation interne) de 20% et d'un taux d'hospitalisation externe de 2%, soit au total un taux de 22 % calculé sur les 13 régions françaises considérées.

Au Luxembourg, le taux d'hospitalisation global semble être plus faible si l'on considère les 2 établissements (CHL et CHEM)²¹ sur lesquels il a été possible d'établir les calculs. Cependant, cette différence peut s'expliquer par le fait que les sollicitations des services d'urgence sont beaucoup plus nombreuses au Luxembourg et de ce fait ne relèvent sans doute pas pour une bonne partie d'un service d'urgence mais de soins primaires. De ce fait, il est normal d'attendre un taux d'hospitalisation moins élevé.

9.11 Synthèse des indicateurs d'activité 2016 des services d'urgence

Indicateur	Résultats	Particularités
Nombre de sollicitations recensées en 2016	303.261	sans les HRS-ZK
Nombre de sollicitations estimées en 2016	312.109	avec une estimation HRS-ZK
Nombre de sollicitations exploitables 2016	296.175	Avec données disponibles
Répartition des sollicitations recensées	CHL :29 % (87.072) CHEM :30% (91.232) HRS* :22% (67.103) CHdN : 19% (57.854)	Sollicitations au CHL-CPED (41.788) > au CHL-HMU (40.121) Sollicitations CHEM-NDK (24.701) = 50 % sollicitations CHEM-VE (50.815) Sollicitations sites périphériques environ 10 % de l'activité totale du SU de l'hôpital
Nbre de sollicitations pour 1.000 habitants	540	Beaucoup plus élevé que dans les régions françaises ou belges
Pourcentage de sollicitations par des patients sans matricule	1,24 %	
Nbre de patients avec matricule	173.681	
Nbre de sollicitations par des patients avec matricule	292.513	
Ratio <u>national</u> d'utilisation des services d'urgence par des patients avec matricule	1,68 sollicitation /patient avec matricule	
Ratio <u>par hôpital</u> d'utilisation du service d'urgence par des patients avec matricule	CHL : 1,46 sollic. /pat avec matricule HRS* : 1,46 sollic. /pat avec matricule CHEM : 1,54 sollic. /pat avec matricule CHdN : 1,66 sollic. /pat avec matricule	
Pourcentage de patients avec matricule ayant sollicité plusieurs fois un service d'urgence	1 fois : 71,30 % 2 fois : 17,68 % 3 fois : 6,04 % 4 fois : 2,42 % 5 fois. 1,10 % Plus de 5 fois : 1,46 %	

²¹ Taux hospitalisation global du CHL : 12,27 % et du CHEM : 15,73 %

Pourcentage de patients s'étant adressé dans un seul service d'urgence en 2016	89,40 %	
Nbre moyen de sollicitations /jour pour les 4 SU réunis	809	
Nbre moyen de sollicitations par jour de garde par SU	CHL-JG : 317,08 HRS*-JG : 269,64 CHEM-JO : 259,8 CHdN-JO : 162,32	
Nbre moyen de sollicitations par jour ouvrable de non garde	CHL-HMU-JO-NG : 171,73 HRS*-JO-NG : 107,11	
Nbre moyen de sollicitations le week-end de non garde	Activité quasi inexistante	Pas d'équipe médico-soignante
Répartition des activités les JO et les WE-JF sur les 4 SU réunis	72 % les JO 28 % les WE et JF : 82.278 sollic.	
Distribution de l'activité totale selon les jours de la semaine	Lundi : 16,53% Mardi : 14,33 % Mercredi : 14 ;67 % Jeudi : 14,00 % Vendredi: 14,60 % Samedi : 13,41 % Dimanche : 12,47 %	Fréquence plus élevée le Lundi Moins de sollicitations le WE
Nbre moyen de sollicitations par mois pour les 4 SU réunis	24.681	Mois 03 et 12 les plus chargés Mois 08 le moins chargé
Nbre moyen de sollicitations par semaine pour les 4 SU réunis	5.648	1 ^{er} semestre plus chargé que le 2 ^{ème}
Distribution des sollicitations par sexe	Sex-ratio 0,99 50 % hommes et 50 % femmes	Aux HRS-MAT : + de sollicitations qu'au CHL-MAT : à explorer
Distribution des sollicitations par classes âge	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 %	La classe 0-4 ans représente 14 % des sollicitations CHL prend en charge 60 % des 0-4 ans et 52,63% des 0-14 ans
Ratio d'utilisation d'un SU par résident	0,54 sollicitation par résident	0-4 ans : 1,29 sollicit./résident de la classe d'âge 60-64 ans : 0,32 sollicit./résident de la classe d'âge 95 ans et + : 1,30 sollicit./résident de la classe d'âge
Distribution des sollicitations selon le statut de résidence	91 % des sollicitations par des personnes résidentes	9 % de sollicitations par des non résidents , dont seulement 10 % sans matricule (autres 90 % frontaliers + leurs familles)
Pourcentage de sollicitations par des étrangers sans matricule	0,87 %	
Ratio utilisation des SU par 1.000 habitants par canton	Luxembourg : 380,08 Vianden : 614,83 Diekirch : 605,77	Pas de lien avec le ratio de MG /1.000 habitants dans le canton Variation de 60 % entre les cantons
Episode stationnaire dans les 7 jours avant la sollicitation d'un SU	3,71 %	% plus élevés au CHL-MAT, HRS-MAT, CHdN-E à éclaircir
Pourcentage de sollicitations avec admission au SU avec le SAMU	1,60 % des sollicitations 12,94 entrées en moyenne /jour	94,4 % des enfants de moins de 15 ans admis au SU par SAMU vont au CHL-CPED
Flux de présence concomitante de patients	Croissance du flux de 7h à 11h Pics d'affluence de 12h à 15h en général Jamais de période sans patients sauf si fermeture du site	CHL-HMU : nombre de patients présents en même temps le plus élevé en moyenne (55 patients) Le CHL-HMU a des flux de présence plus élevés que les HRS-K-SUA, liés aux durées de

		présence plus élevées au CHL Le lundi, le flux de présence est le plus élevé quelque soit le SU
Durée Heure d'admission-Heure de sortie	Données manquantes : 5,76 % des sollicitations Selon le site de 1h06min à 3h49min Au moins 75 % des sollicitations ont une durée de 3h ou moins	La plus élevée au CHL-HMU Augmentation avec l'âge Durée la plus courte chez enfants en bas âge Souvent pour les cas de médecine plus élevée que pour les cas de chirurgie Durée élevée pour les cas de psychiatrie
Durée Heure d'admission-Heure de triage	62 % des sollicitations conformes à la recommandation 89,52% des sollicitations ont un triage réalisé dans les 30 minutes avec une durée moyenne entre 7 et 15 minutes selon le site	Pour les cas non conformes supérieurs à 30 minutes, la durée médiane varie entre 38min à 1h05 selon le site
Durée Heure de triage-Heure début prise en charge	Données manquantes : 48,77 % des sollicitations Selon le site de 40 min à 1h30	Plus le score de triage augmente, plus la durée est courte Au CHL-HMU, si classe d'âge augmente, la durée diminue
Durée Heure d'admission – Heure du 1 ^{er} contact médical	Données manquantes : 48,11% des sollicitations CHL-HMU : 1h37 min CHL-CPED : 1h19min CHEM-VE : 1h CHEM-NDK : 55 min CHEM-VD : 51 min	Durée augmente quand le score de triage tend vers 5 Durée diminue avec l'augmentation de l'âge chez l'adulte Durée diminue avec l'augmentation de l'âge chez l'enfant
Durée Heure de triage-Heure 1 ^{er} contact médical	Données manquantes : 48,89 % des sollicitations CHL-HMU : 1h19min CHEM-VE : 51 min	Durée augmente si score de triage tend vers 5 gravité très faible Au CHEM-VE durée diminue quand âge augmente
Durée Heure de triage-Heure de sortie	Données manquantes : 9,48 % des sollicitations CHL-HMU : 3h31 CHL-CPED : 2h45 CHEM-VE : 2h11 CHEM-NDK : 1h35 CHEM-VD : 0h57 CHdN-E : 1h22 CHdN-W : 1h12 HRS-K-SUA : 2h24 HRS-K-PED : 0h57	Durée augmente avec l'âge Durée maximale : 31 h dans la classe d'âge 85 ans et +
Durée Heure du 1 ^{er} contact médical- Heure de sortie	Données manquantes : 48,35 % des sollicitations CHL-HMU : 2h19 CHL-CPED : 1h40 CHEM-VE : 1h26 CHEM-NDK : 0h56min CHEM-VD : 0h44 min	Certains temps sont incompressibles Durée diminue si score triage augmente vers 5. Durée augmente avec l'âge Durée un peu plus basse en chirurgie qu'en médecine sauf au CHEM-NDK

Taux d'hospitalisations directes dans l'hôpital après une sollicitation non programmée d'un SU	12,63 % au niveau national (CHL + CHEM + HRS) Variation selon le site	Les HRS* hospitalisent plus que le CHEM ou le CHL
Taux global d'hospitalisation après une sollicitation non programmée d'un SU	Au CHL : 12,27 % Au CHEM : 15,73 %	= hospitalisations directes dans l'hôpital + transferts dans un autre hôpital au Luxembourg + transferts à l'étranger
Besoin moyen en lits d'hospitalisation	CHL-JG : 41,42 lits CHL-JNG : 7,37 lits CHEM : 28,49 lits HRS*-JG : 45,50 lits HRS*-JNG : 6,69 lits	

Tab.31 : Principaux résultats d'activité des services d'urgence en 2016

10 Ressources médico-soignantes

10.1 Ressources médicales

L'accueil des patients non programmés dans les SU est garanti par une garde de 1^{ère} ligne assurée par des médecins urgentistes qui peuvent recourir à une garde de 2^{ème} ligne composée de médecins spécialistes. Seuls quelques cas cliniques bénéficient d'une prise en charge en 1^{ère} ligne de médecins spécialistes associés aux médecins urgentistes (polytraumatisés par exemple ou AVC au CHdN-E).

Les médecins urgentistes sont soit salariés (CHL) , soit libéraux avec un contrat d'agrément avec l'établissement. Ils sont soit formés en médecine d'urgence avec pour certains des certificats complémentaires, soit sont médecins généralistes avec une expérience de médecine d'urgence.

Service d'urgence	Nombre médecins 2017
CHL-HMU	11
CHL-CPED	6
CHEM-VE +VD	12
CHEM-NDK	5 dont 1 fait aussi VE
HRS-K-SUA + ZK	11
HRS-K-PED	10
CHdN-E	6
CHdN-W	2
Total	63

Tab.32 : Nombre de médecins de 1^{ère} ligne exerçant en service d'urgence en 2017, par site

Au total 63 médecins assurent la garde de 1^{ère} ligne, 24h sur 24, 365 jours par an sur les 4 établissements.

La fonction du médecin urgentiste a évolué, passant du rôle de médecin trieur à l'exercice de la fonction de médecin urgentiste comprenant les différentes activités suivantes :

- accueillir le patient et valider le score de gravité,
- établir le diagnostic lorsque cela est possible ou le pré-diagnostic sur base d'une anamnèse médicale, de la consultation de dossiers antérieurs du patient, d'un contact éventuel avec les confrères prenant en charge habituellement le patient, d'un examen clinique, d'examens complémentaires si cela s'avère nécessaire selon les recommandations de bonne pratique émises par le Conseil Scientifique dans le Domaine de la Santé ou les sociétés scientifiques internationales,
- initier le traitement pour stabiliser la situation clinique, prévenir une aggravation et des complications, selon les recommandations de bonne pratique,
- réaliser des actes techniques variés,
- orienter vers les structures de soins appropriées notamment les services nationaux lorsque le cas clinique le nécessite ou vers une structure à l'étranger,
- orienter vers la médecine spécialisée lorsque le cas clinique le nécessite,
- orienter vers les soins de santé primaires pour le suivi lorsque cela est nécessaire et possible²²,
- informer et conseiller le patient sur son état de santé,
- transmettre au médecin référent du patient ou à son médecin de famille, les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient,

²² Tous les patients n'ont pas de médecin généraliste

- réaliser les formalités administratives (bon de transport, certificats,...) et légales associées à la prise en charge clinique du patient,
- déclarer aux autorités compétentes les cas cliniques soumis à déclaration obligatoire,
- enregistrer les données cliniques médicales dans le dossier ambulatoire hospitalier électronique du patient,
- répondre aux réquisitions de la police ou du tribunal pour la prise en charge de certains patients.

Les établissements hospitaliers désirent recruter désormais essentiellement des médecins formés en médecine d'urgence pour exercer en 1^{ère} ligne dans les SU.

Ils recherchent des médecins urgentistes ayant une formation d'urgentiste et des formations complémentaire en échographie d'urgence, Advanced trauma life support, ainsi que des sur-spécialisations dans la prise en charge des urgences gériatriques ou pédiatriques.

Le recrutement de médecins urgentistes qualifiés et expérimentés est difficile, car les conditions actuelles d'exercice (horaires de travail, nombre de jours de travail par semaine ou mois, nombre de patients en moyenne par médecin par heure) et de rémunération (revenus non garantis) constituent un frein, le différentiel avec les conditions d'exercice dans le pays d'origine n'étant pas considéré comme attractif.

Or pour le remplacement des départs naturels des médecins urgentistes, il faudra recruter environ 20 médecins dans les 15 prochaines années. A cela, s'ajouteront des recrutements pour améliorer peu à peu le ratio nombre de patients entrants par médecin.

Mais à cela s'ajoute la grande problématique qui est d'assurer la garde de 2^{ème} ligne avec les médecins spécialistes, car dans les 10 prochaines années, les établissements hospitaliers auront à recruter 231 médecins spécialistes pour juste combler les départs naturels. Il y a urgence à développer une stratégie nationale entre les pouvoirs publics, les établissements hospitaliers et les sociétés luxembourgeoises de médecins spécialistes afin de mener des actions dans les meilleurs délais pour soutenir et organiser le recrutement, pour promouvoir les études de médecine et certaines spécialités très demandées, auprès de jeunes étudiants.

Le ratio du nombre de patients présents par heure par médecin montre des périodes d'engorgement.

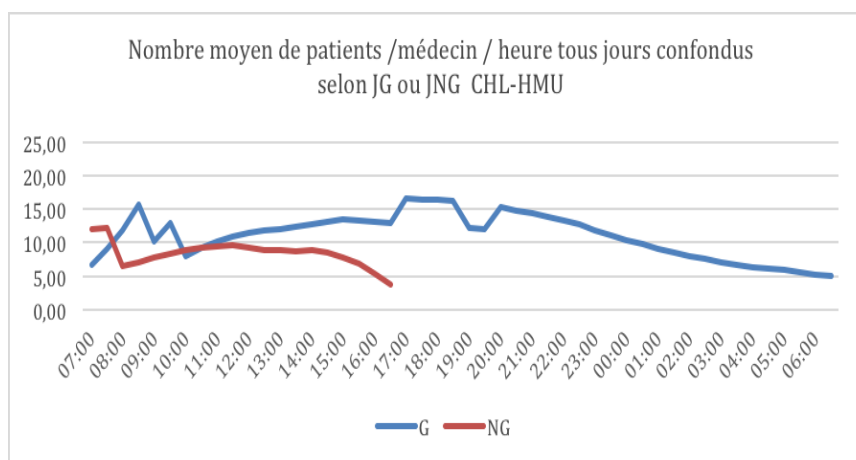


Fig.14 : Nombre moyen de patients présents par médecin par heure au CHL-HMU en 2016 les jours de garde et de non garde, tous les jours confondus

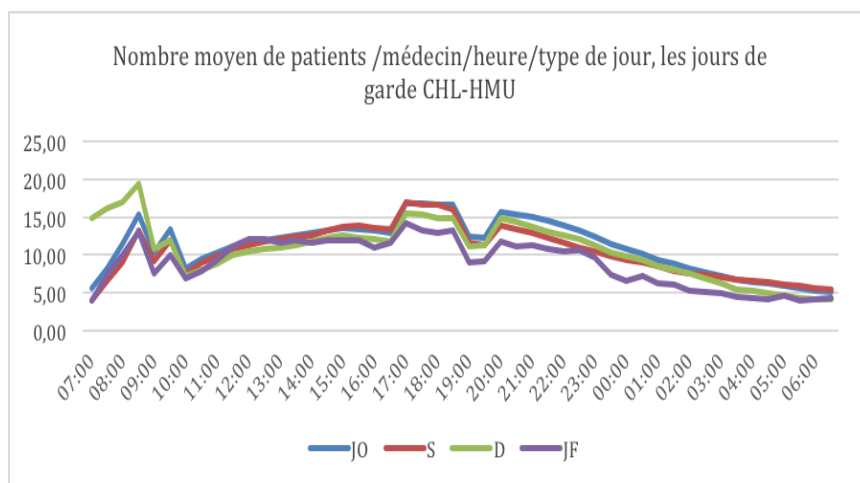


Fig. 15: Nombre moyen de patients présents par médecin par heure au CHL-HMU en 2016 les jours de garde par type de jour

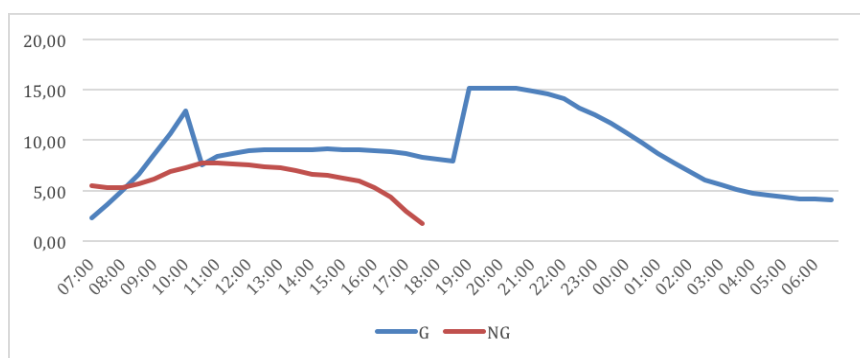


Fig. 16: Nombre moyen de patients présents par médecin par heure aux HRS-K-SUA en 2016 les jours de garde et de non garde, tous les jours confondus

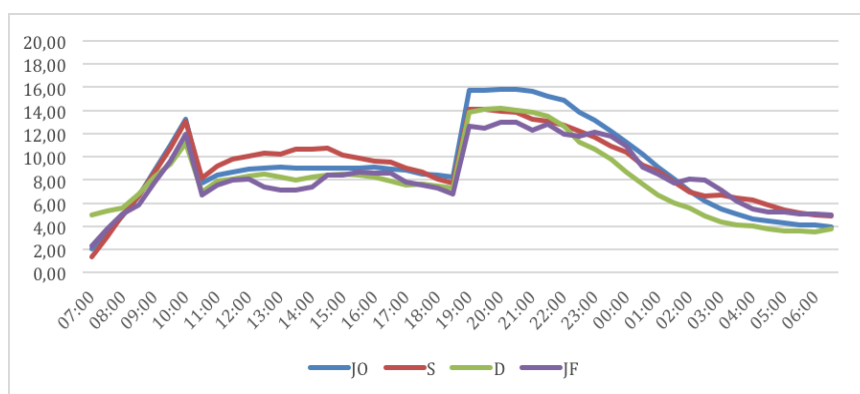


Fig.17 : Nombre moyen de patients présents par médecin par heure aux HRS-K-SUA en 2016 les jours de garde par type de jour

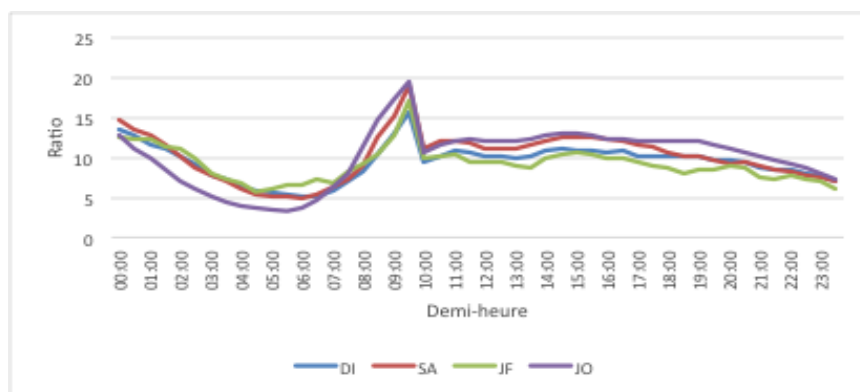


Fig.18 : Nombre moyen de patients présents par médecin par heure au CHEM-VE en 2016 par type de jour ouvrable, samedi, dimanche et jours fériés

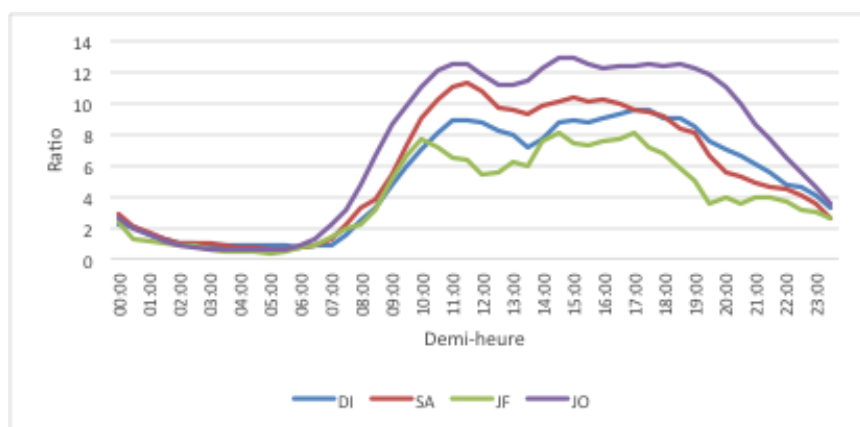


Fig.19 : Nombre moyen de patients présents par médecin par heure au CHEM-NDK en 2016 par type de jour ouvrable, samedi, dimanche et jours fériés

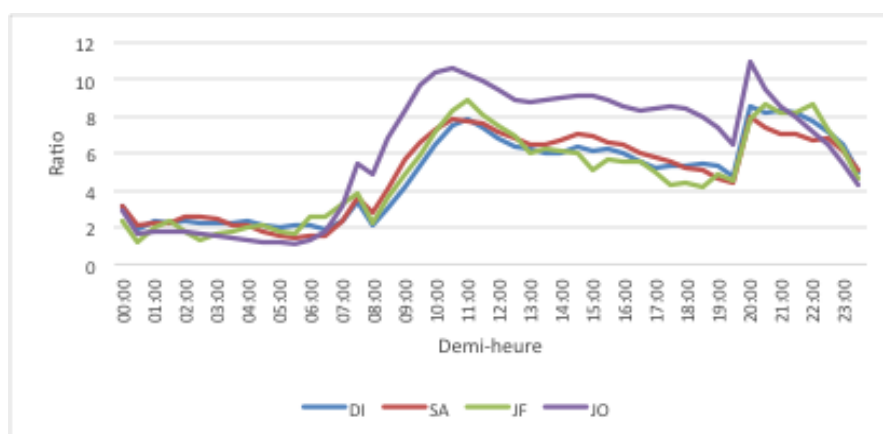


Fig.20 : Nombre moyen de patients présents par médecin par heure au CHdN-E en 2016 par type de jour

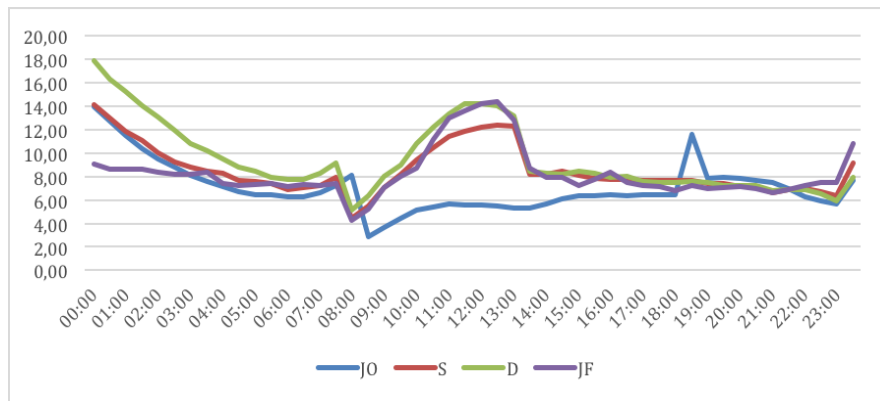


Fig.21 : Nombre moyen de patients présents par médecin par heure au CHL-CPED en 2016 par type de jour

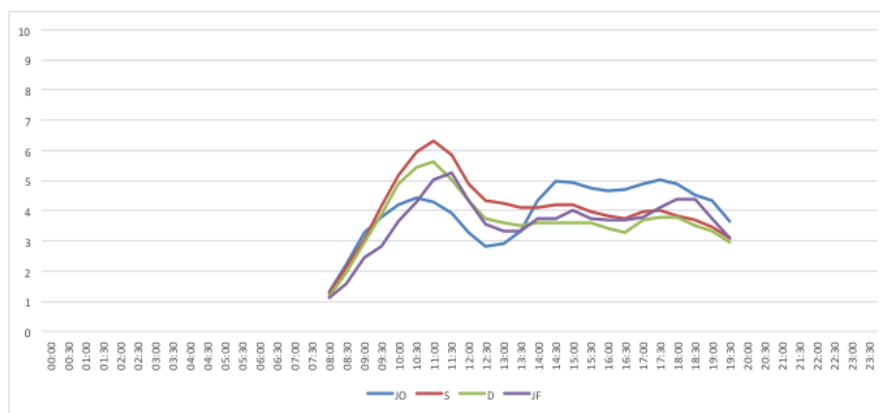


Fig.22 : Nombre moyen de patients présents par médecin par heure aux HRS-K-PED en 2016 par type de jour

A retenir

Le recrutement de médecins urgentistes expérimentés et formés est difficile.
Les conditions actuelles d'exercice professionnel de médecin urgentiste au Luxembourg ne présentent pas un différentiel suffisant avec les pays d'origine pour inciter de jeunes médecins à venir s'y installer.

10.2 Ressources soignantes

Les ressources soignantes dans les services d'urgence sont principalement composées d'infirmiers. Dans les services d'urgences pédiatriques, il est retrouvé aussi des infirmiers pédiatriques. Quelques infirmiers anesthésistes et deux aides soignants complètent les dotations.

Plusieurs fonctions sont retrouvées au sein de l'équipe soignante :

- fonction managériale avec un responsable,
- fonction d'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) qui réalise le triage,
- fonction de soins directs et indirects aux patients.

Les HRS ont ajouté la fonction de « greeter-superviseur-coordonateur » qui réalise le 1^{er} accueil de tous les patients.

Le CHL-HMU a mis en place, supplémentairement, une fonction d'aide aux soins fondamentaux-transport-soutien logistique, pour soutenir l'équipe médico-soignante.

Afin de pouvoir répondre au mieux au flux des admissions, de nombreux horaires de travail ont été mis en place, notamment au CHL-HMU et aux HRS-K-SUA en raison de l'activité les jours de garde, générant un difficile équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. La planification des personnels pour ces deux services d'urgence est difficile pour répondre aux trois impératifs que sont la loi du travail, la convention collective de travail et l'activité non programmée.

Les heures supplémentaires par année représentent environ 0,5 ETP pour les services d'urgence, à l'exception des sites périphériques tels que Wiltz ou Dudelange ou ZithaKlinik.

Aucun indicateur de ressources humaines (mutation, démission, absentéisme), traditionnellement utilisés comme indicateurs d'un dysfonctionnement dans les organisations, ne témoigne d'une situation dégradée dans les SU. Cependant, ceci peut être lié à la forte cohésion des équipes médico-soignantes.

Exercer dans un SU nécessite de nombreuses connaissances et compétences²³, telles que l'aptitude à prendre en charge une détresse cardio-respiratoire, un polytraumatisé, un accident vasculaire cérébral, ou un patient avec des troubles psychiatriques, ainsi que la capacité à réaliser des plâtres. Certains établissements ont développé un référentiel de compétences pour l'infirmier du SU, ainsi que des formations pour développer les compétences de tuteurs ou parrains. L'expertise se développe grâce à l'encadrement des nouveaux collaborateurs, le suivi régulier par les pairs, et la formation continue certifiante ou non. L'encadrement des nouveaux collaborateurs présente à ce jour des manques cruciaux. Des programmes d'intégration des collaborateurs existent au sein de l'institution mais il manque du temps pour l'encadrement sur le terrain. La norme utilisée pour la budgétisation des soignants en SU actuellement ne prévoit pas de temps d'encadrement d'un nouveau collaborateur alors qu'à l'étranger un temps en général est prévu de 6 à 8 semaines selon l'expérience antérieure du candidat. Par contre, 40h de formation continue sont attribuées par ETP mais ne sont pas entièrement consommées faute de dotation suffisante pour envoyer le personnel se former. Peu d'aides sont apportées au responsable du SU sous la forme d'outils pédagogiques spécifiques au SU pour accélérer l'intégration du nouveau collaborateur, alors que ce service est réputé être sous tension. Les formateurs financés par la CNS, initialement prévus pour soutenir cette intégration n'interviennent pas dans le SU.

Il n'y a pas au Luxembourg de formation spécialisée en soins d'urgence pour l'infirmier, comme à l'étranger, mais les directions des soins recrutent des professionnels ayant cette formation. Le besoin en recrutement d'infirmier par année est d'environ 20 ETP.

²³ Cf. Rapport Ressources disponibles dans les services d'urgence, 6 décembre 2017, ML Lair, Santé et Prospectives, chapitre 14, page 53

Services d'urgence	Ratio/ETP heures FC 2014	Ratio/ETP heures FC 2015	Ratio/ETP heures FC 2016
CHL-HMU	31,32	22,88	22,72
CHL-CPED	29,14	21,08	21,52
CHEM-VE	28,9	13,13	7,7
CHEM-NDK	13,51	15,97	18,03
CHEM-VD	14	8,69	5,77
HRS-K-SUA²⁴	28	32	11
HRS-K-PED	30	23	18
HRS-ZK	Non disponible	55,7	48,1
CHdN-E	Non disponible	Non disponible	Non disponible
CHdN-W	Non disponible	Non disponible	Non disponible

Tab.33 : Ratio d'heures de formation continue réalisées par ETP par site des services d'urgence, pour les années 2014 à 2016

Les attributions des professionnels infirmiers n'ont pas été adaptées à l'évolution des pratiques professionnelles sur le terrain et nécessitent d'être révisées afin de donner un cadre légal à certains actes de soins réalisés tous les jours dans les SU²⁵.

Les dotations affectées aux activités non programmées des services d'urgence en 2016 étaient les suivantes :

Etablissement	Site	Sollicitations	Heures prestées	ETP
CHL	CHL-HMU	40.121	32.671,5	21,67
	CHL-CPED	32.457 ²⁶	30.178,25	20,01
	TOTAL	72.578	65.988	41,68
CHEM	CHEM-VE	50.815	40.904,75	27,13
	CHEM-NDK	24.701	15.652	10,38
	CHEM-VD	8.630	4.048	2,68
	TOTAL	84.146	60.604,75	40,20
HRS²⁷	HRS-K-SUA	39.733	45.938,50	30,47
	HRS-K-PED	20.181	10.106,75	6,70
	TOTAL	59.914	56.045,25	37,17¹⁸
CHdN	CHdN-E	43.048	40.475	26,85
	CHdN-W	7.022	10.183,75	6,75
	TOTAL	50.070	44.523	33,6

Tab. 34: Heures prestées dans les services d'urgence par site en 2016 et nombre d'ETP affectés à l'activité non programmée

Au total sur l'ensemble des services d'urgence audités en 2016, il y a eu 152,65 ETP qui ont été affectés aux activités non programmées, auxquels il faut ajouter les ETP des HRS-ZK, ce qui donne un total d'environ 160 ETP.

²⁴ Les chiffres comprennent les FC réalisées pour le personnel du SU et de la polyclinique

²⁵ Cf. Rapport Ressources disponibles dans les services d'urgence, 6 décembre 2017, ML Lair, Santé et Prospectives, chapitre 15, page 62

²⁶ Cette activité ne comprend pas les 9331 enfants triés par l'IAO et orientés vers la MMP. L'activité propre du CHL-CPED est de 41.788 – 9.331 = 32.457 sollicitations.

²⁷ Ce calcul ne comprend pas les HRS-ZK

En 2017, la CNS a attribué 10 ETP supplémentaires temporairement en attente des résultats de la présente étude. Au total 170 ETP devraient donc être affectés aux activités des services d'urgence.

Le ratio d'heures prestées soignantes en moyenne par sollicitation en 2016 variait selon les établissements et selon le site. Entre les services d'urgence adultes, le ratio s'étalait entre 0,80 h/sollicitation au CHEM-VE à 1,16 aux HRS-K-SUA.

Etablissement	Site	Sollicitations	Heures prestées	Hr/sollicitation
CHL	CHL-HMU	40.121	32.671,5	0,81
	CHL-CPED	32.457 ²⁸	30.178,25	0,93
	Total	72.578	62.849,75	0,87
CHEM	CHEM-VE	50.815	40.904,75	0,80
	CHEM-NDK	24.701	15.652	0,63
	CHEM-VD	8.630	4.048	0,47
	Total	84.146	60.604,75	0,72
HRS	HRS-K-SUA	39.733	45.938,50	1,16
	HRS-K-PED	20.181	10.106,75	0,50
	Total	59.914	56.045,25	0,94
CHdN	CHdN-E	43.048	40.475	0,94
	CHdN-W	7.022	10.183,75	1,45
	Total	50.070	50.658,75	1,01

Tab.35 : Heures moyennes par sollicitation non programmée dans chaque site des services d'urgence en 2016

Le ratio de patients présents par infirmier par heure démontre des périodes de tension extrême dans certains sites, les jours de garde. Le lundi est le jour où le ratio est le plus élevé. Les tranches horaires du matin entre 8h et 13h ont un ratio en croissance permanente. De même les périodes entre 15h et 22h montrent un ratio le plus souvent supérieur à 4 patients par soignant, qui est une norme communément admise par les pairs dans plusieurs pays.

²⁸ Cette activité ne comprend pas les 9331 enfants triés par l'IAO et orientés vers la MMP. L'activité propre du CHL-CPED est de 41.788 – 9.331 = 32.457 sollicitations.

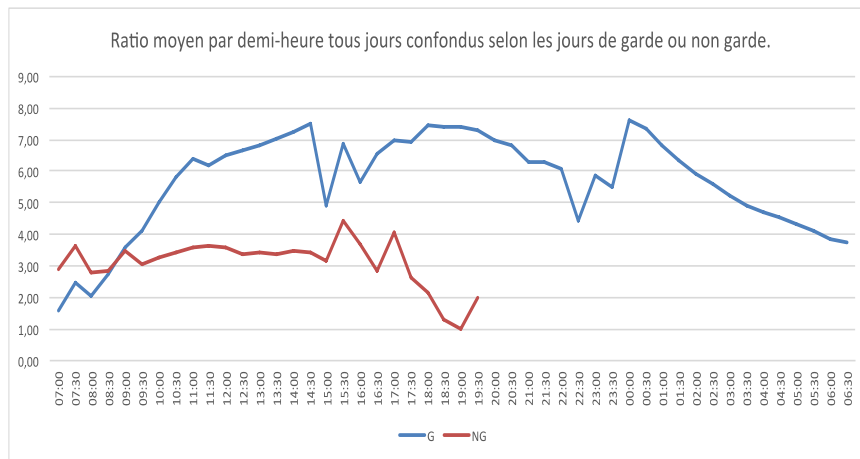


Fig.23 : Nombre de patients par heure par infirmier en 2016 au CHL-HMU, les jours de garde ou de non garde, tous jours confondus

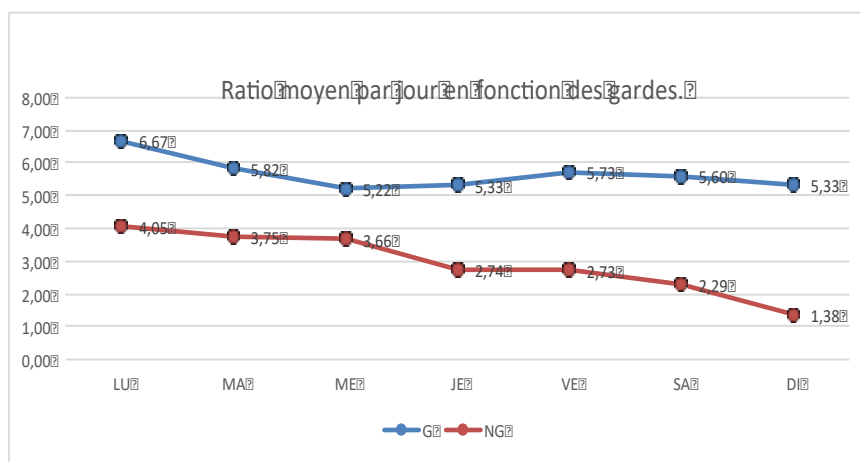


Fig.24 : Nombre moyen de patients par heure par infirmier en 2016 au CHL-HMU, par type de jour de la semaine, selon les jours de garde ou de non garde

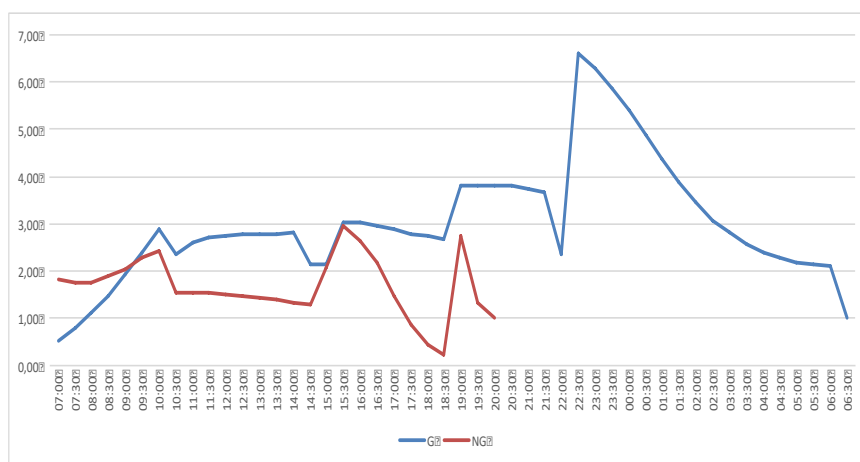


Fig.25: Nombre de patients par heure par infirmier en 2016 aux HRS-K-SUA, les jours de garde ou de non garde, tous jours confondus

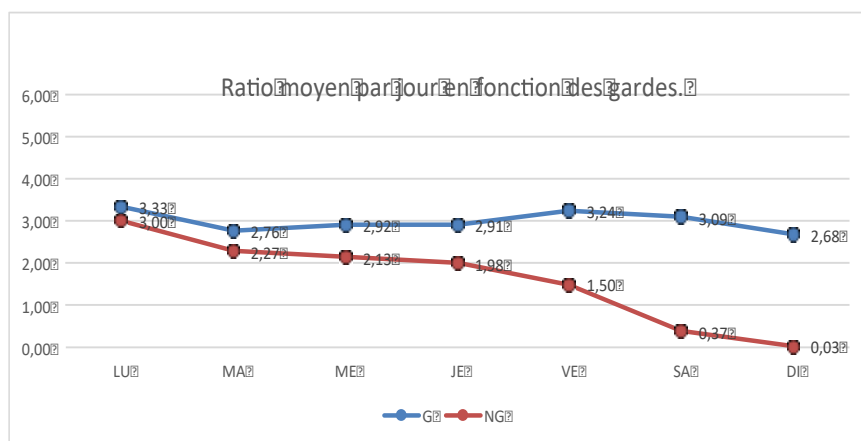


Fig. 26: Nombre moyen de patients par heure par infirmier, en 2016 aux HRS-K-SUA, par type de jour de la semaine, selon les jours de garde ou de non garde

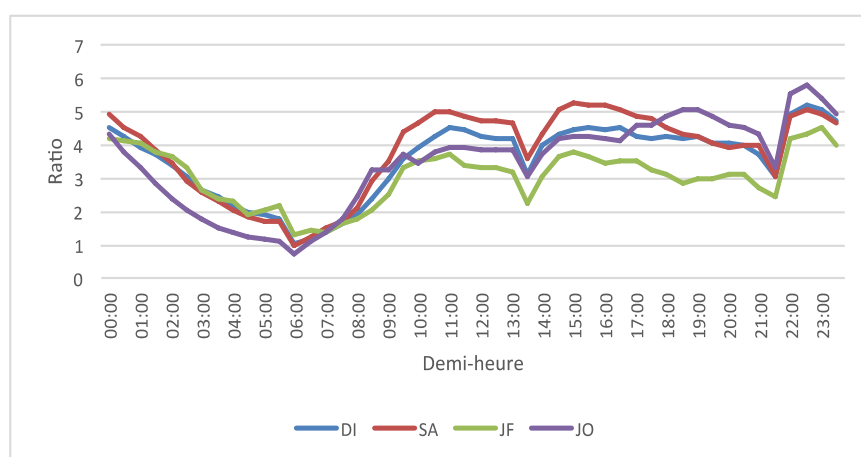


Fig.27 : Nombre de patients par heure par infirmier en 2016 au CHEM-VE, par jour ouvrable, samedi, dimanche et jour férié

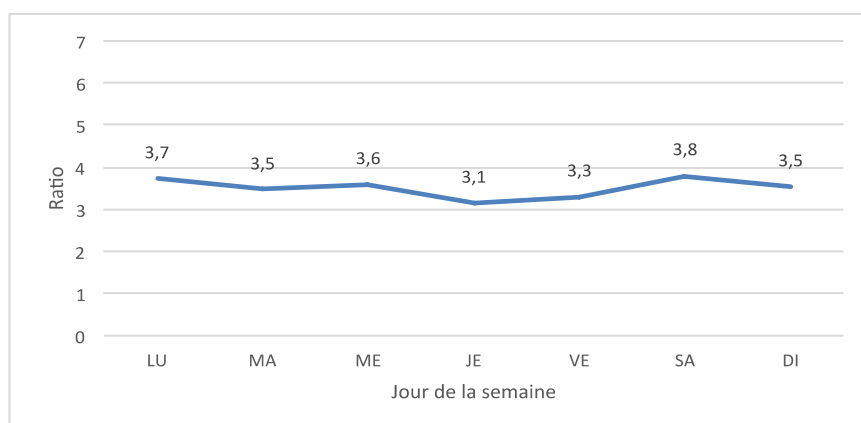


Fig.28 : Nombre moyen de patients par heure par infirmier, en 2016 au CHEM-VE, par jour de la semaine ouvrable, tous jours confondus

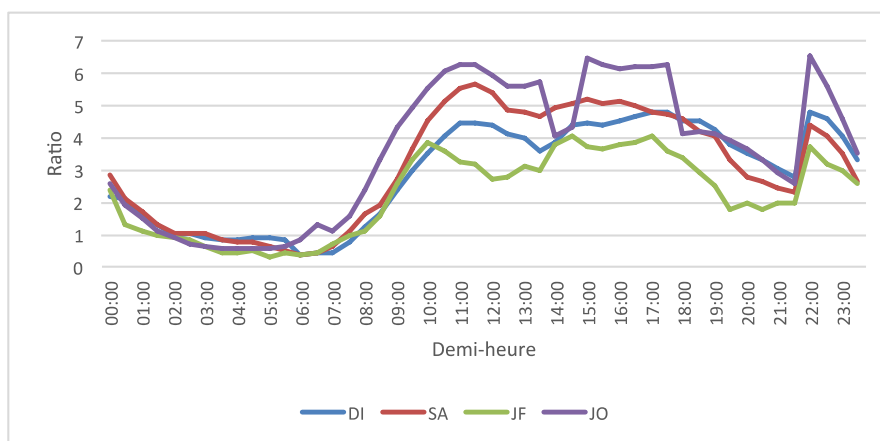


Fig.29 : Nombre de patients par heure par infirmier en 2016 au CHEM-NDK, par jour ouvrable, samedi, dimanche et jour férié

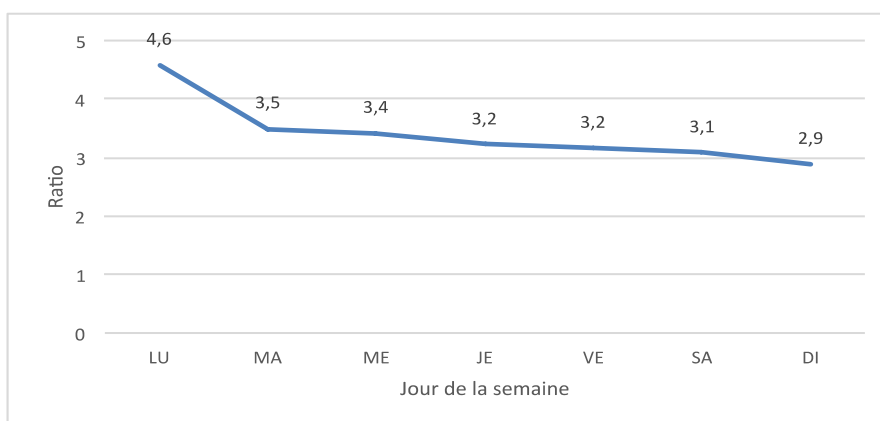


Fig. 30 : Nombre moyen de patients par heure par infirmier, en 2016 au CHEM-NDK par jour de la semaine ouvrable, tous jours confondus

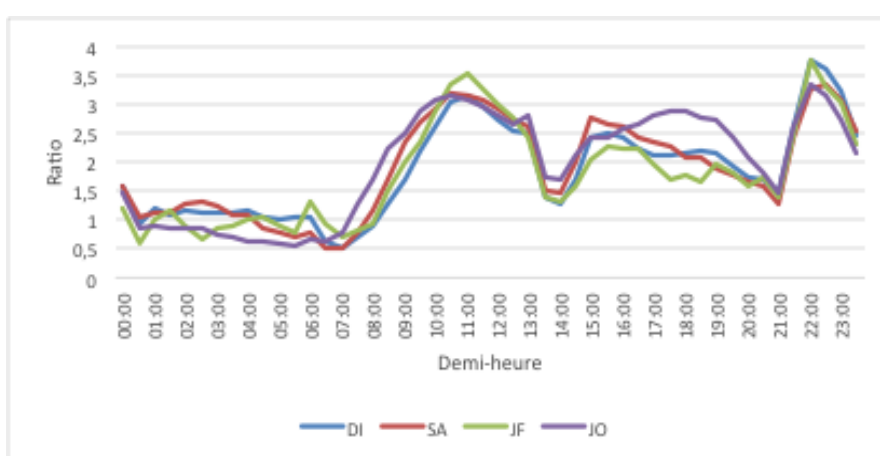


Fig.31 : Nombre de patients par heure par infirmier en 2016 au CHdN-E, par jour ouvrable, samedi, dimanche et jour férié

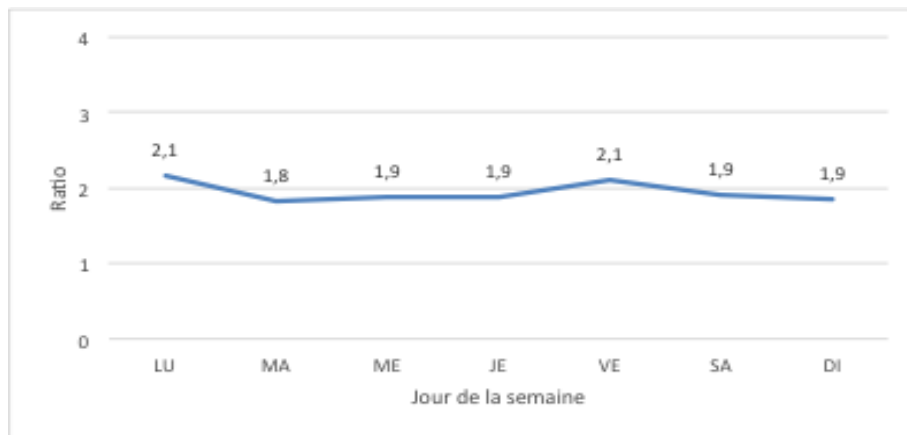


Fig.32 : Nombre moyen de patients par heure par infirmier, en 2016 au CHdN-E par jour de la semaine ouvrable, tous jours confondus

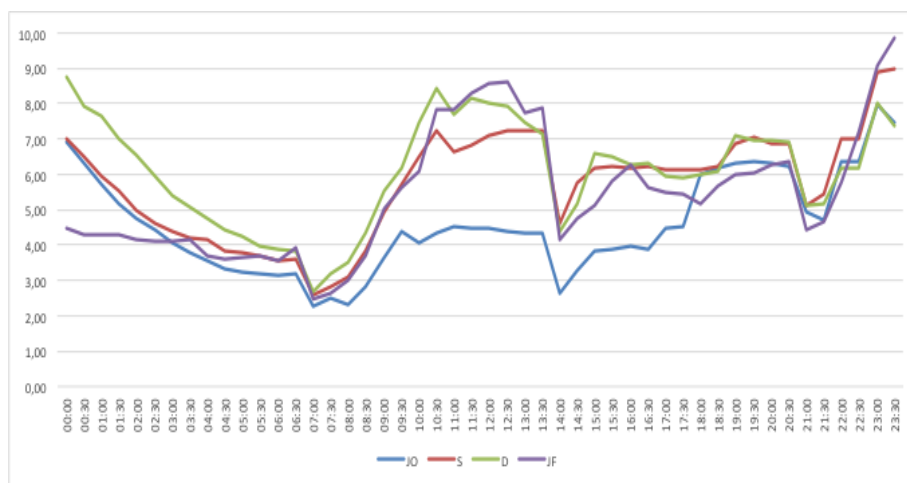


Fig.33 : Nombre de patients par heure par infirmier en 2016 au CHL-CPED, par jour ouvrable, samedi, dimanche, jour férié

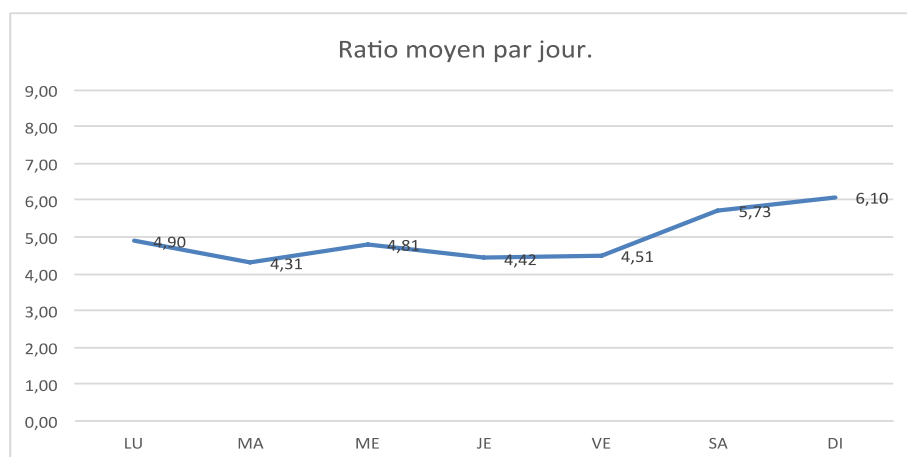


Fig.34 : Nombre de patients par heure en moyenne par infirmier en 2016 au CHL-CPED, par jour de la semaine, tous jours confondus

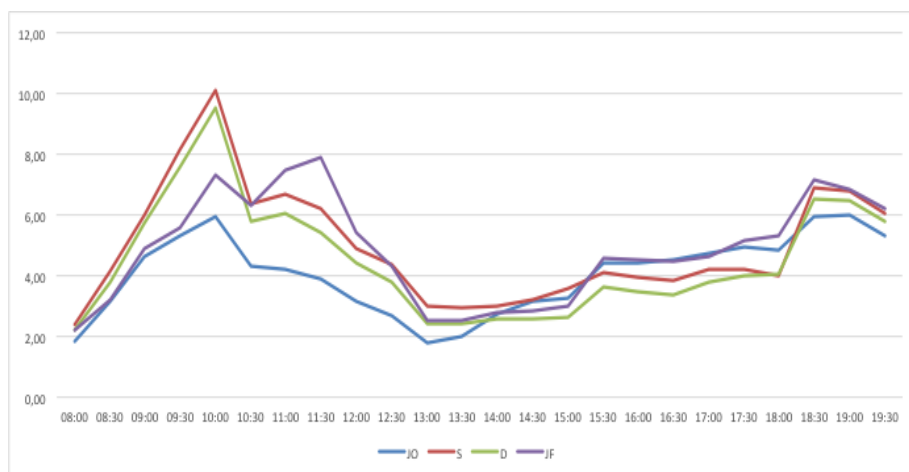


Fig.35 : Nombre de patients par heure par infirmier en 2016 aux HRS-K-PED, par jour ouvrable, samedi, dimanche, jour férié

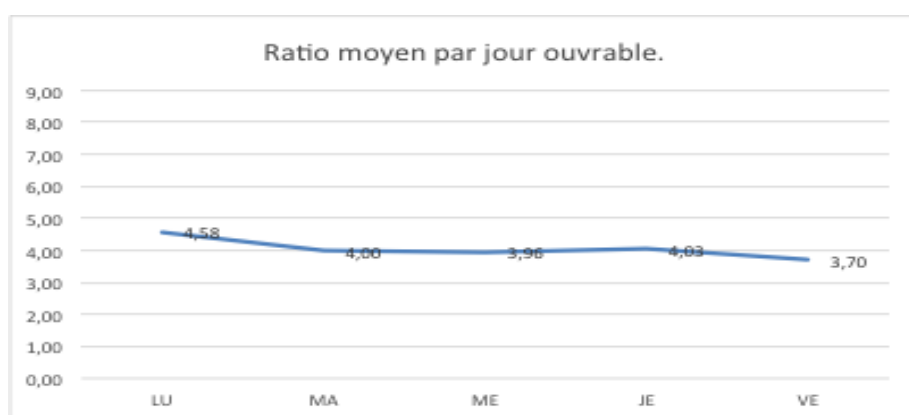


Fig.36 : Nombre de patients par heure en moyenne par infirmier en 2016 aux HRS-K-PED, les jours ouvrables, tous jours confondus

Le ratio de minutes soignantes par patient par heure exprime sous un autre angle, la tension et l'engorgement des services d'urgence.

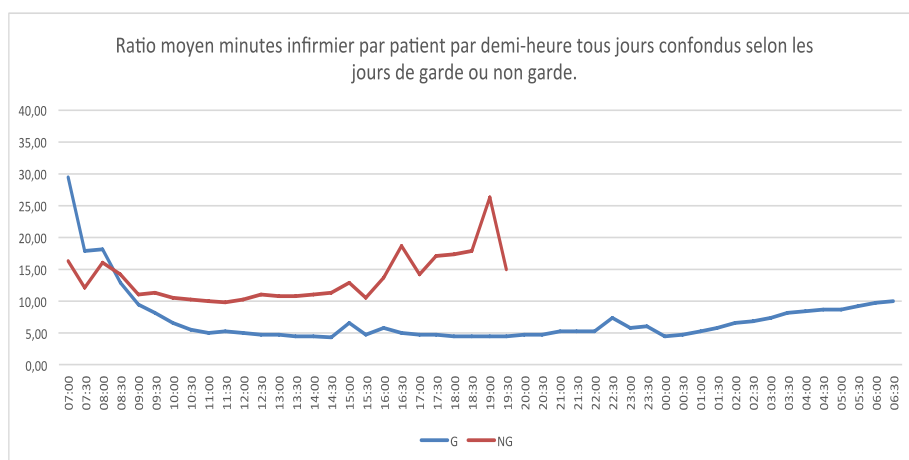


Fig.37 : Nombre de minutes soignantes en moyenne par patient par heure en 2016 au CHL-HMU les jours de garde et de non garde, tous jours confondus

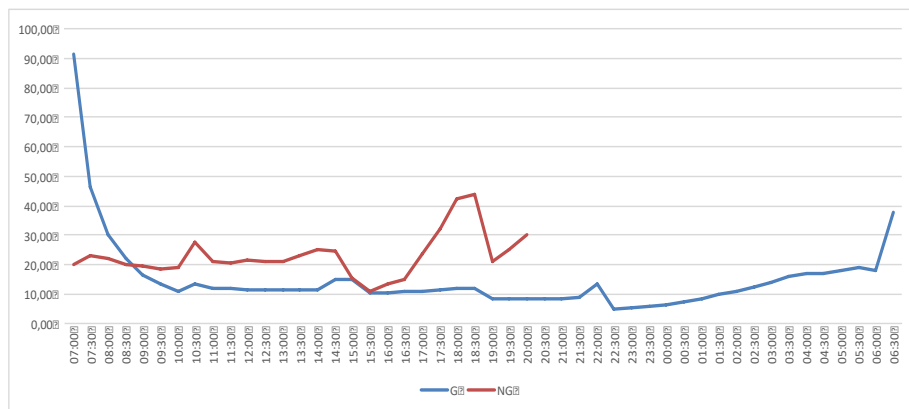


Fig.38 : Nombre de minutes soignantes en moyenne par patient par heure en 2016 aux HRS-K-SUA les jours de garde et de non garde, tous jours confondus

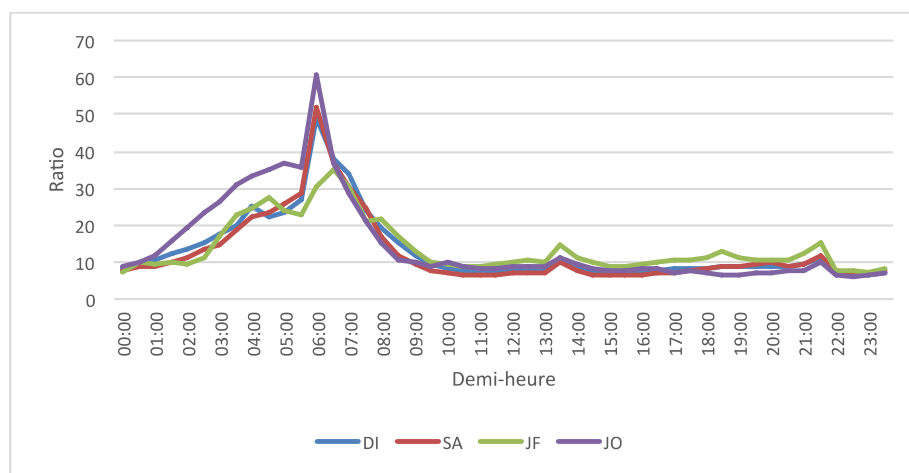


Fig.39 : Nombre de minutes soignantes en moyenne par patient en 2016 au CHEM-VE, les jours ouvrables, samedis, dimanches et jours fériés

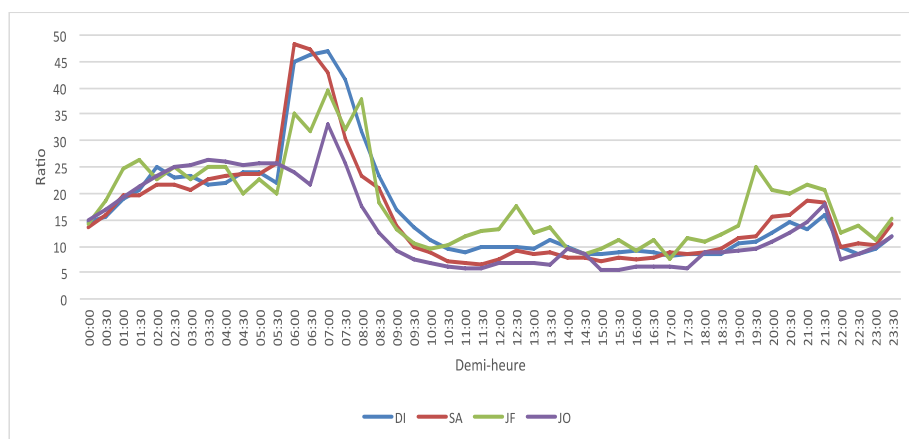


Fig.40 : Nombre de minutes soignantes en moyenne par patient en 2016 au CHEM-NDK, les jours ouvrables, samedis, dimanches et jours fériés

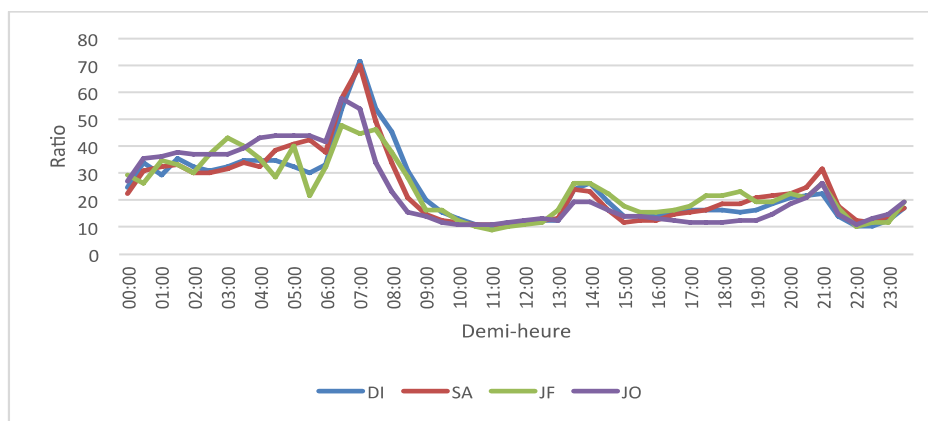


Fig.41 : Nombre de minutes soignantes en moyenne par patient en 2016 au CHdN-E, les jours ouvrables, samedis, dimanches et jours fériés

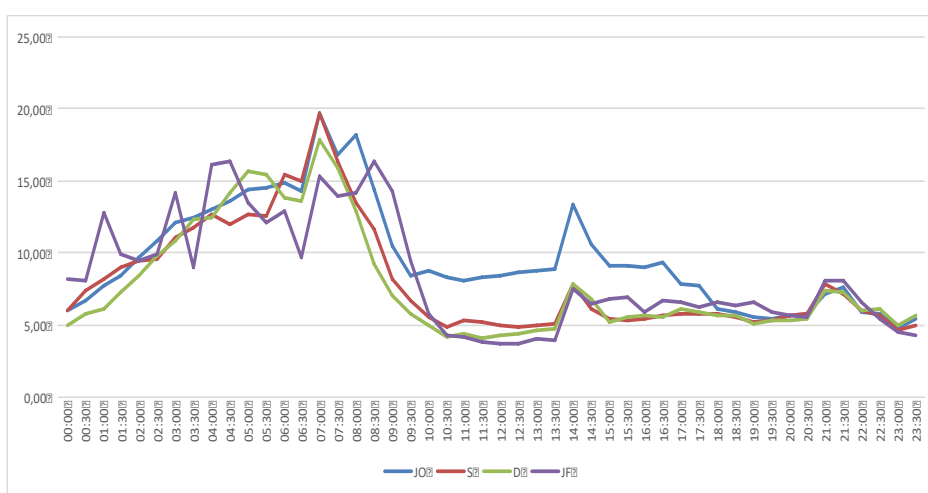


Fig.42 : Nombre de minutes soignantes en moyenne par patient par heure sur 24h en 2016 au CHL-CPED les jours ouvrables, les samedis, les dimanches, les jours fériés

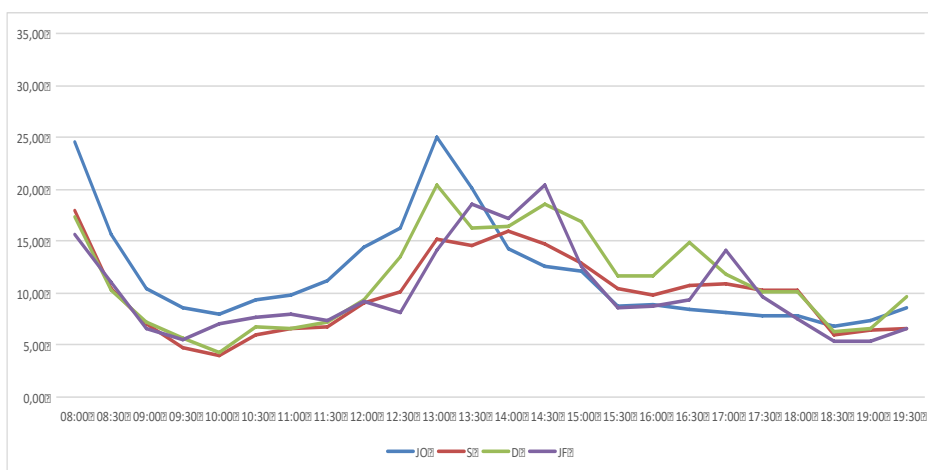


Fig.43: Nombre de minutes soignantes en moyenne par patient par heure sur 24h en 2016 aux HRS-K-PED les jours ouvrables, les samedis, les dimanches, les jours fériés

A retenir :

Les ratios minutes soignantes par patient par heure ou nombre de patients présents par infirmier par heure montrent des périodes de forte tension par rapport aux standards communément admis par les pairs à savoir 15 min par patient présent par heure pour les salles d'examen et 4 patients présents par heure par infirmier pour les salles d'examen.

La norme actuelle ne prévoit pas de temps d'encadrement pour les nouveaux collaborateurs.

Le quota de 40 heures de formation continue par ETP financé par la CNS n'est pas consommé.

La garde alternée à Luxembourg ville induit de grandes variations du besoin en personnel soignant et engendre une planification complexe pour tenir compte de la loi du travail, de la CCT et des flux d'activité.

10.3 Ressources cliniques complémentaires

L'organisation de la psychiatrie aigue engendre l'accueil au service d'urgence de personnes présentant des troubles du comportement, des alcoolisations excessives ou des troubles liés à la dépendance aux substances nocives. Les équipes soignantes des SU ont toutefois des compétences le plus souvent axées sur les problèmes somatiques ne leur permettent pas d'aborder avec efficacité une prise en charge psychiatrique de qualité.

Un examen somatique est toujours réalisé au SU afin de s'assurer que des pathologies somatiques autres ne sont pas sous-jacentes et à l'origine des troubles, ainsi que s'assurer que l'état clinique est stable et compatible avec une hospitalisation en psychiatrie.

Le recours à un infirmier psychiatrique en provenance d'un centre de crise psychiatrique fonctionnel 24h sur 24, 365 jours par an, dans les 30 minutes après un appel n'est pas possible dans tous les SU. En effet, tous les établissements ne disposent pas d'une dotation pour centre de crise de psychiatrie. Seul le CHEM-VE et le CHL-HMU partiellement bénéficient de ce type de soutien. Or les 4 établissements assurent depuis la réforme, une mission de prise en charge de la psychiatrie aiguë.

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 dans des délais appropriés.

La prise en charge au SU de personnes âgées de 75 ans et plus nécessite une détection de leur fragilité par la grille ISAR à réaliser par l'équipe soignante du SU. Mais lors d'une hospitalisation, une investigation plus approfondie doit être menée afin de réaliser un bilan gériatrique médico-soignant pour définir la meilleure prise en charge et orientation afin d'éviter la déperdition des compétences et autonomie encore présentes chez la personne âgée. Le dépistage de la fragilité de ces personnes âgées est encore trop peu fréquent dans les SU. L'intervention du gériatre et des équipes mobiles de gériatrie est quasi inexistante alors que toutes les publications internationales soutiennent une évaluation gériatrique dès l'entrée au SU et plus particulièrement lors d'une hospitalisation. Tous les établissements ayant un SU assurant la garde ne dispose pas d'une équipe mobile de gériatrie apte à intervenir en SU lorsqu'une hospitalisation d'une personne âgée de 75 ans et plus est programmée.

La durée de présence des personnes âgées au SU reste actuellement encore trop longue.

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 journalière des urgences pédiatriques par un médecin « urgentiste » senior n'est pas totale.

Ce modèle d'organisation doit donner la garantie durable que tous les enfants sur le territoire peuvent bénéficier de la même qualité de prise en charge de jour ou de nuit, 365 jours par an.

Pour les urgences pédiatriques, aucune pondération de la norme de dotation actuelle n'est prévue, alors que de nombreux soins requièrent d'être deux soignants pour les réaliser dans de bonnes conditions pour l'enfant et le professionnel.

10.4 Ressources de support logistique

Un service d'urgence doit être conditionné et prêt à accueillir des patients 24h sur 24. La gestion des stocks de matériel, des médicaments et des équipements doit être parfaite. Une fonction d'assistance logistique peut remplir cette mission et permet de maintenir prioritairement les compétences soignantes auprès des patients. Seul le CHL-HMU et le CHL-CPED ont mis en place cette fonction.

Les services d'urgence sont soumis aux mêmes règles que les autres unités, de prévention des infections nosocomiales. Le personnel du service d'urgence participe à cette prévention notamment en appliquant le plan d'hygiène et de désinfection des équipements. Les SU bénéficient d'heures disponibles pour l'entretien du service d'urgence par le personnel de nettoyage, mais en quantité insuffisante par rapport aux besoins, obligeant alors le personnel soignant à contribuer à la réalisation de l'entretien des locaux entre les patients, surtout en fin de journée, la nuit et les weekends.

De nombreux transports de patients sont issus du passage au service d'urgence, afin d'amener les patients vers les services d'imagerie médicale, vers les unités d'hospitalisation, vers le bloc opératoire. Certains de ces transports nécessitent la présence d'un soignant. C'est le cas lors des transferts en position couchée. D'autres peuvent être réalisés par des agents de transport spécifiquement formés. L'absence d'agent de transport dédié au service d'urgence pendant certaines périodes de la journée engendre la sortie de compétences soignantes du service d'urgence.

Les établissements hospitaliers ont tous un contrat de sous-traitance avec une société de gardiennage qui assure la sécurité générale des bâtiments (fermeture des locaux, alarmes,...) ainsi que des interventions de soutien aux équipes médico-soignantes en cas de violence verbale excessive ou physique.

Toutes les plages horaires ou jours sensibles dans les SU ne sont pas couverts par la présence physique d'agents de sécurité proches des SU afin de sécuriser les personnels soignants et les médecins.

11 Synthèse des rapports intermédiaires

11.1 Rapport sur le fonctionnement des services d'urgence

Ce rapport intermédiaire décrit le fonctionnement actuel du service d'urgence des 4 établissements hospitaliers. Ne sont repris ici que les éléments n'ayant pas été présentés dans les chapitres antérieurs.

Une terminologie peu claire :

L'étude met en évidence une confusion permanente entre les terminologies suivantes, employées par les acteurs: 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, notamment dans le cadre de la budgétisation hospitalière. Il est recommandé d'utiliser les terminologies reprises dans le projet de loi sur les établissements hospitaliers afin d'avoir une cohérence avec le futur cadre légal.

Certains sites annexes indispensables actuellement :

De manière générale, par établissement, il existe un site principal qui accueille les patients non programmés (CHL-HMU 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.

Des portes d'entrée spécifiques :

Dans chaque établissement, des patients non programmés sont orientés vers des secteurs spécifiques lorsque la prise en charge demande une spécialisation ou des équipements spécifiques, tels que la maternité, la pédiatrie, la dentisterie. Cependant, ce choix qui permet de supprimer une étape d'attente dans un service d'urgence générale n'est pas toujours assorti d'un triage des patients et d'une documentation complète de la sollicitation (maternité, en ORL, en Ophtalmologie, en dentisterie). Il faut noter que toutes les urgences psychiatriques par contre sont admises par le service d'urgence générale.

Deux niveaux et deux modèles d'intervention médicale :

L'organisation de ces services d'urgence repose sur deux niveaux d'intervention médicale : 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 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.

Deux modèles d'organisation cohabitent au sein des SU :

- appel du médecin urgentiste vers le médecin spécialiste de 2^{ème} ligne de garde pour venir voir le patient au SU, confirmer le diagnostic établi et prendre la décision d'orientation du patient,
- appel du médecin urgentiste vers le médecin spécialiste de 2^{ème} ligne de garde, informations données sur le cas clinique, décision sur l'orientation entre les

deux médecins, pas de consultation du patient en SU par le médecin spécialiste, ce dernier verra le patient ultérieurement en policlinique ou en hospitalisation. Ces modèles ont des répercussions différentes sur la durée de présence au sein des SU et donc sur l'engorgement.

La spécialité de médecin urgentiste non reconnue par les pouvoirs publics:

La fonction de médecin urgentiste a considérablement évolué les 20 dernières années en Europe et aussi au Luxembourg. Il exerce aujourd'hui une fonction médicale complète en étant responsable de la prise en charge des patients non programmés s'adressant au SU pour un problème médical ou chirurgical, quelle que soit la pathologie et le score de gravité. Il est responsable de la démarche diagnostique et thérapeutique initiale. Or la spécialisation de médecine d'urgence n'existe pas au Luxembourg.

La nomenclature des actes médicaux ne considère pas un certain nombre d'activités réalisées par les médecins urgentistes, telles que l'activité des lits porte, l'échographie en SU, certains actes techniques.

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 le devenir des patients, et donc 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, les compétences attendues, 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.

Un triage des patients à l'admission ancré dans les pratiques mais non exploitable au niveau national :

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 avec prise de décision immédiate sur l'organisation de la prise en charge (PEC) du patient. Cette grille n'est pas identique dans les 4 services des urgences ce qui nuit à une exploitation nationale et ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble sur les scores de gravité lors des sollicitations des SU par la population. 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. Au niveau national, le choix d'une grille unique, étant donné la taille du pays, est une évidence surtout s'il est attendu dans l'avenir de suivre l'évolution de l'activité des services d'urgence et de mettre en place un plan d'action visant à mieux orienter les patients en amont des SU.

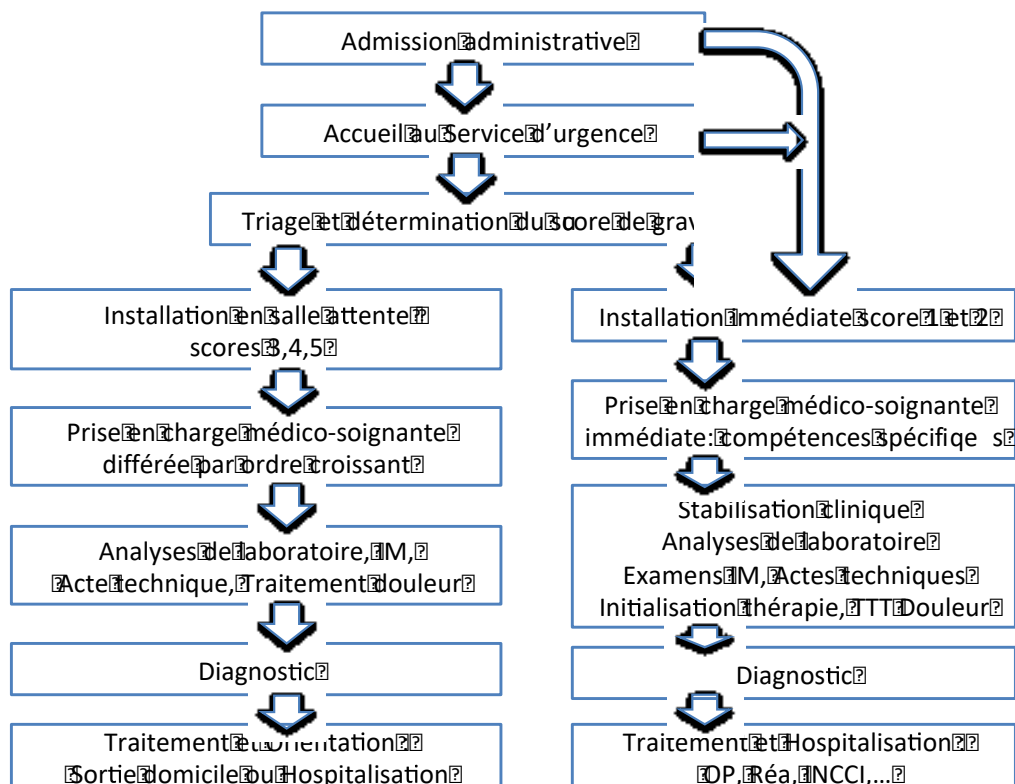


Fig.44. : Schématisation du processus de prise en charge du patient non programmé, selon le score de gravité

Deux modèles d'intervention infirmière :

Deux modèles d'organisation de la collaboration au sein de l'équipe médico-soignante ont été retrouvés pour la prise en charge des patients avec des scores de gravité 3,4,5. En effet, les patients avec un score de gravité 1 et 2 bénéficient d'une intervention quasi simultanée du médecin et de l'infirmier, ainsi que d'autres compétences additionnelles : médecin réanimateur, traumatologue, infirmier anesthésiste, ...

Par contre, pour les scores de gravité 3, 4 ou 5, le médecin « urgentiste » et l'infirmier vont coopérer selon un modèle pouvant varier selon la conception qu'à le médecin de son rôle au sein de l'équipe, selon l'état clinique du patient, l'expérience professionnelle de l'infirmier, le niveau d'engorgement du service d'urgence, le nombre de médecins disponibles,...

Dans le modèle 1, le médecin voit le patient avant que l'infirmier réalise les actes nécessitant une prescription médicale : analyses de laboratoire, organisation des examens d'imagerie médicale, pose d'une voie veineuse, traitement de la douleur si besoin,...

Dans le modèle 2, l'infirmier après une évaluation de la situation clinique du patient réfère oralement au médecin « urgentiste » du secteur. Il lui décrit la situation du patient et lui propose les actions à mettre en place. Le médecin « urgentiste » confirme la proposition de l'infirmier ou la modifie, signe les prescriptions. L'infirmier démarre alors la prise en charge sans que le médecin ait encore vu le patient. Ce modèle a pour objectif de gagner du temps sur les délais incompressibles liés aux analyses de laboratoire ou aux examens d'IM. Il vise le désengorgement du service d'urgence et repose pour cela sur une confiance importante dans le jugement clinique de l'infirmier. Ce modèle qui transgresse les attributions professionnelles de l'infirmier peut bien entendu générer des actes inappropriés ou non justifiés.

Ce modèle induit la nécessité de revoir les attributions professionnelles de l'infirmier afin de sécuriser au mieux l'exercice professionnel des soignants.

La schématisation des deux modèles est la suivante :

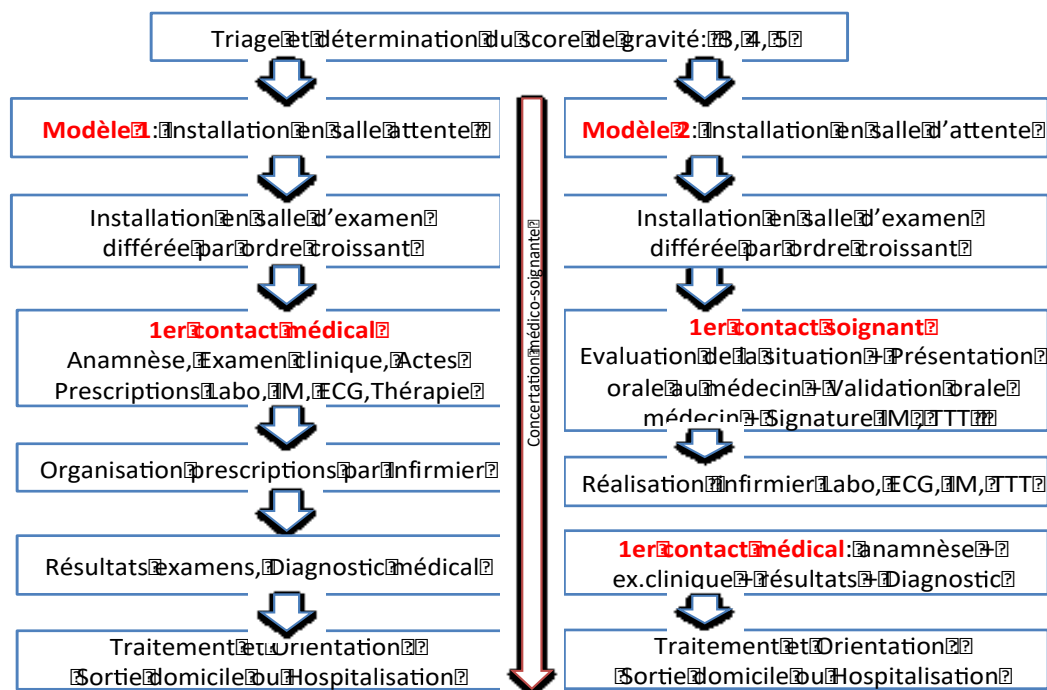


Fig.45 : Schématisation des deux modèles de coopération au sein de l'équipe médico-soignante

Des espaces à aménager pour les besoins des services d'urgence:

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 polyclinique 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 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.

Des plans d'aménagement d'un service d'urgence pour le Sud Spidol et pour le CHL-HMU sont en cours de finalisation. Les conclusions de l'étude sur les services d'urgence et notamment l'organisation de la garde, de la PEC en filières et le concept de marche en avant devraient y être retrouvées.

Lits porte et Unité Hospitalière de Courte Durée :

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, unité de surveillance aux urgences) et donne lieu dans certains cas à un modèle de facturation différent à la CNS.

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.

Prise en charge des polytraumatisés :

Pour la prise en charge des polytraumatisés dans le service d'urgence dont le score ISS (Injury Severity Score) doit être supérieur à 16, 3 établissements sur 4 sont certifiés Deutsche Gesellschaft für Unfall (DGU) Chirurgie-Trauma Center. Il s'agit des HRS, du CHEM et du CHdN. Le CHL est en procédure de préparation à la certification. Cette certification doit être renouvelée. Des audits de contrôle ont lieu par l'organisme qui attribue la certification. Un médecin traumatologue est référent dans chacun de ces hôpitaux pour ce registre.

Dans ce cadre, des référentiels sont à appliquer notamment en termes de composition des compétences de l'équipe pour l'accueil du patient, des délais de prise en charge,...

Cette certification leur offre la possibilité d'appartenir à un réseau d'environ 650 établissements en Allemagne, Autriche et Suisse, d'enregistrer les données de prise en charge des patients concernés dans un registre spécifique et de comparer leurs résultats à ceux des autres établissements. Ce registre porte sur l'ensemble du flux de prise en charge du pré-hospitalier à la sortie du patient.

Orientation par le CSU-112 :

Il est signalé par les équipes médico-soignantes que le SAMU n'est pas toujours utilisé à bon escient par le 112, que certains patients ne nécessitant pas obligatoirement le SAMU sont adressés par ce vecteur et que des patients qui par contre le nécessitent ne sont pas adressés par ce biais. Ils estiment que le questionnaire utilisé et la compétence utilisée par le 112 pour orienter vers le SAMU induisent ces situations.

Le CSU-112 n'a aucune possibilité de vérifier en temps réel les explications données par les patients.

Il n'y a pas d'audit régulier entre le CSU-112 et les SU pour vérifier la bonne allocation de moyens.

Des patients à très faible score de gravité :

Le triage des patients non programmés met en évidence une forte présence de patients ayant un score de gravité très faible (niveau 5) et faible (niveau 4) dans les SU et qui de ce fait contribuent à l'engorgement, doivent attendre et expriment du mécontentement. Une réflexion doit être menée sur l'organisation des soins primaires au Luxembourg, 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.

Au CHL-HM-SUA, dans la journée, les patients ayant un score de gravité de 5 sont orientés vers un circuit séparé, disposant d'une salle d'attente dédiée et d'un médecin affecté à ce circuit. La nuit, par contre, cette distinction n'a pas lieu et tous les scores de

gravité sont gérés dans le même circuit. Au CHEM-VE, une filière de ce type a aussi été ouverte en décembre 2017.

Violences au service d'urgence :

Les directions et les équipes médico-soignantes font état de violences verbales régulières et en recrudescence nécessitant l'intervention fréquente des agents de gardiennage et de la police. Des violences physiques moins nombreuses sont cependant recensées.

Organisation de la garde dans la région Centre :

L'organisation de la garde alternée pour les urgences adultes dans la région Centre répartie sur deux établissements (CHL et HRS) n'est pas favorable à une organisation fluide des activités du service d'urgence. Elle engendre un jour sur deux une très grande activité difficile à contenir dans les locaux des SU. La planification des personnels devient très complexe en raison des obligations de la loi du travail, de la CCT et de l'activité. Les variations d'activité entre les jours de garde et de non garde induisent aussi l'obligation de prévoir des lits d'hospitalisation en grand nombre un jour sur deux, et parfois impactent l'activité élective. Pour certains patients suivis dans l'un ou l'autre des établissements, la continuité des soins peut être interrompue.

Il y a lieu d'étudier d'autres possibilités d'organisation pour mieux lisser les activités.

Financement hospitalier des activités des services d'urgence :

De manière générale, la facturation à la CNS par l'hôpital des passages en service d'urgence varie de manière significative entre les établissements. Il est capital de 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, cela donne une image déformée de l'activité en service d'urgence et notamment de sa croissance.

Le compendium qui régit la facturation est très peu précis et les établissements facturent en fonction de règles non standardisées.

Activités complémentaires à charge des équipes soignantes :

Les soignants des SU participent à la collecte des données pour des registres de santé publique (Registre des accidents et traumatismes RETRACE, canicule) à la demande de la Direction de la santé, sans aucune compensation. Or, les services d'urgence n'en ont pas de plus value et le bilan sur l'utilisation réelle de ces données par les pouvoirs publics n'est pas connu.

Pour RETRACE, la collecte du set complet de données tel que réalisé par le CHL prend 30 minutes par cas. Pour les autres hôpitaux, le set minimal consomme 5 minutes par cas.

En amont et en aval des services d'urgence :

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 par les secrétariats,
- difficultés à avoir un rendez-vous chez un médecin généraliste le jour même ou chez un médecin spécialiste dans la semaine,
- obligation de payer la consultation dans la maison médicale,
- liste d'attente longue pour obtenir un rendez-vous pour un examen complémentaire (ex : scanner),... alors qu'en venant au SU il est possible de le réaliser le jour même,

D'autres éléments sur les flux en aval notamment dans l'organisation de la sortie des patients du SU, contribuent à l'engorgement :

- difficultés rencontrées pour obtenir un lit d'hospitalisation notamment en médecine et pour les personnes âgées,
- délai d'obtention d'une ambulance pour le retour à domicile qui peut atteindre fréquemment les 2 heures d'attente,
- grandes difficultés pour organiser les transports secondaires médicalisés le CSU-112 n'assurant que le transport primaire médicalisé,
- difficultés d'organisation du transport des patients entre les sites d'un SU vers une hospitalisation sur un autre site,
- la saturation des services spécialisés nationaux (ex : neurochirurgie) qui induise l'obligation pour le médecin urgentiste de s'adresser à plusieurs centres à l'étranger dont il ne connaît pas les compétences...

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 quelque soit l'hôpital auquel il s'adresse.

11.2 Rapport sur le système d'information des services d'urgence

Ce rapport présente le système d'information disponible et ses potentialités réelles d'exploitation pour obtenir une image de la population non programmée prise en charge.

Documenter, une obligation légale :

La prise en charge d'un patient dans le service d'urgence hospitalier induit l'obligation pour les professionnels de santé de documenter l'état de santé du patient, l'évolution de la situation clinique, les prescriptions ainsi que les actes et soins réalisés, et ce de manière chronologique. Le dossier du patient peut être partagé.

De ce fait, l'ensemble des données relatives à la prise en charge devrait pouvoir y être retrouvé.

Aucun règlement grand-ducal actuel ne définit plus précisément les données obligatoires par professionnel de santé et leur format.

Suivi de l'engorgement en temps réel :

Les établissements ont chacun 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. Tous les patients admis administrativement y sont inscrits et leur statut sur l'écran évolue en fonction de leur prise en charge. Il est possible sur cet écran à destination des équipes médico-soignantes, d'apprécier l'état d'engorgement du SU.

Dossier patient électronique au service d'urgence :

Les SU fin 2017 disposent d'autre part d'une application pour le dossier du patient non programmé.

Au cours de l'étude, deux établissements ont implémenté en fin d'année 2017 un dossier électronique dans le service d'urgence :

- les HRS avec un nouveau module Urgences sur Orbis, qui a pour objectif de remplacer la version papier du dossier urgence et la version électronique antérieure, et qui intègre la grille de triage,
- le CHdN avec un module Urgence Medasys, qui remplace le dossier électronique policlinique antérieurement utilisé.

Cependant, actuellement il s'agit de 4 applications différentes, qui sera réduit à 3 puisque le CHL et le CHEM ont opté pour l'achat du même DPI. Ceci a pour conséquence que la seule mutualisation des moyens de paramétrage n'est possible qu'entre le CHL et le CHEM. Ceci 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 au niveau national, 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 d'urgence, 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 propres à l'hôpital.

Cela permettrait d'exploiter de manière uniforme les informations issues des prises en charge au sein des services d'urgence.

Partage du dossier :

Le dossier électronique urgence avec son volet médical et soignant est partagé dans l'équipe médico-soignante au CHL-HMU et CHL-CPED, au CHEM-VE, CHEM-NDK, CHEM-VD, HRS-K-SU. Le dossier médical n'est pas partagé au CHdN-E et CHdN-W.

Dans l'ensemble, les médecins saisissent des données médicales dans le dossier patient électronique mais ces données ne sont pas obligatoirement standardisées et structurées. Quel que soit le format du dossier constitué dans le service d'urgence pour un patient non programmé, les 4 établissements le considèrent comme partie intégrante du dossier hospitalier.

Seule l'absence de complétude de données médicales peut nuire aux bénéfices de cette intégration.

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 grâce à des interfaces, sous réserve que la documentation médicale y soit remplie, ce qui n'est pas toujours garanti.

Par contre, il est compliqué d'accéder au dossier du patient antérieur dans un autre hôpital.

Une application ANIM-LU implémentée par Lux-ITH permet désormais d'accéder aux images radiologiques faites dans un autre hôpital sous réserve d'en faire la demande les jours et heures ouvrables. Or le patient non programmé ne choisit pas obligatoirement de venir à ces moments. Des examens de ce fait sont renouvelés car non accessibles.

Horodatage des activités de prise en charge :

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. L'utilisation des nouvelles technologies de l'information devrait permettre un horodatage des activités sans demander au professionnel de noter l'heure.

Complétude de données minimales dans le dossier du patient :

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 de continuité des soins et de risque médico-légal, leurs médecins « urgentistes » devant intégrer dans l'application des données obligatoires minimales à remplir pour pouvoir clore le dossier du patient.

La complétude des dossiers médicaux peut aussi être renforcée si l'application offre aux médecins urgentistes des bénéfices organisationnels, type édition de certificats, de lettres à destination des médecins de famille, bon de transport pré-rempli, etc.

Système d'information à destination des patients et des proches :

Il n'existe pas à proprement parler de système d'information pour les patients et les proches dans les salles d'attente, permettant de fournir des informations sur :

- le système de triage,
- les durées d'attente avec mise à jour en temps réel,
- les maisons médicales,
- les signes d'urgence vitale (AVC, IDM, ...),
- le processus de prise en charge et les temps incompressibles liés aux analyses de laboratoire, résultats d'imagerie médicale, ...

D'autre part, il n'a pas été retrouvé de système organisé d'information des proches en salle d'attente sur la PEC du patient.

Exploitation interne et externe des données :

Les hôpitaux ont une certaine autonomie pour exploiter les bases de données issues de l'application pour le service d'urgence. Cependant, l'exploitation de cette base est conditionnée par le modèle choisi à savoir standardisation et structuration ou non des informations enregistrées. Le pilotage des SU est lié à ce choix car certains indicateurs ne pouvaient pas être calculés sur la base de données 2016.

Etant donné que dans l'avenir au moins 3 applications différentes seront utilisées dans les services d'urgence, il est nécessaire de définir les types de données à collecter et leur structuration, afin que leur exploitation soit possible au niveau national. Ceci permettrait aussi de mutualiser les moyens affectés au paramétrage en période de contraintes budgétaires.

Sécurité des informations

La traçabilité des accès dans l'application est garantie dans les 4 établissements.

Conclusion :

Il existe un système d'information non uniforme entre les 4 services d'urgence, dont les données ne sont ni standardisées ni structurées au niveau national, ce qui nuit à leur exploitation tant pour le pilotage interne qu'externe, ainsi que pour l'offre de services aux médecins urgentistes.

Un cahier des charges reprenant un set de données minimales, à fournir par sollicitation, et les modalités de réponse y associées, devrait être élaboré au niveau national. De même, le choix d'une grille de triage ou d'un système de classification des diagnostics devrait être opéré au niveau national.

Le système d'information des patients et des proches est peu développé et peut de ce fait être grandement optimisé.

L'horodatage des actes de PEC doit être développé pour être en mesure d'établir les indicateurs de délais. Cependant cela devrait être mis en place sans obliger le professionnel à saisir les heures. Les nouvelles technologies de l'information devraient permettre d'atteindre facilement cet objectif.

11.3 Rapport sur la description de l'activité 2016 des services d'urgence

Cette description de l'activité en 2016 des services d'urgence 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. Les éléments de ce rapport sont présentés dans le chapitre 9 du présent rapport.

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.

11.4 Rapport sur les événements indésirables dans les 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 événements indésirables s'y produisent mais leur recensement est loin d'y être exhaustif, quelque soit le pays.

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 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-événements (EPR), des événements indésirables (EI) ou des événements 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 événements 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 événements dont la portée est faible pour la sécurité des soins.

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 déclarations 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.

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.

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 « burn out » 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, une reconnaissance légale de la médecine d'urgence, une valorisation équitable des prestations médicales fournies...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.

Type de facteurs de stress au travail	Etat du facteur service d'urgence
Facteurs liés à l'organisation du travail	
Absence de contrôle sur la planification des tâches	Faible : contrôle bien maîtrisé
Imprécision des missions	Faible : missions claires
Contradictions dans les exigences du poste (vite et bien)	Modéré : pression du flux
Inadaptation des horaires de travail aux rythmes	Elevé pour CHL-HMU et HRS-K-SUA Modéré pour les autres
Modes d'organisation en flux tendu	Très élevé pour CHL-HMU, CHL-CPED et HRS-K-SUA, HRS-K-PED, CHEM-NDK, Elevé pour les autres
Instabilité des contrats de travail	Très faible
Facteurs liés au contenu du travail	
Charge de travail	Très élevé
Rendement	Très élevé
Pression temporelle	Très élevé
Précision, Qualité, Vigilance	Très élevé
Monotonie	Très Faible
Absence d'autonomie	Très Faible
Répétition des tâches	Modéré : pour le triage Faible pour le reste des tâches
Fragmentation des tâches	Faible : prise en charge plutôt globale
Risques inhérents à la tâche	Elevé : erreurs et défauts diagnostic
Facteurs liés aux relations de travail	
Manque de soutien des collègues	Très faible : beaucoup d'aide
Manque de soutien des supérieurs hiérarchiques	Faible
Management peu participatif, autoritaire ou déficient	Faible
Absence de reconnaissance du travail accompli	Elevé : sentiment ressenti
Mauvaises relations avec collègues et supérieurs	Très faible
Facteurs liés à l'environnement socio-économique	
Surenchère de compétitivité nationale	Modérée pour HRS et CHL Très faible pour les autres
Mauvaise santé économique de l'entreprise	Très faible
Incertitude sur l'avenir de l'entreprise	Très faible
Facteurs liés à l'environnement physique et technique	
Nuisances physiques au poste de travail	Elevée : station debout
Mauvaise conception des lieux ou postes de travail	Elevée : au CHL-HMU, au CHEM, aux HRS-K-SUA Faible : pour les autres

Tab. 36: Bilan des facteurs de stress au travail dans les services d'urgence au Luxembourg en 2017

Type de vigilance	CHL	CHEM	HRS	CHdN
Identito vigilance	X	X	X	X
Biovigilance	X			
Hémovigilance	X	X	X	X
Pharmacovigilance	X	Pharmacie	X	X
Matérovigilance	X	X	Serv. Bio méd	Pharmacie
Vigilance anesthésique et opératoire	X JCI	X	Bloc et Anest	Bloc
Réactovigilance	Labo	Labo	Labo	Labo
Vigilance chutes	X	X		X
Vigilance escarres	X			
Vigilance infections nosocomiales	X	X	X	X
Vigilance fugue patients	EI		EI	EI
Vigilance maltraitance des patients	plaintes	plaintes	plaintes	EI
Vigilance violence verbale	X	X		X
Vigilance violence physique	X	X	X	X

Tab.37 : Vigilances suivies par les établissements en 2017

X : comité de suivi de la vigilance existant

EI : déclaration par le formulaire d'évènements indésirables

Services assurant le suivi de la vigilance : Labo, pharmacie, gestion des plaintes, bloc

11.5 Rapport sur le pilotage des services d'urgence

Ce rapport a permis de faire le point sur le système de pilotage des SU, en vigueur au Luxembourg, de le comparer à celui mis en place à l'étranger et à proposer une liste d'indicateurs potentiels utilisables selon les circonstances au niveau national ou institutionnel.

Situation du pilotage au niveau national :

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 permettraient 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.

Situation du pilotage au niveau institutionnel :

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. Il 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.

Stratégie à développer :

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 responsable du bon fonctionnement du processus Urgences dans l'établissement, qui devrait avoir à sa disposition et ce de manière régulière, un set d'indicateurs lui 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.

Indicateurs et set de données obligatoires :

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.

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 (annexe 2) 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 choisis qui seront 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.

Liste des variables à retrouver dans le dossier du patient au SU

- âge en année ou en mois au moment du passage dans le SU
- sexe
- code postal ou le canton de résidence
- pays de résidence
- nationalité
- matricule pseudonymisé²⁹
- lieu de vie antérieur avant l'admission au SU selon une liste nationale (mode d'hébergement)
- mode de transport à l'admission au SU selon une liste nationale
- mode de recours ou admission au SU (envoyé par) selon une liste nationale
- entrée avec le SAMU
- entrée en provenance de la Maison Médicale
- médecin généraliste ou de famille (patient a OUI-NON un MG)
- jour d'admission administrative
- heure d'admission administrative
- motif d'admission en SU selon une liste nationale
- hospitalisation dans un établissement hospitalier dans les 7 derniers jours
- venu dans un SU pour le même motif dans les 7 derniers jours
- patient nécessitant un isolement pour infection

²⁹ La pseudonymisation du matricule permet d'étudier les patients qui se rendent dans plusieurs établissements hospitaliers dans l'année, ainsi que les patients qui s'adressent de nouveau dans un service d'urgence dans les 5 jours suivants la 1^{ère} sollicitation

- patient nécessitant un isolement pour troubles psychiatriques
- patient nécessitant un isolement pour raisons juridiques (police)
- heure de début de triage
- heure de fin de triage
- score de gravité selon la grille de triage choisie au niveau national
- patient installé en filière debout ou en filière couchée au moment du triage
- heure d'entrée pour la 1^{ère} fois dans la salle d'examen
- numéro de la salle d'examen
- heure de 1^{er} contact physique médical
- prescription d'analyses médicales
- prescription d'imagerie médicale conventionnelle
- prescription d'échographie
- prescription de scanner
- prescription d'IRM
- heure de réalisation de l'analyse médicale
- heure d'édition des résultats d'analyses médicales
- heure de réalisation de l'imagerie médicale conventionnelle
- heure d'édition dans le dossier électronique du patient du compte-rendu de l'examen d'imagerie médicale conventionnelle
- heure de réalisation de l'échographie
- heure d'édition dans le dossier électronique du patient du compte-rendu de l'échographie
- heure de réalisation du scanner
- heure d'édition dans le dossier électronique du patient du compte-rendu de scanner
- heure de réalisation de l'IRM
- heure d'édition dans le dossier électronique du patient du compte-rendu de l'IRM
- heure de demande d'avis à un médecin spécialiste
- date de demande d'avis à un médecin spécialiste
- heure d'édition dans le dossier électronique du patient de l'avis du médecin spécialiste
- avis du médecin spécialiste donné dans le SU (OUI-NON)
- date d'édition dans le dossier électronique du patient de l'avis du médecin spécialiste
- actes médicaux réalisés³⁰
- date de réalisation des actes médicaux
- heure de réalisation des actes médicaux
- heure de mesure de la douleur
- date de mesure de la douleur
- score de la douleur
- traitement de la douleur par morphinique
- heure de réalisation du FAST ou du NHISS si AVC
- diagnostic médical de sortie selon la classification nationale choisie
- heure d'entrée dans un lit porte
- heure de sortie du lit porte
- patient ayant séjourné sur un brancard dans le couloir pendant son passage au SU
- intervention de la police demandée pendant le passage au SU
- heure de décision médicale de sortie
- prescription d'un examen complémentaire non urgent dans la semaine suivant le passage au SU et type d'examen prescrit
- destination à la sortie
- état cutané à la sortie (escarre)
- en cas d'hospitalisation : type d'unité d'hospitalisation (USN-USI)
- en cas de transfert dans un autre hôpital au Luxembourg : code de l'établissement selon la liste nationale
- en cas de transfert à l'étranger pour hospitalisation : pays de destination, établissement de destination, motivation de transfert selon une liste nationale

³⁰ Exemples : intubation, drainage thoracique, ponction, suture, sondage vésical, pose d'un cathéter central,....

- heure d'appel de l'ambulance
- heure de sortie effective du SU
- sortie contre avis médical
- départ sans avoir vu le médecin
- famille présente pendant le passage au SU
- événement indésirable pendant le passage au SU : erreur d'identification, chute, erreur d'administration de la thérapie, accident transfusionnel, erreur d'examen d'imagerie médicale, accident avec un dispositif médical ou un équipement, escarre, accident de sédation, fugue, agression physique, décès.

Tab.38 : Liste de données à retrouver dans le dossier d'un patient au SU pour établir les indicateurs de pilotage nationaux et institutionnels

11.6 Rapport sur les ressources disponibles dans les services d'urgence

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.

Ne sont repris dans ce chapitre que les éléments non traités dans les chapitres antérieurs.

Ressources soignantes :

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 quotas 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.

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. Au CHL-HMU les jours de garde, le seuil le plus bas de 5 minutes soignantes par heure par patient est atteint, 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 supérieurs à 15 minutes 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.

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 présents par médecin par heure ou de minutes médicales par patient présent 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.

Comptabilisation des activités des services d'urgence :

Pour cette comptabilisation 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.

Conclusion :

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.

11.7 Rapport sur la Maison Médicale Pédiatrique

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.

11.8 Rapport sur les processus de prise en charge des cas traceurs

Périmètre de l'étude :

L'étude a porté sur 11 cas traceurs choisis sur les critères suivants :

- importance d'une détection et d'un traitement précoces pour garantir les meilleures chances au patient,
- prévalence du cas traceur.

Les cas traceurs suivants ont été retenus :

- Cardiologie : Infarctus du myocarde (IDM) avéré ou suspecté,
- Neurologie : Accident vasculaire cérébral (AVC) avéré ou suspecté,
- Traumatologie : polytraumatisés,
- Gériatrie : PEC des personnes âgées de 75 ans et plus,
- Pédiatrie : PEC d'un enfant avec bronchiolite,
- Pédiatrie : PEC d'un enfant avec gastro-entérite,
- Pédiatrie : PEC d'un enfant avec fracture,
- Pédiatrie : PEC d'un enfant avec brûlure,

- Psychiatrie : PEC d'une personne ayant fait une tentative de suicide,
- Psychiatrie : PEC d'une personne avec alcoolisation excessive,
- Obstétrique : menace d'accouchement prématuré (MAP) avant 7 mois de grossesse.

Les cas traceurs ont été étudiés dans les 4 services d'urgence, quelque soit le site, mais l'analyse a été faite de manière globale.

Les limites de l'étude sont celles de la disponibilité des données pour chaque type de cas traceurs et de la possibilité de repérer les cas traceurs dans la base de données hospitalière.

Il s'agit d'une pré-étude qualitative et non pas quantitative. De ce fait, le nombre de cas observés devait permettre de repérer des points potentiellement critiques, afin d'orienter éventuellement dans une phase ultérieure vers une étude quantitative sur un échantillon plus grand.

Objectifs de l'étude :

L'étude avait pour objectifs de :

- déterminer les référentiels de bonne pratique en médecine d'urgence officiels au Luxembourg,
- déterminer les référentiels de bonne pratique en médecine d'urgence disponibles dans les SU,
- identifier les acteurs chargés de leur développement,
- donner une image de leur application dans les SU, notamment du respect de certains délais, de l'orientation du patient dans la filière de PEC,
- décrire, à travers des cas traceurs, le fonctionnement de filières spécifiques.

Nombre de cas traceurs observés :

Cas traceurs	CHL	CHEM	CHdN	HRS	Total
Infarctus du myocarde	10	10	9	10	39
Accident vasculaire cérébral	10	10	6	10	36
Personnes âgées de 75 ans et plus	10	10	10	10	40
Consommation excessive d'alcool	9	10	10	10	39
Polytraumatisés	5	10	1	10	26
Tentatives de suicide	11	10	1	10	32
Fractures chez l'enfant jusqu'à 14 ans	10	9	0	6	25
Brûlures chez l'enfant jusqu'à 14 ans	10	8	0	0	18
Bronchiolites chez l'enfant	10	9	6	5	30
Gastro-entérites chez l'enfant	10	10	10	10	40
Total	95	96	53	81	325

Tab.39 : Nombre de cas traceurs 2016 admis au service d'urgence, audités, par établissement

Constats :

L'étude portait initialement sur 11 cas traceurs qui normalement permettent de questionner la prise en charge. Le repérage des cas traceurs dans la base de données a été complexe en l'absence, au sein de certains hôpitaux, d'un diagnostic médical de sortie du SU codifié. Seuls 10 cas traceurs ont pu être suivis, la menace d'accouchement prématuré n'étant pas repérable dans 3 établissements sur 4.

Etant donné les grandes difficultés de repérage des dossiers de cas traceurs, ainsi que le manque d'uniformité de la méthode de sélection, cette étude comporte de nombreuses

limites méthodologiques et doit donc être considérée comme une étude préliminaire dont les résultats doivent être utilisés avec beaucoup de précautions. Toutes pistes de réflexion susceptibles d'être envisagées sur les résultats obtenus devront faire l'objet d'une enquête plus approfondie.

Cette pré-étude a néanmoins confirmé la nécessité d'utiliser une classification des diagnostics de sortie du SU, par les 4 SU.

L'étude montre sur tous les cas traceurs audités des informations absentes des dossiers conservés par l'hôpital, qui sont des informations capitales, ayant pour certaines un caractère médico légal, telles que par exemple la réalisation d'une thrombolyse en cas d'AVC, ou même la conclusion après le scanner fait lors d'une suspicion d'AVC. Ceci ne veut pas dire que cette information n'existe pas, ni que l'acte n'a pas été réalisé mais cette information n'a pas été retrouvée dans le dossier au moment de l'audit.

Certaines des recommandations internationales ne sont pas retrouvées dans les dossiers. Cela ne veut pas dire qu'elles n'ont pas été réalisées mais elles ne sont en tout cas pas tracées, ce qui pourrait faire dire qu'elles ne sont pas suivies par les équipes médico-soignantes.

Lorsqu'une recommandation n'est pas retrouvée dans le dossier, il n'est pas possible de savoir si l'évaluation ou la surveillance a été faite mais non notée car il n'y avait rien de significatif ou si cette surveillance n'a pas été réalisée.

Lorsqu'une recommandation n'est pas retrouvée en 2016 pour les cas traceurs sélectionnés pour l'audit, il n'est pas possible à travers ce type d'étude de savoir si cela n'a pas été fait parce que cette recommandation n'est pas encore inscrite dans les pratiques professionnelles de l'équipe médico-soignante ou si c'est en raison d'une surcharge de travail. Il aurait fallu pour cela regarder le nombre de patients présents au SU le jour et l'heure de prise en charge de chaque cas audité et de le croiser avec les ressources humaines disponibles en calculant pour cette date et cette heure d'admission du patient cas traceur audité, le ratio minutes médecin par patient présent et le ratio minutes soignantes par patient présent. Ce travail n'était pas prévu dans l'étude.

Cependant, il peut être constaté que la plus grande congruence entre les recommandations et la pratique, retrouvée lors de l'audit des cas traceurs, existe lorsque des programmes phares sont en place tels que la certification des trauma center ou pour les AVC ou les IDM pour lesquels des recommandations internationales sont diffusées depuis de longues années. Il est donc possible que ces programmes aient une influence sur les pratiques professionnelles notamment lorsque des comparaisons de résultats sont possibles avec des indicateurs cliniques ou procéduraux dont les seuils ne sont pas contestables en raison de leur lien avec la morbi-mortalité démontrés sur le plan scientifique.

Il serait donc judicieux de continuer dans le cadre du projet urgences, à suivre toutes les recommandations internationales pour cette phase de prise en charge des patients dans les SU et à en faire des objectifs annuels dans le cadre du pilotage ou des incitants qualité.

Si des augmentations d'effectifs sont réalisées suite à ce projet, tant au niveau soignant qu'au niveau médical, il serait opportun de réfléchir aux contreparties à en attendre en terme d'application des recommandations pour les pathologies les plus graves se présentant aux SU, ainsi que pour les pathologies à forte prévalence.

Il est apparu au cours de cette étude que très peu de référentiels de prise en charge existait dans les 4 SU, que peu de mutualisation des moyens était en place au niveau de

la FHL, et que la Société Luxembourgeoise de Médecine d'Urgence pourrait exercer un rôle majeur dans la sélection et la diffusion de propositions de référentiels de médecine d'urgence vers le Conseil Scientifique dans le Domaine de la Santé. La reconnaissance d'une nouvelle spécialité médicale de médecine d'urgence soutiendrait ce rôle et imposerait très certainement ce type de dynamique.

Les revues de dossier entre pairs au sein des services d'urgence permettraient de soutenir l'application des recommandations de bonne pratique, tant chez les soignants que chez les médecins.

11.9 Rapport sur la détermination d'une norme de personnel soignant

L'engorgement dans les services d'urgence est multifactoriel. Il peut être lié à des défauts de processus lors de la PEC des patients comme par exemple le délai d'accès à un examen d'imagerie médicale ou le délai d'accès à l'avis d'un médecin spécialiste ou le délai d'obtention d'un lit d'hospitalisation.

Mais il peut aussi être lié aux ressources humaines disponibles, qu'elles soient médicales ou soignantes. Tant la qualification des professionnels que leur quantification peuvent exercer un rôle dans l'engorgement d'un SU.

C'est pourquoi, il est apparu évident de s'intéresser à la dotation existante en personnel soignant dans les SU au Luxembourg, à la norme de dotation et au modèle de dotation utilisés par la Commission des Normes (CNO) qui est l'organe conventionnel chargé de définir les normes en personnel à utiliser dans le cadre de la budgétisation hospitalière, ainsi qu'aux modèles de dotation utilisés par d'autres pays limitrophes dont le système de santé est sensiblement identique au système luxembourgeois.

Norme de dotation actuelle des services d'urgence :

La budgétisation hospitalière fonctionne actuellement avec un centre de frais intitulé « Polycliniques-Urgences », dans lequel se retrouve de l'activité programmée et non programmée.

Pour doter le personnel soignant de ce centre de frais, une norme de dotation a été définie en 1995. Elle était basée sur une organisation hospitalière qui a changé depuis, notamment en raison des fusions d'hôpitaux.

Depuis cette date, des services d'urgence ont été mis en place, consacrés à une activité en grande majorité non programmée. Le triage des patients est devenu une réalité dans les sites principaux et annexes, même si cette étape s'effectue avec 4 grilles de triage différentes au niveau national.

La norme est édictée sous la forme suivante :

Policlinique : nombre de passages par jour par ETP

Type hôpital	Norme 2017	Norme 2018
Hôpital avec garde SAMU	8,463 passages /jour/ETP	8,503 passages /jour/ETP
Hôpital sans la garde SAMU	9,898 passages /jour/ETP	9,944 passages /jour/ETP

Tab.40 : Norme de dotation 2017-2018 pour l'entité fonctionnelle policlinique-urgence

La base de cette norme est le nombre de passages facturés. Il s'agit d'une base très fragile car les règles de facturation dans le compendium sont peu précises et laissent donc toute initiative aux établissements.

Il a pu être démontré³¹ que la comptabilisation des unités d'œuvre n'est pas uniforme entre les établissements et génère des inégalités d'attribution de ressources en personnel soignant entre les hôpitaux.

Cette norme de dotation attribue 25 ou 29 minutes par unité d'œuvre facturée (UO) selon le type d'établissement. Pour les services d'urgence, 29 minutes sont accordées par UO étant donné que les 4 établissements participent à la garde SAMU.

Etant donné que la durée de présence³² des patients entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU, varie entre les établissements, le nombre de minutes allouées par sollicitation par heure, selon la norme actuelle, est le suivant :

Site	Nbre de sollicitations 2016 ³³	Durée de présence moyenne	Nombre minutes allouées/sollicitation /hr
CHL-HMU	40.073	3h 49 min	7,61 min /hr de présence
CHL-CPED	41.773	2h 19 min	12,5 min /hr de présence
CHEM-VE	50.384	2h 21 min	12,34 min /hr de présence
CHEM-NDK	24.701	1h 52 min	15,50 min /hr de présence
CHEM-VD	8.630	1h 35 min	18,35 min/hr de présence
HRS-K-SUA	38.507	2h 33 min	11,37 min/hr de présence
HRS-K-PED	19.829	1h 06 min	26,36 min /hr de présence
CHdN-E	40.567	1h 36 min	18,12 min /hr de présence
CHdN-W	6.993	1h 29 min	19,59 min /hr de présence

Tab.41 : Nombre de minutes allouées par la norme, par sollicitation par heure par site, sur base de la durée de présence moyenne par site entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU

Il peut être constaté sur ce tableau, que la dotation allouée actuellement sur base de la norme en vigueur n'offrait pas en 2016 un temps soignant par heure par sollicitation identique dans tous les sites. La durée de présence moyenne influence considérablement cette allocation de minutes, qui peut aller de 7,61 minutes par heure au CHL-HMU à 26,36 minutes par heure par sollicitation aux HRS-K-PED. Plus la durée de présence moyenne est proche de l'heure, plus l'allocation de soignants est proche de 1 soignant pour 2 sollicitations de patients par heure en moyenne. Bien entendu, si l'hôpital a facturé pour une sollicitation plusieurs UO, il reçoit la valeur de 2 ou 3 fois 29 minutes.

Il faut noter que cette norme comprend l'allocation de dotations pour l'ensemble des activités du SU ou des policliniques à savoir :

- l'accueil et le triage des patients
- les activités de soins directs et indirects, y compris les plâtres³⁴, inhérents au processus de prise en charge,
- l'assistance aux procédures médicales,
- les déplacements avec les patients,
- la communication avec les proches,
- les activités de management (responsable du service),

³¹ Ressources disponibles dans les services d'urgence. ML Lair, Santé et Prospectives, 6 décembre 2017, page 167

³² Rapport Description de l'activité ambulatoire non programmée et triée, selon les variables disponibles. Durée moyenne et médiane « heure d'admission-heure de sortie » par site, par établissement, page 102. ML Lair, Santé et Prospectives, 5 décembre 2017

³³ Il s'agit du nombre de sollicitations pour lesquelles la durée de présence a pu être calculée, ce qui est inférieur au nombre réel de sollicitations du site

³⁴ Le CHEM bénéficie d'une dotation complémentaire historique de 0,13 ETP de plâtrier

- les activités logistiques et administratives inhérentes à l'activité du SU,
- les activités complémentaires (accréditation JCI, registres, revues de dossiers, préparation de référentiels de bonne pratique,...),
- la formation continue du personnel, les simulations des plans catastrophes (plan blanc, plan rouge)
- les remplacements pour congés maladie,....

De ce fait, le temps réel alloué par sollicitation en soins directs au patient est d'au minimum 20 % plus bas que celui présenté dans le tableau 2, les autres activités correspondant à ce taux.

En plus de cette dotation obtenue par la norme policlinique, les établissements hospitaliers ayant des lits porte ou une hospitalisation provisoire bénéficient d'une dotation complémentaire :

Site	Type de fonctionnalité	Dotation accordée 2016
CHL-HMU	Lits porte	2,8 ETP
CHL-CPED	Lits porte	2,5 ETP
HRS-K-SUA	Hospitalisation provisoire	2,88 ETP
CHEM-VE	Unité de Surveillance en Urgence	4,60 ETP

Tab.42 : Dotation accordée par la CNS pour les lits-porte ou hospitalisation provisoire ou unité de surveillance en urgence en 2016, par site

Dotation réelle affectée aux services d'urgence :

Le tableau ci-après récapitule les dotations réelles 2016 dans les différents sites :

Site	Nbre de sollicitations ³⁵ 2016	Heures totales prestées	Nombre ETP réels 2016
CHL-HMU	40.121	32.671,5 h	21,67
CHL-CPED	32.457 + 9.331 triés MMP	30.178,25 h	20,01
CHEM-VE	50.815	40.904,75 h	27,13
CHEM-NDK	24.701	15.652 h	10,38
CHEM-VD	8.630	4.048 h	2,68
HRS-K-SUA	39.733	45.938,5 h	30,47
HRS-K-PED	20.181	10.106,75 h	6,70
CHdN-E	43.048	40.475 h	26,85
CHdN-W	7.022	10.183,75 h	6,75
Total			152,64 ETP
HRS-ZK³⁶			6 ETP
Total global			158,64 ETP

Tab.43 : ETP réels affectés par les directions des soins aux activités non programmées en 2016 par site

Au total en 2016, les hôpitaux ont affecté 158,64 ETP aux activités non programmées des SU.

³⁵ Il s'agit du nombre de sollicitations du site non programmées qui ont été recensées.

³⁶ Il s'agit du nombre d'ETP réels affectés par le responsable à l'activité non programmée, qui n'a pas été vérifiée par la fourniture d'un fichier, étant donné que l'établissement en 2016 ne pouvait pas retrouver dans la planification du personnel les postes de travail prestés par chaque salarié

Le ratio d'heures par sollicitation était le suivant en 2016 :

Site	Nbre de sollicitations ³⁷ 2016	Heures totales prestées	Ratio Hr /sollicitation
CHL-HMU	40.121	32.671,5 h	0,81h
CHL-CPED	32.457 + 9.331 triés MMP	30.178,25 h	0,93 h si 32.457 sollicitat. 0,72 h si 41.788 sollicitat.
CHEM-VE	50.815	40.904,75 h	0,80 h
CHEM-NDK	24.701	15.652 h	0,63 h
CHEM-VD	8.630	4.048 h	0,47 h
HRS-K-SUA	39.733	45.938,5 h	1,16 h
HRS-K-PED	20.181	10.106,75 h	0,50 h
CHdN-E	43.048	40.475 h	0,94 h
CHdN-W	7.022	10.183,75 h	1,45 h

Tab.44 : Ratio d'heures soignantes réelles par sollicitation par site en 2016

Le ratio moyen d'heures soignantes réelles affectées en 2016 par les directions des soins des hôpitaux à une sollicitation varie entre 0,47h et 1,45 h.

Pour les services d'urgence adulte, les ratios moyens varient entre 0,80 et 1,16 heure par sollicitation.

La comparaison des minutes de soignant allouées par heure de présence par sollicitation par la norme de dotation en 2016 et par les dotations affectées par les directions des soins est présentée dans le tableau ci-après :

Site	Durée de présence moyenne	Nombre minutes allouées Norme/sollicitation /hr	Nombre minutes affectées direction/sollicitation /hr
CHL-HMU	3h 49 min	7,61 min /hr de présence	12,72 min/hr de présence
CHL-CPED	2h 19 min	12,5 min /hr de présence	24,5 min/hr de présence ³⁸ 18,62 min/hr de présence ³⁹
CHEM-VE	2h 21 min	12,34 min /hr de présence	20,42 min/hr de présence
CHEM-NDK	1h 52 min	15,50 min /hr de présence	20,21 min/hr de présence
CHEM-VD	1h 35 min	18,35 min/hr de présence	17,85 min/hr de présence
HRS-K-SUA	2h 33 min	11,37 min/hr de présence	27,29 min/hr de présence
HRS-K-PED	1h 06 min	26,36 min /hr de présence	27,27 min/hr de présence
CHdN-E	1h 36 min	18,12 min /hr de présence	35,25 min/hr de présence
CHdN-W	1h 29 min	19,59 min /hr de présence	58,78 min/hr de présence

Tab.45 : Comparaison du nombre de minutes soignantes allouées par la norme par heure de présence en 2016 avec le nombre de minutes soignantes affectées par les directions des soins par sollicitation par heure de présence

Les directions des soins ont affecté aux activités non programmées toujours plus de minutes soignantes par sollicitation par heure de présence que la norme n'en allouait en 2016, à l'exception du CHEM-VD.

Mais cette allocation variait de 12,72 minutes à 58,78 minutes par sollicitation par heure de présence.

Dans les SU adultes, le nombre de minutes affectées par les directions des soins variait entre 12,72 au CHL-HMU et 35,25 au CHdN-E.

³⁷ Il s'agit du nombre de sollicitations du site, non programmées, qui ont été recensées.

³⁸ Si le ratio est de 0,93 h/sollicitation

³⁹ Si le ratio est de 0,72 h/ sollicitation

Modèle de dotation soignante en France :

La France n'a pas de normes officielles de dotation en personnel soignant pour les SU. Chaque établissement reçoit une enveloppe budgétaire basée sur son activité. Il détermine seul les dotations qu'il affecte au SU.

Une proposition de norme a été faite par SAMU-Urgences de France et a été relayée par la Société Française de Médecine d'Urgence. Elle a le mérite de recenser les diverses fonctions nécessaires pour un SU.

La méthodologie de détermination des classes et de quantification de postes pour chaque qualification par classe n'est pas expliquée.

Les bases de détermination de la norme ne sont pas explicites.

Cette norme propose une croissance des dotations liée à la croissance des passages, sans introduire de facteurs limitants comme les infrastructures et sans introduire de facteurs de pondération liés au case mix des scores de gravité.

Pour un établissement comme le CHEM-VE, l'application de cette norme donnerait le passage de 27 ETP actuellement à 116 ETP⁴⁰ pour les seules fonctions d'infirmiers, aides-soignants, et cadres de santé intégrant les fonctions d'IAO, de gypsothérapeutes et de gestionnaire de flux. Ceci représenterait une croissance + 330 %.

Modèle de dotation soignante en Allemagne :

Il n'existe pas de norme de dotation soignante pour les SU en Allemagne.

Le financement des hôpitaux est basé sur les DRG. Un Institut Allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif (INEK) a été mis en place pour adapter les DRG, calculer les poids relatifs des DRG et créer les prestations additionnelles sujettes à remboursement à inclure dans le système de financement.

Le financement des services d'urgence se fait par une enveloppe globale basée sur un prix forfaitaire par passage. Il s'agit d'une tarification à l'activité. Le tarif actuel du passage est de 32 €.

Avec cette enveloppe, les hôpitaux décident de l'allocation de ressources soignantes qu'ils mettront à disposition.

Il n'existe pas de norme officielle de dotation soignante en Allemagne.

En 2016, les hôpitaux recevaient un forfait pour chaque passage dans les urgences inférieur à leurs coûts⁴¹. La perte était de 94 € par passage. En effet, le coût du passage s'élevait à 126 € comprenant 31 € de coûts pour les infrastructures, 10 € de médicaments, 33 € pour le personnel soignant, 33€ pour le personnel médical, 6€ pour les analyses de laboratoire, 16 € pour la radiologie et 3 € pour diverses dépenses.

Modèle de dotation soignante en Belgique :

Il existe en Belgique une norme minimale de dotation inscrite dans la législation, mais elle ne suffit pas pour répondre aux besoins.

Les directions des établissements hospitaliers utilisent le budget alloué pour le SU par le biais des points B2 pour doter partiellement le SU, puis elles complètent cette dotation minimale par le biais de projets pilotes négociés avec les pouvoirs publics, par une partie du budget de l'hôpital et par la recherche d'autres ressources financières.

Les dotations mises en place sont très supérieures à celles obtenues par la norme officielle. Le choix des qualifications et de la quantité d'ETP appartient à la direction des soins.

Les dotations sont calculées par type de zones et de fonctions (ex: triage).

⁴⁰ La somme des ETP serait de 120 ETP en France mais appliqués au Luxembourg cela donnerait $120/6 \times 5,80 = 116$ ETP

⁴¹ Source des données : société Unity

La dotation ne prévoit pas de poste spécifique de gypsothérapeute, cette compétence pouvant être exercée par les infirmiers formés aux plâtres et attelles.

Un pourcentage important d'infirmiers est formé aux soins d'urgence. La fonction d'aide-soignante en SU n'est pas développée.

Le temps de doublure pour un nouveau collaborateur est prévu et la fonction de formateur existe.

La fonction d'assistant logistique est présente mais la supervision des flux par un soignant n'est pas garantie. La fonction de cadre du SU est renforcée.

Le SU bénéficie du soutien du centre de crise de psychiatrie et du service de gestion des lits de l'hôpital.

Le nombre de lits porte est proportionné à l'activité.

Modèle de dotation soignante en Suisse :

Il n'y a pas en Suisse de norme officielle de dotation des services d'urgence. Avec l'enveloppe financière obtenue par l'établissement sur base du nombre de passages et d'un forfait par passage, la direction alloue les dotations en qualification et en quantité afin de gérer les flux dans des délais acceptables avec la qualité attendue par les assureurs.

Les filières de prise en charge sont clairement sectorisées tout en s'organisant dans un même espace pouvant permettre l'entraide.

Des ratios de dotation par zone sont bien distincts tenant compte du type d'activité et des flux journaliers moyens. Les fonctions d'aide soignante et d'aide de soins communautaires sont bien représentées dans les effectifs.

Certaines fonctions sont ancrées dans les dotations : l'assistance logistique, le superviseur de flux, le triage des patients, les dotations spécifiques aux lits porte, la fonction de formateur.

Aucun poste n'est dédié à la fonction spécifique de gypsothérapeute, les plâtres pouvant être réalisés par tous les infirmiers formés.

Le service de gestion des lits pour tout l'hôpital est au service des équipes médico-soignantes du SU.

Un soutien est apporté par des professionnels externes : formateurs du centre de formation, infirmier de liaison des réseaux de soins à domicile.

La filière de psychiatrie est très développée.

La dotation de cadres permet de garantir une présence effective pour la gestion générale et l'organisation des nouveaux projets, notamment de construction.

Récapitulatif des propositions de détermination des ressources soignantes :

A l'issue de l'analyse de la situation actuelle dans les SU, de la revue des dotations appliquées dans d'autres pays, des discussions au sein de l'atelier, les propositions pouvant être soumises à la CNO sont résumées dans le tableau ci-après :

Charge de travail	Norme	Financier
Management du SU	1 Responsable au minimum les JO pour 40.000 passages, proratisé à la hausse ou à la baisse par tranche de 25 % pour 10.000 passages	CNS Norme SU
Triage pour MMP	10 min par cas trié et orienté en MMP à moduler si le % des scores de gravité 5 est supérieur à 35 %	CNS ou MINSAN
Zone de triage	flux moyen des patients entrants par heure, ratio 1 IAO pour 6 patients, détermination du nombre d'IAO nécessaires par heure	CNS dans la norme SU

Salles de déchoquage	A déterminer selon l'option choisie	CNS dans la norme SU
Salles d'urgence	A déterminer selon l'option choisie	CNS dans la norme SU
Lits porte	1 infirmier pour 6 à 8 lits pendant les heures d'ouverture des lits	CNS dans la norme SU-LP
Besoins fondamentaux des patients	au minimum 1 ETP aide soignant par 24h, à pondérer selon le pourcentage de patients âgés, selon le taux d'utilisation des lits porte, selon le pourcentage de patients de scores 1 et 2	CNS dans la norme SU
Supervision des flux et information des proches	1 ETP infirmier sur les tranches horaires à très haute présence de patients (Ex : entre 7h et 24h) pour les sites principaux	CNS dans la norme SU
Assistance logistique	Norme la plus couramment admise : 1 ETP les jours ouvrables pour 60.000 passages par an, avec un prorata à la hausse ou à la baisse par tranche de 25 %	CNS dans la norme SU
Temps de doublure des nouveaux collaborateurs	Ajout d'un volume de 2 mois de doublure par nouveau collaborateur sur la base de la moyenne de nouveaux collaborateurs entrés les 2 dernières années (en dehors des fusions)	CNS en sus de la Norme SU
Heures supplémentaires majorées	Ajout d'un volume annuel moyen d'heures supplémentaires majorées calculé sur les 2 dernières années pour le personnel affecté aux activités non programmées	CNS en sus de la Norme SU
Renforcement du service de gestion des lits	Création ou adaptation de la norme pour le service de gestion des lits tenant compte des missions d'attribution d'un lit et de suivi de la bonne utilisation des lits d'hospitalisation, ainsi que de la couverture sur tous les lits Pas d'intégration dans la norme du SU	CNS norme gestion des lits à revoir et renforcer
Centre de crise de psychiatrie	Normer les centres de crise de psychiatrie pour les 4 établissements accueillant de la psychiatrie aigüe Pas d'intégration dans la norme du SU Délai à garantir : 30 minutes après appel par le SU	CNS norme centre de crise de psychiatrie
Equipe mobile de gériatrie	Normer les équipes mobiles de gériatrie Pas d'intégration dans la norme du SU	CNS norme équipe mobile de gériatrie
Renforcement du transport des patients	Intégration dans la norme SU du transport patient assuré par les soignants pour les patients en filière couchée nécessitant une surveillance clinique Révision de la norme de transport patient pour le transport assuré par les agents de transport Délai à garantir : pas plus de 10 min d'attente, idéalement 5 minutes	CNS budget hospitalier
Renforcement du nettoyage des locaux	Pas d'intégration dans la norme SU Voir en interne si nécessité d'un ajustement contractuel Négociation avec la CNS du nouveau contrat avec la société	CNS budget hospitalier
Renforcement de la présence des agents de sécurité à proximité	Pas d'intégration dans la norme SU Voir en interne si nécessité d'un ajustement contractuel	CNS budget hospitalier

		Négociation avec la CNS du nouveau contrat avec la société	
Transport secondaire	médicalisé	Volume d'heure annuel à insérer dans l'entité fonctionnelle SAMU, si le CGO-CSU 112 n'assure pas les transports secondaires médicalisés	CNS Norme SAMU si pas pris en charge par CGO-CSU 112
Plans victimes	nombreuses	Les activités de gestion font partie de la mission des cadres Les simulations sont à intégrer dans la formation continue jusqu'à atteinte du seuil de 40h/ETP	Pas de financement dans la norme SU
Evènements nationaux		Flux accru de patients intégré dans le nombre de passages annuels et donc dans la norme SU. Pas d'ajout complémentaire dans la norme SU	CNS dans la norme SU
Registre RETRACE		Set complet : 30 min par cas Set minimal : 5 min par cas	MINSAN si décision de le conserver
Registre Polytraumatisés		60 min par cas saisi dans la base	Incitant qualité
Canicule		Pas de normalisation	Pas de financement

Tab.46 : Récapitulatif des recommandations pour l'allocation des ressources soignantes pour les SU

Conclusion :

La nomenclature des centres de frais pour la budgétisation des hôpitaux ne prévoit pas de centre de frais spécifique aux SU. Cependant, vu le développement de cette activité et sa spécificité, il est recommandé de créer ce centre de frais dès 2018, afin de pouvoir déterminer deux types de normes :

- une norme pour les salles d'urgence et boxs de prise en charge des patients y compris les salles de déchoquage et les salles affectées aux patients ayant des scores de gravité de niveau 5,
- une norme pour les lits porte.

Les dotations allouées par la norme actuelle pour les SU sont inférieures aux dotations affectées en 2016 par les directions des soins aux activités non programmées en SU.

Il y a de grandes variations d'allocations de ressources soignantes entre les différents sites, notamment en minutes soignantes moyennes par sollicitation par heure de présence, ce qui génère de ce fait une inéquité entre les patients. Selon le site où le patient se présente, il peut bénéficier de plus ou moins de temps soignant.

Il paraît raisonnable, dans le cadre de la création d'un centre de frais SU de partir des dotations réelles calculées dans le cadre de cette étude en 2016 et d'y ajouter les dotations complémentaires concédées par la CNS en 2017, ainsi que d'actualiser le tableau des protocoles budgétaires, en utilisant la même dénomination pour tous les établissements, à savoir :

- Centre de frais : service d'urgence
 - o Salles et boxs d'urgence,
 - o lits-porte.

De ce fait les terminologies « Hospitalisation provisoire » aux HRS, « USU » au CHEM, devraient disparaître au bénéfice de la seule dénomination de lits-porte telle que prévue par le projet de loi hospitalier.

Plusieurs options de normes pour la dotation des ressources soignantes pour les SU sont possibles. De principe, il faut choisir une option aisée d'application, pouvant être facilement maîtrisée tant par les hôpitaux, que par la CNS, ne nécessitant pas la mise en place de mesures spécifiques mais se basant sur des données de toute façon collectées

pour les besoins de la prise en charge clinique ou pour les besoins de la facturation ou pour les besoins du pilotage des SU au niveau institutionnel ou national.

Chacune des options présente des avantages et des inconvénients qu'il faut considérer car certaines peuvent ne pas soutenir la recherche de l'efficience. Pour certaines options, il est nécessaire de fixer des seuils au dessus desquels, la norme ne pourrait s'appliquer, sauf situation particulière à négocier, tel que par exemple la durée moyenne de présence.

Etant donné que des restructurations dans les services d'urgence sont à venir avec la création du Sud Spidol, avec la réorganisation de la garde entre les deux hôpitaux de la ville de Luxembourg, il est conseillé de choisir une méthode de détermination des dotations souple, pouvant être adaptée rapidement.

Il faut espérer que l'étude réalisée sur les SU amène un plan d'action pouvant intervenir sur le case mix actuel des activités des SU grâce à l'orientation de la population vers les soins de santé primaires. Si tel était le cas, il est recommandé d'utiliser une méthodologie qui permette de s'adapter aux variations des charges en soins et à l'augmentation de la proportion de patients de score de gravité plus élevé.

Quelle que soit le choix de l'option qui sera choisie par la CNO, il y aura lieu de déterminer au préalable les types de fonctions à considérer dans les dotations d'un SU pour avoir une prise en charge de qualité et garantir la sécurité du patient.

La fonction de triage ne fait plus de doute, elle est déjà en application. Il s'agira dans le cadre de la norme de l'acter et de déterminer le mode de calcul des infirmiers d'accueil et d'orientation.

Mais des fonctions nouvelles sont à considérer, notamment les fonctions de superviseur des processus de prise en charge et d'information aux proches, de responsable du management, d'aide soignant pour répondre aux besoins fondamentaux des patients, ainsi que la fonction d'assistant logistique.

La pondération des activités pour les urgences pédiatriques ne doit pas être oubliée et doit être basée sur des éléments objectifs tels que les actes à réaliser et leur fréquence.

La séparation des dotations entre les salles d'urgence et les lits porte permettrait aussi plus de clarté.

Mais améliorer la situation du fonctionnement dans le SU ne consiste pas seulement à définir une nouvelle norme de dotation du SU.

Cela consiste aussi à revoir, réviser, ajuster d'autres normes qui aujourd'hui ne sont plus obligatoirement adaptées aux besoins du SU. Cela peut toucher les services support tels que le transport, le nettoyage, la sécurité.

Mais au niveau clinique, cela touche aussi le centre de crise de psychiatrie ou l'équipe mobile de gériatrie, ainsi que la gestion des lits, pour lesquels il faut s'assurer que ces dotations sont disponibles dans les 4 établissements. Des délais de réponse de ces services aux SU doivent être fixés comme cible à atteindre.

Enfin des overheads sont à prévoir tels que le temps de doublure des nouveaux collaborateurs ou les heures supplémentaires majorées.

Mettre en place une norme de dotation soignante pour les SU dans le cadre d'une étude ayant mis en évidence des points critiques, va nécessiter inmanquablement des investissements à court et moyen termes pour répondre au mieux aux problématiques.

Il serait judicieux de fixer en Commission des Normes, une stratégie de déploiement des dotations requises avec des paliers permettant un recrutement progressif et une intégration dans de bonnes conditions des collaborateurs. Tous les SU n'étant pas soumis aux mêmes tensions, il est proposé d'avoir pour première étape de rattraper les situations les plus critiques décrites dans le rapport sur les ressources disponibles. En effet, les décisions devraient s'appuyer prioritairement sur les données objectives qui ont été collectées.

L'attribution d'une norme de dotation soignante pour les SU est à encourager mais l'allocation de ressources nouvelles devrait être associée à des indicateurs de pilotage

afin de pouvoir démontrer aux citoyens et aux assurés que les investissements faits sont au service des prises en charge.

Il faudra aussi veiller à ce que les allocations de ressources faites pour les soignants soient coordonnées avec les efforts à faire pour financer le recrutement des médecins urgentistes et l'aménagement des infrastructures afin de ne pas rendre les binômes médico-soignants dysfonctionnels par insuffisance de ressources médicales ou inadaptations des locaux.

Propositions

12 Proposition d'objectifs à atteindre

Les objectifs suivants sont proposés :

- **diminuer le ratio d'utilisation des services d'urgence par la population à 440 sollicitations par 1.000 habitants à moyen terme** (2022 au plus tard), la diminution portant sur les scores de gravité faibles (niveau 4) et très faibles (niveau 5), soit une diminution de 18,5 % par rapport à 2016 (540 sollicitations / 1.000 habitants) ce qui équivaut à une diminution de 57.600 sollicitations environ
- **100 % des patients non programmés** se présentant au service d'urgence pour quelque motif que ce soit, y compris dans les maternités, y compris les jours de garde et de non garde, **bénéficient d'un triage avec la grille choisie au niveau national, dans les 10 minutes après l'admission administrative** à la réception centrale ou à la réception du service d'urgence ou après la remise du ticket d'attente par le « greeter », à moyen terme (2022 au plus tard), ce qui équivaut à une croissance de 38% (taux actuel 62 %),
- **85 % des patients non programmés et triés se présentant au service d'urgence ont une durée de présence inférieure ou égale à 3h entre l'heure d'admission administrative** à la réception centrale ou à la réception du service d'urgence ou après la remise du ticket d'attente par le « greeter » et l'heure de sortie du service d'urgence (sortie de la salle d'examen ou de toute autre salle ou du lit porte vers le domicile, sortie en hospitalisation, sortie vers le bloc opératoire, sortie par transfert dans un autre établissement au Luxembourg ou à l'étranger, sortie par décès), à moyen terme (2022 au plus tard), ce qui équivaut à une croissance de 10% (taux actuel 75% et seuil attendu dans les autres pays 4h),
- **85 % des personnes âgées de 75 ans et plus se présentant au service d'urgence ont une durée de présence inférieure ou égale à 2h entre l'heure d'admission administrative** à la réception centrale ou à la réception du service d'urgence ou après la remise du ticket d'attente par le « greeter » et l'heure de sortie du service d'urgence (sortie de la salle d'examen ou de toute autre salle ou du lit porte vers le domicile, sortie en hospitalisation, sortie vers le bloc opératoire, sortie par transfert dans un autre établissement au Luxembourg ou à l'étranger), à moyen terme (au plus tard 2022),
- **Ratio de patients admis au SU par médecin par heure proche des normes internationales** tenant compte du case mix de l'établissement et des infrastructures disponibles, à moyen terme (ratio 1,6 à 2 patients par médecin par heure, modulable selon le case mix),
- **Ratio de patients présents par heure par infirmier proche des modèles internationaux** tenant compte du case mix de l'établissement et des infrastructures disponibles, (progression vers la cible de 4 patients par infirmier par heure pour les salles d'examen, hors triage, hors lits porte, hors autres fonctions managériales et supervision, information des proches), à moyen terme,

- **90 % des résultats de laboratoire fournis dans de les 45 minutes après le prélèvement**, au médecin urgentiste demandeur, à court terme (au plus tard 2020),
- **90 % des comptes rendus d'imagerie médicale sont fournis dans les 30 minutes après la réalisation de l'examen** au médecin urgentiste demandeur, à court terme (au plus tard 2020),
- **le délai moyen entre la décision médicale de sortie et la sortie effective du service d'urgence** (sortie à domicile, en hospitalisation, par transfert vers un autre établissement au Luxembourg ou à l'étranger), est **inférieur à 30 minutes**, à court terme (au plus tard 2020),
- **100 % des personnes âgées de 75 ans et plus nécessitant une hospitalisation à la sortie du SU ont bénéficié au SU d'un avis du médecin gériatre avant leur hospitalisation**, à court terme (au plus tard 2020).

13 Propositions relatives à la stratégie globale

Domaine 1 : Stratégie globale			
N°	Mesure	N°	Recommandation
M1	Préciser le cadre légal et conventionnel	R1.1	Rédiger le règlement grand-ducal relatif aux services d'urgence et y introduire tous les éléments normatifs nécessaires, dès la publication de la loi sur les établissements hospitaliers
		R1.2	Démarrer rapidement après la publication de la loi sur les établissements hospitaliers, le processus de demande d'autorisation d'exploitation des services d'urgence afin de permettre aux hôpitaux de proposer leur projet de service, leur modèle d'organisation ainsi que leur nombre de lits porte
		R1.3	Créer un nouveau centre de frais SU dans la convention cadre CNS-FHL pour les activités de prise en charge des patients non programmés et triés dans les zones réservées à l'activité de médecine d'urgence dans les divers sites de l'hôpital, admis par les diverses portes d'entrée (urgences adultes, urgences pédiatriques, urgences gynécologiques et obstétricales, urgences ORL ou ophtalmologiques). Inclure les lits porte dans ce centre de frais.
		R1.4	Inscrire dans le compendium de facturation, la méthode de comptabilisation des activités dans le service d'urgence et dans les lits porte, afin de garantir une uniformisation de facturation entre les 4 établissements
		R1.5	Organiser l'enregistrement de l'ensemble des activités non programmées et triées dans les SU en provenance des différentes portes d'entrée de l'hôpital
N°	Mesure	N°	Recommandation
M2	Donner un cadre légal et conventionnel à la médecine d'urgence	R2.1	Inscrire la médecine d'urgence dans la liste des spécialités médicales au Luxembourg
		R2.2	Définir la fonction de médecin urgentiste dans un texte réglementaire
		R2.3	Réglementer les compétences requises pour l'autorisation d'exercice de la fonction de médecin urgentiste dans les services d'urgence
		R2.4	Définir la formation complémentaire en « good medical practices » de médecine d'urgence pour le médecin urgentiste, et les conditions y afférentes
N°	Mesure	N°	Recommandation
M3	Mettre en œuvre un pilotage des SU	R3.1	Mettre en place un pilotage stratégique national durable des SU avec une plateforme nationale officielle dédiée aux SU (PFN-SU)
		R3.2	Choisir un set d'indicateurs à suivre au niveau national et hospitalier (voir liste dans le rapport sur le pilotage), faire les fiches indicateurs précisant les méthodes de calcul et préciser le seuil de performance à atteindre
		R3.3	Mettre en place un reporting automatisé en temps réel pour chaque sollicitation non programmée d'un service d'urgence, d'un set obligatoire de données pseudonymisées avec un code book des variables et des modalités de réponse
		R3.4	Choisir une classification des diagnostics médicaux

	applicable aux SU et former les médecins urgentistes à son utilisation
R3.5	Officialiser la grille de triage uniforme à appliquer par les 4 hôpitaux, éditer un guide avec les consignes nationales pour le triage. Former les équipes soignantes à l'utilisation de la grille (recommandation ETG)
R3.6	Officialiser au niveau national les autres grilles d'évaluation à utiliser dans les SU pour tous les scorings demandés dans le cadre du reporting national
R3.7	Améliorer la documentation des prises en charge médicales en SU dans les dossiers hospitaliers ambulatoires et automatiser certaines saisies des horaires notamment heure de 1 ^{er} contact physique médical et heure de décision médicale de sortie
R3.8	Paramétrer le dossier électronique du patient partie urgence et générer le set de données obligatoires
R3.9	Définir au niveau national les mesures à prendre dans les hôpitaux en cas d'engorgement du SU et les inscrire dans le règlement interne de chaque hôpital
R3.10	Impliquer les cellules statistiques hospitalières et les médecins DIM dans la fourniture systématique d'indicateurs
R3.11	Utiliser les Incitants Qualité pour soutenir l'implémentation de la grille de triage choisie, l'implémentation du système de codage du diagnostic de sortie dans le dossier hospitalier du SU, l'implémentation et la qualité du reporting des sollicitations, la mise en place des indicateurs de pilotage au sein de l'établissement

13.1 Domaine 1 : Résultats attendus

Les résultats attendus du domaine consacré à la stratégie globale sont les suivants :

- une publication du règlement grand-ducal relatif aux SU 6 mois au plus tard après la publication de la loi sur les établissements hospitaliers,
- des autorisations d'exploitation des services d'urgence données par le Ministère de la Santé au plus tard 1 an après la publication de la loi sur les établissements hospitaliers,
- la création dès le budget hospitalier 2018 d'un centre de frais SU et l'inscription dans le compendium de la méthode de comptabilisation des unités d'œuvre,
- l'inscription de la médecine d'urgence dans la liste des spécialités médicales en 2019 avec les textes réglementaires y associés,
- la mise en place dès 2018 d'une plateforme nationale-SU, officialisée,
- la sélection dès 2018 par la PFN-SU des indicateurs de pilotage national des SU qui seront suivis,
- le démarrage d'un reporting national des sollicitations en SU dès 2019,
- la classification des diagnostics de sortie du SU mise en place au 1^{er} janvier 2019 dans les 4 SU,
- la grille nationale de triage mise en place au 1^{er} janvier 2019 dans les 4 SU,
- les mesures à prendre au sein de l'hôpital en cas d'engorgement inscrites dans le règlement interne/d'ordre intérieur/général de l'hôpital,
- des éléments relatifs aux SU intégrés dans les Incitants Qualité.

13.2 Mesure 1 : Préciser le cadre légal et conventionnel des SU

Recommandation 1.1 : Rédiger le règlement grand-ducal relatif aux SU et y introduire tous les éléments normatifs nécessaires, dès la publication de la loi sur les établissements hospitaliers

Il devrait préciser le concept de médecine d'urgence à mettre en oeuvre, les normes architecturales y compris pour les lits porte, les équipements, les ressources médicales (fonction de médecin urgentiste, formation requise, formation complémentaire en good medical practices), les types de ressources soignantes, le processus de prise en charge et les délais à mesurer, l'organisation en filières, la documentation hospitalière en SU, les classifications et outils de mesure à utiliser, le reporting à réaliser et les instances chargées du traitement des données au niveau national, les modalités de pilotage avec la création d'une plateforme nationale-SU, l'organisation des gardes, les relations entre les SU, les relations avec les Maisons Médicales, les dispositions transitoires,...

Responsabilité : Ministère de la Santé en collaboration avec la Division de la Médecine Curative et la PFN-SU

Priorité : 1

Recommandation 1.2 : Démarrer rapidement après la publication de la loi, le processus de demande d'autorisation d'exploitation des SU afin de permettre aux hôpitaux de proposer leur projet de service, leur modèle d'organisation ainsi que leur nombre de lits porte

Le Ministère de la Santé devra fournir à cet effet aux directions hospitalières le contenu du dossier à remettre pour la demande d'autorisation.

C'est dans cette demande que les hôpitaux devraient préciser le nombre de lits porte prévus et leur intention éventuelle de développer une unité d'hospitalisation de courte durée post-SU (>24h et <72h) dont les lits seraient à comptabiliser sur le total des lits autorisés.

Responsabilité : Ministère de la Santé

Priorité : 1

Recommandation 1.3 : Créer un nouveau centre de frais SU dans la convention cadre CNS-FHL pour les activités de prise en charge des patients non programmés et triés dans les zones réservées à l'activité de médecine d'urgence dans les divers sites de l'hôpital, admis par les diverses portes d'entrée (urgences adultes, urgences pédiatriques, urgences gynécologiques et obstétricales, urgences ORL, ophtalmologiques ou en dentisterie). Inclure les lits porte dans ce centre de frais.

Le centre de frais SU comprendrait donc les salles d'examen et les lits porte.

Aucun patient programmé (même pour un contrôle suite à un passage en SU) ne devrait être comptabilisé dans le centre de frais SU.

Responsabilité: CNS et FHL

Priorité : 1

Recommandation 1.4 : Inscrire dans le compendium de facturation, la méthode de comptabilisation des activités dans le service d'urgence et dans les lits porte, afin de garantir une uniformisation de facturation entre les 4 établissements

La méthode de comptabilisation devra être précise. Elle ne devra pas laisser libre cours à interprétation par les établissements. Les hôpitaux devront modifier leur système de facturation automatique et un audit de démarrage devrait permettre de valider les changements.

Responsabilité: CNS et FHL

Priorité : 1

Recommandation 1.5 : Organiser l'enregistrement de l'ensemble des activités non programmées et triées dans les SU en provenance des différentes portes d'entrée de l'hôpital

C'est notamment les sollicitations non programmées gynécologiques ou obstétricales ainsi que celles en ORL, ophtalmologie, dentisterie qui devront être recensées et dont une traçabilité devra être garantie dans le dossier SU du patient pour être considérées. Elles devront avoir aussi bénéficié d'un triage avec la grille de triage qui sera choisie au niveau national.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 2

13.3 Mesure 2 : Donner un cadre légal et conventionnel à la médecine d'urgence

Recommandation 2.1 : Inscrire la médecine d'urgence dans la liste des spécialités médicales au Luxembourg

Responsabilité: Ministère de la Santé, Collège Médical, SLMU

Priorité : 1

Recommandation 2.2 : Définir la fonction de médecin urgentiste dans un texte réglementaire

Le contenu de la fonction tel que décrit dans le présent rapport au chapitre 10.1 devrait être retenu.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Collège Médical, SLMU

Priorité : 1

Recommandation 2.3 : Réglementer les compétences requises pour l'autorisation d'exercice de la fonction de médecin urgentiste

Plusieurs modèles étrangers pourraient servir de base de travail (Belgique, France par exemple).

Responsabilité: Ministère de la Santé, Collège Médical, SLMU

Priorité : 1

Recommandation 2.4 : Définir la formation complémentaire en « good medical practices » de médecine d'urgence pour le médecin urgentiste, et les conditions y afférentes

Pour une médecine d'urgence de qualité, les médecins urgentistes complètent leur formation de base par des formations complémentaires. Certaines sont essentielles telles que ALS, PALS,...

Les conditions de prise en charge financière et de reconnaissance de ce type de formation complémentaire devraient être discutées avec les médecins urgentistes et précisées dans un texte officiel approprié.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Collège Médical, SLMU, AMMD

Priorité : 1

13.4 Mesure 3 : Mettre en œuvre un pilotage des SU

Recommandation 3.1 : Mettre en place un pilotage stratégique national durable des SU avec une plateforme nationale officielle dédiée aux SU (PFN-SU)

Le pilotage national stratégique devrait permettre, tel que décrit dans le chapitre 11.5, de suivre avec régularité l'activité des SU, d'avoir une vue globale de la situation et des problématiques, d'anticiper les situations critiques, de prendre des décisions coordonnées dont les impacts potentiels peuvent être discutés et mesurés. Une PFN-SU devrait être mise en place, elle pourrait prendre le relais du comité de pilotage mis en œuvre pour cette étude. Elle devrait être composée des acteurs impliqués dans les SU (médecins urgentistes, soignants) mais aussi des pouvoirs publics et financeurs. Pour certains sujets, des représentants d'autres organismes devraient y être invités (ex : CGDIS). La mise en œuvre du plan d'action qui sera éventuellement issu de cette étude, et des recommandations, devrait être suivie par cet organe.

Responsabilité: Ministère de la Santé et Ministère de la Sécurité Sociale, CNS, IGSS, Direction de la santé, FHL, Hôpitaux, SLMU, partenaires sociaux

Priorité : 1

Recommandation 3.2 : Choisir un set d'indicateurs à suivre au niveau national et hospitalier, faire les fiches indicateurs précisant les méthodes de calcul et préciser le seuil de performance à atteindre

L'annexe 2 propose un choix d'indicateurs dans divers domaines pouvant être utilisés en fonction des besoins, par divers acteurs. Cependant, la PFN-SU devrait suivre un set minimal d'indicateurs au niveau national, élaborés à partir du reporting demandé aux hôpitaux sur les sollicitations. Tous les indicateurs choisis doivent avoir pour objectif de piloter les SU à savoir apporter des informations pour prendre des décisions d'amélioration de l'organisation, de l'efficacité, de la qualité des prestations, des résultats aux patients.

L'ensemble du dispositif doit être clairement établi : quels indicateurs pour quel objectif, avec quelles données standardisées, selon quelle méthode de calcul, par quel centre de traitement des données, avec quel périmètre de diffusion des résultats, selon quelle fréquence de production.

Responsabilité: Ministère de la Santé et Ministère de la Sécurité Sociale, CNS, IGSS, Direction de la Santé, FHL, Hôpitaux, SLMU, partenaires sociaux

Priorité : 1

Recommandation 3.3 : Mettre en place un reporting automatisé en temps réel pour chaque sollicitation non programmée d'un service d'urgence, d'un set obligatoire de données pseudonymisées avec un code book des variables et des modalités de réponse

Le projet de loi hospitalier prévoit le reporting pour des raisons de santé publique.

La mise en place d'un tel reporting, comme réalisé à l'étranger, nécessite de confier cette mission à un organisme au Luxembourg ayant de l'expérience en ce domaine, ayant la capacité à mettre en place des connexions sécurisées avec les hôpitaux, de traiter des données épidémiologiques et de produire des indicateurs.

Un financement de cette activité est à prévoir. La PFN-SU devrait être le 1^{er} destinataire des résultats produits grâce à ce reporting.

Responsabilité: Ministère de la Santé et Ministère de la Sécurité Sociale, CNS, IGSS, Direction de la Santé, FHL, Hôpitaux, SLMU, partenaires sociaux

Priorité : 1

Recommandation 3.4 : Choisir une classification des diagnostics médicaux applicable aux SU et former les médecins urgentistes à son utilisation

Il est recommandé de choisir une classification internationale, afin de pouvoir établir des comparaisons. Il serait aussi judicieux que la classification choisie pour les diagnostics de sortie des SU soit compatible avec celle qui a été choisie pour l'hospitalisation.

Il ne faut pas minimiser la formation des médecins urgentistes à la bonne utilisation de la classification. Un encadrement sur le terrain avec des médecins expérimentés est à considérer comme une plus value.

Il faut aussi veiller à ce que l'outil de classification soit convivial et permette aux médecins urgentistes d'avoir accès très rapidement aux diagnostics prévalents. Il doit être parfaitement intégré dans le logiciel de documentation médicale.

Il faut prévoir une contrainte pour l'insertion du diagnostic de sortie par le médecin afin de pouvoir dès la 1^{ère} année de reporting connaître le profil des sollicitations.

L'obligation de coder devrait être inscrite dans le règlement du service d'urgence.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Hôpitaux, SLMU

Priorité : 1

Recommandation 3.5 : Officialiser la grille de triage uniforme à appliquer par les 4 hôpitaux, éditer un guide avec les consignes nationales pour le triage. Former les équipes soignantes à l'utilisation de la grille (recommandation ETG)

Le choix d'une grille de triage unique est essentiel pour pouvoir avoir une vue globale de la situation dans les SU.

Cette grille doit être validée pour plusieurs types de population : adultes et enfants, psychiatrie, maternité, personnes âgées. Elle doit être informatisée afin d'éliminer la subjectivité et afin de suivre un algorithme d'attribution du score.

Les équipes doivent être formées à l'utilisation. Des encadrements de terrain sont à prévoir après la formation.

Si la grille choisie nécessite le paiement d'une redevance, son financement devrait être intégré au budget hospitalier.

Le choix de la grille est à valider par la PFN-SU.

Un guide devrait préciser les modalités du triage : quel patient doit être trié, dans quelles conditions un 2^{ème} triage peut il avoir lieu, par qui le triage doit il être réalisé,...

Responsabilité: Ministère de la Santé, FHL, Hôpitaux (directions des soins)

Priorité : 1

Recommandation 3.6 : Officialiser au niveau national les autres grilles d'évaluation à utiliser dans les SU pour tous les scorings demandés dans le cadre du reporting national

Si le reporting national prévoit des mesures avec une grille (ex : score polytraumatisé, score SEGA), les grilles à utiliser devront être officialisées dans ce cadre, afin d'introduire une comparabilité possible.

Responsabilité: Ministère de la Santé, FHL, Hôpitaux, SLMU s'il s'agit de grilles à utiliser par les médecins

Priorité : 2

Recommandation 3.7 : Améliorer la documentation des prises en charge médicales en SU dans les dossiers hospitaliers ambulatoires et automatiser certaines saisies des horaires notamment heure de 1^{er} contact physique médical et heure de décision médicale de sortie

Cette amélioration de la qualité de la documentation médicale de la sollicitation n'a pas que pour objectif de piloter les SU, mais elle a aussi pour objectif de soutenir la continuité des soins et de prévenir les problèmes médico-légaux.

Cette meilleure traçabilité doit permettre aux médecins urgentistes d'un SU d'obtenir des indicateurs sur leur activité afin de se situer par rapport aux seuils choisis au niveau national.

Il faut veiller à ce que les données soient standardisées au niveau national et structurées dans le logiciel afin que l'exploitation soit facilitée.

Bien entendu, il doit rester possible pour le médecin de conserver des notes en texte libre. Mais les données obligatoires pour le reporting devraient être mises sous contrainte afin d'aider le médecin à ne pas les oublier.

Enfin, il faut automatiser les données d'horodatage afin que le médecin n'ait pas à saisir de données temporelles.

Responsabilité: Hôpitaux, la SLMU, médecins urgentistes

Priorité : 1

Recommandation 3.8 : Paramétrer le dossier électronique du patient partie urgence et générer le set de données obligatoires

Lorsque le reporting sera défini, le code book des variables à produire sera à fournir aux hôpitaux afin qu'ils paramètrent leur logiciel médical et soignant du SU. Ceci permettra de générer ensuite l'envoi automatique du set de données de chaque sollicitation après pseudonymisation.

Responsabilité: Hôpitaux, SLMU et l'organisme chargé du reporting

Priorité : 1

Recommandation 3.9 : Définir au niveau national les mesures à prendre dans les hôpitaux en cas d'engorgement du SU et les inscrire dans le règlement interne de chaque hôpital

Ces mesures seront à valider au niveau national par la PFN-SU.

Pourraient être proposées les mesures suivantes pour gérer au mieux les pics d'engorgement liés à une saturation en hospitalisation:

- informer préventivement la direction, les cadres intermédiaires et les binômes médecin-responsable soignant des unités d'hospitalisation quand l'hôpital a un taux d'occupation très élevé,
- supprimer les 1ères classes,
- augmenter le nombre de lits dans certaines chambres répertoriées,
- augmenter le nombre de lits porte,
- utiliser des zones comme la salle de réveil, l'hôpital de jour, les salles de surveillance en demandant au personnel de ces secteurs d'assurer les surveillances,
- débloquer les lits réservés pour les retours de réanimation,
- décider au niveau de la direction de reporter des entrées électives,
- décider au niveau de la direction de prévenir l'autorité de tutelle (Direction de la santé) de l'état de la situation,
- décider au niveau de la direction de demander l'aide d'un autre établissement au niveau national dans un premier temps et si nécessaire dans le pays limitrophe le plus proche.

Ces règles doivent être officialisées dans le règlement interne/ordre intérieur/général de l'hôpital afin qu'elles soient connues des soignants et des médecins, et qu'ils soit ainsi possible aux services de gestion des lits de les mettre en œuvre dès que nécessaire.

Ces dispositions doivent pouvoir être prises de jour et de nuit, 365 jours par an. Elles doivent être déclenchées à partir d'un certain taux d'occupation.

Responsabilité: PFN-SU, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 3.10 : Impliquer les cellules statistiques hospitalières et les médecins DIM dans la fourniture systématique d'indicateurs

Il s'agit dans cette recommandation d'optimiser les compétences disponibles dans l'établissement pour fournir aux binômes médico-soignant des SU, aux cadres intermédiaires, aux directions, des sets d'indicateurs de manière systématique.

Devront être définis les types d'indicateurs à fournir, les méthodes de calcul, les variables à utiliser, les contrôles qualité à opérer sur la base avant la production de l'indicateur, la fréquence de production, les destinataires, les comparaisons à établir,...

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 2

Recommandation 3.11 : Utiliser les Incitants Qualité (IQ) pour soutenir l'implémentation de la grille de triage choisie, l'implémentation du système de codage du diagnostic dans le dossier hospitalier du SU, l'implémentation et la qualité du reporting des sollicitations, la mise en place des indicateurs de pilotage au sein de l'établissement

Les Incitants Qualité ont toujours permis le développement d'amélioration dans les hôpitaux. Ils pourraient aussi apporter leur contribution dans le cadre des SU, sous condition d'introduire dans les critères d'évaluation des IQ certains éléments de mise en œuvre au sein des SU (ex : grille de triage, codification des diagnostics de sortie, reporting...).

Responsabilité: CNS, FHL

Priorité : 2

14 Propositions relatives aux ressources structurelles

Domaine 2 : Ressources structurelles			
N°	Mesure	N°	Recommandation
M4	Adapter ou construire les locaux des SU en se basant sur les concepts actualisés de médecine d'urgence (marche en avant, filières, espaces ouverts) et à l'activité	R4.1	Retirer des locaux du SU toutes les activités programmées afin d'augmenter les espaces disponibles pour le SU
		R4.2	Rechercher un aménagement pour organiser un triage confidentiel au CHEM-VE
		R4.3	Trouver les espaces pour la mise en œuvre des lits porte aux HRS-K-SUA et au CHdN-E en tenant compte des concepts actualisés de médecine d'urgence
		R4.4	Mettre en place un système de surveillance de la salle d'attente au CHEM-NDK
		R4.5	S'assurer que les plans d'aménagement des futurs SU du CHL-HMU et du Sud-Spidol prennent en considération les concepts actualisés de médecine d'urgence
		R4.6	Rechercher des aménagements des locaux du SU de la CHL-CPED adaptés à la mission de service national, à la croissance d'activité actuelle et à venir, et aux scores de gravité pris en charge, en tenant compte des concepts actualisés de médecine d'urgence
N°	Mesure	N°	Recommandation
M5	Garantir l'accessibilité à un scanner	R5.1	Avoir un scanner dédié aux activités non programmées dans les nouvelles constructions de SU
		R5.2	Disposer d'un parc de scanners dans l'hôpital qui n'a pas de scanner dédié au SU et l'organiser en fonction des obligations ou non de conserver un SU multi-sites, permettant un scanner immédiat pour les scores de gravité 1 et 2, et dans les 45 minutes pour les scores 3

14. 1 Domaine 2: Résultats attendus

Les résultats attendus dans le domaine consacré aux ressources structurelles sont les suivants :

- des locaux consacrés essentiellement aux activités non programmées dans tous les SU principaux, au CHEM-NDK, au CHL-CPED,
- un triage réalisé dans tous les SU dans un espace confidentiel,
- des plans de construction du SU du Sud Spidol et du CHL-HMU adaptés aux conclusions de l'étude et au concept de marche en avant,
- des lits porte mis en œuvre au sein des SU : aux HRS-K-SUA et au CHdN-E,
- des locaux adaptés à la mission de service national d'urgences pédiatriques au CHL-CPED,
- un scanner dédié aux activités du SU dans les nouvelles constructions.

14.2 Mesure 4 : Adapter ou construire les locaux des SU en se basant sur les concepts actualisés de médecine d'urgence (marche en avant, filières, espaces ouverts) et à l'activité

Recommandation 4.1 : Retirer des locaux du SU toutes les activités programmées afin d'augmenter les espaces disponibles pour le SU

Cette recommandation ne concerne pas les sites annexes périphériques tels que le CHEM-VD, le CHdN-W, les HRS-ZK ainsi que les HRS-K-PED.

Par contre cela concerne les SU principaux ainsi que le CHL-CPED et le CHEM-NDK.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 4.2 : Rechercher un aménagement pour organiser un triage confidentiel au CHEM-VE

Le triage doit se faire dans un espace clos, permettant un tête à tête soignant-patient, garantissant la confidentialité.

Responsabilité: Hôpital

Priorité : 1

Recommandation 4.3 : Trouver les espaces pour la mise en œuvre des lits porte aux HRS-K-SUA et au CHdN-E en tenant compte des concepts actualisés de médecine d'urgence

La définition des lits porte incluse dans le projet de loi sur les établissements hospitaliers sera aussi à considérer, notamment la notion d'enceinte du SU.

La mise en œuvre devrait se faire dès 2018.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 4.4 : Mettre en place un système de surveillance de la salle d'attente au CHEM-NDK

Il s'agit essentiellement d'un aménagement technique aisé à réaliser permettant à l'équipe médico-soignante de visualiser facilement et avec précision les patients en salle d'attente et l'état éventuel d'agitation.

La mise en œuvre devrait se faire dès 2018.

Responsabilité: Hôpital

Priorité : 1

Recommandation 4.5 : S'assurer que les plans d'aménagement des futurs SU du CHL-HMU et du Sud-Spidol prennent en considération les concepts actualisés de médecine d'urgence

Cette vérification à faire par la Direction de la santé doit tenir compte des conclusions de l'étude Unity, ainsi que la notion d'organisation en filières et la notion de marche en avant. Elle doit aussi considérer la potentialité d'installer une maison médicale adossée à l'hôpital avec triage commun au SU et à la MM.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 4.6 : Rechercher des aménagements des locaux du SU de la CHL-CPED adaptés à la mission de service national, à la croissance d'activité actuelle et à venir, et aux scores de gravité pris en charge, en tenant compte des concepts actualisés de médecine d'urgence

Il s'agit de concevoir une réorganisation des locaux du CHL-CPED pour les 10 à 15 prochaines années d'activité, en considérant que le service national d'urgences pédiatriques se développera au cours du temps. La question du financement des travaux devra être discutée avec le Ministère de la Santé.

Dans ce cadre, le maintien de l'adossement de la MMP proche du CHL-CPED sera conservé afin de maintenir le triage commun.

Responsabilité: Ministère de la Santé, CHL

Priorité : 1

14.3 Mesure 5 : Garantir l'accessibilité à un scanner

Recommandation 5.1 : Avoir un scanner dédié aux activités non programmées dans les nouvelles constructions de SU

Cette recommandation ne concerne que le Sud Spidol et le CHL-HMU actuellement.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Hôpitaux

Priorité : 2

Recommandation 5.2 : Disposer d'un parc de scanners dans l'hôpital qui n'a pas de scanner dédié au SU et l'organiser en fonction des obligations ou non de conserver un SU multi-sites, permettant un scanner immédiat pour les scores de gravité 1 et 2, et dans les 45 minutes pour les scores 3

Les hôpitaux concernés devraient insérer leur concept d'organisation du parc de scanners de l'établissement dans leur demande d'autorisation du SU à déposer au ministère de la santé.

Responsabilité: Ministère de la Santé et Hôpitaux

Priorité : 2

15 Propositions relatives aux ressources médicales

Domaine 3 : Ressources médicales			
N°	Mesure	N°	Recommandation
M6	Garantir une accessibilité optimale à une médecine d'urgence de 1^{ère} ligne	R6.1	Rendre la nomenclature des actes médicaux, attractive pour le recrutement de médecins urgentistes formés et l'adapter à la nouvelle réalité de la médecine d'urgence prenant en compte la mission des médecins urgentistes, les activités prestées, les contraintes du poste. Créer des forfaits utilisables essentiellement en SU, intégrant les scores de gravité, et valoriser les activités médicales pour les lits porte.
		R6.2	Mettre en place un modèle de compensation uniforme des temps de moindre activité médicale en période de nuit afin de pouvoir garantir la présence de médecins urgentistes la nuit
		R6.3	Doter les SU de ressources médicales pour tendre vers un nombre de patients entrés par heure par médecin progressivement proche des recommandations internationales à savoir en moyenne 2 patients entrés par heure par médecin
		R6.4	Veiller à ce que les ressources médicales du SU de la CHL-CPED soient adaptées à l'activité en raison de son rôle de service national et permettent de garantir une couverture 24h/24 365 jrs/an par un médecin urgentiste senior sur place. Veiller à ce que le financement des activités médicales couvre les coûts des ressources médicales nécessaires ou trouver d'autres modalités de compensation financière
N°	Mesure	N°	Recommandation
M7	Garantir une accessibilité optimale à une 2^{ème} ligne de médecine spécialisée	R7.1	Soutenir par diverses actions le recrutement des médecins spécialistes (230 recrutements à faire dans les 10 prochaines années). Promouvoir le système de santé luxembourgeois à l'étranger, auprès des jeunes médecins spécialistes. Informer les étudiants en médecine du Luxembourg sur les postes qui seront à pourvoir et ce dès les 1 ^{ères} années. Mettre en place des mesures incitatives dans les disciplines dont le recrutement est très rare. Offrir des perspectives et conditions d'exercice pouvant attirer de jeunes médecins spécialistes
		R7.2	Mettre en place des mesures incitatives à la participation aux gardes de 2 ^{ème} ligne tenant compte des contraintes à venir (remplacement de 231 médecins spécialistes dans les 10 prochaines années)

15.1 Domaine 3 : Résultats attendus

Les résultats attendus dans le domaine 3, relatif aux ressources médicales, sont les suivants :

- une meilleure adéquation du nombre de médecins urgentistes au nombre de patients entrants au SU passant à 3 puis 2 patients par médecin à moyen terme,
- les actes de médecine d'urgence intégrés dans la nomenclature des actes médicaux au plus tard en 2019,
- un système uniforme de compensation de moindre activité la nuit mis en place pour les médecins urgentistes,
- une couverture 24h sur 24, 365 jours par an par un médecin urgentiste senior au CHL-CPED dès 2018
- la mise en place d'une politique nationale de recrutement de médecins spécialistes,
- une mesure incitative à la garde de 2^{ème} ligne mise en place.

15.2 Mesure 6 : Garantir une accessibilité optimale à une médecine d'urgence de 1^{ère} ligne

Recommandation 6.1 : Rendre la nomenclature des actes médicaux, attractive pour le recrutement de médecins urgentistes formés et l'adapter à la nouvelle réalité de la médecine d'urgence prenant en compte la mission des médecins urgentistes, les activités prestées, les contraintes du poste. Créer des forfaits utilisables essentiellement en SU, intégrant les scores de gravité, et valoriser les activités médicales pour les lits porte.

La SLMU devrait faire des propositions d'amendements de la nomenclature des actes médicaux à soumettre par l'AMMD à la Commission de Nomenclature avec modification des actes existants et création de nouveaux actes spécifiques aux SU.

La commission de nomenclature devrait prendre position.

Afin de renforcer le rôle des SU dans leur mission, il est recommandé d'avoir des tarifs très incitatifs pour prendre en charge des patients à score de gravité très élevé, élevé et modéré, ainsi qu'un financement approprié des actes réalisés selon leur technicité et de ne pas sur évaluer les forfaits pour les scores de gravité très faible, afin que le tarif soit quasi identique à celui des soins de santé primaires puisqu'il devrait normalement être réalisé dans ce cadre. Cette stratégie devrait bien entendu être soumise à contrôle afin d'éviter les déviances d'une sur-cotation des scores de gravité.

Ces codes forfaitaires ne devraient être applicables qu'au sein des SU pour les seuls médecins urgentistes. L'acte devrait avoir été presté au SU.

Responsabilité: CNS, AMMD, Commission de nomenclature, SLMU

Priorité : 1

Recommandation 6.2 : Mettre en place un modèle de compensation uniforme des temps de moindre activité médicale en période de nuit afin de pouvoir garantir la présence de médecins urgentistes la nuit

Le même modèle devrait être appliqué à tous les hôpitaux, pour la nuit. Il est à définir en concertation CNS, AMMD, SLMU.

Il est à appliquer dans les SU principaux et au CHL-CPED, et doit tenir compte du nombre de jours de garde. Il ne serait plus applicable au CHEM-NDK si la décision est prise de fermer le site la nuit.

Responsabilité: Ministère de la Santé, CNS, AMMD, SLMU

Priorité : 1

Recommandation 6.3 : Doter les SU de ressources médicales pour tendre vers un nombre de patients entrés par heure par médecin progressivement proche des recommandations internationales à savoir en moyenne 2 patients entrés par heure par médecin

Cette évolution pourrait être progressive en raison du fait qu'actuellement le case mix des SU est composé d'une forte proportion de patients à très faible score de gravité. Plus la proportion de ce type de patientèle évoluera, plus le ratio nombre de patients entrés par médecin par heure devrait se rapprocher de 2.

Les tarifs de la nomenclature doivent permettre au médecin urgentiste d'être rémunéré correctement même si son ratio baisse car cela traduirait la réussite du projet à savoir diminuer la proportion de sollicitations avec faible score de gravité et un SU recentré sur sa véritable mission.

Cette progression vers ce seuil doit se faire progressivement pour donner les moyens aux hôpitaux de recruter des médecins urgentistes. Mais la condition est que la nomenclature soit adaptée au préalable tel que proposé dans la recommandation R6.1 pour inciter de jeunes médecins urgentistes à venir s'implanter au Luxembourg.

Responsabilité: Hôpitaux, CNS, Ministère de la Santé

Priorité : 2

Recommandations 6.4 : Veiller à ce que les ressources médicales du SU de la CHL-CPED soient adaptées à l'activité en raison de son rôle de service national et permettent de garantir une couverture 24h/24, 365 jrs/an par un médecin urgentiste senior sur place. Veiller à ce que le financement des activités médicales couvre les coûts des ressources médicales nécessaires ou trouver d'autres modalités de compensation financière.

Le CHL-CPED devrait établir une prévision de planification médicale permettant de répondre à cet objectif, et devrait calculer le nombre de médecins urgentistes en découlant ainsi que le budget nécessaire, assorti d'une progression dans l'implémentation.

Etant donné que le modèle de financement actuel des médecins est identique pour les médecins salariés ou libéraux, le CHL, le Ministère de la Santé et la CNS devraient se concerter pour l'adaptation du modèle de financement et si besoin de la nomenclature des actes médicaux spécifiques à la pédiatrie.

La couverture 24h sur 24 par un médecin urgentiste senior devrait être mise en œuvre dès 2018.

Responsabilité: CHL, CNS, Ministère de la Santé

Priorité : 1

15.2 Mesure 7 : Garantir une accessibilité optimale à une 2^{ème} ligne de médecine spécialisée

Recommandation 7.1 : Soutenir par diverses actions le recrutement des médecins spécialistes (231 recrutements à faire dans les 10 prochaines années). Promouvoir le système de santé luxembourgeois à l'étranger, auprès des jeunes médecins spécialistes. Informer les étudiants en médecine du Luxembourg sur les postes qui seront à pourvoir et ce dès les 1^{ères} années d'étude. Mettre en place des mesures incitatives dans les disciplines dont le recrutement est très rare. Offrir des perspectives et conditions d'exercice pouvant attirer de jeunes médecins spécialistes.

Il doit s'agir d'une véritable politique nationale cohérente, impliquant tous les acteurs, en raison du défi que cela représente. Cela doit être considéré comme une priorité de santé publique au même titre qu'un plan national pour pathologies. L'avenir de la prise

en charge des patients est lié aux stratégies qui seront prises par les pouvoirs publics maintenant. Le recrutement ne peut plus être considéré comme la seule responsabilité des groupes de médecins. Favoriser le recrutement est désormais de la responsabilité des pouvoirs publics, des financeurs et des directions hospitalières qui doivent créer l'environnement incitant à venir s'installer dans un établissement hospitalier luxembourgeois.

Des solutions innovantes doivent être proposées. La PFN-SU doit porter la responsabilité de mener à bien cette recommandation.

Responsabilité: Ministère de la Santé, PFN-SU, Hôpitaux, Sociétés médicales, SLMU

Priorité : 1

Recommandation 7.2 : Mettre en place des mesures incitatives à la participation aux gardes de 2^{ème} ligne tenant compte des contraintes à venir (remplacements de 231 médecins spécialistes dans les 10 prochaines années)

Il s'agit d'introduire une reconnaissance de la contrainte d'assurer une garde de 2^{ème} ligne. Les mesures doivent être uniformes pour toutes les spécialités concernées.

La liste des spécialités médicales à avoir une 2^{ème} ligne de garde devrait être arrêtée officiellement pour les 4 SU et tenir compte des services nationaux attribués.

Responsabilité: Ministère de la Santé, PFN-SU, CNS, AMMD, sociétés médicales

Priorité : 1

16 Propositions relatives aux ressources soignantes

Domaine 4 : Ressources soignantes			
N°	Mesure	N°	Recommandation
M8	Allouer dans le cadre du budget hospitalier des ressources soignantes spécifiquement pour les SU en tenant compte des besoins des patients et en garantissant la sécurité de la prise en charge	R8.1	Attribuer une dotation spécifique aux SU dès les budgets 2018-2019 en prenant pour référence de départ les dotations 2016 affectées aux SU calculées dans le cadre de cette étude sur base des planifications réelles
		R8.2	Négocier en commission des normes une nouvelle norme de dotation soignante pour les SU basée seulement sur les sollicitations non programmées et triées comprenant : - une norme globale pour la phase d'accueil soignante et de triage, la phase de prise en charge médico-soignante, la phase d'organisation de la sortie, - une norme pour les lits porte, tenant compte des objectifs de performance à atteindre, des freins liés à la structure, du case-mix du SU, permettant de ramener progressivement le nombre de minutes soignantes par patient présent par infirmier proche des recommandations internationales (15 min par patient par heure de présence pour les salles d'examen). Appliquer un facteur de pondération pédiatrique afin de tenir compte de la spécificité des soins aux enfants.
		R8.3	Négocier en sus des normes de prise en charge la fonction de management du SU, la fonction de superviseur des différents flux patients et certains overheads de charge
N°	Mesure	N°	Recommandation
M9	Apporter du soutien aux équipes soignantes afin de les maintenir sur leur activité principale	R9.1	Garantir aux SU l'accessibilité en moins de 10 minutes à un agent de transport patient dès que besoin, en révisant si nécessaire la norme de dotation du transport patient
		R9.2	Garantir aux SU l'accessibilité à des agents pour le nettoyage des salles d'examen et salle de lits porte dès que besoin
		R9.3	Doter les SU d'un volume d'heures par jour d'assistance logistique les jours d'ouverture en veillant à ce que les tâches prévues dans ce profil de fonction ne soient pas doublement financées
		R9.4	Composer l'équipe soignante des SU en y intégrant des aides-soignantes pour répondre aux besoins fondamentaux des patients en SU, avec un ratio ne pouvant être inférieur à 60 % d'infirmiers et 40 % d'aides soignants
N°	Mesure	N°	Recommandation
M10	Garantir des compétences optimales au sein de l'équipe soignante	R10.1	Attribuer un volume de 2 mois par nouveau collaborateur pour son encadrement dans le SU par un tuteur volontaire de l'équipe soignante, formé ou reconnu pour ses compétences pédagogiques
		R10.2	Sur base du profil de fonction, organiser un programme de formation continue obligatoire spécifique aux SU pour les soignants des SU afin de maintenir leurs compétences à jour, comprenant aussi les simulations de gestion de nombreuses victimes

		R10.3	Développer la mutualisation des efforts pour l'organisation de la formation continue des équipes des 4 SU et utiliser le Centre Widong pour la production d'outils pédagogiques adaptés aux SU
		R10.4	Utiliser les formateurs accordés par la CNS dont la mission initiale était le soutien au développement des compétences dans les services médico-techniques, pour développer les outils pédagogiques nécessaires à l'encadrement des nouveaux collaborateurs et à la formation continue de l'équipe soignante
N°	Mesure	N°	Recommandation
M11	Sécuriser l'exercice professionnel infirmier en tenant compte de l'évolution des soins en SU	R11.1	Réviser les attributions de l'infirmier afin de tenir compte de l'évolution des pratiques professionnelles au sein du SU
N°	Mesure	N°	Recommandation
M12	Aménager la planification des personnels sur base de l'organisation choisie de la garde ou de la gestion commune d'équipe	R12.1	Selon le schéma de réorganisation de la garde qui sera choisi, revoir la planification des personnels au CHL-HMU et aux HRS-K-SUA et calculer les dotations nécessaires
		R12.2	Réorganiser la planification du personnel si la décision de fermeture la nuit du site CHEM-NDK est prise
		R12.3	Dans le cas d'équipes polyvalentes, planifier les personnels avec l'affectation du poste de travail afin de tracer les heures travaillées pour le SU
N°	Mesure	N°	Recommandation
M13	Limiter l'attribution de charges complémentaires pour les SU non valorisées	R13.1	Décider au niveau du MINSAN le maintien ou non du Registre RETRACE et si il est conservé lui attribuer les ressources nécessaires dans les SU en fonction du temps nécessaire à sa réalisation journalière
		R13.2	Décider du maintien ou non des déclarations canicule

16.1 Domaine 4 : Résultats attendus

Les résultats attendus du domaine 4 relatifs aux ressources soignantes sont les suivants :

- une allocation de ressources soignantes spécifiquement pour les SU dans le cadre de la budgétisation hospitalière dès 2018,
- une norme de dotation pour les SU acceptée par la CNS et la FHL, avec un étalement dans le temps si nécessaire,
- des professionnels soignants centrés sur leur mission grâce aux services supports et aux services cliniques associés,
- une nouvelle planification des personnels soignants adaptée aux changements de garde au CHL-HMU, aux HRS-K-SUA et au CHEM-NDK,
- une révision des attributions professionnelles à moyen terme intégrant les prestations réalisées au SU,
- des nouveaux collaborateurs bénéficiant d'un temps d'encadrement suffisant (2 mois) pour exercer leur nouvelle fonction,
- un programme de formation continue obligatoire mis en place et un taux d'utilisation des heures de formation de 100 % à moyen terme,
- des outils pédagogiques spécifiques au SU disponibles dès 2018 pour la formation continue ou l'encadrement des nouveaux collaborateurs,
- des décisions prises quant aux charges complémentaires demandées en santé publique,

- le personnel polyvalent planifié avec son poste de travail distinctif pour le SU.

16.2 Mesure 8 : Allouer dans le cadre du budget hospitalier des ressources soignantes spécifiquement pour les SU en tenant compte des besoins des patients et en garantissant la sécurité de la prise en charge

Recommandation 8.1 : Attribuer une dotation spécifique aux SU dès les budgets 2018-2019 en prenant pour référence de départ les dotations 2016 affectées aux SU calculées dans le cadre de cette étude sur base des planifications réelles

Cette décision, intéressant la CNS et la FHL, devra être prise dans le cadre de la CNO. Elle a pour objectif d'individualiser le SU dans le budget hospitalier.

Le nombre d'ETP de démarrage à considérer devrait comprendre les ETP calculés pour 2016 auxquels devraient être ajoutés les ETP accordés par la CNS en 2017.

Responsabilité: CNS, FHL, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 8.2 : Négocier en commission des normes une nouvelle norme de dotation soignante pour les SU basée seulement sur les sollicitations non programmées et triées comprenant :

- une norme globale pour la phase d'accueil soignante et de triage, la phase de prise en charge médico-soignante, la phase d'organisation de la sortie,
- une norme pour les lits porte,

tenant compte des objectifs de performance à atteindre, des freins liés à la structure, du case-mix du SU, permettant de ramener progressivement le nombre de minutes soignantes par patient présent par infirmier proche des recommandations internationales (15 min par patient par heure de présence dans les salles d'examen). Appliquer un facteur de pondération pédiatrique afin de tenir compte de la spécificité des soins aux enfants.

Plusieurs options de modélisation de normes ont été proposées dans le rapport consacré à ce sujet : « Détermination du personnel soignant ». La CNO pourra choisir une option ou partir d'une option et la faire évoluer sur plusieurs années.

Des avis divergents entre la CNS et les hôpitaux existent sur l'approche normative, notamment sur l'utilisation des simulations de Unity pour tenir compte des facteurs limitants tels que les locaux actuels.

Responsabilité: CNS, FHL, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 8.3 : Négocier en sus des normes de prise en charge la fonction de management du SU, la fonction de gestionnaire et superviseur des différents flux patients et certains overheads de charge

Des recommandations sont proposées dans le rapport intitulé « Détermination du personnel soignant ». La CNO devra décider des éléments à retenir.

Responsabilité: CNS, FHL

Priorité : 1

16.3 Mesure 9 : Apporter du soutien aux équipes soignantes afin de les maintenir sur leur activité principale

Recommandation 9.1 : Garantir aux SU l'accessibilité en moins de 10 minutes à un agent de transport patient dès que besoin, en révisant si nécessaire la norme de dotation du transport patient

L'agent de transport peut accompagner des patients seul ou participer aux transports couchés avec l'infirmier.

Le délai entre l'appel du transport et le démarrage du transport patient ne doit pas dépasser 10 minutes afin de ne pas engorger le SU.

Les types de transport habituels à faire pour le SU, la distance à parcourir par aller et retour, le nombre de transports à faire par 24h de garde sont 3 indicateurs à utiliser pour déterminer le besoin.

Voir le chapitre 11.9 consacré à la détermination de la norme de dotation soignante.

Responsabilité: CNS, FHL, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 9.2 : Garantir aux SU l'accessibilité à des agents pour le nettoyage des salles d'examen et salle de lits porte dès que besoin

Le nettoyage journalier du SU dans son ensemble (locaux d'examen et locaux communs) selon le plan d'hygiène des locaux est à réaliser par l'équipe de nettoyage. L'estimation du temps nécessaire est à faire en fonction des espaces.

Le temps supplémentaire pour des nettoyages à la demande est à estimer sur base de la fréquence d'appels complémentaires par jour de garde et d'un temps moyen de nettoyage de salle d'examen.

Le délai entre l'appel du service de nettoyage et le démarrage du nettoyage ne doit pas dépasser 10 minutes afin de ne pas engorger le SU.

Voir le chapitre 11.9 consacré à la détermination de la norme de dotation soignante.

Responsabilité: CNS, FHL, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 9.3 : Doter les SU d'un volume d'heures par jour d'assistance logistique les jours d'ouverture en veillant à ce que les tâches prévues dans ce profil de fonction ne soient pas doublement financées

Les tâches à considérer sont prioritairement l'aménagement des salles d'examen, la gestion du matériel au sein des salles, les commandes de matériel et médicaments, la gestion du linge propre et du linge sale utilisé dans les salles d'examen du SU, la maintenance des équipements (bon de réparation), réalisation du plan d'hygiène des équipements médicaux, gestion des brancards et chaises roulantes, commande des repas pour les patients en lit porte,...

Les salles d'examen doivent être remises en état après chaque départ selon un stock pré-défini.

Ce type de fonction peut être réalisé par un professionnel en reclassement.

La dotation est à adapter en fonction du volume d'activité du SU et du nombre de salles.

Voir le chapitre 11.9 consacré à la détermination de la norme de dotation soignante.

Responsabilité: CNS, FHL, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 9.4 : Composer l'équipe soignante des SU en y intégrant des aides-soignantes pour répondre aux besoins fondamentaux des patients en SU, avec un ratio ne pouvant être inférieur à 60 % d'infirmiers

L'aide soignant exerce en SU la fonction d'aide aux besoins fondamentaux de la personne : aide à l'installation en salle d'examen, aide au déshabillage et à l'habillage lors de l'examen clinique, aide à l'élimination, aide à l'alimentation et l'hydratation en lits porte, aide aux soins d'hygiène pour certains patients, surveillance des patients en filière couchée, présence auprès de patients agités, aide à l'immobilisation lors de certains actes, aide à la réalisation de plâtre, ...

Responsabilité: CNS, FHL, Hôpitaux

Priorité : 1

16.4 Mesure 10 : Garantir des compétences optimales au sein de l'équipe soignante

Recommandation 10.1 : Attribuer un volume de 2 mois par nouveau collaborateur pour son encadrement dans le SU par un tuteur volontaire de l'équipe soignante, formé ou reconnu pour ses compétences pédagogiques

Pendant une période de 2 mois, le nouveau collaborateur est systématiquement doublé. Il ne compte pas comme personnel effectif. Il a du temps pour se familiariser avec les flux, les procédures, les techniques de soins, les pratiques spécifiques, les médicaments, les dispositifs médicaux, le mode d'emploi des équipements, les vigilances, les formalités administratives, les services interfaces,... Les journées d'intégration dans l'établissement font partie intégrante de l'encadrement.

Responsabilité: CNS, FHL, Hôpitaux, CNO

Priorité : 1

Recommandation 10.2 : Sur base du profil de fonction, organiser un programme de formation continue obligatoire spécifique aux SU pour les soignants des SU afin de maintenir leurs compétences à jour, comprenant aussi les simulations de gestion de nombreuses victimes

La formation continue comprend des cours théoriques, des cours pratiques, des simulations, des démonstrations d'emploi d'équipements, des analyses de cas, des ateliers de communication, des formations certifiantes (ALS, ACLS, PALS, NALS, NLS...). La formation continue doit porter sur les prises en charge peu fréquentes afin de maintenir un niveau de compétences pour des situations rares, ainsi que sur les prises en charge prévalentes.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 2

Recommandation 10.3 : Développer la mutualisation des efforts pour l'organisation de la formation continue des équipes des 4 SU et utiliser le Centre Widong pour la production d'outils pédagogiques adaptés aux SU

Le SU se prête favorablement à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information pour les acquisitions de connaissances et de compétences. Les outils de simulation sont à développer mais en raison de leur coût de production, la mutualisation entre les 4 SU est une nécessité.

Responsabilité: Hôpitaux, Centre Widong

Priorité : 2

Recommandation 10.4 : Utiliser les formateurs accordés par la CNS dont la mission initiale était le soutien au développement des compétences dans les services médico-techniques, pour développer les outils pédagogiques nécessaires à l'encadrement des nouveaux collaborateurs et à la formation continue de l'équipe soignante des SU

Les responsables des SU doivent pouvoir bénéficier des formateurs déjà financés pour produire des outils pédagogiques à destination des SU.

Il s'agit ici d'attribuer un volume de temps annuel de formateur au SU pour la réalisation de projets concrets.

Responsabilité: CNS, FHL, Hôpitaux, CNO

Priorité : 1

16.5 Mesure 11 : Sécuriser l'exercice professionnel infirmier en tenant compte de l'évolution des soins en SU

Recommandation 11.1 : Réviser les attributions de l'infirmier afin de tenir compte de l'évolution des pratiques professionnelles au sein du SU

Etant donné que le processus de révision des attributions est déjà engagé, il appartient au Ministère de la Santé de demander à ce que les conclusions de l'étude sur le fonctionnement des services d'urgence soient considérées par l'organe habilité à proposer cette révision. Une liste des actes de soins non prévus dans les attributions se trouve dans le rapport sur les ressources disponibles, chapitre ressources soignantes.

Responsabilité: Ministère de la Santé, FHL, Hôpitaux, CSPS

Priorité : 1

16.6 Mesure 12 : Aménager la planification des personnels sur base de l'organisation choisie de la garde ou de la gestion commune d'équipe

Recommandation 12.1 : Selon le schéma de réorganisation de la garde qui sera choisi, revoir la planification des personnels au CHL-HMU et aux HRS-K-SUA et calculer les dotations nécessaires

Cette nouvelle planification est à prévoir en 2018, afin de déterminer la dotation nécessaire pour 2019, en tenant compte des décisions qui seront prises en CNO pour la norme de dotation soignante.

Responsabilité: CNS, FHL, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 12.2 : Réorganiser la planification du personnel si la décision de fermeture la nuit du site CHEM-NDK est prise

Le CHEM-NDK présentant un ratio très bas de minutes soignantes par patient par heure dans la journée, le personnel soignant aujourd'hui affecté aux postes de nuit devrait être prioritairement affecté de jour afin d'améliorer le ratio de certaines tranches horaires le jour.

Responsabilité: Hôpital, SU

Priorité : 1

Recommandation 12.3 : Dans le cas d'équipes polyvalentes, planifier les personnels avec l'affectation du poste de travail afin de tracer les heures travaillées pour le SU

Lorsque la direction des soins gère l'équipe en maintenant la polyvalence, c'est-à-dire permettre aux infirmiers de travailler soit en policlinique soit en SU, il est attendu que la planification du personnel permette de tracer sur quel service l'infirmier a été affecté et

ce pour les 365 jours de l'année. Cette identification permettra ainsi à l'établissement de fournir les informations requises pour les calculs de ratio ou pour calculer le personnel réel affecté au SU dans le cadre de la CNO.

Responsabilité: FHL, Hôpitaux, SU

Priorité : 1

16.7 Mesure 13 : Limiter l'attribution de charges complémentaires pour les SU non valorisées

Recommandation 13.1 : Décider au niveau du MINSAN le maintien ou non du Registre RETRACE et si il est conservé lui attribuer les ressources nécessaires dans les SU en fonction du temps nécessaire à sa réalisation journalière

La Direction de la santé a introduit le registre RETRACE avec une collecte permanente dans les services d'urgence d'informations spécifiques sur les patients ayant eu un accident ou un traumatisme. Il existe 2 versions de collecte : un set complet et un set minimal de données.

Les informations à collecter ne sont normalement pas toutes collectées dans le cas d'une anamnèse au sein du SU.

Les hôpitaux n'ont pas de plus value particulière avec ce registre. L'utilisation des données collectées par les pouvoirs publics n'est pas connue non plus des hôpitaux.

La décision devrait être prise par le Ministère de la Santé et la Direction de la santé en 2018.

Si la décision est de maintenir le registre RETRACE, un budget à destination des hôpitaux est à prévoir, à raison de 30 minutes par dossier pour le CHL qui fournit le set complet de données pour chaque cas et de 5 minutes par dossier pour les 3 autres hôpitaux qui ne doivent fournir que le set minimal.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 13.2 : Décider du maintien ou non des déclarations canicule

Le Ministère de la Santé et la Direction de la santé doivent décider du maintien ou non des déclarations Canicule. Si cette déclaration est maintenue, ils devraient mettre en place une déclaration électronique qui ne nécessiterait aucune charge de travail au personnel des SU, à savoir l'enclenchement d'un message vers la Direction de la santé avec les informations nécessaires sur la seule saisie par l'infirmier du SU d'un item canicule dans le dossier électronique du patient au SU.

La mise en place de cette communication électronique demande la concertation des SU, des services informatiques hospitaliers et du service informatique du Ministère de la Santé, mais est de principe aisée à réaliser.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Hôpitaux

Priorité : 1

17 Propositions relatives à l'amont du service d'urgence

Domaine 5: Intervenir en amont du service d'urgence			
N°	Mesure	N°	Recommandation
M14	Renforcer les soins de santé primaires afin de réduire l'utilisation du SU par la population pour des soins pouvant être pris en charge par les médecins généralistes ou les médecins pédiatres	R14.1	Développer et mettre en place une politique d'incitation à l'installation de jeunes MG et pédiatres au GDL avec une cible dans les régions les moins bien desservies
		R14.2	Négocier avec le CMG et la SLP la mise en place d'un cadre incitatif et <u>durable</u> pour la création de cabinets de groupe de MG et de pédiatres
		R14.3	Revoir le concept organisationnel des Maisons Médicales adultes, notamment leur positionnement, leur nombre, leurs heures d'ouverture et envisager leur adossement aux hôpitaux, y compris à Luxembourg ville, permettant une orientation des patients après triage par une infirmière d'accueil et d'orientation soit vers le SU soit vers la Maison Médicale, sur base du scoring de gravité et d'une liste d'exclusion
		R14.4	Pendant la période d'insuffisance d'offre en soins de santé primaire dans la journée les jours ouvrables, mettre en place une filière rapide de prise en charge des scores de faible gravité pendant les heures de fermeture de la MM ou de la MMP, au sein du SU dans des locaux dédiés avec une équipe médico-soignante dédiée de 8h à 22h le lundi et de 10h à 22h les autres jours ouvrables, sans en faire de publicité
		R14.5	R14.5 : Permettre aux MG d'avoir un accès à des RDV semi-urgents pour des examens complémentaires en milieu hospitalier afin de ne pas envoyer le patient au SU
		R14.6	R14.6 : Renforcer auprès des parents et de la population le rôle du MG par des campagnes organisées conjointement
N°	Mesure	N°	Recommandation
M15	Informé et éduquer la population afin qu'elle soit en mesure de bien choisir la structure adaptée à ses problèmes de santé. Eduquer les professionnels afin qu'ils soient en mesure de bien orienter les patients	R15.1	Lors de l'enregistrement à la commune, fournir aux citoyens non luxembourgeois une information sur le système de santé, les offres de service, l'utilisation des SU, des MM et de la MMP
		R15.2	Renouveler chaque année des campagnes sur la bonne utilisation des SU, des MM, MMP, sur l'intérêt d'avoir un MG, et sur les répercussions d'une utilisation non appropriée des SU
		R15.3	Organiser la diffusion des messages de bonne utilisation des SU par divers acteurs
		R15.4	Agir auprès des crèches et des écoles pour ne pas inciter les parents à se rendre au SU mais chez leur MG ou pédiatre
		R15.5	Demander aux cabinets médicaux de bien vouloir retirer leurs messages d'orientation vers le SU quand ils sont absents ainsi que demander aux secrétariats médicaux hospitaliers de ne pas orienter vers le SU
		R15.6	Mettre à disposition une application gratuite permettant de trouver un MG libre acceptant de nouveaux patients
		R15.7	Mettre en place pour la population une application d'aide à la décision de se rendre ou non au SU

N°	Mesure	N°	Recommandation
M16	Eviter tant que possible l'hospitalisation des personnes âgées institutionnalisées ou en réseau de soins et préférer l'organisation de leur prise en charge dans leur lieu de vie	R16.1	Introduire dans les maisons de soins un dossier médical standardisé reprenant les antécédents du patient, les pathologies en cours, le traitement en cours, les allergies, afin de faciliter la continuité de la prise en charge médicale et la communication entre professionnels
		R16.2	Permettre au MG de la MM d'accéder au dossier médical du patient lorsqu'il intervient en institution, afin d'avoir accès aux informations utiles (antécédents, traitement, allergies, résultats d'examens complémentaires, histoire de la maladie) et de pouvoir faire une prise en charge circonstanciée en évitant tant que possible une hospitalisation
		R16.3	Introduire une obligation d'organiser la continuité de la prise en charge médicale pour les MG prenant en charge des PA en institution ou en réseau, afin que tout transfert au SU soit validé par un médecin, sauf cas d'urgence vitale
		R16.4	Modifier la législation pour permettre aux maisons de soins et CIPAS d'avoir un dépôt de médicaments géré par un pharmacien de ville par convention, afin de ne pas envoyer les PA au SU par défaut d'accès aux médicaments dans l'institution
		R16.5	Médicaliser certains lits de MdS ou de CIPAS afin de pouvoir pratiquer des soins infirmiers plus élaborés, avec des normes appropriées, une formation spécifique des infirmiers, avec une accessibilité aux médicaments
		R16.6	Organiser avec les laboratoires privés d'analyses médicales qui ont une convention avec les maisons de soins, CIPAS et réseaux la possibilité de réaliser des analyses le weekend afin d'éviter d'envoyer la PA au SU
		R16.7	Organiser dans les maisons de soins et CIPAS des consultations programmées spécialisées de gériatrie
		R16.8	Organiser une garde au sein des réseaux de soins afin de pouvoir gérer des situations à domicile ne nécessitant pas obligatoirement une orientation vers le SU
		R16.9	Développer dans les hôpitaux une polyclinique gériatrique adossée aux services de gériatrie aiguë permettant de faire des bilans programmés pour les PA
N°	Mesure	N°	Recommandation
M17	Améliorer la bonne orientation des patients par le CSU 112	R17.1	Optimiser le processus de régulation du CSU 112 en procédant avec les SU à des contrôles réguliers de l'attribution du moyen de transport par rapport au diagnostic, de la bonne orientation du patient vers la bonne structure et étudier l'intérêt d'organiser une médicalisation de la régulation
		R17.2	Dans le cadre de la réforme du CSU 112 et de la création du CGDIS, clarifier les besoins d'échanges d'informations entre le 112 et les SU, nécessaires pour une bonne orientation du patient, tels que l'interruption du scanner, les lits disponibles dans les services nationaux, les temps d'attente dans les SU,....
		R17.3	Permettre au CSU 112 d'orienter les appelants qui ne relèvent pas du SU, quand la MM est fermée dans la journée, vers les cabinets médicaux selon des règles à définir

17.1 : Domaine 5 : Résultats attendus

Les résultats attendus à moyen terme des interventions menées en amont du SU sont les suivants :

- une réduction du nombre de sollicitations des SU à moyen terme en passant de 540 sollicitations pour 1.000 habitants à 440 sollicitations pour 1.000 habitants,
- une meilleure orientation des sollicitations vers les offres de service en fonction des scores de gravité : diminution de plus de 20 % du pourcentage des scores de très faible gravité dans les SU et augmentation en parallèle de la fréquentation des maisons médicales,
- une augmentation du nombre d'heures de consultation chez les médecins généralistes soit par allongement des périodes de consultation ou par implantation de nouveaux médecins généralistes,
- une meilleure capacité de la population à choisir l'offre de soins adaptée à son besoin de santé,
- des maisons de soins médicalisées permettant de prêter des soins dans l'environnement habituel des personnes âgées sans recourir systématiquement au SU pour le moindre problème de santé.

17.2 Mesure 14 : Renforcer les soins de santé primaires afin de réduire l'utilisation du SU par la population, pour des soins pouvant être pris en charge par les médecins généralistes ou les médecins pédiatres ainsi que les médecins spécialistes libéraux

Recommandation 14.1 : Développer et mettre en place une politique d'incitation à l'installation de jeunes MG et pédiatres au GDL avec une cible dans les régions les moins bien desservies

Tous comme d'autres pays l'ont fait, le Ministère de la Santé en collaboration avec le Ministère de la Sécurité Sociale, l'Université, les représentants des médecins (Collège médical, AMMD), et les communes doivent développer une politique durable d'incitation à l'installation de jeunes médecins. Les incitatifs doivent être forts pour à la fois attirer d'éventuels MG en provenance d'autres pays mais aussi inciter des jeunes à s'orienter vers la formation de médecin généraliste en connaissant déjà les lieux d'implantation potentiels. Les incitatifs peuvent être matériels, financiers, soutien supplémentaire pendant les études, soutien à l'installation,...

Le Ministère de la Santé doit être en mesure de définir le nombre exact de médecins en exercice à ce jour, les caractéristiques démographiques des médecins en place et notamment le renouvellement naturel à prévoir, leur taux d'exercice et dresser la cartographie actuelle des MG et des médecins pédiatres. Il doit calculer le ratio actuel exact de MG par 1.000 habitants et de pédiatres par 1.000 enfants, et ce par canton. Il doit définir le nombre de médecins attendus par 1.000 habitants pour les 15 prochaines années et doit en fonction de la répartition géographique de la population être en mesure de déterminer le nombre de médecins qu'il faudrait soutenir pour une implantation par région.

La question de la régulation de l'implantation est à discuter.

Responsabilité: Ministère de la Santé en collaboration avec le Ministère de la Sécurité Sociale, Direction de la santé, Université, CMG, Collège Médical, AMMD, PFN-SU,

Priorité : 1

Recommandation 14.2 : Négocier avec le CMG et la SLP la mise en place d'un cadre incitatif et durable pour la création de cabinets de groupe de MG et de pédiatres

La médecine de ville a une part de responsabilité à prendre dans les soins non programmés. Elle ne peut pas assurer que des offres de service de soins programmés. De ce fait, la constitution de cabinets de groupe pourrait permettre d'offrir des plages horaires plus étendues pour des soins non programmés normalement pris en charge par les soins de santé primaires. Ces nouvelles offres doivent se faire en journée ainsi que le samedi pour des soins non programmés, c'est à dire des consultations sans rendez-vous préalable. Il pourrait aussi être proposé d'élargir les heures d'ouverture du cabinet de groupe en soirée afin de conserver pour la population une possibilité de voir un MG à proximité, au lieu de recourir au SU. La valorisation financière de cette nouvelle offre de consultation sans rendez-vous pourrait soutenir son développement.

Les visites à domicile doivent continuer à être soutenues et valorisées dans le cadre de cette discussion, car elles évitent des transferts vers le SU, pour certaines catégories de population.

Le CMG et la SLP sont favorables au développement de cabinets de groupe, mais pas dans le cadre d'un projet pilote en raison des investissements à prévoir. En effet, cela induit de rechercher de nouvelles infrastructures en locaux, en secrétariat, en logiciel informatique, ce qui génère des coûts supplémentaires.

En contrepartie, des offres de service plus importantes pourraient être générées et enrichir les soins de santé primaires, avec des cabinets de groupe dans les régions réunissant non seulement les médecins généralistes mais aussi les psychothérapeutes, psychologues, diététiciens, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes,...

Le cadre doit être clairement défini et la question de son financement clairement établie afin que ces cabinets voient le jour dans un délai acceptable.

Le Ministère de la Santé doit être en mesure d'énoncer combien de cabinets de groupe il souhaite voir se créer, dans quelle partie du territoire, avec quelle contrepartie en terme d'offres de service si des mesures incitatives sont attribuées.

Responsabilité: Ministère de la Santé en collaboration avec le Ministère de la Sécurité Sociale, Direction de la santé, CMG, SLP, CNS, Collège Médical, AMMD, PFN-SU,

Priorité : 1

Recommandation 14.3 : Revoir le concept organisationnel des Maisons Médicales adultes, notamment leur positionnement, leur nombre, leurs heures d'ouverture et envisager leur adossement aux hôpitaux, y compris à Luxembourg ville, permettant une orientation des patients après triage par une infirmière d'accueil et d'orientation soit vers le SU soit vers la Maison Médicale, sur base du scoring de gravité et d'une liste d'exclusion

Tout comme à l'étranger, les MM font l'objet de nombreuses critiques dans leur capacité à répondre aux demandes de consultations pendant les heures de fermeture des cabinets de MG. Elles sont peu connues de la population, qui préfère se tourner vers l'hôpital car la durée d'attente ne sera pas obligatoirement moins longue, mais en cas de besoin d'examen complémentaire, l'hôpital présente une plus value car il pourra offrir cette prestation.

Il apparaît plus performant d'adosser la MM à l'hôpital tout en conservant l'indépendance des médecins qui y assurent les consultations, en organisant un triage commun sur base de la grille nationale de triage et si besoin une liste d'exclusion, tel que cela a été mis en place pour la MMP. Dans ce cadre, l'accueil des patients en MM peut se faire en toute sécurité. Cette coopération entre médecine de ville et médecine hospitalière d'urgence peut être profitable, si des protocoles de ré-adressage sont établis tel que cela existe pour la MMP.

Mais il existe des avis divergents sur ce sujet : Le CMG estime que les maisons médicales doivent être à « walking distance » de l'hôpital et que le patient doit choisir seul son orientation. Aux HRS, les médecins urgentistes ne souhaitent pas la MM dans

l'établissement. Dans les autres hôpitaux, il est souhaité d'intégrer la MM dans l'hôpital avec triage par l'IAO.

Si les mesures d'information et de sensibilisation de la population fonctionnent et permettent d'orienter spontanément vers la maison médicale les patients à très faible score de gravité, alors cette recommandation pourrait ne pas être considérée. L'indicateur d'utilisation des SU pendant les périodes d'ouverture de la maison médicale par les patients à score de gravité très faible sera à suivre.

Si tel n'est pas le cas, cette recommandation doit être considérée et une révision du positionnement des MM est à faire.

Le Ministère de la Santé pourrait soutenir le projet d'adosser la MM au sein des deux hôpitaux volontaires (CHL et CHEM) qui de plus ont l'opportunité par les travaux à venir de concevoir un flux adapté aux patients à orienter en MM. Ces locaux pourraient être utilisés par la MM pendant ses heures d'ouverture et en filière rapide pour le SU pendant les heures de fermeture de la MM, car ce type de patientèle se présente aussi en journée au SU lorsqu'elle n'a pas obtenu de rendez-vous non programmé chez un MG.

Responsabilité: Ministère de la Santé en collaboration avec le Ministère de la Sécurité Sociale, la Direction de la santé, le CMG, l'AMMD, la PFN-SU, les hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 14.4 : Pendant la période d'insuffisance d'offre en soins de santé primaire dans la journée les jours ouvrables, mettre en place une filière rapide de prise en charge des scores de faible gravité pendant les heures de fermeture de la MM ou de la MMP, au sein du SU dans des locaux dédiés avec une équipe médico-soignante dédiée de 8h à 22h le lundi et de 10h à 22h les autres jours ouvrables, sans en faire de publicité.

Cette recommandation vise à clarifier les circuits au sein du SU et à développer une filière rapide en journée pour prendre en charge les patients avec un très faible score de gravité. Cela contribue à diminuer l'engorgement des SU, à diminuer les mécontentements et les plaintes. Il est proposé de ne pas faire de publicité autour de cette filière afin de ne pas créer d'offre trop visible. Cette filière pourra être révisée peu à peu au niveau de ses heures d'ouverture s'il s'avérait en fonction de l'ouverture des cabinets de groupe et de l'installation de nouveaux médecins généralistes, que le nombre de cas de ce type de patient diminuait.

La mise en place d'une telle filière rapide nécessite un médecin urgentiste expérimenté et une ressource soignante affectée à cette mission pour garantir

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 14.5 : Permettre aux MG d'avoir un accès à des rendez-vous semi-urgents pour des examens complémentaires en milieu hospitalier afin de ne pas envoyer le patient au SU

Les MG envoient parfois leur patient au SU car ils savent que s'ils prescrivent un examen complémentaire, le rendez-vous pourrait n'être donné que plusieurs semaines voir mois plus tard.

Les services d'imagerie médicale devraient mettre en place un système de plages horaires prioritaires à destination des MG qui adresseraient une demande spécifique au médecin radiologue, suffisamment documentée au niveau clinique, pouvant aboutir à un diagnostic. Le délai devrait être au maximum d'une semaine.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 14.6 : Renforcer auprès des parents et de la population le rôle du MG par des campagnes organisées conjointement

L'accessibilité à la médecine spécialisée et à l'hôpital étant garantie au Luxembourg, la fonction et le rôle du MG dans la chaîne des soins de santé sont largement sous estimés. Il y a lieu de renforcer le positionnement du MG et de promouvoir son importance en raison de sa connaissance globale de la situation de santé du patient, de son environnement socio-familial, de ses capacités. Il doit être ou devenir le 1^{er} interlocuteur du patient avant la décision de s'adresser au SU. Pour cela, le MG doit veiller à garantir la continuité des soins lorsqu'il est absent et à maintenir ses compétences pour bien orienter son patient. Des campagnes en ce sens organisées conjointement entre le Ministère de la Santé et le CMG doivent à la fois mieux sensibiliser la population au rôle du MG et confirmer aux MG leurs responsabilités dans les soins non programmés de leurs patients.

Responsabilité: Ministère de la Santé et CMG

Priorité : 2

17.3 Mesure 15 : Informer et éduquer la population afin qu'elle soit en mesure de bien choisir la structure adaptée à ses problèmes de santé.

Eduquer les professionnels afin qu'ils soient en mesure de bien orienter les patients

Recommandation 15.1 : Lors de l'enregistrement à la commune, fournir aux citoyens non luxembourgeois une information sur le système de santé, les offres de service, l'utilisation des SU, des MM et de la MMP

Il est recommandé de développer des outils d'information papier et électronique dans diverses langues (allemand, français, anglais, portugais) à destination des nouveaux résidents pour expliquer le système de santé et le fonctionnement des SU et des MM.

Cette information devrait être systématiquement fournie dès l'inscription à la commune, au même titre que d'autres informations sur la vie au Luxembourg. Le guichet.lu et le Bierger Center devraient aussi relayer ce type d'information à destination des citoyens. Le Ministère de la Santé, la Direction de la santé, les hôpitaux et leur SU, la SLMU devraient collaborer à la rédaction du contenu de l'outil.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, SLMU, Communes

Priorité : 1

Recommandation 15.2 : Renouveler chaque année des campagnes sur la bonne utilisation des SU, des MM, MMP, sur l'intérêt d'avoir un MG, et sur les répercussions d'une utilisation non appropriée des SU

Le contenu de ces campagnes devrait être validé avec les partenaires au niveau de la PFN-SU.

Divers formats sont à prévoir utilisant les nouveaux médias.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, SLMU, Hôpitaux, PFN-SU

Priorité : 1

Recommandation 15.3 : Organiser la diffusion des messages de bonne utilisation des SU par divers acteurs

Ces campagnes devraient être relayées dans les écoles, l'université afin que les messages puissent s'ancrer chez les jeunes.

La Direction de la santé et les partenaires de la PFN-SU devraient se concerter pour proposer une liste d'acteurs pour la diffusion de ces messages.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, PFN-SU

Priorité : 1

Recommandation 15.4 : Agir auprès des crèches et des écoles pour ne pas inciter les parents à se rendre au SU mais chez leur MG ou pédiatre

Une concertation au niveau des Ministère de la Santé, Ministère de la Famille et du Ministère de l'Education Nationale devrait permettre de diffuser des messages ciblés auprès des crèches et des écoles.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, PFN-SU, Ministère de la Famille, Ministère de l'Education Nationale

Priorité : 2

Recommandation 15.5 : Demander aux cabinets médicaux de bien vouloir retirer leurs messages d'orientation vers le SU quand ils sont absents ainsi que demander aux secrétariats médicaux hospitaliers de ne pas orienter vers le SU

Il s'agit d'une directive à donner par la Direction de la santé et la Direction des hôpitaux. Le CMG et les différentes sociétés luxembourgeoises devraient être impliquées pour relayer ce message. Les médecins libéraux devraient être invités à orienter leurs patients vers un autre collègue en cas de congés ou vers la MM en cas de fermeture du cabinet.

Responsabilité: Direction de la santé, PFN-SU, Hôpitaux,

Priorité : 2

Recommandation 15.6 : Mettre à disposition une application gratuite permettant de trouver un MG libre acceptant de nouveaux patients

Cette application a été développée et mise en test au cours de l'étude.

Il faut en assurer la promotion au sein des MG en premier lieu afin qu'ils y inscrivent leur disponibilité, puis ensuite en assurer la promotion auprès de la population.

Responsabilité: e-Santé et CMG

Priorité : 1

Recommandation 15.7 : Mettre en place pour la population une application d'aide à la décision de se rendre ou non au SU

Il s'agit d'un arbre décisionnel électronique permettant au patient de décider s'il se rend ou non au SU.

La SLMU et les 4 SU devraient être impliqués dans le développement de cette application, qui pourrait ensuite être installée sur divers medias : Portail Santé, site Internet de la SLMU, sites des Hôpitaux, Guichet.lu,...

Responsabilité: e-Santé, CMG, SLMU, SLP, MMP

Priorité : 2

17.4 Mesure 16 : Eviter tant que possible l'hospitalisation des personnes âgées institutionnalisées ou en réseau de soins et préférer l'organisation de leur prise en charge dans leur lieu de vie

Recommandation 16.1 : Introduire dans les maisons de soins un dossier médical standardisé reprenant les antécédents du patient, les pathologies en cours, le traitement en cours, les allergies, afin de faciliter la continuité de la prise en charge médicale et la communication entre professionnels

Afin de soutenir la continuité des soins pour ces patients dépendants, le plus souvent polymorbides, il est recommandé de définir un modèle unique de dossier médical applicable dans l'ensemble des maisons de soins, par tous les médecins agréés.

Ce dossier est à considérer comme un dossier partagé entre professionnels médicaux.

La COPAS, l'Assurance Dépendance, le CMG et le Ministère de la Famille devraient se concerter pour concevoir ce dossier et le mettre en œuvre.

Responsabilité: Assurance Dépendance, COPAS, Ministère de la Famille, CMG

Priorité : 1

Recommandation 16.2 : Permettre au MG de la MM d'accéder au dossier médical du patient lorsqu'il intervient en institution, afin d'avoir accès aux informations utiles (antécédents, traitement, allergies, résultats d'examens complémentaires, histoire de la maladie, dispositions de fin de vie) et de pouvoir faire une prise en charge circonstanciée en évitant tant que possible une hospitalisation

Il s'agit de définir les modalités d'accès, les règles de confidentialité et les droits d'inscription dans le dossier du patient, du MG de la MM.

Responsabilité: Ministère de la Santé, COPAS, CMG

Priorité : 1

Recommandation 16.3 : Introduire une obligation d'organiser la continuité de la prise en charge médicale pour les MG prenant en charge des personnes âgées en institution ou en réseau, afin que tout transfert au SU soit validé par un médecin, sauf cas d'urgence vitale

Le contrat avec le bénéficiaire et la maison de soins devrait prévoir de pouvoir choisir son médecin généraliste mais aussi prévoir l'obligation de recourir à un médecin de remplacement en cas d'absence ou d'indisponibilité de son MG, afin de garantir une continuité des soins.

Il est recommandé d'introduire une organisation collective du remplacement médical au sein des maisons de soins, car la MM ne fonctionne pas 24h sur 24 et ne peut pas répondre aux besoins au cours de la journée. Ceci éviterait d'envoyer des patients au SU faute de pouvoir contacter le médecin généraliste habituel.

Responsabilité: Ministère de la Famille, COPAS, CMG, Assurance Dépendance

Priorité : 1

Recommandation 16.4 : Modifier la législation pour permettre aux maisons de soins et CIPAs d'avoir un dépôt de médicaments géré par un pharmacien de ville par convention, afin de ne pas envoyer les personnes âgées au SU par défaut d'accès aux médicaments dans l'institution

La réflexion était en cours pendant le déroulement de l'étude. Il est recommandé de soutenir cette orientation car cette disposition est nécessaire pour maintenir des personnes âgées dans l'institution avec des traitements qui pourraient aussi être réalisés au domicile si la personne était prise en charge par un réseau de soins. Ceci éviterait des orientations vers le SU pour la seule administration d'un traitement IV temporaire.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Ministère de la Famille, COPAS, Syndicat des pharmaciens

Priorité : 1

Recommandation 16.5 : Médicaliser certains lits de maisons de soins ou de centres intégrés pour personnes âgées afin de pouvoir pratiquer des soins infirmiers plus élaborés, avec des normes appropriées, une formation spécifique des infirmiers et une accessibilité aux médicaments

Pour ce faire, il faut définir le nombre de lits à médicaliser et les normes à appliquer.

Cela impose de définir l'organisation médicale pour ces lits et les normes de personnel à y associer. Des modèles à l'étranger pourraient servir de référence. Il faut aussi établir le cadre de financement de cette disposition.

La CNS et l'AD devraient être associés à l'élaboration d'un tel concept.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Ministère de la Famille, COPAS, CMG, CNS, Assurance Dépendance

Priorité : 2

Recommandation 16.6 : Organiser avec les laboratoires privés d'analyses médicales qui ont une convention avec les maisons de soins, CIPAs et réseaux la possibilité de réaliser des analyses le weekend afin d'éviter d'envoyer la personne âgée au SU

Il s'agit de revoir le cahier des charges avec le laboratoire privé et d'introduire cette disposition.

Responsabilité: COPAS, Laboratoires privés

Priorité : 1

Recommandation 16.7 : Organiser dans les maisons de soins et CIPAs des consultations programmées spécialisées de gériatrie

Ces consultations pourraient permettre de prévenir des situations d'aggravation de l'état général. Elles pourraient avoir lieu 2 fois par mois et elles permettraient au MG de solliciter l'avis du médecin gériatre pour équilibrer un traitement par exemple. L'objectif serait d'éviter le transfert vers l'hôpital et donc aussi d'éviter à la personne âgée fragilisée le traumatisme d'un passage au SU.

Des conventions pourraient être passées entre les maisons de soins, CIPAs et gériatres en partenariat avec les MG intervenant dans les institutions. Les gériatres ne devraient pas remplacer le MG mais intervenir en tant que médecin spécialiste de la personne âgée pour donner un avis au MG.

Responsabilité: Ministère de la Famille, COPAS, Assurance Dépendance, CMG, Société Luxembourgeoise des Médecins Gériatres

Priorité : 1

Recommandation 16.8 : Organiser une garde au sein des réseaux de soins afin de pouvoir gérer des situations à domicile ne nécessitant pas obligatoirement une orientation vers le SU

En l'absence d'une garde de nuit au sein des réseaux, les familles n'ont parfois pas d'autre recours que d'amener leur patient au SU, alors que le problème de soins aurait pu être géré par l'équipe du réseau de soins.

Les réseaux devraient organiser un système de permanence de nuit 365 jours par an. Le territoire à gérer serait à définir en fonction de la fréquence des appels. Il pourrait s'agir d'une astreinte au domicile. Le financement d'une telle garde serait à établir.

Responsabilité: Ministère de la Famille, COPAS, CNS, Assurance Dépendance, Réseaux de soins

Priorité : 2

Recommandation 16.9 : Développer dans les hôpitaux une polyclinique gériatrique adossée aux services de gériatrie aiguë permettant de faire des bilans programmés pour les PA

Cette recommandation est développée dans le domaine 6, recommandation 21.5

Les MG des institutions maisons de soins ou CIPAs pourraient envoyer leurs patients pour des bilans préventifs nécessitant un équipement plus complet ou un avis multidisciplinaire, qui ne pourraient pas être réalisés lors d'une consultation de médecin gériatre au sein de la maison de soins ou du CIPA.

Responsabilité: CNS, Hôpitaux, Gériatres hospitaliers

Priorité : 1

17.5 Mesure 17 : Améliorer la bonne orientation des patients par le CSU 112

Recommandation 17.1 : Optimiser le processus de régulation du CSU-112 en procédant avec les SU à des contrôles réguliers de l'attribution du moyen de transport par rapport au diagnostic, de la bonne orientation du patient vers la bonne structure et étudier l'intérêt d'organiser une médicalisation de la régulation

Il s'agit de s'assurer par des audits réguliers à posteriori de la bonne adéquation entre le moyen de transport et l'état clinique et en cas de problème d'identifier les raisons qui ont engendré une inadéquation.

La même procédure d'audit est réalisée sur l'orientation du patient.

Selon les résultats obtenus à ces audits et les conséquences pour les patients, la question pourrait être posée d'une médicalisation de la régulation du CSU-112.

Responsabilité: Médecins urgentistes des SU, CSU-112, Hôpitaux, Ministère de la Santé, Direction de la santé, Ministère de l'Intérieur

Priorité : 2

Recommandation 17.2 : Dans le cadre de la réforme du CSU-112 et de la création du CGDIS, clarifier les besoins d'échanges d'informations entre le CSU-112 et les SU, nécessaires pour une bonne orientation du patient, tels que l'interruption du scanner, les lits disponibles dans les services nationaux, les temps d'attente dans les SU,....

Cette recommandation vise à améliorer l'information du CSU-112 en temps réel afin de lui permettre d'orienter le patient dans la structure lui offrant les meilleures chances.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Ministère de l'Intérieur, CSU-112, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 17.3 : Permettre au CSU-112 d'orienter les appelants qui ne relèvent pas d'un SU, quand la MM est fermée dans la journée, vers les cabinets médicaux selon des règles à définir

Les règles seront à établir entre le CSU-112 et le CMG et à inscrire dans le texte réglementaire ou conventionnel approprié afin d'officialiser la pratique retenue.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Ministère de l'Intérieur, CSU-112, CMG

Priorité : 1

18 Propositions relatives au processus de prise en charge au sein du SU

Domaine 6 : Processus de prise en charge au service d'urgence			
N°	Mesure	N°	Recommandation
M18	Lisser les pics d'activité liés à la garde dans les SU de Luxembourg-Ville	R18.1	Modifier l'organisation de la garde les jours ouvrables en ouvrant les 2 SU de 7h à 19h, en alternant la garde de nuit selon un modèle compréhensible par la population, en maintenant l'alternance d'un weekend sur 2
		R18.2	Maintenir le SAMU et l'hélicoptère attachés à l'établissement qui assure la garde de nuit
		R18.3	Mettre en place un code de bonne conduite entre les 2 établissements, ainsi que des règles claires pour les ambulances afin de respecter le libre choix du patient et l'accès aux services nationaux sans passer par l'hôpital de garde
		R18.4	Mettre en place une information de la population sur la nouvelle organisation de la garde
		R18.5	Monitorer le changement au niveau de la plateforme nationale SU avec un suivi d'indicateurs
N°	Mesure	N°	Recommandation
M19	Organiser la phase d'observation et de surveillance de certains patients avant de décider de l'orientation	R19.1	Mettre en place au CHdN et aux HRS dès 2018 des lits porte sous la responsabilité des médecins urgentistes permettant une observation d'une durée maximale de 24h (moyenne selon le projet de loi : 12h)
		R19.2	Organiser dans l'hôpital, <u>après analyse d'intérêt</u> , à partir du nombre de lits d'hospitalisation autorisés, la possibilité d'une hospitalisation de courte durée > à 24h et < à 72h en définissant les critères d'admission post-SU ou post lits porte, les critères de sortie, la responsabilité médicale
N°	Mesure	N°	Recommandation
M20	Optimiser la filière de PEC au sein du SU des personnes avec troubles psychiatriques	R20.1	Attribuer aux 4 établissements une équipe de centre de crise psychiatrique capable d'intervenir en SU de jour comme de nuit, de réaliser un entretien psychiatrique avec les patients ayant des troubles psychiatriques, vus préalablement par un médecin urgentiste (2 établissements l'ont déjà)
		R20.2	Organiser la filière de prise en charge des personnes avec troubles psychiatriques avec le centre de crise de psychiatrie permettant juste après la PEC par le médecin urgentiste d'accéder à un infirmier psychiatrique dans les 30 minutes
		R20.3	Former les équipes médico-soignantes des SU à l'accueil d'un patient avec troubles psychiatriques ou handicap mental
		R20.4	Actualiser et diffuser auprès des MG et des SU les offres de service extrahospitaliers psychiatriques afin d'orienter les patients
		R20.5	Développer une accessibilité au SU à la fonction de psychologue et d'assistant social selon les besoins des patients
		R20.6	Disposer de lits d'hospitalisation de courte durée pour surveiller les patients alcoolisés ou intoxiqués (24 à 48h) qui n'iront pas en réanimation
		R20.7	Pour les jeunes avec consommation excessive d'alcool, appliquer les recommandations du Plan National Alcool

			(repérage, intervention brève)
		R20.8	Renforcer les offres de service des réseaux extrahospitaliers de psychiatrie afin de pouvoir orienter les patients
		R20.9	Mettre en place dès que possible la nomenclature des psychothérapeutes et psychologues afin de pouvoir accéder à des offres de service quand la compétence du médecin psychiatre n'est pas obligatoirement requise
N°	Mesure	N°	Recommandation
M21	Optimiser la filière de PEC au sein du SU des personnes âgées de 75 ans et plus	R21.1	Favoriser la constitution d'une équipe médico-soignante ayant des affinités avec la gériatrie pour la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus
		R21.2	Mettre en place une détection systématique au sein des SU de la fragilité des PA de 75 ans et plus avec la grille ISAR
		R21.3	Mettre en place une demande d'avis gériatrique pour des PA de 75 ans et plus nécessitant une hospitalisation post-SU, avec une évaluation gériatrique systématique avec la grille SEGA
		R21.4	Disposer dans les 4 hôpitaux de lits de médecine gériatrique en nombre suffisant pour prendre en charge les PA les plus fragiles
		R21.5	Développer les formes ambulatoires de prise en charge gériatrique (policlinique gériatrique) afin d'augmenter les possibilités de réponse aux besoins des PA
		R21.6	Renforcer dans la formation de base de l'infirmier les compétences pour la prise en charge des PA
		R21.7	Introduire une obligation d'avoir un DSP et un médecin référent pour les bénéficiaires de l'AD afin que le médecin urgentiste du SU puisse consulter les données cliniques antérieures
N°	Mesure	N°	Recommandation
M22	Organiser la filière de prise en charge des urgences pédiatriques	R22.1	Maintenir la MMP et continuer à en améliorer le fonctionnement selon le bilan réalisé
		R22.2	Organiser l'éducation des parents à la gestion des auto-soins aux enfants
		R22.3	Renforcer le rôle des MG et ne pas systématiquement orienter au sein des maternités vers un pédiatre pour le suivi du nouveau-né après le retour au domicile
		R22.4	Garantir une couverture du CHL-CPED par des médecins urgentistes seniors 24h/24, 365 jours /an, en attribuant les moyens appropriés
		R22.5	Orienter les enfants de score de gravité 1,2,3 vers la CHL-CPED. Les scores 4 et 5 pouvant être gérés par les SU si les enfants ont plus de 2 ans et pèsent plus de 10 kgs
		R22.6	Renforcer la compétences des médecins urgentistes dans le domaine de la pédiatrie dans les 3 hôpitaux n'assurant pas le service national d'urgences pédiatriques
		R22.7	Garantir la qualité des transports secondaires médicalisés des 3 hôpitaux vers le centre national CHL-CPED et garantir l'accessibilité au SAMU néonatal
		R22.8	Harmoniser les protocoles médicaux de prise en charge pédiatrique et officialiser les recommandations de bonne pratique par le CSDS
N°	Mesure	N°	Recommandation
M23	Continuer la standardisation des PEC	R23.1	Emettre des recommandations de bonne pratique nationales pour la prise en charge des pathologies

selon recommandations bonne pratique	les de		prévalentes et des pathologies moins fréquentes se présentant au SU, en se basant sur les référentiels internationaux, les faire valider et publier par le CSDS
		R23.2	Mettre en place des revues de pairs avec des experts externes concernant les PEC et la justification des examens complémentaires prescrits au SU
		R23.3	Veiller à maintenir un accès garanti à un scanner pour les SU même si les hôpitaux sont équipés de nouvelles IRM
		R23.4	Avoir la possibilité pour un médecin urgentiste d'accéder à des plages horaires libres en imagerie médicale pour prescrire un examen complémentaire non urgent ou à un plateau de consultations en policlinique à distance dans des délais raisonnables
		R23.5	Obtenir un résultat de laboratoire dans les 45 minutes et un compte rendu d'imagerie médicale dans les 30 minutes après la fin de l'examen
		R23.6	Introduire dans le règlement interne des SU les recommandations de bonne pratique comme outil d'aide à la décision
		R23.7	Mettre en place un encadrement d'un nouveau médecin urgentiste par le médecin urgentiste coordinateur du SU
N°	Mesure	N°	Recommandation
M24	Optimiser l'accessibilité aux PEC spécialisées dans les services nationaux	R24.1	En cas d'impossibilité d'un service national d'accueillir un patient en provenance d'un autre hôpital, donner au médecin urgentiste appelant, toutes les informations utiles pour s'adresser dans un centre à l'étranger
		R24.2	Introduire dans les normes relatives aux services nationaux, que ces derniers organisent des partenariats avec des établissements étrangers dans leur discipline afin de pouvoir transférer des patients dans de bonnes conditions
N°	Mesure	N°	Recommandation
M25	Optimiser le flux des patients au sein du SU et le rendre toujours plus sécuritaire	R25.1	Disposer d'une admission administrative fonctionnelle 24h/24 dans les sites principaux lors de la garde, et éviter de la faire porter par le personnel soignant
		R25.2	Organiser le 1 ^{er} contact infirmier et le 1 ^{er} contact médical (quick look) le plus rapidement possible afin de décider d'une orientation adaptée immédiate dans la bonne filière
		R25.3	Mettre en place une supervision des flux de patients afin de s'assurer que le parcours du patient au SU est fluide, que les interfaces avec le laboratoire ou l'imagerie médicale sont fonctionnelles et sans retard
		R25.4	Garantir que l'infirmière d'accueil et d'orientation ait toujours un médecin urgentiste expérimenté de référence
N°	Mesure	N°	Recommandation
M26	Informier régulièrement les patients et les proches sur les délais qui les concernent, et profiter des temps d'attente pour leur apporter des informations sur le fonctionnement des SU	R26.1	Afficher les temps d'attente directement dans les salles d'attente, les jours les plus chargés, les périodes de la journée les plus chargées
		R26.2	Introduire un système d'information systématique des proches permettant de donner des nouvelles de l'évolution du processus de prise en charge du patient au minimum 1 fois par heure d'attente
		R26.3	Mettre à disposition dans les salles d'attente des outils éducatifs utilisant les nouvelles technologies de l'information relatifs aux auto-soins, au recours à un SU...

N°	Mesure	N°	Recommandation
M27	Améliorer la transmission des informations entre les professionnels	R27.1	Faciliter l'accès du MG et du médecin spécialiste libéral au dossier hospitalier du SU de son patient ou envoyer un compte-rendu structuré
		R27.2	Faciliter l'accès du médecin urgentiste au DSP du patient afin d'accéder au traitement antérieur et aux résultats d'examens complémentaires
		R27.3	Permettre pour le médecin urgentiste un accès 24h/24, 365jrs par an <u>sans intermédiaire</u> aux images radiologiques et au compte-rendu radiologique des examens réalisés antérieurement
N°	Mesure	N°	Recommandation
M28	Raccourcir les délais d'attente d'un avis de médecin spécialiste	R28.1	Développer un ensemble de propositions de solution de télémedecine avec des experts dans ce domaine pour organiser les avis de 2 ^{ème} ligne, pour les ambulanciers du CSU 112
		R28.2	Etablir un cadre juridique et financier avec les représentants des médecins pour encadrer les activités médicales faites en télémedecine
N°	Mesure	N°	Recommandation
M29	Continuer le développement de la sécurité des soins aux patients	R29.1	Identifier les EPR, EI, EIG à déclarer au sein d'un SU
		R29.2	Inciter positivement à la déclaration des EPR, EI, EIG en sensibilisant l'équipe grâce à des techniques pédagogiques virtuelles (ex : chambre des erreurs)
		R29.3	Réaliser des audits entre pairs sur les EI et EIG
N°	Mesure	N°	Recommandation
M30	Prévenir les risques de violence	R30.1	Déporter les demandes de paiement aux patients dans le cadre du SU vers la caisse de l'hôpital
		R30.2	Evaluer les besoins de présence des agents de sécurité près des SU lors de leur fonctionnement, aptes à intervenir, réviser si besoin le cahier des charges et négocier si besoin le budget y afférent avec la CNS
		R30.3	Continuer la formation continue des équipes des SU à la gestion de l'agressivité

18.1 Domaine 6 : Résultats attendus

Il est attendu des recommandations du domaine relatif au processus de prise en charge au service d'urgence que :

- l'activité lors de la garde dans les 2 hôpitaux de la Ville de Luxembourg soit plus stable et homogène sur l'année,
- les médecins urgentistes aient dans les 4 établissements à leur disposition une structure permettant l'observation et la surveillance des patients avant de décider d'un retour à domicile,
- la prise en charge des patients avec troubles psychiatriques soit mieux et plus rapidement coordonnée dans les 30 minutes après le début de la prise en charge médicale avec le centre de crise de psychiatrie,
- la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus nécessitant une hospitalisation soit concertée avec les gériatres,
- la CHL-CPED ait les moyens humains et structurels pour accueillir les urgences pédiatriques tel que défini dans le concept, avec une couverture 24h sur 24, 365 jours par an par un médecin urgentiste senior,

- les prises en charge des patients au SU se fassent selon des recommandations de bonne pratique
- les résultats d'imagerie médicale soient disponibles dans le délai de 30 minutes et les résultats de laboratoire dans le délai de 45 minutes,
- les patients le nécessitant aient accès aux services nationaux ou en cas de saturation à un centre expert à l'étranger dans des délais n'engendrant pas de perte de chance,
- le premier contact avec le patient permette de décider d'une orientation adaptée sans perte de chance pour le patient,
- les patients et leurs proches soient informés sur le processus de la prise en charge et les délais d'attente,
- les médecins urgentistes aient un accès facilité aux dossiers des patients,
- le médecin généraliste soit informé des conclusions du passage au SU de son patient afin de garantir la continuité des soins,
- la surveillance des événements indésirables soit plus ancrée au service d'urgence,
- des solutions de télémédecine soient mises en place pour faciliter les avis des médecins spécialistes de 2^{ème} ligne de garde.

18.2 Mesure 18 : Lisser les pics d'activité liés à la garde dans les services d'urgence de la ville de Luxembourg

Recommandation 18.1 : Modifier l'organisation de la garde les jours ouvrables en ouvrant les 2 SU de 7h à 19h, en alternant la garde de nuit selon un modèle compréhensible par la population, en maintenant l'alternance d'un weekend sur 2

Cette proposition a obtenu le consensus pour être une étape intermédiaire à évaluer, afin de décider éventuellement ensuite d'une ouverture complète des 2 sites 365 jours/an 24h/24.

Cette recommandation pourrait prendre effet en 2019 si les deux hôpitaux finalisent un modèle d'organisation accepté par la Direction de la Santé et si les moyens sont attribués.

Pour mettre en œuvre, il y a lieu de prévoir la planification médicale et soignante sur une hypothèse de fonctionnement qui sera à réajuster dans les 6 mois après le démarrage, car il est difficile de prévoir le comportement de la population.

Sur la base de cette planification, le calcul des dotations sera à faire en tenant compte des décisions qui seront prises dans le cadre de la norme de dotation soignante des services d'urgence

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, CHL, HRS, CSU-112

Priorité : 1

Recommandation 18.2: Maintenir le SAMU et l'hélicoptère attachés à l'établissement qui assure la garde de nuit

Si un seul SAMU est maintenu pour la région Centre, il est proposé de maintenir le modèle d'organisation actuel à savoir que le SAMU et l'hélicoptère soient disposés dans l'établissement qui assure la garde de nuit.

Cette disposition serait à revoir si la décision d'instaurer et d'attribuer à un hôpital un 4^{ème} SAMU était prise par les autorités compétentes.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Ministère de l'Intérieur, CSU-112, CHL, HRS

Priorité : 1

Recommandation 18.3 : Mettre en place un code de bonne conduite entre les 2 établissements, ainsi que des règles claires pour les ambulances afin de respecter le libre choix du patient et l'accès aux services nationaux sans passer par l'hôpital de garde

Le fonctionnement en parallèle de deux hôpitaux de garde sur le territoire de la ville de Luxembourg peut être la source de dysfonctionnements au détriment du patient. C'est pourquoi, il est recommandé d'établir un code de bonne conduite avant la mise en œuvre de la garde parallèle à destination des ambulances.

Il devra être garanti au patient le libre choix d'être adressé à l'un ou l'autre des SU pendant la période ouverte en parallèle, notamment s'il est déjà suivi par l'établissement choisi. Il devra aussi être garanti que le patient sera adressé aux services nationaux sans passage obligatoire par l'hôpital de garde afin de toujours maintenir les délais les plus courts pour accéder à des offres de service très spécialisées.

Responsabilité: PFN-SU, CHL, HRS

Priorité : 1

Recommandations 18.4 : Mettre en place une information de la population sur la nouvelle organisation de la garde

Ce changement de l'organisation de la garde risque de perturber la population d'autant que la phase intermédiaire ne prévoit pas deux hôpitaux de garde 365 jours par an.

Il y a donc lieu de préparer la population à ce changement avant le démarrage. Une campagne d'information devra être lancée conjointement par les 2 établissements et la Direction de la Santé. Les messages devront être clairs et testés préalablement auprès de la population. Elle devra être réalisée en 4 langues afin de couvrir au mieux les différentes populations concernées.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, PFN-SU

Priorité : 2

Recommandations 18.5 : Monitorer le changement au niveau de la plateforme nationale SU avec un suivi d'indicateurs

Afin de pouvoir réajuster si besoin l'organisation de la garde dans la ville de Luxembourg, il est recommandé de définir un set d'indicateurs à suivre par les 2 établissements et à transmettre à la plateforme nationale SU, tous les 3 mois au début, puis tous les 6 mois pendant 2 ans. Ces indicateurs seront à choisir pour leur capacité à détecter des dysfonctionnements et à traduire une amélioration par rapport aux indicateurs 2016 ou aux indicateurs avant le démarrage.

Le nombre d'indicateurs devra être limité et se baser sur des données standardisées au niveau national et structurées.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, CHL, HRS, CSU-112, PFN-SU

Priorité : 2

18.3 Mesure 19 : Organiser la phase d'observation et de surveillance de certains patients avant de décider de l'orientation

Recommandation 19.1 : Mettre en place au CHdN et aux HRS dès 2018 des lits porte sous la responsabilité des médecins urgentistes permettant une observation d'une durée maximale de 24h (moyenne selon le projet de loi : 12h)

Ces deux établissements doivent rédiger le concept d'organisation, prévoir les locaux adaptés et négocier avec la CNS les dotations appropriées en tenant compte de la norme qui sera affectée aux lits porte par la CNO. Cette nouvelle structure doit être affectée à l'observation et la surveillance de patients avant leur retour prévisible à domicile.

Responsabilité: CNS, CHdN, HRS

Priorité : 1

Recommandation 19.2 : Organiser dans l'hôpital, après analyse d'intérêt, à partir du nombre de lits d'hospitalisation autorisés, la possibilité d'une hospitalisation de courte durée > à 24h et < à 72h en définissant les critères d'admission post-SU ou post lits porte, les critères de sortie, la responsabilité médicale

Chaque établissement devrait réaliser une analyse d'intérêt pour la création d'une hospitalisation de courte durée post-SU, en tenant compte des difficultés d'hospitalisation des patients au sein de l'hôpital, du type de patientèle sollicitant le SU et qui pourrait bénéficier de ce type de service, de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés à partir du SU dans les 2 dernières années. Cette analyse devrait être faite avant la prise de décision d'ouverture.

Les lits attribués à cette activité sont à négocier en interne sur la totalité des lits autorisés. Selon le projet de loi sur les établissements hospitaliers, un tel service devra faire l'objet d'une autorisation puisqu'il n'est pas prévu dans la liste des services annexée au projet.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Hôpitaux

Priorité : 2

18.4 Mesure 20 : Optimiser la filière de prise en charge au sein du service d'urgence des personnes avec troubles psychiatriques

Recommandation 20.1 : Attribuer aux 4 établissements une équipe de centre de crise psychiatrique capable d'intervenir en SU de jour comme de nuit, de réaliser un entretien psychiatrique avec les patients ayant des troubles psychiatriques, vus préalablement par un médecin urgentiste

Pour ce faire, la CNO devrait acter une norme de centre de crise de psychiatrie.

L'attribution de cette norme devrait être reliée à la surveillance de 2 indicateurs : le délai d'intervention de l'infirmier psychiatrique, le pourcentage de patients pour lesquels le médecin urgentiste a demandé l'intervention du centre de crise et qui en ont bénéficié.

Responsabilité: CNS, FHL, CNO, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 20.2 : Organiser la filière de prise en charge des personnes avec troubles psychiatriques avec le centre de crise de psychiatrie permettant juste après la PEC par le médecin urgentiste d'accéder à un infirmier psychiatrique dans les 30 minutes

Cette organisation est à concerter entre le service d'urgence et le service de psychiatrie afin de clarifier le processus de prise en charge, le type de prise en charge faite par le SU, le type de prise en charge faite par l'infirmier psychiatrique du centre de crise, le rôle du médecin urgentiste, le rôle du médecin psychiatre, le lieu d'intervention du centre de crise, la documentation de la PEC, les modalités de prise de décision d'orientation du patient. Les indicateurs de suivi seront à définir.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandations 20.3 : Former les équipes médico-soignantes des SU à l'accueil d'un patient avec troubles psychiatriques ou handicap mental

Même s'il est recommandé d'avoir recours au centre de crise de psychiatrie pour les patients avec troubles psychiatriques, l'équipe médico-soignante doit avoir un minimum de compétences pour accueillir ce type de patientèle, gérer la violence verbale pouvant y être associée.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 2

Recommandations 20.4 : Actualiser et diffuser auprès des MG et des SU les offres de service extrahospitaliers psychiatriques afin d'orienter les patients

La Direction de la Santé a publié un document sur les ressources extrahospitalières disponibles dans le domaine de la santé mentale. Celui-ci devrait être accessible aux médecins généralistes et aux médecins urgentistes des SU afin d'orienter les patients qui en relèvent vers certaines de ces structures, lorsque la situation ne relève pas de l'urgence.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Plateforme de santé mentale, Hôpitaux, CMG

Priorité : 2

Recommandation 20.5 : Développer une accessibilité au SU à la fonction de psychologue et d'assistant social selon les besoins des patients

Certains patients sollicitant les SU ont un besoin d'accéder aux prestations d'un psychologue ou d'une assistante sociale. Cet accès peut être postposé et le patient sera adressé vers une structure extrahospitalière ou hospitalière en fonction de son orientation post-SU.

Pour les besoins immédiats en SU qui ne relèvent pas obligatoirement de la psychiatrie, l'accès doit pouvoir être garanti au moins dans les heures ouvrables. La CNO devra intégrer dans les normes de dotation de ces deux fonctionnalités, qu'un certain nombre d'heures par année sont à fournir pour les services d'urgence (ex : assistance aux familles lors de décès d'enfant, violence aux femmes, maltraitance d'enfants...).

Responsabilité: CNS, FHL, CNO, Hôpitaux

Priorité : 2

Recommandation 20.6 : Disposer de lits d'hospitalisation de courte durée pour surveiller les patients alcoolisés ou intoxiqués (24 à 48h) qui n'iront pas en réanimation

Cette recommandation rejoint la recommandation 19.2. Il s'agit ici d'un exemple de patientèle pouvant relever de ce type de structure.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 20.7 : Pour les jeunes avec consommation excessive d'alcool, appliquer les recommandations du Plan National Alcool (repérage, intervention brève)

L'alcoolisation excessive chez les jeunes étant devenu un phénomène fréquent et dangereux, leur passage par un SU doit être une opportunité pour aborder la question avec eux et leurs proches. Le Plan National Alcool prévoit des mesures de détection et une intervention brève afin d'orienter le jeune vers des structures d'aide si nécessaire. L'équipe médico-soignante doit donc être informée sur ces mesures et formées pour les appliquer afin de ne pas laisser un jeune ressortir du SU sans avoir abordé le sujet avec lui.

Responsabilité: Hôpitaux, SU médecins urgentistes

Priorité : 1

Recommandation 20.8 : Renforcer les offres de service des réseaux extrahospitaliers de psychiatrie afin de pouvoir orienter les patients

Il est recommandé de renforcer les liens entre les services d'urgence, les réseaux extrahospitaliers de psychiatrie et la plateforme de santé mentale de la Direction de la santé, afin de pouvoir se concerter sur les besoins des médecins urgentistes pour orienter en extrahospitalier certains types de patients ne relevant pas d'une urgence nécessitant une hospitalisation en psychiatrie mais nécessitant d'être orientés rapidement vers une offre extrahospitalière. Cette concertation devrait aboutir à une meilleure connaissance des offres déjà disponibles et au renforcement de certaines offres afin de répondre au mieux aux besoins de santé mentale de la population.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Plateforme de santé mentale, réseaux extrahospitaliers de santé mentale

Priorité : 2

Recommandation 20.9 : Mettre en place dès que possible la nomenclature des psychothérapeutes et psychologues afin de pouvoir accéder à des offres de service quand la compétence du médecin psychiatre n'est pas obligatoirement requise

Le besoin existe d'orienter les patients vers des psychothérapeutes ou des psychologues car il est difficile d'avoir des rendez-vous chez le psychiatre dans des délais rapprochés. La commission de nomenclature devrait prendre les dispositions nécessaires.

Responsabilité: CNS, commission de nomenclature

Priorité : 2

18.5 Mesure 21 : Optimiser la filière de PEC au sein du SU des personnes âgées de 75 ans et plus

Recommandation 21.1 : Favoriser la constitution d'une équipe médico-soignante ayant des affinités avec la gériatrie pour la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus

Chaque SU devrait disposer d'une équipe plus spécifiquement centrée sur la médecine d'urgence appliquée aux personnes âgées afin de développer le processus de prise en charge à mettre en œuvre, de mettre en place la coordination avec les gériatres et l'équipe mobile de gériatrie, de veiller à la détection de la fragilité, de sensibiliser le reste de l'équipe aux risques spécifiques de la personne âgée aux urgences, de suivre les indicateurs plus spécifiques aux personnes âgées de 75 ans et plus, de développer les contacts avec les établissements d'aides et de soins et les réseaux. L'accès à des formations continues complémentaires devrait être favorisé.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 2

Recommandation 21.2 : Mettre en place une détection systématique au sein des SU de la fragilité des personnes âgées de 75 ans et plus avec la grille ISAR

La détection doit être faite par les infirmiers soit au moment du triage soit lors de la prise en charge dans la salle d'examen. Son résultat doit être retrouvé au dossier du patient. En cas de fragilité détectée pouvant induire des risques, des actions doivent être engagées vers l'équipe mobile de gériatrie en cas d'hospitalisation ou vers le médecin généraliste ou le médecin référent si la personne sort à domicile.

Responsabilité: Hôpitaux, SU

Priorité : 1

Recommandation 21.3 : Mettre en place une demande d'avis gériatrique pour des personnes âgées de 75 ans et plus nécessitant une hospitalisation post-SU, avec une évaluation gériatrique systématique avec la grille SEGA

En cas d'hospitalisation dans un service spécialisé d'une personne âgée de 75 ans et plus, l'avis du médecin gériatre doit être demandé afin de définir en concertation avec le médecin spécialiste la prise en charge globale des comorbidités du patient et de veiller au maintien de l'autonomie.

L'avis gériatrique doit se faire dès la décision d'hospitalisation. Une évaluation avec la grille SEGA doit être faite et intégrée avec l'avis gériatrique dans le dossier du patient.

Responsabilité: Hôpitaux, SU, Gériatres hospitaliers

Priorité : 1

Recommandation 21.4 : Disposer dans les 4 hôpitaux de lits de médecine gériatrique en nombre suffisant pour prendre en charge les personnes âgées les plus fragiles

Tous les hôpitaux devraient disposer de lits de médecine gériatrique sous la responsabilité de médecins gériatres. Leur nombre devrait être déterminé sur base du nombre de personnes de 75 ans et plus hospitalisées par année dans l'établissement. La coordination avec le service d'urgence devrait être établie, ainsi qu'avec les services spécialisés afin de garantir une prise en charge globale. Il doit s'agir de lits actifs et non de lits d'hébergement. Un seuil de DMS doit être fixé pour ce type de lits, en comparaison avec les données à l'étranger. Pour ces lits, il doit être possible d'avoir recours aux assistants sociaux. Ils faut aussi entretenir des coopérations avec les établissements d'aides et de soins et avec les réseaux de soins à domicile.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Hôpitaux, Gériatres hospitaliers

Priorité : 2

Recommandation 21.5 : Développer les formes ambulatoires de prise en charge gériatrique (policlinique gériatrique) afin d'augmenter les possibilités de réponse aux besoins des personnes âgées

Tous les problèmes de santé des personnes âgées adressées aux SU ne relèvent pas obligatoirement d'une prise en charge en urgence. Certains pourraient faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire. D'autres pourraient être anticipés par un bilan à réaliser en ambulatoire auprès d'un médecin gériatre.

Il est recommandé de créer au sein des hôpitaux une polyclinique gériatrique associant plusieurs types de compétences dont prioritairement le médecin gériatre et l'infirmière de l'équipe mobile de gériatrie, mais aussi d'autres spécialités médicales et soignantes pour réaliser des bilans permettant de réorienter les traitements et prise en charge. Dans ce cadre, pourraient être aussi revu l'ensemble des prescriptions médicamenteuses qui peuvent être à l'origine d'interactions médicamenteuses nocives.

Responsabilité: Hôpitaux, SU, Gériatres hospitaliers, CNS

Priorité : 1

Recommandation 21.6 : Renforcer dans la formation de base de l'infirmier les compétences pour la prise en charge des PA

La prise en charge de la personne âgée existe dans la formation de base de l'infirmier. Cependant un focus plus important devrait être fait au sein de chacune des spécialités médicales abordées afin de permettre au futur soignant d'être plus sensibilisé aux risques conjugués de la pathologie et de l'âge.

La détection des risques de fragilité devrait être acquise en cours de formation.

La prévention des risques chez les personnes âgées devrait être une cible de formation permanente.

Un stage en médecine gériatrique ainsi que dans les établissements d'aides et de soins devrait être obligatoire.

Une revue des programmes de formation sous cet angle et une adaptation si nécessaire devraient être réalisées à cet effet entre les professionnels de la gériatrie, les représentants du Lycée Technique des Professions de Santé et du MEN, ainsi que des représentants du Conseil Supérieur des Professions de Santé.

Responsabilité: LTPS, CSPS, Hôpitaux, Ministère de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur

Priorité : 2

Recommandation 21.7 : Introduire une obligation d'avoir un Dossier de Soins Partagé (DSP) et un médecin référent pour les bénéficiaires de l'Assurance Dépendance (AD) afin que le médecin urgentiste du SU puisse consulter les données cliniques antérieures

Les personnes bénéficiant de l'AD ont le plus souvent un parcours clinique complexe. Lorsqu'elles sollicitent le SU, il devrait être possible pour le médecin urgentiste d'accéder aux informations médicales antérieures afin de réaliser une anamnèse complète et sans risque pour le diagnostic.

Mais pour cela, il faut que chaque bénéficiaire de l'AD ait un DSP ce qui n'est pas le cas à ce jour. L'attribution de l'AD devrait être assortie de l'obligation d'avoir un DSP et un médecin référent. Le médecin urgentiste devrait pouvoir avoir un accès autorisé au DSP lorsque la personne sollicite le SU. L'obligation d'avoir un médecin référent permettrait de retrouver dans le DSP une évaluation régulière de la situation clinique du patient, ses antécédents, ses traitements en cours.

Responsabilité: Assurance Dépendance, CNS, COPAS, CMG

Priorité : 2

18.6 Mesure 22 : Organiser la filière de prise en charge des urgences pédiatrique

Recommandation 22.1 : Maintenir la MMP et continuer à en améliorer le fonctionnement selon le bilan réalisé

Le bilan du fonctionnement de la MMP a fait apparaître quelques améliorations possibles :

- lien informatique à réaliser entre l'admission administrative et GECAMED,
- indemnisation des médecins pour les impayés en mettant en place un tiers réellement garant, sans formalités administratives complémentaires,
- éducation parentale pour une bonne utilisation de la MMP,
- financement de la prestation de triage réalisée par le CHL au profit de la MMP,
- indemnisation des astreintes à domicile des médecins pédiatres pour l'organisation d'une 2^{ème} consultation en parallèle lors des grandes périodes d'épidémie.

Responsabilité: Ministère de la Santé, MMP, SLP, CHL

Priorité : 2

Recommandation 22.2 : Organiser l'éducation des parents à la gestion des auto-soins aux enfants

Il est constaté que les parents sollicitent la MMP ou le SU pour de légers problèmes de santé qui ne sont pas urgents et qu'ils auraient pu gérer eux-mêmes s'ils avaient été éduqués pour le faire.

Il est recommandé de mettre en place des programmes d'éducation parentale aux auto-soins de leurs enfants à dispenser par les maternités, les services de pédiatrie, à mettre à disposition chez les pédiatres, chez les médecins généralistes, ainsi que dans les hôpitaux, les centres de santé ou de prévention du pays, les communes. Ces programmes pourraient être virtuels, accessibles pour tous nouveaux parents. Dans ce cadre devrait être développé un arbre décisionnel permettant aux parents de savoir quand s'adresser à la MMP ou au SU, quand attendre une consultation avec son médecin généraliste ou le médecin pédiatre. Ils devraient être accessibles via les sites internet des hôpitaux, de la SLP, du CMG, du Portail Santé.

La SLP, le CMG, la Direction de la santé, les hôpitaux avec leur SU, leur service de pédiatrie et leur maternité devraient associer leurs compétences pour proposer de tels programmes.

Responsabilité: Ministère de la Santé, MMP, SLP, CHL

Priorité : 2

Recommandation 22.3 : Renforcer le rôle des médecins généralistes (MG) et ne pas systématiquement orienter au sein des maternités vers un pédiatre pour le suivi du nouveau-né après le retour au domicile

Un médecin généraliste possède les compétences nécessaires au suivi de santé d'un enfant ne présentant pas de pathologies chroniques. Une coopération doit donc être entretenue entre les médecins spécialistes en pédiatrie et les médecins généralistes, d'autant que la démographie des médecins pédiatres ne leur permet pas de répondre à tous les besoins. Le MG doit pouvoir transférer vers le médecin pédiatre lorsque la problématique de santé de l'enfant dépasse ses compétences. Le médecin pédiatre intervient alors en tant que spécialiste.

Cette dynamique de collaboration doit être soutenue à plusieurs niveaux :

- campagne conjointe de la SLP et du CMG auprès de la population pour bien identifier le rôle de chacun,
- campagne de la Direction de la santé sur la surveillance de la santé de l'enfant,
- orientation des parents au sein des maternités en fonction de l'état de santé à la naissance, de la situation à risque familial, des antécédents familiaux.

Les maternités doivent être sensibilisées à équilibrer leurs conseils aux parents et à ne pas systématiquement orienter les parents vers un suivi normal de l'enfant par un médecin pédiatre.

Responsabilité: Ministère de la Santé, SLP, Hôpitaux, Maternité, CMG

Priorité : 2

Recommandation 22.4 : Garantir une couverture du CHL-CPED par des médecins urgentistes seniors 24h/24, 365 jours /an, en attribuant les moyens appropriés

Etant donné le projet de loi sur les établissements hospitaliers qui donnera au CHL-CPED la mission de service national d'urgences pédiatriques, la couverture par un médecin urgentiste senior 24h sur 24, 365 jours par an devra être mise en place à court terme. Ceci nécessite d'augmenter les dotations actuelles en médecin urgentiste expérimenté en pédiatrie et de trouver les modalités pour les financer. Le CHL devra préparer ce dossier en calculant les ressources appropriées, pour le soumettre aux autorités compétentes. Les modalités de financement devront couvrir les dépenses engagées (salaires, charges sociales, formation continue).

Responsabilité: Ministère de la Santé, Ministère de la Sécurité Sociale, CNS, CHL, Commission de nomenclature

Priorité : 1

Recommandation 22.5 : Orienter les enfants de score de gravité 1,2,3 vers le CHL-CPED. Les scores 4 et 5 pouvant être gérés par les SU si les enfants ont plus de 2 ans et pèsent plus de 10 kgs

Le projet de loi sur les établissements hospitaliers prévoit que les enfants de moins de 2 ans et de moins de 10 kgs soient pris en charge par le CHL-CPED. Il est recommandé que les enfants ayant un score de gravité 1,2,3 sur l'échelle ETG validée pour la pédiatrie et appliquée informatiquement, soient aussi adressés vers le CHL-CPED.

Les autres enfants pouvant être pris en charge par les SU dans les autres hôpitaux, si le médecin urgentiste se sent compétent pour répondre à la demande.

Cette organisation nécessite de revoir au niveau structurel les locaux du CHL-CPED afin d'être en mesure d'absorber cette activité.

Tous les services d'urgence du pays devraient appliquer un triage des enfants avec la grille ETG pédiatrique sur informatique.

Les ambulances devraient aussi être informées de cette organisation afin d'orienter correctement les enfants.

Des campagnes devraient sensibiliser les parents sur cette organisation.

Le nombre de lits porte pédiatriques devra aussi être réévalué à la lumière de cette organisation.

La dotation en personnel soignant devra tenir compte de cette évolution des activités.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 22.6 : Renforcer la compétences des médecins urgentistes dans le domaine de la pédiatrie dans les 3 hôpitaux n'assurant pas le service national d'urgences pédiatriques

Les médecins urgentistes ont exprimé des appréhensions à gérer les urgences pédiatriques.

Une collaboration plus intense pourrait être mise en place entre la SLP, le CHL-CPED et les médecins urgentistes des adultes afin d'organiser des symposiums réguliers sur la prise en charge actualisée des urgences pédiatriques très fréquentes.

Des recommandations de bonne pratique spécifiques à la pédiatrie, accessibles par Internet aux médecins urgentistes des adultes sécuriseraient leur pratique.

Le CHL-CPED et la SLP devraient être les moteurs du développement de ces recommandations.

Responsabilité: Hôpitaux, SLMU, SU médecins urgentistes, CHL-CPED, SLP

Priorité : 2

Recommandation 22.7 : Garantir la qualité des transports secondaires médicalisés des 3 hôpitaux vers le centre national CHL-CPED et garantir l'accessibilité au SAMU néonatal

Cette recommandation n'est pas spécifique à la pédiatrie. Elle est traitée pour l'ensemble des situations dans le Domaine 7, recommandation 32.2

Responsabilité: Ministère de la Santé, CSU-112, FHL

Priorité : 1

Recommandation 22.8 : Harmoniser les protocoles médicaux de prise en charge pédiatrique et officialiser les recommandations de bonne pratique par le CSDS

Il existe très peu dans les SU de recommandations de bonne pratique sur les pathologies prévalentes en urgence pédiatrique, ni même sur les pathologies plus rares.

Afin de garantir aux enfants une prise en charge actualisée selon les données de la science, il y a lieu d'avoir au Luxembourg des recommandations dans ce domaine approuvées par le Conseil Scientifique dans le Domaine de la Santé (CSDS).

Le CHL-CPED et la SLP devraient être les moteurs de propositions à soumettre au CSDS.

Ces référentiels permettraient d'aboutir grâce à des revues de pair régulières à une harmonisation des pratiques.

Responsabilité: SLP, CHL-CPED, CSDS

Priorité : 2

18.7 Mesure 23 : Continuer la standardisation des PEC selon les recommandations de bonne pratique

Recommandation 23.1 : Emettre des recommandations de bonne pratique nationales pour la prise en charge des pathologies prévalentes et des pathologies moins fréquentes se présentant au SU, en se basant sur les référentiels internationaux, les faire valider et publier par le CSDS

Il est constaté que la mise en place de référentiels de bonne pratique améliore la qualité des prises en charge. Cela existe pour l'AVC, les IDM, les polytraumatisés. Il paraît judicieux de continuer avec d'autres pathologies.

La SLMU pourrait exercer le leadership pour faire avancer ce travail. Il s'agit non pas d'inventer des recommandations de bonne pratique pour le Luxembourg mais de reprendre les travaux scientifiques réalisés à l'étranger et de juger de leur application ou nécessaire adaptation pour la pratique au Luxembourg.

Il faudrait ensuite les soumettre au CSDS pour approbation.

Cela permettrait d'avoir des recommandations uniques au niveau national, accessibles aux médecins urgentistes en temps réel par Internet et de mutualiser les ressources.

Responsabilité: SLMU, CSDS

Priorité : 2

Recommandation 23.2 : Mettre en place des revues de pairs avec des experts externes (si besoin) concernant les prises en charge et la justification des examens complémentaires prescrits au SU

Il a été démontré à l'étranger que les revues de pairs sont un excellent outil de développement de la qualité des prestations médicales. Cet outil pourrait être utilisé aussi en médecine d'urgence. Il ne doit pas être utilisé seulement en cas de plainte ou de décès, mais être utilisé de manière régulière et positive en utilisant des cas complexes ou des cas simples.

L'objectif de ces revues de pairs est de s'interroger sur l'application au terrain des recommandations de bonne pratique ainsi que sur la justification de demande d'examens complémentaires, notamment des actes d'imagerie médicale à rayons ionisants tels que les scanners.

La revue de pairs peut se faire avec ou sans expert externe.

Responsabilité: Hôpitaux, SU médecins urgentistes, SLMU

Priorité : 2

Recommandation 23.3 : Veiller à maintenir un accès garanti à un scanner pour les SU même si les hôpitaux sont équipés de nouvelles IRM

Dans tous les pays, malgré l'avènement de l'IRM, le scanner reste un examen d'usage en SU pour établir un diagnostic rapide. Bien entendu cela ne remet pas en cause la politique de diminution d'irradiation de la population qui vise à ce que chaque scanner soit médicalement justifié.

Au Luxembourg, il a été choisi d'équiper les hôpitaux de nouvelles IRM, cependant il faut veiller à maintenir aux SU un accès garanti au scanner dans le délai approprié aux cas cliniques : immédiat pour les scores de gravité 1 ou 2, 45 minutes pour les scores 3.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Ministère de la Sécurité Sociale, Direction de la santé, Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 23.4 : Avoir la possibilité pour un médecin urgentiste d'accéder à des plages horaires libres en imagerie médicale pour prescrire un examen complémentaire non urgent ou à un plateau de consultations en polyclinique à distance dans des délais raisonnables

Tous les patients sollicitant les SU ne nécessitent pas obligatoirement un examen complémentaire immédiat pendant leur passage. Le médecin urgentiste devrait avoir la possibilité d'accéder à des plages de rendez-vous à distance dans des délais raisonnables afin de faire sortir le patient du SU avec un rendez-vous planifié et une lettre pour le médecin généraliste.

Ceci concerne surtout les états cliniques chroniques ou non aigus. Cela s'applique surtout aux examens d'imagerie médicale ou à certaines explorations en polyclinique. Cela permettrait de raccourcir certaines durées de présence de patients et surtout éduquerait la population en ne donnant pas l'habitude de venir au SU pour avoir facilement et immédiatement un examen complémentaire.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 23.5 : Obtenir un résultat de laboratoire dans les 45 minutes et un compte rendu d'imagerie médicale dans les 30 minutes après la fin de l'examen

Une attente supérieure à ces seuils témoigne d'un dysfonctionnement qu'il faut réguler.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 23.6 : Introduire dans le règlement interne des SU les recommandations de bonne pratique comme outil d'aide à la décision

Cette recommandation vise à sensibiliser tout médecin urgentiste à l'existence des recommandations de bonne pratique et l'invite à s'en servir. Cela bien entendu n'enlève pas au médecin sa liberté thérapeutique, mais l'amène à être en mesure d'argumenter toute différence avec une recommandation de bonne pratique.

Responsabilité: Hôpitaux, SU médecins urgentistes

Priorité : 2

Recommandation 23.7 : Mettre en place un encadrement d'un nouveau médecin urgentiste par le médecin urgentiste coordinateur du SU

L'arrivée dans une nouvelle structure nécessite un encadrement pour gagner en efficacité et éviter les risques injustifiés. Tout comme un encadrement est nécessaire pour les soignants, un encadrement est à prévoir pour le nouveau médecin urgentiste afin de lui permettre de découvrir l'organisation médicale, le formulaire thérapeutique, les recommandations de bonne pratique disponibles, le système de documentation, les classifications et grilles utilisées,... Cet encadrement est à faire par le médecin coordinateur du SU et non par les soignants.

Responsabilité: Hôpitaux, SU médecins urgentistes, SLMU

Priorité : 2

18.8 Mesure 24 : Optimiser l'accessibilité aux PEC spécialisées dans les services nationaux

Recommandation 24.1 : En cas d'impossibilité d'un service national d'accueillir un patient en provenance d'un autre hôpital, donner au médecin urgentiste appelant, toutes les informations utiles pour s'adresser dans un centre à l'étranger

Le service national contacté doit, s'il ne peut pas accueillir un patient en raison uniquement de sa saturation, donner au médecin urgentiste demandeur des informations sur plusieurs centres à l'étranger susceptibles d'accueillir ce type de patient.

Cela impose que le service national tienne à jour une liste de centres étrangers dans les 3 pays limitrophes (Belgique, Allemagne, France) avec lesquels il collabore et éventuellement à signer des conventions, qu'il connaisse les compétences disponibles dans ces centres pour bien conseiller le médecin urgentiste, et qu'il dispose du nom de médecins vers lesquels le médecin urgentiste peut s'orienter ainsi que des numéros d'appel.

Responsabilité: Hôpitaux concernés

Priorité : 1

Recommandation 24.2 : Introduire dans les normes relatives aux services nationaux, que ces derniers organisent des partenariats avec des établissements étrangers dans leur discipline afin de pouvoir transférer des patients dans de bonnes conditions

Lorsque le Ministre de la Santé autorise un service national, il doit veiller à ce que le projet d'établissement contienne les partenariats avec des centres étrangers.

Il doit aussi donner obligation au service national de fournir des informations précises aux médecins demandeurs pour orienter un patient à l'étranger lorsqu'il n'est pas en mesure d'accueillir lui-même ce patient pour cause de saturation.

Les partenariats doivent être établis dans les 3 pays frontaliers afin de donner de meilleures chances de succès lors de la recherche d'une prise en charge urgente.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Hôpitaux concernés

Priorité : 1

18.9 Mesure 25 : Optimiser le flux des patients au sein du SU et le rendre toujours plus sécuritaire

Recommandation 25.1 : Disposer d'une admission administrative fonctionnelle 24h/24 dans les sites principaux lors de la garde, et éviter de la faire porter par le personnel soignant

Il est recommandé d'avoir un processus d'admission administrative le plus court possible en supprimant les étapes inutiles. Les jours de garde cette admission administrative doit être fonctionnelle pendant les heures d'ouverture de la garde. Les patients ne doivent jamais se trouver devant une porte des SU fermée, sans avoir d'interlocuteur pour les guider et les accueillir.

Les soignants ne doivent pas avoir à réaliser l'admission administrative, leur mission étant autre.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 25.2 : Organiser le 1^{er} contact infirmier et le 1^{er} contact médical (quick look) le plus rapidement possible afin de décider d'une orientation adaptée immédiate dans la bonne filière

Il y a des opinions divergentes sur la fonction de greeter entre les établissements hospitaliers. Cependant, il est recommandé que le « quick look » soit fait par un infirmier le plus vite possible après l'arrivée du patient au SU.

Responsabilité: Hôpitaux, FHL, CNS, CNO

Priorité : 1

Recommandation 25.3 : Mettre en place une supervision des flux de patients afin de s'assurer que le parcours du patient au SU est fluide, que les interfaces avec le laboratoire ou l'imagerie médicale sont fonctionnelles et sans retard

Le flux des patients présents peut être parfois de 50 patients en même temps par heure, ce qui génère un risque que des parcours patients soient plus longs que prévus, que des interfaces ne fonctionnent pas de manière optimale. C'est pourquoi il est recommandé de mettre en place comme à l'étranger un gestionnaire de flux qui assure la supervision des parcours patients, qui règle les problèmes de coordination d'équipes, d'interfaces avec les services cliniques, d'interface avec les services support tel que le nettoyage d'une salle d'examen pour pouvoir entrer dans les meilleurs délais le patient suivant.

L'objectif est qu'aucun temps ne soit perdu dans le parcours patient, afin qu'il soit le plus efficient possible.

Responsabilité: Hôpitaux, FHL, CNS, CNO

Priorité : 1

Recommandation 25.4 : Garantir que l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) ait toujours un médecin urgentiste expérimenté de référence

L'IAO doit avoir à tout moment la possibilité de consulter un médecin urgentiste expérimenté désigné à cet effet pour toute question relative au triage des patients. Cela oblige les SU à désigner l'un des médecins urgentistes lorsqu'ils sont plusieurs sur la même tranche horaire à exercer le rôle de référent.

Responsabilité: Hôpitaux, SU

Priorité : 1

18.10 Mesure 26 : Informer régulièrement les patients et les proches sur les délais qui les concernent, et profiter des temps d'attente pour leur apporter des informations sur le fonctionnement des SU

Recommandation 26.1 : Afficher les temps d'attente directement dans les salles d'attente, les jours et les périodes de la journée les plus chargés

Une application électronique devrait pouvoir offrir au patient une information en temps réel sur son délai d'attente avant d'entrer en salle d'examen. Cette application devrait tenir compte du score de gravité du patient, et de la liste d'attente par score de gravité.

Des explications devraient être fournies sur les télévisions en salle d'attente sur le triage des patients, l'utilité du triage et l'importance de faire passer en premier les cas les plus graves, sur les temps d'attente moyens comparés à l'étranger, sur les jours les plus chargés, sur les horaires les plus chargés, sur le processus normal de prise en charge, sur les délais incompressibles ...

Ces informations ont pour but de préparer la population à une attente obligatoire et lui permettre de comprendre les règles de priorité.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 26.2 : Introduire un système d'information systématique des proches permettant de donner des nouvelles de l'évolution du processus de prise en charge du patient au minimum 1 fois par heure d'attente

Il n'est pas toujours possible de faire entrer un proche dans la salle d'examen. Cependant, il est recommandé pour diminuer les sollicitations de l'équipe médico-soignante par les proches, d'organiser un système d'information systématique des proches dès que le patient est entré dans la salle d'examen. Une information au minimum par heure de présence en salle d'examen permet de diminuer l'anxiété et donne le sentiment aux proches que le parcours du patient avance et qu'il est pris en charge. Cette information peut se faire soit oralement par un membre de l'équipe médico-soignante, soit par la possibilité de consulter dans la salle d'attente une application électronique en tapant le numéro de référence du patient (ticket d'admission) en veillant à la possibilité de se connecter en plusieurs langues. Cette 2^{ème} solution impose d'avoir des bornes d'accès dans les salles d'attente suffisamment nombreuses pour permettre un accès à tous. Cette application doit être très facile d'utilisation et conviviale. Les informations sur le parcours du patient doivent y être insérées automatiquement dès que le soignant en salle inscrit les informations dans le dossier du patient. Toutes les informations ne doivent pas y être transcrites mais celles du type : analyse de laboratoire faite, attente de résultat, scanner demandé, patient parti au scanner, scanner réalisé, attente du résultat, demande l'avis du médecin cardiologue, sortie à domicile décidée...

Responsabilité: Hôpitaux, SU, FHL, CNS, CNO

Priorité : 1

Recommandation 26.3 : Mettre à disposition dans les salles d'attente des outils éducatifs utilisant les nouvelles technologies de l'information, relatifs aux auto-soins, au recours à un SU...

Le temps d'attente entre l'admission administrative et le triage, puis entre le triage et l'entrée en salle d'examen doit être mis à profit et considéré comme un temps privilégié pour éduquer la population présente.

Pour cela des programmes d'éducation doivent être développés et insérés sur les télévisions dans les différentes salles d'attente. Les thèmes doivent être prioritairement centrés sur l'utilisation des SU, des maisons médicales, sur les auto-soins pour gérer des problèmes de santé mineurs, sur les signes cliniques qui doivent alerter et amener à se rendre rapidement au SU,...

Ces programmes devraient être mutualisés entre les 4 services d'urgence. La FHL pourrait en assurer la coordination. L'association dans ce projet d'un professionnel ayant une expérience en éducation à la santé et en communication permettrait de bien cibler les messages à transmettre. La SLMU devrait aussi être partenaire du développement de ces programmes. La Direction de la santé avec sa division de la médecine préventive pourrait y contribuer.

Responsabilité: Hôpitaux, SU, Direction de la santé, FHL, SLMU

Priorité : 2

18.11 Mesure 27 : Améliorer la transmission des informations entre les professionnels

Recommandation 27.1 : Faciliter l'accès du médecin généraliste ou du médecin spécialiste libéral au dossier hospitalier du SU de son patient ou envoyer un compte-rendu structuré du passage

L'accès du médecin généraliste ou spécialiste libéral aux informations relatives au passage de son patient dans le SU doit être garanti en temps réel. Pour ce faire, deux solutions sont proposées :

- éditer une lettre de sortie du SU, structurée, qui reprend de manière automatisée les informations saisies par le médecin urgentiste dans le dossier du patient. Le modèle type de lettre de sortie doit être défini avec les médecins urgentistes. L'application du dossier patient électronique du SU doit prévoir cette plus value pour le médecin urgentiste,
- donner aux médecins généralistes ou spécialistes libéraux la possibilité d'accéder au dossier électronique hospitalier du patient en SU, pour leurs seuls patients, par le biais d'un envoi d'email sécurisé, si le patient a donné son accord pour que le médecin soit informé, les informant que leur patient est venu au SU et qu'ils peuvent consulter l'application.

La mise en place de cette recommandation nécessite la coopération des services informatiques hospitaliers et de Lux-ITH si nécessaire.

Responsabilité: Hôpitaux, CMG

Priorité : 1

Recommandation 27.2 : Faciliter l'accès du médecin urgentiste au DSP du patient afin d'accéder au traitement antérieur et aux résultats d'examens d'imagerie

Il est recommandé de permettre au médecin urgentiste de pouvoir accéder au DSP du patient si celui-ci en possède un et sollicite le SU, afin de pouvoir consulter les antécédents, les traitements antérieurs, les résultats de laboratoire antérieurs, les comptes-rendus d'examens complémentaires antérieurs. Ceci a pour objectif de ne pas refaire inutilement des examens au patient, de sécuriser la prise en charge en tenant compte des informations cliniques antérieures.

Cet accès devrait pouvoir se faire sans demande d'autorisation particulière, certains patients n'étant pas en mesure de donner leur autorisation d'accès.

Cette recommandation est à concerter avec l'agence e-Santé.

Responsabilité: Hôpitaux, e-Santé

Priorité : 1

Recommandation 27.3 : Permettre pour le médecin urgentiste un accès 24h/24, 365jrs par an sans intermédiaire aux images radiologiques et au compte-rendu des examens radiologiques réalisés antérieurement

Afin d'éviter de refaire au SU des examens complémentaires d'imagerie médicale redondants, il faut permettre au médecin urgentiste d'accéder en temps réel et non en temps différé aux images et aux comptes-rendus des examens d'imagerie médicale faits dans un autre établissement hospitalier et ce 365 jours par an, 24h 24. Ceci demande des adaptations de l'application ANIM-LU qui aujourd'hui ne permet qu'un accès sur demande aux heures et jours ouvrables.

Responsabilité: Hôpitaux, e-Santé, Lux-ITH, SU médecins urgentistes

Priorité : 1

18.12 Mesure 28 : Raccourcir les délais d'attente d'un avis de médecin spécialiste

Recommandation 28.1 : Développer un ensemble de propositions de solutions de télémédecine avec des experts dans ce domaine pour organiser les avis de 2^{ème} ligne, pour les ambulanciers du CSU 112

Il s'agit ici d'identifier toutes les solutions de télémédecine existantes qui permettraient à un médecin spécialiste dans son cabinet de consulter des résultats d'exams, de lire des tracés, de voir le comportement d'un patient dans la salle d'examen, d'interroger à distance le patient en présence du médecin urgentiste et d'un soignant.

Ceci permettrait de décider plus rapidement de l'orientation du patient, sortie à domicile, hospitalisation ou transfert vers une autre institution.

Cette recherche de solutions devrait se faire avec des experts dans le domaine de la télémédecine et ce pour l'ensemble des 4 SU. L'agence e-Santé devrait être impliquée dans cette démarche, ainsi que Lux-ITH, les services informatiques des hôpitaux ainsi que les médecins urgentistes et les médecins spécialistes concernés.

Certaines solutions pourraient concerner les ambulanciers du CSU-112 afin de pouvoir décider de la bonne orientation.

Responsabilité: Hôpitaux, SU médecins urgentistes, e-Santé, Medetel, CSU-112, Lux-ITH

Priorité : 2

Recommandation 28.2 : Etablir un cadre juridique et financier avec les représentants des médecins pour encadrer les activités médicales faites en télémédecine

Les activités de télémédecine ne bénéficient à ce jour d'aucun encadrement légal et ne sont pas reprises dans la nomenclature des actes médicaux.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Ministère de la Sécurité Sociale, CNS, Collège médical, AMMD

Priorité : 2

18.13 Mesure 29 : Continuer le développement de la sécurité des soins aux patients

Recommandation 29.1 : Identifier les événements indésirables (EI) et les événements indésirables graves (EIG) à déclarer au sein d'un SU

Il n'existe pas de liste nationale des EI et EIG à déclarer dans les SU. Celle-ci devrait être établie avec la Direction de la santé, les Directions des hôpitaux, les gestionnaires de risque et les équipes médico-soignantes des SU.

Tous les SU devraient utiliser la même liste.

Le choix des risques à surveiller devrait permettre une comparaison internationale.

Responsabilité: Hôpitaux, Direction de la santé

Priorité : 2

Recommandation 29.2 : Inciter positivement à la déclaration des presque-événements (CIRS ou EPR), EI, EIG en sensibilisant l'équipe grâce à des techniques pédagogiques virtuelles (ex : chambre des erreurs)

Il est recommandé d'introduire et soutenir une culture positive de déclaration des EPR, EI et EIG. Les expériences à l'étranger et au Luxembourg⁴² de chambre virtuelle des erreurs montrent une efficacité de cette démarche positive pour apprendre à repérer les événements indésirables et à développer la culture du signalement.

Responsabilité: Hôpitaux, SU

Priorité : 2

Recommandation 29.3 : Réaliser des audits entre pairs sur les EI et EIG

Il est recommandé de mettre en place des audits entre pairs pour identifier les EI et EIG s'étant déroulés dans le SU, sans toutefois que cela donne lieu à des sanctions mais que cela permette aux professionnels de proposer des solutions pour les éviter.

Cette démarche devrait se réaliser avec les gestionnaires de risque et les équipes médico-soignantes des SU.

Responsabilité: Hôpitaux, SU médecins urgentistes, soignants

Priorité : 2

18.14 Mesure 30 : Prévenir les risques de violence

Recommandation 30.1 : Déporter les demandes de paiement aux patients dans le cadre du SU vers la caisse de l'hôpital

Il est important de ne pas générer au sein des SU de cause supplémentaire de violence, l'attente étant déjà en elle-même génératrice de tensions parfois extrêmes. Il est recommandé de ce fait de ne pas demander d'argent au patient avant même le démarrage de sa prise en charge et de l'orienter vers la caisse de l'hôpital après la réalisation de sa prise en charge. Les réceptions cliniques des SU devraient être déchargées de cette mission.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 30.2 : Evaluer les besoins de présence des agents de sécurité près des SU lors de leur fonctionnement, aptes à intervenir, réviser si besoin le cahier des charges et négocier si besoin le budget y afférent avec la CNS

Il est recommandé d'évaluer avec les équipes médico-soignantes les périodes de la journée de garde où la présence physique des agents de sécurité dans les SU ou à très grande proximité est nécessaire pour sécuriser au mieux les SU.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 2

Recommandation 30.3 : Continuer la formation continue des équipes des SU à la gestion de l'agressivité

Tous les membres des équipes médico-soignantes doivent pouvoir bénéficier d'une formation à la gestion de l'agressivité et à la désescalade. Une organisation mutualisée entre les 4 SU en collaboration avec le Centre Widong serait plus efficiente.

Responsabilité: Hôpitaux, Centre de Widong

Priorité : 2

⁴² Une expérience de chambre virtuelle des erreurs a été réalisée aux HRS en 2017

19 Propositions relatives à l'aval du service d'urgence

Domaine 7 : Interventions en aval du service d'urgence			
N°	Mesure	N°	Recommandation
M31	Améliorer la disponibilité des lits d'hospitalisation	R31.1	Mettre en place dans les hôpitaux une gestion des lits sur la totalité des lits d'hospitalisation
		R31.2	Donner aux gestionnaires de lits la responsabilité de trouver un lit d'hospitalisation de jour comme de nuit, après que le contact entre médecins ait eu lieu
		R31.3	Améliorer en temps réel l'information sur la disponibilité des lits et la précision sur les lits disponibles
		R31.4	Stimuler la libération des lits des patients sortants à 10h
		R31.5	Organiser les entrées des patients programmés en fin de journée
		R31.6	Déterminer un délai maximum pour venir chercher un patient au SU
		R31.7	Etudier les DMS par spécialité médicale
		R31.8	Développer les prestations en ambulatoire par le biais d'incitatifs financiers pour les médecins et par le biais du tiers garant pour les impayés
		R31.9	Surveiller les lits occupés par des attentes de placements, attentes d'un lit de rééducation et avoir accès à l'information sur la disponibilité des lits en institutions d'hébergement
		R31.10	Développer le concept d'hospitalisation à domicile pour limiter le recours aux SU et à l'hospitalisation
		R31.11	Développer l'accessibilité à un médecin spécialiste libéral dans un délai rapproché pour un patient issu du SU
N°	Mesure	N°	Recommandation
M32	Améliorer la qualité et le délai de transport des patients post-SU	R32.1	Organiser les transports secondaires intersites
		R32.2	Organiser les transports secondaires médicalisés vers les services nationaux ou vers les hôpitaux à l'étranger, et prévoir leur financement
		R32.3	Définir des catégories de transport et adapter les tarifs de remboursement. Introduire les transports VSL remboursés. Introduire une simplification administrative pour le bon de transport de l'aller, si le patient bénéficie d'un transport en ambulance au retour.
		R32.4	Edicter des normes pour les transports de patients par les ambulances privées notamment des normes sur les qualifications requises pour le personnel assurant le transport
		R32.5	Négocier avec les ambulances privées l'augmentation du nombre d'ambulances disponibles ou mettre en place une organisation des transports VSL et ambulances privées au niveau de la FHL

19.4 Domaine 7 : Résultats attendus

Il est attendu de ces recommandations d'améliorer le processus de sortie des patients du service d'urgence, que ce soit vers le domicile ou vers l'hospitalisation et de diminuer ainsi l'engorgement des services d'urgence.

Les délais entre la décision médicale de sortie et le départ réel du patient du SU devraient être améliorés et portés à 30 minutes en moyenne.

Ces recommandations devraient aussi contribuer à la qualité des prises en charge en améliorant le transport secondaire médicalisé vers les centres nationaux et donner ainsi de meilleures chances aux patients.

Ces recommandations doivent agir sur le secteur d'hospitalisation stationnaire en optimisant l'occupation des lits et en offrant ainsi une meilleure disponibilité de lits. Le résultat attendu est d'avoir tous les jours un nombre de lits vacants et utilisables par le SU égal au besoin journalier habituel dans chacune des disciplines, afin de pouvoir hospitaliser les patients dans le service approprié.

19.5 Mesure 31 : Améliorer la disponibilité des lits d'hospitalisation

Recommandation 31.1 : Mettre en place dans les hôpitaux une gestion des lits sur la totalité des lits d'hospitalisation

La gestion des lits doit porter sur les lits de médecine, de chirurgie, de maternité, de psychiatrie, de gériatrie, de pédiatrie, de rééducation et de soins intensifs, afin d'avoir une vue complète de la situation de l'hôpital. Il ne devrait plus y avoir de secteurs d'hospitalisation non intégrés dans le système de gestion collective des lits. De même, il ne devrait plus y avoir de lits spécifiquement réservés à des médecins mais des lits attribués à des disciplines médicales afin de garantir des binômes médecins-soignants ayant les compétences appropriées

Cette gestion des lits doit être garantie 24h sur 24, 365 jours par an.

Le logiciel de gestion des lits doit couvrir la totalité des lits. Il doit fournir toutes les informations nécessaires : lit vide, lit réservé pour entrée, lit réservé pour retour de réanimation, lit homme, lit femme, lit enfant, lit bloqué pour mesure de prévention des infections nosocomiales, lit équipé d'un monitoring...

Il doit aussi préciser les chambres dans lesquelles il est possible d'ajouter un lit supplémentaire sans risque de sécurité pour le patient.

Ceci induit des changements d'organisation notamment au CHEM-VE.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 31.2 : Donner aux gestionnaires de lits la responsabilité de trouver un lit d'hospitalisation de jour comme de nuit, après que le contact entre médecins ait eu lieu

Le médecin urgentiste doit continuer à porter la responsabilité du contact avec le médecin spécialiste. Ce dernier décide de l'hospitalisation. L'équipe médico-soignante du SU doit alors pouvoir se tourner vers le service de gestion des lits pour trouver le lit d'hospitalisation adéquat, sur base d'informations précises (sexe du patient, type de lit requis, médecin spécialiste concerné).

La gestion des lits doit avoir entre autres pour mission de trouver un lit d'hospitalisation quelle que soit la discipline ou le type de lit, pour l'activité issue de la médecine d'urgence. Elle doit donc connaître les besoins réguliers en lits et anticiper afin de garantir un nombre de lits disponibles chaque jour.

Cette gestion doit se faire en concertation avec le service d'urgence, avec les départements/pôles/services hospitaliers ainsi qu'avec la direction de l'établissement afin de pouvoir convenir des meilleures décisions en cas de saturation de l'hôpital.

Elle doit être assurée par des professionnels ayant la compétence pour négocier l'utilisation des lits.

Le service de gestion des lits doit disposer d'un pouvoir de décision lui étant conféré par la Direction sur certaines possibilités : attribution temporaire d'un lit dans un autre secteur si la compétence infirmière permet de prendre en charge le patient en toute sécurité, fermeture d'une 1^{ère} classe et passage en 2^{ème} classe d'une chambre, installation d'un lit supplémentaire dans une chambre si la sécurité est garantie... Cela doit être inscrit dans le profil de fonction et apparaître dans le règlement général ou le règlement interne ou règlement d'ordre intérieur de l'hôpital afin que les équipes médico-soignantes des services/pôles/départements en soient clairement informées.

La nuit, la gestion des lits peut être confiée au cadre soignant de garde présent sur place.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 31.3 : Améliorer en temps réel l'information sur la disponibilité des lits et la précision sur les lits disponibles

L'application utilisée par le service de gestion des lits doit être assez précise sur le descriptif des lits afin de pouvoir rechercher un lit dans les meilleures conditions et avec efficience dès connaissance des besoins du patient qui est à hospitaliser. Elle doit obligatoirement préciser : type de lit (homme, femme, enfant), lit occupé, lit occupé en isolement, lit occupé en soins de fin de vie, type de classe du lit (1^{ère} et 2^{ème} classes), lit libre, lit réservé weekend, lit réservé entrée prévue, lit réservé post-réanimation, lit dont la sortie est prévue à telle date, chambre pouvant accueillir un lit supplémentaire, chambre boquée pour travaux ou pour nettoyage intensif.

D'autre part, après avoir sensibilisé les responsables et les soignants des unités d'hospitalisation sur leur responsabilité d'inscrire dans l'application des données exactes et en temps réel pour contribuer efficacement à la gestion de l'engorgement du SU et donc contribuer à l'image de l'établissement, des audits en temps réel doivent être menés par le service de gestion des lits afin de contrôler l'affichage des lits dans l'application et la situation en temps réel.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 31.4 : Stimuler la libération des lits des patients sortants à 10h

L'analyse des flux des patients sollicitant le SU montre que les entrées démarrent vers 8h et augmentent en croissance jusqu'à 13h en général. Or si l'on considère que 2 heures sont nécessaires au médecin urgentiste en moyenne pour établir le diagnostic et décider d'une hospitalisation, les requêtes de lits d'hospitalisation démarrent généralement vers 10h à l'exception des lits de réanimation qui eux sont demandés à toute heure.

Il est donc recommandé de libérer les patients sortants au plus tard à 10h du matin, afin d'offrir après nettoyage des chambres des lits d'hospitalisation. Cette pratique doit être systématique et donc inscrite dans les documents donnés aux patients lors d'une hospitalisation ou afficher dans les chambres.

Cela impose de prévenir le patient au minimum la veille qu'il sortira et d'organiser avec lui ses modalités de départ. Cela veut dire que ses papiers de sortie doivent être prêts et signés du médecin la veille si possible.

Cela impose aussi de prévoir au sein de l'unité un espace disponible d'attente pour les patients qui devront attendre le taxi ou la famille.

Enfin, cela demande une organisation avec le service de nettoyage qui doit démarrer le nettoyage des chambres par les chambres des sortants afin qu'une nouvelle admission puisse avoir lieu.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 31.5 : Organiser les entrées des patients programmés en fin de journée

L'étude a montré que les entrées électives en hospitalisation sont encore organisées dans certains services vers 16h et ce de manière systématique. Il y a lieu de réfléchir par service et par type de pathologie sur la possibilité d'organiser les entrées électives à des horaires plus tardifs voir même le matin de la prise en charge lorsque cela est compatible avec la nécessaire préparation du patient, avec le cas clinique et avec les capacités du patient à respecter certaines consignes, d'autant que nombre de patients bénéficient d'une consultation de pré-hospitalisation.

Des entrées différées offrent un peu plus de souplesse dans la gestion des lits.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 31.6 : Déterminer un délai maximum pour venir chercher un patient au service d'urgence

Lors de l'étude, il est apparu que des délais importants existaient entre le moment où le lit d'hospitalisation a été trouvé et le moment où le patient partait pour l'unité d'hospitalisation et ce pour de multiples raisons (période de transmission, chambre non nettoyée, patient pas encore parti,...). Or ce délai contribue à l'engorgement des services d'urgence.

Il est recommandé que les directions des soins fixent un délai à respecter par les unités de soins pour le transfert du patient en provenance du SU. Ce délai devrait être en lien avec l'objectif proposé dans le présent rapport à savoir 30 minutes.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 31.7 : Etudier les durées moyennes de séjour (DMS) par spécialité médicale

Dans tous les pays européens, la surveillance des DMS est un outil de gestion pour mieux rationaliser les lits disponibles et surtout pour optimiser la gestion dans le cadre des financements par DRG.

Dans le cadre de l'étude sur les SU en vue de limiter les périodes de tension et d'engorgement, il est recommandé de suivre les DMS par spécialités médicales et non seulement par service, afin de pouvoir éventuellement réviser des processus de prise en charge de certaines pathologies avec les binômes médico-soignants concernés. Toute journée d'hospitalisation n'apportant pas de plus value à la prise en charge des patients doit être repensée. Pour ce faire les DMS doivent être analysées en les différenciant sur l'année ou seulement sur les jours ouvrables ou sur le weekend. Des actions spécifiques pour les spécialités concernées devraient alors être menées avec les équipes concernées pour modifier le processus tout en garantissant la qualité de la prise en charge.

Mener des audits de parcours de patients dans l'objectif d'optimiser les DMS et dans ce cadre surveiller les hospitalisations pour examens complémentaires pouvant être faits en ambulatoire.

Responsabilité: Hôpitaux

Priorité : 1

Recommandation 31.8 : Développer les prestations en ambulatoire par le biais d'incitatifs financiers pour les médecins et par le biais du tiers garant pour les impayés

Certaines prises en charge actuelles peuvent se faire en ambulatoire mais sont réalisées en hospitalisation, occupant ainsi inutilement des lits. Plusieurs raisons en sont à l'origine : aucun incitatif financier pour le médecin de réaliser la prestation en ambulatoire alors que cela demande une autre organisation pour garantir le suivi sans

risque pour le patient, obligation pour le patient de payer certaines prestations qui ne seront pas prises en charge en tiers payant.

Il est recommandé de faire au niveau national en collaboration hôpitaux et médecins, un inventaire des prestations dans chaque spécialité médicale des prestations aujourd'hui réalisées en hospitalisation qui pourraient être réalisées en ambulatoire, de déduire les conditions nécessaires à leur réalisation en ambulatoire et de discuter avec la CNS sur les moyens à mettre en œuvre pour y aboutir.

Ceci permettrait de débloquent partiellement des lits d'hospitalisation.

Il faudrait accompagner ce travail d'une décision de tiers garant pour la prise en charge des impayés.

Cela contribuerait à la fois au développement de l'activité ambulatoire et à la diminution de l'engorgement des services d'urgence par une meilleure disponibilité des lits d'hospitalisation.

Responsabilité: Hôpitaux, CNS, AMMD

Priorité : 1

Recommandation 31.9 : Surveiller les lits occupés par des attentes de placement, attentes d'un lit de rééducation et avoir accès à l'information sur la disponibilité des lits en institutions d'hébergement

La disponibilité des lits d'hospitalisation est liée aussi en partie à l'occupation injustifiée de lits hospitaliers par des personnes en attente de lit de placement ou de lit de rééducation. Il y a lieu de mettre en place cet indicateur, de le suivre dans les 4 établissements et de se concerter avec les institutions concernées à un niveau collectif pour discuter de mesures pouvant améliorer la situation. Il s'agit de se concerter entre les hôpitaux, la FHL, le Centre National de Rééducation, les services de rééducation fonctionnelle gériatrique, ainsi qu'avec la COPAS.

Il faudrait aussi étudier avec la COPAS des modalités qui permettraient aux assistantes sociales des hôpitaux d'avoir un accès en temps réel aux lits disponibles d'hébergement, pour mieux cibler les demandes de placement.

Responsabilité: Hôpitaux, COPAS, Ministère de la Santé, Ministère de la Famille

Priorité : 1

Recommandation 31.10 : Développer le concept d'hospitalisation à domicile pour limiter le recours aux SU et à l'hospitalisation

Il n'y a pas au Luxembourg de véritable concept d'organisation des hospitalisations à domicile, telles qu'organisées à l'étranger. Ceci a pour conséquence que des patients sont adressés aux SU et sont hospitalisés alors qu'il serait possible de les maintenir au domicile avec une organisation de soins spécifiques, encadrée par un système de financement approprié.

Il serait judicieux de développer un tel concept et de le mettre en œuvre. Plusieurs acteurs devraient se concerter pour ce faire : les hôpitaux, les réseaux de soins à domicile, la CNS.

Ce concept pourrait être développé pour certains types de prise en charge notamment en priorité pour les maladies chroniques.

Responsabilité: Hôpitaux, CNS, Réseaux de soins à domicile

Priorité : 2

Recommandations 31.11 : Développer l'accessibilité à un médecin spécialiste libéral dans un délai rapproché pour un patient issu du SU

Certains patients sollicitant les SU ont besoin de consulter un médecin spécialiste dans un délai rapproché (sous 8 à 15 jours) sans que cela soit à réaliser pendant le passage au SU, car il n'y a pas d'urgence vitale. Cela pourrait donc être fait en ambulatoire, à distance du passage au SU, chez un médecin spécialiste en cabinet libéral. Mais la difficulté réside dans l'obtention d'un rendez-vous. Dans certaines spécialités les

rendez-vous sont fixés à plus de 6 mois. Dans d'autres spécialités, les médecins n'acceptent plus de nouveaux patients.

De ce fait, le médecin urgentiste fait appel au médecin spécialiste de 2^{ème} ligne de garde, ce qui contribue à augmenter l'engorgement du SU.

Il serait judicieux de développer un incitatif pour les médecins spécialistes à réaliser des consultations demandées par un médecin urgentiste, dans un délai rapproché à fixer (maximum 3 semaines).

Responsabilité: CNS, AMMD, Commission de nomenclature

Priorité : 1

19.6 Mesure 32 : Améliorer la qualité et le délai de transport des patients post-service d'urgence

Recommandation 32.1 : Organiser les transports secondaires intersites

La problématique concernant les 4 établissements, et pas essentiellement dans le cadre du service d'urgence, il serait plus efficient de :

- définir un concept global de transport intersite, comprenant les différents types de transport à réaliser, les conditions de sécurité à déployer lors de chaque type de transport,
- rédiger un cahier des charges pour faire une offre de marché et signer un contrat de sous-traitance.

A défaut de trouver un prestataire apte à répondre à l'appel, il faudrait mener une réflexion au sein de la FHL pour organiser ces prestations par le biais de la création d'un groupement d'intérêt économique ou autre forme juridique adaptée. Il s'agirait de créer un service ambulancier intra-hospitalier.

Responsabilité: Hôpitaux, FHL, CNS

Priorité : 1

Recommandation 32.2 : Organiser les transports secondaires médicalisés vers les services nationaux ou vers les hôpitaux à l'étranger et prévoir leur financement

Il s'agit ici de transporter des patients entrés au SU vers un service national tel que la neurochirurgie, l'INCCI, la chirurgie de la main, ...alors qu'ils nécessitent une surveillance médicalisée pendant le transport. Il s'agit aussi du transport d'un patient entré au SU vers un hôpital à l'étranger.

La problématique concernant les 4 établissements, il y a lieu de se concerter avec le CSU-112, la FHL et les hôpitaux pour :

- définir le besoin et le type de transports à réaliser, ainsi que les conditions de sécurité à prévoir, notamment en termes de professionnels qualifiés,
- établir le cahier des charges et le modèle d'organisation,
- rechercher le prestataire le plus habilité à réaliser ce type de transport,
- négocier les modalités de financement et de prise en charge de ces transports.

Dans le cadre de ces réflexions, il est envisageable de créer un pool de médecins urgentistes ou anesthésistes qui accepteraient de réaliser ces transports secondaires médicalisés moyennant rémunération à prévoir soit dans le cadre de la nomenclature soit par d'autres modalités à définir.

Certains transports médicalisés pourraient aussi être assurés par des infirmiers anesthésistes expérimentés en SAMU. Un tarif de facturation devrait être prévu à cet effet.

Responsabilité: Hôpitaux, FHL, CSU-112, CNS, Ministère de l'Intérieur, Direction de la santé, Ministère de la Santé

Priorité : 1

Recommandation 32.3 : Définir des catégories de transport et adapter les tarifs de remboursement. Introduire les transports VSL remboursés. Introduire une simplification administrative pour le bon de transport de l'aller, si le patient bénéficie d'un transport en ambulance au retour.

Il est recommandé de revoir complètement le système de remboursement des transports patients, avec la proposition de créer 3 niveaux de remboursement :

- transport assis en véhicule sanitaire léger (VSL),
- transport couché en aide partielle par une ambulance,
- transport couché en aide complète par ambulance.

Le bon de transport resterait une prescription du médecin urgentiste s'appuyant sur l'état clinique du patient. La prescription faite à la sortie du patient devrait être valide aussi pour le remboursement du transport aller pour se rendre au SU.

Responsabilité: CNS

Priorité : 1

Recommandation 32.4 : Edicter des normes pour les transports de patients par les ambulances privées notamment des normes sur les qualifications requises pour le personnel assurant le transport

Afin d'améliorer la qualité des transports réalisés par les ambulances privées, il est recommandé d'établir des normes relatives aux équipements et à la formation des ambulanciers, ainsi qu'au nombre d'ambulanciers à pourvoir pour les transports en position allongée.

Responsabilité: Ministère de la Santé, Direction de la santé, Hôpitaux, Ministère des transports, CGDIS

Priorité : 1

Recommandation 32.5 : Négocier avec les ambulances privées l'augmentation du nombre d'ambulances disponibles ou mettre en place une organisation des transports VSL et ambulances privées au niveau de la FHL

Le problème de l'accessibilité à une ambulance privée pour les sorties à domicile des patients du SU, mais aussi pour les sorties d'hospitalisation, concernant tous les établissements, il y a lieu de mener une concertation au niveau de la FHL et des hôpitaux avec les ambulanciers privés afin d'étudier les possibilités d'augmenter le nombre d'ambulances disponibles. A défaut d'un accord, la FHL et les hôpitaux doivent étudier la possibilité de mettre en place une organisation concurrentielle des transports ambulanciers pour leurs patients, par le biais d'une structure juridique appropriée.

Responsabilité: Hôpitaux, FHL, ambulances privées

Priorité : 1

20 Conclusion

Cette vaste étude sur les services d'urgence a permis de mettre en évidence la grande qualité du travail accompli au quotidien par les établissements hospitaliers et les équipes médico-soignantes des SU pour prendre en charge les soins non programmés de la population et pour pallier aux failles de la chaîne des soins.

Les équipes médico-soignantes doivent être félicitées et remerciées pour le travail qu'elles accomplissent ainsi que pour leur engagement et leur motivation. Mais il devient urgent de reconnaître leur rôle et de le valoriser par des mesures effectives. Il s'agit de positionner la médecine d'urgence comme médecine à part entière dans la liste des spécialités médicales, d'en définir les modalités d'exercice et de prévoir un financement approprié. Cette médecine située à l'interface de la médecine de ville et des soins hospitaliers exerce désormais un rôle clé dans la démarche diagnostique et thérapeutique. Elle est la 1^{ère} porte d'entrée hospitalière puisqu'un peu plus d'un citoyen sur 2 se rend au SU chaque année. Par la qualité des diagnostics, des thérapies qu'elle initie et des orientations du patient qu'elle choisit, la médecine d'urgence contribue largement à la performance des soins de santé et à la maîtrise des coûts y afférents.

Ce constat très positif ne doit pas faire oublier que le point de rupture est possible et que les dysfonctionnements compensés jusqu'à ce jour pourraient ne plus l'être à court terme si aucune mesure réelle n'est prise qui change le quotidien de ces équipes.

L'étude a permis de statuer sur l'état de la situation d'engorgement dans chacun des 4 SU et de mettre en évidence les facteurs qui y contribuent.

Elle a aussi permis de produire des données objectives permettant de relativiser les problématiques exprimées.

En effet, les seuils atteints en 2016, à savoir 75 % de la population présente moins de 3h dans les services d'urgence et 62 % des patients triés en moins de 10 minutes, sont bien sûr perfectibles mais comparés avec les données à l'étranger, ils témoignent de la bonne capacité des SU et des équipes à manager le grand nombre de sollicitations qui était d'environ 312.000 pour l'ensemble du pays.

La population est globalement gâtée par le système de santé mis à sa disposition puisque même si des défaillances sont évidentes dans l'offre de soins primaires, celles-ci sont largement compensées par les équipes médico-soignantes des SU. Un chiffre en témoigne particulièrement : 540 sollicitations des SU pour 1.000 habitants au Luxembourg alors qu'à l'étranger le nombre de sollicitations varie entre 250 et 350 pour 1.000 habitants.

Ceci induit que la mission première des SU qui est de prendre en charge des patients avec un score de gravité allant de très élevé à modéré, est très souvent compromise par un flux important de sollicitations à faible ou très faible score de gravité qui pour un grand nombre relèvent de la prise en charge par un médecin généraliste ou un médecin pédiatre.

Les flux importants de patients engorgent les structures qui n'ont pas été conçues pour accueillir une telle densité de population.

Les ressources disponibles médicales et soignantes ne permettent plus à certaines heures de la journée d'obtenir des ratios satisfaisants de minutes de soignant par patient présent par heure ou de nombre de patients présents par médecin ou par infirmier par heure.

L'une des causes principales est liée à l'organisation de la médecine générale et plus particulièrement à la difficulté d'obtenir un rendez-vous non programmé en journée. L'offre de plages de consultation est inférieure aux besoins. La population n'a alors d'autres recours que de se tourner vers l'hôpital, qui est considéré comme une structure de soins fiable, pouvant permettre si nécessaire d'accéder au plateau technique. C'est donc en toute confiance que la population s'adresse à l'hôpital.

Les mesures proposées pour continuer à améliorer le fonctionnement des SU concernent plusieurs domaines et plusieurs acteurs. Elles n'auront pas toutes un effet à court terme mais parfois seulement à moyen ou long terme. De ce fait, elles peuvent être jugées sans intérêt, pour ceux qui attendent un bénéfice immédiat. Cependant, elles ont le mérite de s'attaquer à des problèmes de fond en santé publique. Il s'agit ici d'agir de manière systémique en intervenant à la fois :

- en amont du SU pour renforcer les soins de santé primaires par l'installation de MG, la création de cabinets de groupe, le développement élargi des offres de prise en charge de soins non programmés par les médecins généralistes en cabinet libéral, la révision du positionnement des maisons médicales, et une meilleure information et sensibilisation de la population,
- sur le processus de prise en charge au sein du SU en améliorant les dotations en ressources médicales et soignantes, leur disponibilité, et le maintien de leurs compétences, en anticipant les risques liés au recrutement des médecins urgentistes et des médecins spécialistes de 2^{ème} garde, en améliorant les filières de prises en charge psychiatriques, gériatriques, pédiatriques, en organisant autrement la garde sur la ville de Luxembourg, en créant des lits porte,
- en aval du SU, en améliorant les délais de sortie des patients par une meilleure gestion des lits d'hospitalisation et des transports par ambulance.

A cela doivent être ajoutées des mesures favorisant le pilotage des SU et la comparabilité.

Suivre ces recommandations discutées avec les acteurs témoignerait de la capacité à mener des politiques anticipatives et acterait un engagement face aux citoyens pour leur garantir une médecine d'urgence viable pour l'avenir. Dans cette perspective, toutes les mesures visant à reconnaître la médecine d'urgence, à développer et à organiser l'offre de soins primaires (médecins généralistes et médecins pédiatres) et les mesures visant le renouvellement des médecins spécialistes seraient à prioriser. Elles apporteraient une plus value aux SU mais aussi à d'autres aspects du système de santé. Mettre en place une norme soignante spécifique au SU complèterait les priorités.

Ces mesures nécessitent de développer des stratégies nationales impliquant les pouvoirs publics, les financeurs (CNS), les acteurs professionnels, l'université. Chacun a un rôle à exercer pour que se dessine un avenir différent avec une chaîne de soins rééquilibrée au bénéfice des patients et de la population, chacun occupant une fonction complémentaire dans le processus de prise en charge des soins non programmés.

Documents consultés :

- Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations des patients
- Loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente
- Règlement grand-ducal du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence
- Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
- Loi du 1^{er} août 2007 relative aux tissus et cellules humains destinés à des applications humaines, Code de la santé Luxembourg
- Code de déontologie médicale
- Loi du 23 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé
- Règlement grand-ducal du 21 janvier 1998 portant sur l'exercice de la profession d'infirmier
- Règlement grand-ducal du 10 juillet 2011 fixant la liste des spécialités en médecine et médecine dentaire reconnues au Luxembourg
- Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière 2017
- Convention CNS et AMMD: version coordonnée au 01-01-2017 de la nomenclature des actes et services des médecins
- Convention entre la Caisse Nationale de Santé et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 74 et suivants du Code de la Sécurité Sociale. Texte coordonné applicable à partir du 01.01.2017
- Compendium en application de la convention UCM-EHL et du cahier des charges 2^{ème} version applicable à partir du 01-01-1997, édité par l'UCM 08-06-2011
- Cahier des charges conclu en exécution de la Convention entre l'UCM et l'EHL, 5 mai 1997
- Normes définitivement retenues par la FHL et la CNS, années budgétaires 2017-2018. Rapport de la commission des normes validé par le comité directeur de la CNS le 13 avril 2016 et par le conseil d'administration de la FHL en mai 2016
- Norme de dotation pour les services d'urgence adultes (hors pédiatrie et gynécologie/obstétrique), Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, octobre 2016
- Financement des établissements de santé, Ministère des solidarités et de la santé, mise à jour 12 octobre 2017
- Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé. Rapport 2016, Olivier Veran
- Arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale, France
- SAMU-Urgence de France, Référentiel, Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence, novembre 2011
- Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme. 2016. KCE Reports 263 Bs.
- Loi sur les hôpitaux coordonnée du 10.07.2008. Belgique
- Arrêté royal du 12 septembre 2013 modifiant l'arrêté royal du 11 février 2013 modifiant l'arrêté royal du 24 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée

- Règlement grand ducal du 23 décembre 2014 modifiant le règlement grand ducal modifié du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence
- Convention projet pilote portant organisation du service de continuité des soins de pédiatrie primaire pour le remplacement de soirée, de fin de semaine et des jours fériés, 4 septembre 2013
- Avenant à la convention relative au projet pilote portant organisation du service de continuité des soins de pédiatrie primaire pour le remplacement de soirée, de fin de semaine et des jours fériés, 11 février 2015
- Convention portant organisation du service de continuité des soins de pédiatrie primaire pour le remplacement de soirée, de fin de semaine et des jours fériés, 11 février 2015
- Convention relative à la mise à disposition de locaux et l'organisation du tri au Centre Hospitalier de Luxembourg portant organisation du service de continuité de soins en pédiatrie primaire, 21 juillet 2015
- Les événements indésirables associés aux soins, HAS, Fiche technique sécurité des patients
- Etude des activités au sein des services d'urgence. Présentation générale des services d'urgence au Luxembourg. Description et analyse du système d'information dans les services d'urgence au Luxembourg. 10 janvier 2018, ML Lair, Santé et Prospectives
- Etude des activités au sein des services d'urgence. Description de l'activité ambulatoire non programmée et triée. 10 janvier 2018, ML Lair, Santé et Prospectives
- Etude du fonctionnement des services d'urgence. Ressources disponibles dans les services d'urgence. 10 janvier 2018, ML Lair, Santé et Prospectives
- Etude des événements indésirables au sein des services d'urgence. Expression des équipes médico-soignantes. 10 janvier 2018, ML Lair, Santé et Prospectives
- Etude du fonctionnement des services d'urgence. Les indicateurs de pilotage. 23 novembre 2017, ML Lair, Santé et Prospectives
- Etude du fonctionnement des services d'urgence. La Maison Médicale Pédiatrique. 23 novembre 2017, ML Lair, Santé et Prospectives
- Etude du fonctionnement des services d'urgence. Processus de prise en charge des patients : Cas traceurs. 27 décembre 2017. ML Lair, Santé et Prospectives
- Etude du fonctionnement des services d'urgence. Détermination du personnel soignant. 18 décembre 2017. ML Lair, Santé et Prospectives
- Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme. KCE report 263 Bs. 2016
- Rapport d'information du Sénat n°685 sur les urgences hospitalières. L. Cohen, C. Génisson, R.P. Savary. 2017
- Panorama Urgences : Activité des structures d'urgence 2015 Région Grand-Est-Observatoire Régional des Urgences
- Panorama des Observatoires Régionaux des Urgences. 2015
- Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts, Société Française de Médecine d'Urgence 2013
- Vuagnat A. Les urgences hospitalières : qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé 2013-11
- Carrasco V., Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES n°212 janvier 2003
- Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières. Juin 2013
- Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Rapport de la Cour des comptes. Septembre 2014

- Sough B., Gauthier T., Clair D., Le Gall A., Menecier P., Mangola B. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. Gériatrie et psychologie neuropsychiatrique du vieillissement Vol.10, n°2, juin 2012
- Livret Hôpital en tension, V01-2016. Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences
- Registre PERINAT-SUSANA 2016
- Statistiques du Ministère de la santé sur les médecins en exercice actif auprès des patients en 2016, classement par canton et commune
- Le triage en structure des urgences : recommandations formalisées d'experts, Société française de Médecine d'Urgence 2013
- Dendukuri N, McCusker J, Belzile E. The identification of seniors at risk screening tool : further evidence of concurrent and predictive validity. J Am Geriatr Soc 2004;52(2):290-6
- Thomas A.C, Couffignal S. Le livre blanc de la gériatrie- Soins de santé des personnes âgées au Luxembourg, 2016
- Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins, HAS, octobre 2015
- Les événements indésirables associés aux soins, HAS, Document synthétique sécurité des patients
- Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human : Building a Safer Health System. Washington DC : National Academy Press, 1999.
- NHS. Building a memory : preventing harm, reducing risks and improving patient safety. The first report of the National Reporting and Learning System and the Patient Safety Observatory, Juillet 2005.
- Michel P, Quenon JL, Djihoud A et al. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Etudes et résultats n°398. DREES, 2005.
- Michel P, Minodier C, Lathelize M et al. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Dossiers Solidarité et santé n° 17. DREES, 2010.
- Reason JT. Human Error. New York : Cambridge University Press, 1990.
- Reason J. Managing the risks of organizational accidents, ed.A.P. Limited.1999.252
- Vincent C., Taylor-Adams S., EJ Chapman et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol . BMJ, 2000.
- Grille ALARM, un outil pour structurer l'analyse des causes, Gestion des risques-JAM-N°14, 2010 HAS
- Fiche 23 Analyse d'un événement indésirable par méthode ALARM, HAS,
- Evénements indésirables associés aux soins dans les soins primaires, HAS, 2014
- Repères-Evénements indésirables associés aux soins, HAS, 2015
- A risk matrix for risk managers, NHS, National patient Safety Agency, 2008
- N. de Marcellis-Warin. Analyse des incidents-accidents liés aux soins au Québec : le modèle Recuperare-Santé. Risques et Qualité, 2005, vol.2, N°3, p.145
- Guide pratique : la gestion des plaintes en établissements de santé, 2013, collection SHAM
- Portail Santé et mieux être : Gouvernement du Québec
- Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers. Guide méthodologique. Collection Usagers-Vos droits. Ministère de la Santé, France
- Etude OIT/CII/OMS/ISP 2002 sur la violence à l'encontre du personnel soignant
- Enquête SUMER Surveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques professionnels. 2009-2010. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. Ministère du travail. France.

- Le stress au travail-Facteurs de risque, évaluation et prévention :
- Le stress au travail. INRS ED 5021
- Wynne,R.N., Clarkin, N.,Cox, T. et Griffiths, A. : Guidance on the prevention of violence at work. Commission européenne (DG Emploi), Luxembourg 1997
- Registre RETRACE des accidents
- Dictionnaires Wikipédia, Larousse, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- Lettre du Directeur général des Soins de santé du Service Public Fédéral, Santé publique aux directeurs généraux des hôpitaux belges, du 6 mars 2014
- Lettre du Directeur général des Soins de santé du Service Public Fédéral, Santé publique aux directeurs généraux des hôpitaux belges, du 24 mars 2014
- Lettre du Directeur général des Soins de santé du Service Public Fédéral, Santé publique aux directeurs généraux des hôpitaux belges, du 28 octobre 2016
- Lettre du Directeur général des Soins de santé du Service Public Fédéral, Santé publique aux directeurs généraux des hôpitaux belges, du 8 février 2017
- Directives d'enregistrement des variables UREG, octobre 2017
- Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences au Québec. Rapport du Commissaire à la santé et au bien être, 2016
- Guide de gestion de l'unité d'urgence, 2006, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
- HAS : recommandations de bonne pratique. Accident vasculaire cérébral : alerte, phase pré-hospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse. Mai 2009
- HAS programme AVC 2009-2014 : Ensemble améliorons les pratiques de la prise en charge de l'AVC. Juin 2010
- HAS : Indicateurs de pratique clinique AVC, juin 2010
- HAS : recommandations professionnelles. Prise en charge de l'infarctus du myocarde. Novembre 2006
- HAS : Liste des indicateurs de pratique clinique. Ensemble améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde des premiers signes à un an de suivi ambulatoire. Mars 2012
- Société française de cardiologie : recommandations concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aigüe
- HAS : prise en charge de la bronchiolite chez le nourrisson
- Société Française de Pédiatrie : Bronchiolitis in children : Quality standard. NICE 22 juin 2016
- Société Française de Pédiatrie : Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Mai 2013
- Bilan de la situation des services d'urgence. Mai 2013. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
- Référentiel SFMU : Critères d'évaluation des services d'urgence. 2006
- Lignes directrices pour le traitement des brûlures superficielles en dehors d'un centre de traitement spécialisé. Recommandations d'un groupe de travail européen. R. Deleus, L. De Cuyper, A. Magnette, H. Hoeksema
- Bon usage des technologies médicales : les pansements indications et utilisations recommandées. HAS 2011
- Protocoles infirmiers de soins d'urgence. Société Française de Médecine d'Urgence et Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Juin 2015
- Traité de médecine d'urgence de la personne âgée. Urgences gériatriques. Dr J. Bodaert, Dr P. Ray, juin 2011
- 10^{ème} conférence de consensus de la Société Française de Médecine d'Urgence sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. 2003. Texte long
- Prise en charge des AVC au SAU. Dr S. Aergel, Dr J.C. Allo, Hôtel Dieu, AP-HP 2013

- Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase pré-hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). HAS mai 2009
- Stroke care in the ICU : general supportive treatment. Expert's recommendations. Pugin D, Woimant F, Société Française de Soins Intensifs. Juin 2012
- Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage : a guideline for health care professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Septembre 2010
- Recommandation de prise en charge aux urgences des AVC de l'adulte (AIT compris) en phase aiguë (< 24h). RESURCA, version 2 juin 2016
- Recommandations formalisées d'experts pour la prise en charge des traumatismes pelviens graves à la phase précoce (24 premières heures). Société Française de Médecine d'Urgence et Société Française d'Anesthésie Réanimation. Juin 2017
- Prise en charge d'un blessé adulte présentant un traumatisme vertébro-médullaire. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2003
- Stratégie de prise en charge du polytraumatisé. Villacèque E. SAMU31- 2009
- Recommandations sur la prise en charge des traumatismes thoraciques pour les 48 premières heures. Recommandations SFAR-SFMU 2015
- Prise en charge du choc hémorragique en 2016. Recommandation de la SFAR-SRLF-SFMU
- Prise en charge initiale d'un patient polytraumatisé aux urgences. Savry C., Dy L., Quinio P. Réanimation 2002
- Organisation de la prise en charge hospitalière du polytraumatisé et évaluation de la qualité de la prise en charge. Hamada S., Gauss T. MAPAR 2011
- Bronchiolitis in children. Quality standard. 22 juin 2016. National Institute for Health and Care Excellence
- Bronchiolitis in children : diagnosis and management. NICE, juin 2015
- Conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. ANAES-URML, 2000
- Fractures de l'enfant. Boulos R., Layouss W., Levesque M., Dion E., Hôpital Louis Mourier Colombes
- Fractures chez l'enfant : particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Bourgeois E., Griffet J. Question ECN n°237. Grenoble
- Urgences en traumatologie et orthopédie pédiatrique, livret des internes. HUG et Université de Genève, version novembre 2014
- Diarrhée aiguë du nourrisson et de l'enfant : recommandations d'experts. GFHGNP- Société Française de Pédiatrie. Janvier 2017
- Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. ESPGHAN Update 2014. Gastroenterol Nutr.2014 ; 59(1) :132-52
- Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement : recommandation de bonne pratique. Société Française d'Alcoologie, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, European Federation of Addiction Societies. Alcoologie et Addictologie.2015 ;37 (1) :5-84
- Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences ». SFMU. Bureau C., Charpentier S., Philippe JM., Perrier C., Trinh-Duc A., Fougères O., Raphaele V., Miranda J., Le Gall C.
- La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Fédération Française de Psychiatrie, ANAES-HAS, Direction Générale de la santé, 2000
- Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie. SFMU. Novembre 2006

Sites consultés :

- www.sfmua.org Site de la Société Francophone de Médecine d'Urgence
- www.fedoru.fr Site de la Fédération des Observatoires Régionaux d'Urgence
- www.meta.fgov.be Site du Service Public Fédéral : Emploi, travail et concertation sociale
- www.inrs.fr Site de l'Institut National de Recherche et de Sécurité
- <https://osha.europa.eu/fr/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- www.fhf.fr Site de la Fédération Hospitalière de France
- www.oms.org Site de l'Organisation Mondiale de la Santé
- www.has.fr Site de la Haute Autorité de Santé
- www.prevention-medicale.org Site de l'Association Nationale pour la Prévention du Risque médical
- www.sham.fr Site de la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles Groupe SHAM
- www.health.belgium.be Site du Service Public Fédéral, Santé Publique
-

Liste des annexes

- Annexe 1 : questionnaire initial d'étude envoyé aux établissements
- Annexe 2 : liste d'indicateurs de pilotage pour les services d'urgence
- Annexe 3 : Rapport UNITY

Annexe 1 : Exemple du questionnaire

Questionnaire Service des Urgences à remplir avant la visite et à renvoyer par mail à MLL

Hôpital : CHEM

1. Quels sont les sites de votre établissement qui accueillent des patients non programmés au service des urgences ?

- Esch :	OUI	NON
- Niederkorn	OUI	NON
- Dudelange	OUI	NON

2. Quels jours chacun de ces sites accueille-t-il des patients non programmés ?

- Esch :	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
- Niederkorn	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
- Dudelange :	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

3. Ces sites accueillent-ils des patients non programmés les jours fériés et jours de fête d'usage ?

- Esch :	OUI	NON
- Niederkorn	OUI	NON
- Dudelange	OUI	NON

4. De quelle heure à quelle heure ces sites accueillent-ils des patients non programmés ?

- Esch :	de	à
- Niederkorn	de	à
- Dudelange	de	à

5. Dans chacun de ces sites, de combien de lieux d'admission en urgence disposez-vous pour accueillir des patients non programmés ? Citez tous les points d'admission possibles

- Esch :
- Niederkorn :
- Dudelange :

6. Dans chacun de ces sites, disposez-vous d'un service d'admission administrative pour les patients non programmés se présentant aux urgences ?

- Esch :	OUI	NON
- Niederkorn	OUI	NON
- Dudelange	OUI	NON

7. Ce service d'admission administrative est-il propre au service des urgences ou pour l'ensemble des admissions sur le site ?

- Esch :	propre aux urgences	pour tout l'hôpital
- Niederkorn	propre aux urgences	pour tout l'hôpital
- Dudelange	propre aux urgences	pour tout l'hôpital

8. Quels sont les horaires d'ouverture de ce service d'admission administrative sur chacun des sites ?

- | | | |
|--------------|----|---|
| - Esch : | de | à |
| - Niederkorn | de | à |
| - Dudelange | de | à |

9. Dans quel site de votre établissement, le SAMU ou la protection civile amènent-ils les polytraumatisés ?

- | | | |
|--------------|-----|-----|
| - Esch : | OUI | NON |
| - Niederkorn | OUI | NON |
| - Dudelange | OUI | NON |

10. Dans chacun de ces sites, disposez-vous de lits porte pour surveiller un patient non programmé pendant plusieurs heures avant de décider de sa sortie ou de son hospitalisation ? Si oui, de combien de lits porte disposez vous ?

- | | | | |
|--------------|-----|-----|-------------------|
| - Esch : | OUI | NON | Si OUI , nombre : |
| - Niederkorn | OUI | NON | Si OUI , nombre : |
| - Dudelange | OUI | NON | Si OUI , nombre : |

11. Ces lits porte sont-ils situés au sein du service des urgences du site ?

- | | | |
|--------------|-----|-----|
| - Esch : | OUI | NON |
| - Niederkorn | OUI | NON |
| - Dudelange | OUI | NON |

12. Si vous n'avez pas de lits porte, avez-vous des places de surveillance pour surveiller un patient non programmé pendant plusieurs heures avant de décider de sa sortie ou de son hospitalisation ? Si oui de combien de places de surveillance disposez vous ?

- | | | | |
|--------------|-----|-----|-------------------|
| - Esch : | OUI | NON | Si OUI , nombre : |
| - Niederkorn | OUI | NON | Si OUI , nombre : |
| - Dudelange | OUI | NON | Si OUI , nombre : |

13. Ces places de surveillance sont-elles situées au sein du service des urgences du site ?

- | | | |
|--------------|-----|-----|
| - Esch : | OUI | NON |
| - Niederkorn | OUI | NON |
| - Dudelange | OUI | NON |

14. Le service des urgences du site est-il aussi utilisé pour l'accueil de patients programmés pour la polyclinique ?

- | | | |
|--------------|-----|-----|
| - Esch : | OUI | NON |
| - Niederkorn | OUI | NON |
| - Dudelange | OUI | NON |

Si OUI, pour quel type de polyclinique ?

- Esch :
- Niederkorn
- Dudelange

15. De combien de boxs disposez-vous pour accueillir des patients non programmés dans le service des urgences du site ?

- Esch : nombre
- Niederkorn : nombre
- Dudelange : nombre

16. De quels appareils médico-techniques disposez-vous dans le service des urgences du site ? (échographe, scanner, IRM, salle d'imagerie conventionnelle,...)

- Esch
- Niederkorn
- Dudelange

17. A quels appareils médico-techniques avez-vous accès sur le site ? (échographe, scanner, IRM, salle d'imagerie conventionnelle,...)

- Esch :
- Niederkorn
- Dudelange

18. Disposez-vous d'un laboratoire sur le site ou d'une antenne ouverte sur le site capable de faire des analyses de laboratoire pour les patients non programmés?

- | | | |
|--------------|-----|-----|
| - Esch : | OUI | NON |
| - Niederkorn | OUI | NON |
| -Dudelange | OUI | NON |

19. Comment sont transportés les prélèvements vers le laboratoire sur chacun des sites ?

- | | | | |
|----------------|-------------|------------------------|-------|
| - Esch : | pneumatique | personnel de transport | autre |
| - Niederkorn : | pneumatique | personnel de transport | autre |
| - Dudelange | pneumatique | personnel de transport | autre |

20. Dans le service des urgences qui accueille sur chacun des sites les patients non programmés, disposez vous d'une salle de déchoquage pour l'accueil d'un polytraumatisé ?

- | | | |
|--------------|-----|-----|
| - Esch : | OUI | NON |
| - Niederkorn | OUI | NON |
| - Dudelange | OUI | NON |

21. Disposez-vous d'un logiciel informatique pour le dossier du patient se présentant au service des urgences non programmé ? Si OUI, lequel ?

- | | | |
|--------------|-----|-----|
| - Esch : | OUI | NON |
| - Niederkorn | OUI | NON |
| -Dudelange | OUI | NON |

22. Réalisez-vous un triage des patients non programmés sur chacun des sites ?

- | | | |
|--------------|-----|-----|
| - Esch : | OUI | NON |
| - Niederkorn | OUI | NON |
| -Dudelange | OUI | NON |

Si OUI, quelle grille utilisez-vous ?

- Esch :
- Niederkorn :
- Dudelage :

Si OUI, ce triage est-il informatisé ?

- | | | |
|----------------|-----|-----|
| - Esch : | OUI | NON |
| - Niederkorn : | OUI | NON |
| - Dudelage | OUI | NON |

23. Quels étaient en 2016 les jours de fête d'usage de votre établissement ?

Annexe 2 : Liste d'indicateurs de pilotage des services d'urgence

Types d'Indicateurs	Niveau de performance attendu
Indicateurs d'activité	
Nombre de passages non programmés par an et taux de croissance par an	
Nombre de passages non programmés par trimestre et taux de croissance par an	
Nombre de passages non programmés par mois et taux de croissance par an	
Nombre de passages non programmés par semaine et taux de croissance par an	
Nombre de passages non programmés par jour et taux de croissance par an	
Nombre moyen, médian, maximum, minimum de passages non programmés par jour moyen (365 jours mélangés)	
Nombre moyen, médian, maximum, minimum de passages non programmés par jour de garde pour le CHL et les HRS	
Nombre moyen, médian, maximum, minimum de passages non programmés par jour de non garde pour le CHL et les HRS	
Nombre moyen de passages non programmés par jour ouvrable	
Nombre moyen de passages non programmés le samedi	
Nombre moyen de passages non programmés le dimanche et les jours fériés	
Pourcentage de jours ouvrables où le nombre moyen de passages non programmés dépasse le nombre moyen des jours ouvrables	
Pourcentage de samedis où le nombre moyen de passages non programmés dépasse le nombre moyen des samedis	
Pourcentage de dimanches et jours fériés où le nombre moyen de passages non programmés dépasse le nombre moyen des dimanches et jours fériés	
Nombre de passages non programmés par site par an et taux de croissance par an	
Nombre moyen de passages non programmés admis par heure de la journée	
Nombre moyen de passages non programmés présents par heure par jour moyen (365 jours mélangés)	
Nombre moyen de passages non programmés présents par heure par jour ouvrable	
Nombre moyen de passages non programmés présents par heure par samedi	
Nombre moyen de passages non programmés présents par heure par dimanche et jour férié	
Nombre moyen de passages non programmés présents par heure par jour par site	
Nombre moyen de passages non programmés présents par heure par jour de garde pour le CHL et les HRS	
Nombre moyen de passages non programmés présents par heure par jour de non garde pour le CHL et les HRS	
Nombre de passages non programmés entre 22h et 7h par site et taux	
Nombre de passages non programmés en nuit profonde de 0h à 7h par site et taux	
Nombre de passages non programmés de résidents par 1.000 habitants résidents	< à 300
Nombre de passages non programmés par 1.000 assurés au Luxembourg	
Nombre de <u>patients</u> non programmés par an (même matricule)	
Ratio moyen de passages non programmés par patient par an	> 1 et < 1,3
Pourcentage de patients non programmés venus 1 fois, 2 fois, 3 fois, 4 fois, 5 fois ou plus dans l'année civile	
Pourcentage de patients non programmés venus dans 1 seul service d'urgence ⁴³ , 2 services d'urgence, 3 services d'urgence, 4 services d'urgence	
Pourcentage de <u>passages programmés</u> pris en charge par le service d'urgence par an ⁴⁴	0,00 %

⁴³ Si le patient s'est adressé à plusieurs sites du même hôpital, il sera considéré comme n'étant venu que dans un seul service d'urgence. Si par contre il se rend à Wiltz et à Esch, il sera considéré comme s'étant adressé à deux services d'urgence différents.

⁴⁴ Sont compris aussi dans cet indicateur les passages programmés de suivi des médecins urgentistes

Indicateurs de caractérisation démographique des passages	
Sexe ratio des passages non programmés par an et évolution	
Pourcentage de non résidents dans les passages non programmés	
Pourcentage de non résidents non affiliés à l'Assurance Maladie au Luxembourg ayant eu un passage non programmé	
Distribution des passages non programmés par classe d'âge de 5 ans	
Pourcentage des passages non programmés des 75 ans et plus par an et taux d'évolution	
Pourcentage de passages non programmés d'enfants entre 0 et 15 ans par an et taux d'évolution	
Pourcentage de passages non programmés d'enfants de moins de 1 an par an et taux d'évolution	
Ratio de passages non programmés de personnes résidentes dans le canton par 1.000 habitants dans le canton par an et taux d'évolution	
Indicateurs de soins primaires	
Taux de médecins généralistes libéraux pour 1.000 habitants	
Taux de médecins psychiatres libéraux pour 1.000 habitants	
Taux de médecins pédopsychiatres libéraux pour 1.000 enfants de 18 ans et moins	
Taux de médecins neurologues libéraux pour 1.000 habitants	
Taux de médecins pédiatres libéraux pour 1.000 enfants de 18 ans et moins	
Taux de psychologues pour 1.000 habitants	
Taux d'infirmiers psychiatriques pour 1.000 habitants	
Nombre d'infirmiers psychiatriques assurant des soins à domicile pour 1.000 habitants	
Nombre de sages-femmes à domicile pour 1.000 femmes en âge de procréer	
Taux de médecins spécialistes par 1.000 habitants pour les spécialités médicales dont le recrutement est compliqué	
Indicateurs de processus : en amont du service d'urgence	
Taux de passages non programmés ayant eu une hospitalisation dans les 7 jours antérieurs	< 2 %
Taux de passages non programmés s'étant présentés dans un des services d'urgence au Luxembourg dans les 3 jours précédents son passage non programmé	
Distribution du mode d'hébergement avant l'admission non programmée au SU	
Distribution du mode de transport pour venir au SU	
Pourcentage de passages non programmés entrés par SAMU	
Distribution du mode d'admission au SU (initiative personnelle, envoi par MG, envoi par la MM, envoi par Med spécialiste, transfert d'une institution hospitalière, transfert maison de soins, police, ...)	
Pourcentage de passages admis ayant un médecin généraliste	
Pourcentage de passages non programmés et triés orientés vers la Maison Médicale (si MM intégrée dans les locaux de l'établissement)	
Pourcentage de passages non programmés adressés par la Maison Médicale vers le SU (si MM non intégrée dans les locaux de l'établissement)	
Pourcentage de passages non programmés initialement adressés vers la Maison Médicale après triage qui ont été ré-adressés vers le SU (si MM intégrée dans les locaux de l'établissement)	
Nombre moyen de passages par type de jour par Maison Médicale adultes	
Nombre moyen de passages par type de jour pour la Maison Médicale Pédiatrique	
Pourcentage de passages non programmés entrés en filière couchée	
Indicateurs de processus : délais	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU (y compris passage en lit porte)	< 3h de durée moyenne
Pourcentage de patients dont la durée entre heure d'admission et heure de sortie est < à 3h (y compris passage en lit porte)	85 %

Délai min, max, moyen et médian entre l'heure d'admission et l'heure de sortie des personnes de 75 ans et plus (y compris passage en lit porte)	Délai moyen < 2h
Pourcentage de passages non programmés de 75 ans et plus dont la durée entre l'heure d'admission et l'heure de sortie est < à 2h (y compris passage en lit porte)	85 %
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU (y compris passage en lit des passages non programmés des moins de 1 an	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU (y compris passage en lit porte) des passages non programmés des 0 à 15 ans	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU (y compris passage en lit porte) des passages non programmés n'ayant eu qu'une consultation médicale	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU (y compris passage en lit porte) des passages non programmés qui sont hospitalisés à l'issue du SU	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU (y compris passage en lit porte) des passages non programmés en filière debout	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU (y compris passage en lit porte) des passages non programmés en filière couchée	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU (y compris passage en lit porte) des passages non programmés en filière psychiatrie	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU (y compris passage en lit porte) des passages non programmés en filière maternité	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU (y compris passage en lit porte) des passages non programmés selon le score de gravité	
Pourcentage de passages non programmés dont la durée entre l'heure d'admission et l'heure de sortie du SU est > à 24h (y compris le temps passé en lits porte)	0 %
Délai min, max, moyen, médian entre l'heure d'admission et l'heure de triage (y compris passage en lit porte)	Délai moyen < 10 min
Délai min, max, moyen, médian entre l'heure d'admission et l'heure de triage pour les scores de gravité 1 et 2 de l'échelle de triage ETG (y compris passage en lit porte)	Délai moyen < 10 min
Pourcentage de passages non programmés dont le triage a été fait dans un délai inférieur à 10 minutes	100 %
Durée moyenne entre l'heure de début et l'heure de fin de triage	< ou = 5 min
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de triage et la 1 ^{ère} heure d'entrée dans une salle d'examen	
Durée moyenne entre l'heure de triage et la 1 ^{ère} heure d'entrée dans une salle d'examen selon le score de gravité	
Durée moyenne entre l'heure de triage et la 1 ^{ère} heure d'entrée dans une salle d'examen pour les passages non programmés de 75 ans et plus	
Durée moyenne entre l'heure de triage et la 1 ^{ère} heure d'entrée dans une salle d'examen pour les passages non programmés des enfants de moins de 1 an	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de 1 ^{er} contact médical physique avec le patient	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de 1 ^{er} contact médical physique avec le patient selon le score de gravité sur l'échelle de triage	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de 1 ^{er} contact médical physique avec le patient pour les personnes de 75 ans et plus	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'admission et l'heure de 1 ^{er} contact médical physique avec le patient pour les enfants de moins de 1 an	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de triage et l'heure du 1 ^{er} contact médical physique avec le patient	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de triage et l'heure du 1 ^{er} contact médical physique avec le patient selon le score de gravité	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de triage et l'heure du 1 ^{er} contact médical physique avec le patient pour les personnes de 75 ans et plus	

Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de triage et l'heure du 1 ^{er} contact médical physique avec le patient pour les enfants de moins de 1 an	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de 1 ^{er} contact physique médical et l'heure de sortie du patient du SU	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de 1 ^{er} contact physique médical et l'heure de sortie du patient du SU selon le score de gravité	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de 1 ^{er} contact physique médical et l'heure de sortie du patient du SU chez les personnes de 75 ans et plus	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de 1 ^{er} contact physique médical et l'heure de sortie du patient du SU chez les enfants de moins de 1 an	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de 1 ^{er} contact physique médical et l'heure de sortie du patient du SU chez les personnes en filière debout	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de 1 ^{er} contact physique médical et l'heure de sortie du patient du SU chez les personnes en filière couchée	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de décision médicale de sortie et l'heure de sortie effective	Durée moyenne < 30 min
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de décision médicale de sortie et l'heure de sortie effective selon le type de destination à la sortie	
Pourcentage de passages non programmés dont la durée entre l'heure de décision médicale de sortie à domicile et l'heure effective de sortie est < à 30 min	80 %
Pourcentage de passages non programmés dont la durée entre l'heure de décision médicale de sortie du SU en hospitalisation et l'heure effective de sortie vers l'unité d'hospitalisation est < à 60 min	80 %
Indicateurs de processus : prise en charge	
Nombre de patients en salle d'attente à 9h, 12h, 15h, 18h, 21h, 24h par salle d'attente	
Pourcentage de passages non programmés au SU ayant nécessité des soins d'hygiène	
Pourcentage de passages non programmés au SU de 75 ans et plus ayant bénéficié d'une évaluation des risques de fragilité pendant le passage avec la grille ISAR ou la grille SEGA	100 %
Pourcentage de passages non programmés au SU de 75 ans et plus nécessitant une hospitalisation ayant bénéficié d'un avis du médecin gériatre au SU	100 %
Pourcentage de passages non programmés au SU ayant eu une imagerie médicale conventionnelle pendant le passage au SU	
Pourcentage de passages non programmés au SU ayant eu une échographie pendant le passage au SU	
Pourcentage de passages non programmés au SU ayant eu une IRM pendant le passage au SU	
Pourcentage de passages non programmés au SU ayant eu un scanner pendant le passage au SU	
Délai min, max, moyen, médian entre l'heure de prescription et l'heure de réalisation du scanner demandé dans le cadre du passage non programmé en SU	Délai moyen < à 60 min
Délai min, max, moyen, médian entre l'heure de réalisation du scanner et l'heure de mise à disposition du compte-rendu du scanner demandé dans le cadre du passage non programmé en SU	Délai moyen < à 30 min
Délai min, max, moyen, médian entre l'heure de prescription et l'heure de réalisation de l'IRM demandée dans le cadre du passage non programmé en SU	Délai moyen < à 120 min
Délai min, max, moyen, médian entre l'heure de réalisation de l'IRM et l'heure de mise à disposition du compte-rendu de l'IRM demandée dans le cadre du passage non programmé en SU	Délai moyen < à 30 min
Pourcentage d'heures par année lors desquelles le scanner n'est pas accessible pour le SU (panne, maintenance)	
Pourcentage de passages non programmés au SU ayant eu une analyse de laboratoire pendant le passage au SU	
Délai min, max, moyen, médian entre l'heure de prélèvement et l'heure de mise à disposition des résultats d'analyses de laboratoire hors POCT	Délai moyen < à 60 min
Pourcentage de passages non programmés au SU n'ayant eu aucune analyse de laboratoire, aucun examen d'imagerie médicale, aucun acte technique médical, en dehors de la consultation avec le médecin	

Pourcentage de passages non programmés sortis contre avis médical du SU	
Pourcentage de passages non programmés perdus de vue (qui sont admis et partent avant d'être triés ou avant d'être vus par le médecin ou sans attendre les résultats des examens complémentaires)	
Pourcentage de passages non programmés au SU pour lesquels un avis médical complémentaire par un médecin spécialiste a été demandé pendant le passage au SU	
Pourcentage de passages non programmés <u>avant eu</u> un avis médical complémentaire par un médecin spécialiste pendant leur passage au SU	
Délai min, max, moyen, médian entre l'heure de demande d'un avis médical complémentaire de médecin spécialiste et l'heure de réalisation de l'avis médical complémentaire (même si celui-ci a lieu après la sortie du SU)	Délai moyen < à 60 min
Ratio nombre d'OP issues d'un passage non programmé au SU /10.000 passages	
Pourcentage de passages non programmés passés dans un lit porte	< 5 %
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure d'entrée dans le lit porte et l'heure de sortie du lit porte	Délai max prévu par la loi :12h
Pourcentage de passages non programmés passés dans un lit porte qui sont sortis vers leur lieu de vie (domicile, institution)	> 80 %
Pourcentage de passages non programmés passés dans un lit porte qui sont hospitalisés à l'issue du passage dans un lit porte	< 20%
Pourcentage de passages non programmés passés dans un lit porte qui sont transférés dans un autre établissement hospitalier au Luxembourg	
Pourcentage de passages non programmés passés dans un lit porte qui sont transférés dans un autre établissement hospitalier à l'étranger	
Pourcentage de passages non programmés ayant séjourné plus de 30 min dans les couloirs du SU en filière couchée avant d'être installés dans une salle d'examen	0%
Pourcentage de passages non programmés amenés par la police	
Pourcentage de passages non programmés pour lesquels il a fallu faire intervenir la police pendant leur passage au SU	
Pourcentage de passages non programmés de 75 ans et plus adressés directement vers le service de médecine gériatrique dès leur admission au SU	
Durée moyenne journalière d'occupation des lits porte	
Durée moyenne journalière d'occupation des salles d'examen du SU par des passages non programmés y compris les salles de déchocage	
Durée moyenne journalière d'occupation par des passages non programmés par salle d'examen du SU y compris les salles de déchocage	
Pourcentage de passages non programmés pour lesquels les examens complémentaires demandés étaient justifiés (par revue de pairs ou audit externe par un expert de la discipline de médecine d'urgence)	
Pourcentage de passages non programmés en SU pour lesquels le médecin urgentiste a prescrit un examen complémentaire non urgent à faire par le patient dans la semaine après la sortie du SU	
Indicateurs de processus : en aval des SU	
Pourcentage de passages non programmés hospitalisés à l'issue du passage au SU	< 20 %
Distribution des hospitalisations post passage au SU par type d'unités de soins (USN, USI)	
Durée min, max, moyenne, médiane entre l'heure de décision médicale de sortie par hospitalisation et l'heure de sortie vers l'unité de soins	Moyenne < 30 min
Pourcentage de passages non programmés sortant vers leur lieu de vie nécessitant un transport par ambulance à la sortie du SU	
Délai moyen entre l'heure d'appel de l'ambulance et l'heure de départ en ambulance du patient	< 30 min
Pourcentage de passages non programmés transférés dans une autre institution hospitalière pour hospitalisation en raison du manque de lits dans l'hôpital	
Nombre de jours /an lors desquels des passages non programmés ont été transférés pour hospitalisation dans un autre établissement en raison du manque de lits dans l'hôpital	
Nombre de lits disponibles en unités d'hospitalisation USN et USI dans l'établissement à 9h, à 12h, à 15h, à 18h, à 21h, à 24h	

Pourcentage de sorties réalisées le matin dans les services cliniques avant 10h	
Pourcentage d'entrées réalisées avant 14h dans les services cliniques	
Pourcentage de patients hospitalisés dans les unités de soins USN en attente de placement en maisons de soins	
Pourcentage de patients hospitalisés dans les unités de soins USN en attente d'un transfert vers un centre de rééducation	
Pourcentage de patients hospitalisés dans les unités de soins USN en attente d'un transfert vers un centre de convalescence	
Durée moyenne de séjour par spécialité médicale ou par USN et USI	
Pourcentage de passages non programmés nécessitant une hospitalisation ayant du être hospitalisés dans une unité de soins ne correspondant pas à la spécialité de son diagnostic	
Taux de lits de soins aigus USN pour 1.000 habitants	
Taux de lits de soins intensifs pour 1.000 habitants	
Taux de lits de médecine gériatrique pour 1.000 habitants de 75 ans et plus	
Taux de lits de rééducation gériatrique pour 1.000 habitants de 75 ans et plus	
Taux de lits de convalescence pour 1.000 habitants	
Taux de lits en maisons de soins pour 1.000 habitants de 75 ans et plus	
Taux de lits en rééducation fonctionnelle pour 1.000 habitants	
Indicateurs de gestion des risques en SU	
Pourcentage de passages non programmés ayant fait l'objet d'une erreur d'identification lors de leur passage au SU	
Pourcentage de passages non programmés ayant nécessité un isolement infectieux lors de leur passage au SU	
Pourcentage de passages non programmés infectés ayant nécessité une désinfection de la salle d'examen après leur passage au SU	
Pourcentage de passages non programmés ayant fait une chute lors de leur passage au SU	< 1 %
Pourcentage de passages non programmés ayant eu une administration de médicaments au SU et ayant fait l'objet d'une erreur médicamenteuse lors de leur passage au SU	
Pourcentage de passages non programmés ayant eu une administration de produits sanguins humains au SU et ayant fait l'objet d'un accident transfusionnel	
Pourcentage de passages non programmés ayant eu un examen d'imagerie médicale chez lesquels l'examen a été refait ou complété en raison d'une erreur de côté, d'une erreur d'examen, d'une imprécision de la demande initiale,...	
Pourcentage de passages non programmés de 75 ans et plus ayant développé une escarre stade 1 ou plus lors de leur passage au SU	
Pourcentage de passages non programmés ayant eu une sédation ou MEOPA au sein du SU lors d'un geste technique ayant fait un EI ou EIG de type accident anesthésique	
Pourcentage de passages non programmés de 75 ans et plus ayant fait une fugue lors du passage au SU	
Pourcentage de passages non programmés décédés au SU	
Fréquence de dépassements d'attributions professionnelles chez les soignants	
Pourcentage de passages non programmés pour lesquels eux ou leurs proches ont été l'auteur d'une agression physique sur un membre de l'équipe médico-soignante ou de l'équipe administrative et sécurité ou sur un autre patient	
Indicateurs cliniques en SU	
Taux des passages non programmés en SU par score de gravité selon l'échelle de triage choisie au niveau national	
Taux de scores 4 et 5 de gravité selon l'échelle de triage choisie au niveau national	
Taux des passages non programmés en SU chez les moins de 1 an par score de gravité selon l'échelle de triage choisie au niveau national	
Taux des passages non programmés en SU chez les enfants entre 0 et 15 ans par score de gravité selon l'échelle de triage choisie au niveau national	
Taux des passages non programmés en SU chez les 75 ans et plus par score de gravité selon l'échelle de triage choisie au niveau national	

Taux de scores de gravité selon l'échelle de triage choisie au niveau national pour les passages non programmés en filière debout	
Taux de scores de gravité selon l'échelle de triage choisie au niveau national pour les passages non programmés en filière couchée	
Taux de scores de gravité selon l'échelle de triage choisie au niveau national pour les passages non programmés ayant une hospitalisation à l'issue du passage au SU	
Distribution des diagnostics de sortie selon la classification nationale choisie	
10 premiers diagnostics principaux selon la classification nationale choisie chez les enfants de moins de 1 an	
10 premiers diagnostics principaux selon la classification nationale choisie chez les enfants entre 0 et 15 ans	
10 premiers diagnostics principaux selon la classification nationale choisie chez les personnes de 75 ans et plus	
Taux de diagnostics principaux en médecine, en chirurgie, en traumatologie, en psychiatrie, en maternité, en toxicologie, autres retrouvés pour les passages non programmés en SU	
Distribution des scores de gravité dans les groupes de diagnostics médecine, chirurgie, psychiatrie, traumatologie, maternité, toxicologie, autres	
AVC suspecté ou réel et AIT : nombre de passages non programmés par an	
AVC suspecté ou réel et AIT: pourcentage de passages non programmés par an et taux d'évolution	
Taux d'AVC suspecté ou réel et d'AIT ayant bénéficié du protocole unique et uniforme entre tous les médecins de prise en charge de l'AVC au sein du SU	100%
AVC suspecté ou réel et AIT : délai moyen entre l'heure d'admission et l'heure du 1 ^{er} contact médical dans le SU	
AVC suspecté ou réel et AIT : Taux de passages non programmés ayant eu une IRM ou un Scanner	100 % au total
AVC suspecté ou réel et AIT: délai moyen entre l'heure d'admission et l'heure de réalisation du scanner	
AVC et AIT : délai moyen entre l'heure d'admission et l'heure de réalisation de l'IRM	
AVC et AIT : délai moyen entre l'heure de réalisation du scanner et l'heure de mise à disposition de l'interprétation du scanner	< 15 min
AVC et AIT : délai moyen entre l'heure de réalisation de l'IRM et l'heure de mise à disposition de l'interprétation de l'IRM	< 15 min
AVC et AIT : pourcentage de patients ayant bénéficié d'un avis neuro-vasculaire dans le service des urgences dans un délai de 30 min maximum après le résultat de l'IRM ou du scanner	100 %
AVC et AIT : pourcentage de patients ayant bénéficié de l'évaluation FAST ou NIHSS	100 %
AVC ischémique : distribution du traitement : pas de thrombolyse, thrombolyse veineuse, thrombolyse artérielle	
AVC ischémique confirmé: taux de thrombolyse chez les patients éligibles selon les recommandations européennes de prise en charge de l'AVC	100 %
AVC ischémique confirmé: Délai moyen entre l'heure de début des symptômes et l'heure de réalisation de la thrombolyse intraveineuse	< 3h pour les 80 ans et plus < 4h30 pour les autres
AVC ischémique confirmé: pourcentage de passages non programmés ayant un délai entre l'heure de début des symptômes et l'heure de réalisation de la thrombolyse intraveineuse < à 3h ou < à 4h30	100 %
AVC ischémique confirmé : si l'heure des 1ers symptômes est inconnue, pourcentage de passages non programmés ayant un délai entre l'heure d'admission et l'heure de réalisation de la thrombolyse intraveineuse < à 3h	100 %
AVC ischémique confirmé : pourcentage de passages non programmés ayant un délai entre l'heure de début des symptômes et l'heure de réalisation de la thrombolyse artérielle < à 6h pour les occlusions de l'artère cérébrale moyenne	100 %
AVC ischémique : pourcentage de passages non programmés ayant un délai entre l'heure de début des symptômes et l'heure de réalisation de la thrombolyse artérielle >	100 %

à 6h pour les occlusions du tronc basilaire	
AVC ischémique ou hémorragique : pourcentage de passages non programmés ayant bénéficié d'une hospitalisation en réanimation	
AVC ischémique ou hémorragique : pourcentage de passages non programmés ayant bénéficié d'une hospitalisation en stroke unit	80 %
Douleurs thoraciques : nombre de passages non programmés /an	
Douleurs thoraciques : pourcentage de passages non programmés par an et taux d'évolution	
Taux de douleurs thoraciques ayant bénéficié du protocole unique et uniforme entre tous les médecins de prise en charge de l'infarctus du myocarde au sein du SU	100 %
Douleurs thoraciques : délai entre l'heure d'admission et l'interprétation de l'ECG 12 dérivations par un médecin urgentiste ou cardiologue	Délai 10 min maximum
STEMI + : pourcentage de patients ayant eu un avis du médecin cardiologue	100%
STEMI + : délai moyen entre l'interprétation de l'ECG par un médecin et l'arrivée à l'INCCI	Délai moyen < à 45 min
STEMI+ : pourcentage de patients avec STEMI+ ayant eu un délai de moins de 90 minutes entre l'interprétation médicale de l'ECG et l'expansion du ballonnet à l'INCCI	90 %
STEMI+ : taux de passages non programmés ayant eu une évaluation de la douleur	100%
STEMI+ : taux de passages non programmés ayant eu une évaluation de la douleur égale ou supérieure à 4 et inférieure à 6 et ayant bénéficié d'un traitement contre la douleur	100 %
STEMI+ : taux de passages non programmés ayant eu une évaluation de la douleur égale ou supérieure à 6 et ayant bénéficié d'un traitement contre la douleur par morphinique	100 %
Polytraumatisés potentiels ou réels (> 16) : nombre de passages non programmés par an	
Polytraumatisés potentiels ou réels (> 16) : pourcentage de patients non programmés par an et évolution	
Polytraumatisés réels (>16) : pourcentage de patients ayant bénéficié du pathway clinique complet tel que prévu dans l'accréditation pour le Trauma Center	100 %
Détresse respiratoire chez le nourrisson liée à une bronchiolite : nombre de passages non programmés par an	
Détresse respiratoire chez le nourrisson liée à une bronchiolite: pourcentage de passages non programmés par an et évolution	
Détresse respiratoire chez le nourrisson liée à une bronchiolite : pourcentage de patients ayant été hospitalisés	
Détresse respiratoire chez le nourrisson liée à une bronchiolite : pourcentage de passages n'ayant pas reçu d'antibiotiques	
Détresse respiratoire chez le nourrisson : délai moyen entre l'heure d'admission et l'heure de triage pour chacun des scores de gravité 1, 2, 3	
Détresse respiratoire chez le nourrisson: délai moyen entre l'heure d'admission et l'heure de 1 ^{er} contact médical physique pour chacun des scores de gravité 1, 2, 3	
Déshydratation de l'enfant de 4 ans et moins: nombre de passages non programmés par an	
Déshydratation de l'enfant de 4 ans et moins: pourcentage de passages non programmés par an	
MAP : Nombre de passages non programmés par an	
MAP : Pourcentage de passages non programmés par an	
MAP : Taux de MAP vues par une médecin gynécologue dans les 60 minutes après l'heure d'admission	100 %
Personnes âgées de 75 ans et plus : Pourcentage ayant bénéficié d'un score ISAR ou d'une évaluation gériatrique avec la grille SEGA	
Méningite : Nombre de passages non programmés par an	
Méningite : Pourcentage de passages non programmés par an	

Indicateurs organisationnels : Documentation	
Taux de remplissage complet du set minimal d'informations soignantes dans le dossier SU	99 %
Taux de remplissage complet du set minimal d'informations médicales dans le dossier SU	99 %
Taux de dossiers de passages non programmés au SU ayant fait l'objet d'un contrôle qualité de la documentation par an	
Taux de dossiers de passages non programmés au SU ayant fait l'objet d'une revue par les pairs sur la justification des hospitalisations	
Taux de dossiers de passages non programmés au SU ayant fait l'objet d'une revue par les pairs sur la justification des examens complémentaires demandés lors du passage au SU	
Taux de passages non programmés au SU ayant bénéficié d'un triage dont le score est noté au dossier du patient selon la grille nationale choisie	100 %
Taux de passages non programmés au SU dont le diagnostic médical à l'issu du passage est noté au dossier selon la classification nationale choisie	100 %
Taux de passage non programmés au SU dont le diagnostic médical n'a pas été fait au sein du SU	
Taux d'exhaustivité du transfert de passages vers la base de données centralisée nationale	100 %
Taux d'exhaustivité des données relatives aux passages non programmés dans les SU transmises dans la base de données centralisée nationale par jour	100 %
Indicateurs organisationnels : Ressources humaines disponibles	
Nombre ETP médecins urgentistes pour 10.000 passages non programmés	
Nombre ETP soignants pour 10.000 passages non programmés	
Nombre ETP administratifs pour 10.000 passages non programmés	
Ratio de patients par ETP médecin urgentiste par heure	
Ratio de patients par ETP soignant par heure	
Temps médecin urgentiste par passage non programmé	
Temps soignant par passage non programmé	
Temps administratif par passage non programmé	
Nombre d'heures supplémentaires prestées par les soignants par mois, par trimestre, par année	
Nombre d'heures supplémentaires par ETP soignant	
Nombre d'heures supplémentaires prestées par les médecins par mois, par trimestre par année	
Nombre d'heures par année sans couverture médicale par un médecin urgentiste senior sur place	0%
Taux de turn over du personnel soignant du SU	
Taux de turn over des médecins urgentistes dans le SU	
Taux de médecins ayant une formation en médecine d'urgence	
Taux de soignants ayant une formation complémentaire en soins d'urgence ⁴⁵	
Nombre d'heures de congé maladie chez les soignants du SU par an	
Nombre d'heures par ETP de congé maladie chez les soignants du SU par an	
Taux d'absentéisme pour congé maladie calculé selon la méthode FHL chez les soignants du SU	
Nombre d'heures de formation continue attribuées aux soignants du SU par an ⁴⁶	
Nombre d'heures de formation continue par personne chez les soignants du SU	
Nombre d'heures de formation continue par ETP chez les soignants du SU	
Nombre d'heures de doublure complète des nouveaux collaborateurs soignants ⁴⁷	

⁴⁵ Ex : formation belge en soins intensifs et aide médicale urgente

⁴⁶ Cela comprend l'assistance à des cours, des séminaires, des simulations, des apprentissages techniques d'utilisation de nouveaux équipements,...

⁴⁷ La doublure complète veut dire que le nouveau collaborateur n'occupe pas un poste de travail mais double son tuteur d'intégration

Indicateurs organisationnels : Ressources structurelles	
Ratio mètres carrés de salle d'attente par passage non programmé	
Ratio mètres carrés du SU hors lits porte par passage non programmé	
Ratio mètres carrés du SU avec lits porte par passage non programmé	
Indicateurs de résultats financiers	
Coûts totaux directs /an	
Coûts directs /an /passage non programmé au SU	
Dépenses induites au laboratoire par le SU /an	
Dépenses induites au laboratoire par le SU / passage non programmé	
Dépenses induites en imagerie médicale par le SU /an	
Dépenses induites en imagerie médicale par le SU / passage non programmé	
Indicateurs de satisfaction des patients	
Taux de satisfaction des patients venus pour un passage non programmé dans le service d'urgence concernant la durée totale de prise en charge (heure d'admission-heure de sortie)	80 %
Taux de satisfaction des patients venus pour un passage non programmé dans le service d'urgence concernant leur prise en charge médicale	80 %
Taux de satisfaction des patients venus pour un passage non programmé dans le service d'urgence concernant leur prise en charge par les soignants	80 %
Taux de satisfaction des patients venus pour un passage non programmé au service d'urgence concernant l'information qu'ils ont reçue par l'équipe médico-soignante	80 %
Taux de plaintes par rapport au nombre de passages non programmés dans le SU relatives aux soins, délais d'attente, accueil, information	

Analyse der nationalen Notaufnahme in Bezug auf die Entlastung dieser

Ausgangssituation & Zielsetzung Simulation der Notaufnahmen Luxemburg



Ausgangssituation

- Eine zunehmende Inanspruchnahme der zentralen Notaufnahmen stellt das Land Luxemburg vor **Herausforderungen in der flächendeckenden Versorgung** von Notfallpatienten (Kosten; Wartezeiten etc.)
- Die Notaufnahmen der verschiedenen Häuser weisen **heterogene Strukturen** auf (IT-Systeme, Triage-Systeme etc.)
- **Rekrutierung von Nachwuchs** gestaltet sich in einigen Disziplinen schwierig
- Die **Personalbedarfsberechnung** erfolgt auf Basis der Patientenzahlen und wird als nicht ausreichend eingestuft (bisher keine Einigung zwischen FHL und CNS erreicht)



Zielsetzung

- Schaffung von **Transparenz** der aktuellen Prozesse in den zentralen Notaufnahmen des Landes Luxemburg
- **Identifizierung von Engpässen** und deren **Ursachen** in den zentralen Notaufnahmen und Darstellung in einem **Simulationsmodell**
- **Analyse der Organisationen** hinsichtlich Prozesse, Personal, Raum- und IT-Ausstattung
- Erarbeitung von **Handlungsfeldern und Verbesserungsvorschlägen** auf nationalem Niveau auf Basis der identifizierten Engpässe

Ziel ist die Sicherstellung einer effizienten und flächendeckenden Versorgung der Notfallpatienten. In einem ersten Schritt sollen die Prozesse analysiert und Handlungsfelder sowie Sofortmaßnahmen definiert werden.

Projektvorgehen

Vorgehensmodell „Simulation der Notfallaufnahme“



1

Prozess- & Datenanalyse

- Dokumentierte Ist-Prozesse mit Schwachstellen (Potenziale) und Fähigkeiten
- Bewerteter Bestand hinsichtlich Abläufe und Layout
- Analysierte Daten der Notfallambulanz



2

Simulation der Ist-Situation

- Abbildung der realen Situation in einem Simulationsmodell
- Dynamische Darstellung von Engpässen und Überkapazitäten
- Beispielhafte Bewertung von Sofortmaßnahmen



3

Handlungsfelder und Sofortmaßnahmen

- Transparente Handlungsfelder je ZNA und übergreifend
- Übersicht über kurzfristig umsetzbare Maßnahmen
- Fokusbereiche für den Soll-Prozess



Die Simulation ergänzt das klassische Planungsvorgehen. Verschiedene Soll-Prozesse (z.B. Parallelität) und Fallzahlen werden dynamisch dargestellt und hinsichtlich der Auswirkungen auf Räume und Personal bewertet.

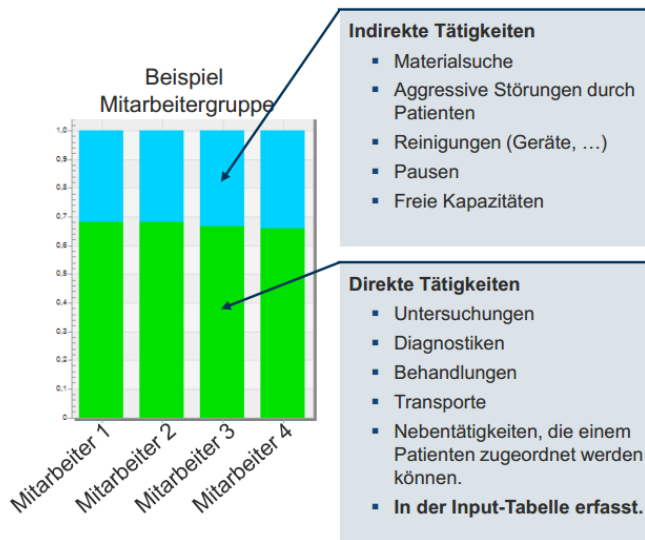
Hier ein Beispiel eines Ist-Prozesses einer ZNA aus einem luxemburgischen Krankenhaus

Simulationsergebnisse bezogen auf die Auslastung

Erklärung zur Darstellung der Mitarbeiterauslastung

Zusammensetzung Mitarbeiterauslastung Schematische Darstellung

UNITY
CONSULTING & INNOVATION



- Nicht alle Tätigkeiten können in der Simulation abgebildet werden.
- In der Realität liegt die Auslastung der Mitarbeitenden etwas höher als die Simulation zeigt.
- Alle planbaren und messbaren Tätigkeiten sind in der Simulation enthalten, dadurch sind alle optimierbaren Prozesse abgebildet.
- Ein Personal sollte niemals auf eine Auslastung von 100% ausgelegt sein. Reserven für Pausen, Störungen oder unerwartete Tätigkeiten sollten eingeplant werden.

Eine gesunde Mitarbeiterauslastung durch die in der Simulation abgebildeten Tätigkeiten sollte je nach Berufsgruppe 75-85% nicht überschreiten. Die dargestellten Auslastungen zeigen den Durchschnitt über alle Wochentage.

Hier einige Beispiele:

Haus1 :

Personalauslastung IST (direkte Patientenbindung, zuzüglich indirekter Tätigkeiten)																							
Berufsgruppe	Werte	h																					
Pflege Triage	Auslastung %	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
									16%	44%	56%	63%	55%	45%	47%	47%	47%	42%	44%	41%	40%	28%	19%
Pflege ZNA	Anzahl MA	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0
	Auslastung %	20%	19%	11%	15%	7%	11%	12%	13%	37%	49%	52%	51%	45%	44%	49%	42%	44%	45%	43%	40%	31%	33%
Arzt Urgentiste	Anzahl MA	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
	Auslastung %	37%	29%	25%	24%	15%	17%	20%	33%	36%	38%	54%	54%	57%	48%	57%	50%	51%	49%	49%	55%	71%	70%
Arzt Chirurg	Anzahl MA	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Auslastung %	46%	70%	77%	73%	65%	59%	53%	54%	60%	57%	55%	47%										

Haus 2 :

Personalauslastung IST (direkte Patientenbindung, zuzüglich indirekter Tätigkeiten)																							
Berufsgruppe	Werte	h																					
Pflege Triage	Auslastung %	46%	41%	34%	28%	18%	22%	30%		59%	63%	61%	66%	59%	60%	65%	65%	31%	58%	55%	51%	43%	37%
	Anzahl MA	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,3
Pflege ZNA	Auslastung %	76%	75%	75%	76%	67%	60%	52%	22%	63%	81%	92%	95%	91%	93%	94%	79%	84%	79%	87%	93%	83%	75%
	Anzahl MA	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,0	5,0	7,5	6,0	6,0	5,0	5,0	5,3	5,5
Arzt Urgentiste	Auslastung %	72%	66%	59%	57%	43%	38%	38%	11%	77%	90%	73%	58%	66%	63%	63%	80%	71%	78%	74%	75%	88%	90%
	Anzahl MA	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	4,0	2,0	2,0

Haus 3 :

Personalauslastung IST (direkte Patientenbindung, zuzüglich indirekter Tätigkeiten)																									
Berufsgruppe	Werte	h																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Pflege Greeter	Auslastung %							13%	6%	11%	22%	31%	39%	33%	29%	23%	31%	31%	30%	30%	20%	15%	20%	6%	
	Anzahl MA							0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5	
Pflege Triage	Auslastung %							11%	40%	54%	82%	88%	78%	61%	54%	46%	46%	32%	33%	35%	43%	40%	47%	36%	38%
	Anzahl MA							0,5	1,0	1,0	1,0	1,5	2,0	2,0	2,0	2,5	2,0	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	1,5	1,0
Pflege ZNA	Auslastung %	75%	65%	60%	54%	52%	37%	16%	31%	45%	68%	69%	80%	71%	70%	51%	75%	74%	73%	71%	63%	62%	65%	45%	75%
	Anzahl MA	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	6,0	4,0	4,0	4,0	4,5	5,0	5,0	5,0	7,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	6,0
Arzt Urgentiste	Auslastung %	82%	78%	82%	75%	67%	50%	42%	38%	66%	76%	63%	80%	68%	67%	73%	69%	65%	61%	60%	87%	90%	92%	87%	87%
	Anzahl MA	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,5	3,5	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Arzt Chirurg	Auslastung %										32%	52%	72%	64%	62%	60%	59%	55%	38%	48%					
	Anzahl MA										0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0					

Haus 4 :

[illegible]

Berufsgruppe	Werte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Arzt_ZNA_S1	Auslastung %									88%	96%	89%	82%	79%	82%	83%	81%	82%	81%							100%
	Anzahl MA									1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0							1,0
Arzt_ZNA_S2	Auslastung %											82%	70%	67%	71%	75%	68%	71%	70%	78%	77%					100%
	Anzahl MA											1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0					1,0
Arzt_ZNA_S3	Auslastung %																			66%	65%	77%	78%	64%	58%	
	Anzahl MA																			1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Arzt_ZNA_S4	Auslastung %				69%	76%	76%	75%	75%	73%	79%	83%										62%	64%	47%	36%	
	Anzahl MA				1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0									1,0	1,0	1,0	1,0	

Haus 5 :

[illegible]

- Viele Standorte haben Potenziale in Bezug auf die **baulichen Strukturen**. Eine **adäquate räumliche Dimensionierung** auf Basis der Prozessflüsse ist gerade im Hinblick auf anstehende Neubauten im Land dringend zu empfehlen.
- **Optimierungs- und Modernisierungsmöglichkeiten der Prozesse** liegen in allen Häusern vor. Auf dieser Ebene gibt es Schnittstellen zwischen den Häusern, bspw. bei:
 - ▶ Etablierung einer **digital gestützten Arbeitsgrundlage**, welche standardisiert Zeiten und Arbeitsanweisungen dokumentiert, aber auch die Patientenübersicht verbessert
 - ▶ **Durchführung der Triage** (mobile und liegende Patienten)
 - ▶ **Standards** für Diagnostik vor dem Arztkontakt
 - ▶ Prozessflüsse zur **Abverlegung der Patienten** aus der Notaufnahme auf die Stationen
- Die Notaufnahmen HRS und CHL stoßen an **Garde-Tagen** an ihre Grenzen.
- Das Projekt ermöglicht eine **Gegenüberstellung der Personalressourcen** und der Zeiten, welche das Personal für den Patienten hat. Viele **Personalengpässe** können durch verbesserte Organisation und räumliche Bedingungen entschärft werden.
- Auf **Landesebene** sollten die Themen Digitalisierung und Datenaustausch, Vergleichbarkeit der Aufwände und Kodierung, Patientensteuerung und der Umgang mit Garde-Tagen im Soll-Konzept verbessert werden.

Die Handlungsempfehlungen fokussieren sich zunächst auf die Umsetzung von Optimierungen in den Häusern, auf deren Basis im nächsten Schritt eine angemessene Personalausstattung erfolgen kann.

Vereinheitlichung der Dokumentation & Datenaustausch

Aktuelle Herausforderung

- Ambulant entlassene Patienten erhalten in der Regel **keine Dokumentation** über einen Aufenthalt in der Notfallambulanz.
- Innerhalb der Notfallambulanzen erfolgt für diese Fälle auch **nicht immer eine interne Dokumentation** über Diagnose und Maßnahmen.
- Viele Patienten besuchen innerhalb eines Jahres häufig mehrere Urgenzen oder haben mehrere Kontakte innerhalb einer Urgence. Dort gibt es **keine Übersicht über die Patientenhistorie**. Dies kann zu **Doppeluntersuchungen** und **Mehraufwänden** aufgrund von Informationsdefiziten führen.

Lösungsansatz



- 1. Schritt: Einführung einer **standardisierten Kurzdokumentation**
 - Ziel muss ein Kurzbefrag mit den wichtigsten erfassten Leistungen sein, der mit minimalem Mehraufwand druckbar ist.
 - Kern sollten bei ambulant entlassenen Patienten verwertete Daten aus Triage, Leistungsanforderungen und einer Anmerkung zum weiteren Vorgehen sein.
- 2. Schritt: Schaffung einer **Schnittstelle zum Datenaustausch**
 - Hierzu sind der Umfang der auszutauschenden Kriterien und Schnittstellen zur eSanté abzustimmen.

Eine einheitliche Dokumentation kann Doppeluntersuchungen oder Informationsdefizite reduzieren. Optimal ist ein landesweiter Austausch von Behandlungs- und Diagnostikdaten.

Vereinheitlichung der Leistungserfassung

Aktuelle Herausforderung

- Es gibt keine **Vorgaben zur Dokumentation und Leistungserfassung** von Seiten der CNS und des Ministeriums.
- Die **Vergütung der Häuser** erfolgt über eine **Pauschale je Kontakt**, die unabhängig von der Schwere des Patienten ist.
- Es gibt einen **Katalog von Leistungsziffern**, der jedoch nicht verbindlich ist und nur in einigen Urgenzen genutzt wird.
- In den Urgenzen werden sehr **unterschiedliche Triagesysteme** genutzt, die nicht direkt vergleichbar sind und keine Aussage zum Behandlungsaufwand ermöglichen.
- In einigen Urgenzen werden auch **elektive Fälle innerhalb der Infrastruktur** behandelt. Diese sind teilweise in den Kontaktdaten enthalten, jedoch nicht eindeutig zu identifizieren.

Lösungsansatz



- Einführung einer **einheitlichen Leistungsdokumentation** für die Urgenzen.
- Abzuwägen ist der **Aufwand** für die Erfassung gegenüber dem **Nutzen** der Differenzierung der Aufwände.
- Folgende Varianten sind denkbar:
 - Nur Differenzierung von **Patiententypen** (ambulant, stationär, aufwändige Diagnostik, elektiv,...)
 - Dokumentation **aufwändiger Diagnostik** (CT, MRT, komplexe Verbände, Überwachung mit Monitoring, ...)
 - **Detaillierte Leistungserfassung** aller Leistungen pflegerisch und ärztlich
- Ziel sollte eine möglichst weite **Automatisierung** der Erfassung sein.

Aktuell lässt sich auf Basis der Dokumentation in den Häusern keine differenzierte Vergütung, bzw. Personalbemessung einführen. Vergleichbarkeit kann über eine standardisierte Leistungserfassung geschaffen werden.

Aktuelle Herausforderung

- Die Notfallambulanzen werden in hohem Maße durch **Bagatellfälle und Patienten für Krankschreibungen** frequentiert. Dies zeigen die Interviews und die geringen stationären Aufnahmequoten.
- Aus Sicht der Standorte gibt es **kaum Vernetzung zu den Maisons Médicales**. Diese könnten die Notfallambulanzen grundsätzlich entlasten.
- Zusätzlich gibt es an den meisten Standorten **keine klare Trennung zwischen Notfällen und Elektivpatienten**. Dies macht teilweise aufgrund von Personalsynergien Sinn, teilweise blockiert es die Räumlichkeiten und das Personal der Urgence und führt zu längeren Durchlaufzeiten.

Lösungsansatz



- **Evaluation** einer besseren Einbindung, bzw. **Nutzung der Maisons Médicales**. Hierzu sind insbesondere folgende Fragen zu klären:
 - Wie kann eine **bessere Steuerung** der Patientenflüsse erfolgen?
 - Wie hoch sind die **Maisons Médicales ausgelastet**?
 - Sind die **Patienten** ausreichend **informiert**?
 - Gibt es **Anreize**, die zu einer Steuerung der Patienten in die Urgences und nicht in die Maisons Médicales führen?

Zur Entlastung der Notfallambulanzen ist eine bessere Einbindung, bzw. Nutzung der Maisons Médicales zu prüfen.

Umgang mit Gardetagen

Aktuelle Herausforderung

- Die **Gardetage** belasten die Infrastruktur durch die Frequenzen von **mehr als 200 Patienten pro Tag** sehr stark.
- Es kommt an **Gardetagen zu Personal- und Raumengpässen**. An Nicht-Gardetagen werden die Urgences sehr ineffizient betrieben.
- Es gibt sowohl **Stimmen für** als auch **gegen** die Gardetage.

Vor- und Nachteile der Gardetage



Vorteile:

- Klarer Anlaufort für Rettungsdienste
- Einsparung von Bereitschaftsdiensten in den Häusern an Nicht-Garde-Tagen
- Weniger Nacht- und Wochenend-Dienste für die Ärzte eines Hauses

Nachteile:

- Überlastung der Infrastruktur an Garde-Tagen (insbes. CHL) und damit verbunden lange Wartezeiten und Patientenrisiken
- Auch Auswirkungen auf andere Bereiche der Klinik (Bettenbelegung, OP)
- Ineffizienter Personaleinsatz an Nicht-Garde-Tagen

Die Beibehaltung der Gardetage sollte unter Betrachtung der Einflussfaktoren Personalleinsatz, Infrastruktur, Patientenservice in den Szenarien Beibehaltung und (Teil-)Abschaffung betrachtet werden.

Studie: Reformierung der Gardetage in der Region Zentrum

In Bezug auf die Gardetage in der Region Zentrum, wurde eine Studie beauftragt, wie sich die Durchlaufzeiten, insbesondere im CHL ändern würden, wenn man von abwechselnden Gardetage zu gemeinsamen Gardetagen während des Tages übergehen würde.

Studie: Reformierung Gardetage Konzept und Veränderung der Besuchszahlen

UNITY
CONSULTING & INNOVATION

■ Von Montag bis Freitag, das ganze Jahr über:

- Öffnungszeiten des CHL von 7h bis 19h: geplante Aktivität von **80 Patienten pro Tag**
- Öffnungszeiten des HRS von 7h bis 19h: geplante Aktivität von **80 Patienten pro Tag**
- Garde während der Nacht von 19h bis 6h59 am folgenden Tag, abwechselnd zwischen CHL und HRS nachfolgendem Zyklus auf zwei Wochenbasis mit einer geschätzten Aktivität von **30 Patienten pro Schicht**.

	Garde				Non-Garde			
	CHL alt	CHL neu	+/- abs	+/- %	CHL alt	CHL neu	+/- abs	+/- %
Σ	192	154	-38	-20%	40	90	50	125%
Montag	209	149	-60	-29%	45	103	58	129%
Dienstag	185	132	-53	-28%	37	90	53	143%
Mittwoch	183	133	-50	-27%	42	86	44	106%
Donnerstag	180	129	-51	-28%	36	85	49	137%
Freitag	180	139	-41	-23%	41	87	46	112%
Samstag	213	207	-6	-3%				
Sonntag	191	186	-5	-3%				

07-17 Uhr
07-19 Uhr

■ Die Samstage und Sonntage übers ganze Jahr:

- Abwechselnde Garde zwischen CHL und HRS: jedes 2. Wochenende von Freitagabend 19h bis Montagmorgen 6h59 mit einer geschätzten Aktivität auf 24h von **200 Patienten pro Tag (24h)**.

	Garde				Non-Garde			
	HRS alt	HRS neu	+/- abs	+/- %	HRS alt	HRS neu	+/- abs	+/- %
Σ	196	154	-42	-22%	31	90	59	189%
Montag	214	149	-65	-30%	37	103	66	178%
Dienstag	191	132	-59	-31%	32	90	58	180%
Mittwoch	184	133	-51	-28%	29	86	57	198%
Donnerstag	186	129	-57	-30%	28	85	57	205%
Freitag	207	139	-68	-33%	30	87	57	189%
Samstag	204	207	3	2%				
Sonntag	186	186	0	0%				

07-17 Uhr
07-19 Uhr

Durch die Verschiebung der Öffnungszeiten reduziert sich die Besuchszahl an Gardetagen um 25-30%. An Non-Gardetagen steigt die Frequenz deutlich an.

Auf folgender Folie kann man sehr gut erkennen, dass eine solche Reformierung, ein sichtliche Verbesserung der Durchlaufzeit zur Folge hätte. So könnte man diese um **¼ kürzen** was in etwa einen Zeitgewinn von 30 Minuten entsprechen würde.

Durchlaufzeiten (Reformierung Garde)

UNITY
CONSULTING & INNOVATION

Durchlaufzeit IST

Zeilenbeschriftungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Gesamtergebnis
G	3:23	2:56	3:35	2:21	3:38	3:08	3:20	3:30	2:48	2:53	3:14	3:19	3:47	3:35	3:01	3:14	3:27	2:42	3:40	3:03	3:41	3:31	4:03	3:40	3:18
1	3:13	2:13	4:29	2:46	5:03	3:07	2:01	6:08	2:38	3:06	3:41	3:15	3:52	3:14	2:29	3:32	3:04	2:12	5:09	3:21	4:43	2:21	5:05	3:16	3:28
2	2:49	1:13	2:25	2:06	2:01	1:02	1:55	4:42	3:22	3:05	2:59	2:52	2:18	2:21	1:54	1:39	1:21	1:25	1:47	1:50	2:21	1:10	2:37	1:56	2:22
3	1:51	1:30	1:06	2:12	1:26	4:17	2:57	2:46	2:30	1:56	2:17	2:10	2:35	3:10	2:26	2:17	3:20	2:07	1:52	3:26	3:25	2:06	3:22	2:25	2:31
4	3:20	1:52	1:33	1:14	0:52	1:39	1:26	2:10	2:20	2:01	2:16	3:10	2:27	1:51	1:23	2:01	1:59	1:50	2:50	1:53	1:59	2:24	5:49	1:50	2:14
5	1:30	1:29	3:52	1:13	1:11	2:50	1:51	3:24	2:48	3:40	4:05	3:06	2:56	4:53	4:58	4:22	4:00	3:45	4:29	3:07	2:52	2:39	4:19	4:03	3:42
6	2:37	4:03	2:50	3:35	3:05	2:00	1:55	2:23	3:06	2:27	3:11	4:24	5:38	5:05	4:02	4:44	5:24	3:34	4:08	5:24	5:36	6:14	4:16	6:06	4:15
7	5:39	5:53	6:46	2:27	5:35	4:30	5:15	4:07	3:46	3:55	3:27	3:01	4:03	3:07	2:58	3:17	3:24	3:42	4:03	3:16	4:28	2:51	2:25	3:38	3:41
NG	4:14	1:50	1:43	1:50	1:43	1:28	1:21	1:11	1:26	1:08	1:28														1:37
1	2:11	1:49	2:53	1:52	1:01	1:23	1:34	1:19	0:49	1:15															1:46
2	7:28	2:08	1:21	1:56	1:42	2:06	1:51	1:05	0:52	0:46	1:30														1:57
3	2:47	1:34	2:43	0:54	1:19	2:08	0:53	1:14	1:46	1:31	1:41														1:41
4	0:53	1:26	0:54	1:09	1:08	0:50	1:13	0:36	1:17	0:59	1:26														1:05
5	1:53	1:33	1:45	2:10	1:24	1:09	1:05	1:33	1:18	1:29															1:35
6	2:21																								2:21
Gesamtergebnis	3:23	2:56	3:35	2:21	3:38	3:08	3:31	3:08	2:31	2:40	2:52	2:52	3:18	3:10	2:45	3:01	3:19	2:42	3:40	3:03	3:41	3:31	4:03	3:40	3:05

Durchlaufzeit Studie

Zeilenbeschriftungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Gesamtergebnis
G	2:53	1:47	2:36	1:46	1:57	1:55	2:11	2:29	2:10	2:22	2:32	2:46	2:39	2:30	2:05	2:21	2:24	2:34	2:32	2:48	2:57	3:03	2:47	3:13	2:33
1	2:40	1:50	4:16	0:52	4:41	1:33	2:54	2:59	2:30	3:04	2:54	3:18	2:15	2:41	1:24	2:04	2:23	2:19	1:36	2:49	2:36	3:17	2:27	1:25	2:32
2	1:57	0:53		1:56	2:27	0:55	2:15	1:37	1:49	1:35	2:06	1:19	2:16	1:51	1:26	1:57	2:19	2:18	1:28	2:26	3:10	4:04	2:46	3:47	2:11
3	4:13	1:35	1:52	3:09	0:48	1:03	1:37	2:32	1:56	2:16	2:06	1:44	2:06	1:32	1:38	1:17	2:40	1:23	1:47	1:55	1:58	1:10	1:33	2:25	1:55
4	2:11	2:03	1:27	1:14	0:35		1:37	6:10	1:35	1:31	1:40	1:12	1:39	2:10	2:28	1:08	1:21	1:28	1:11	2:12	1:44	2:25	1:57	2:13	1:47
5	1:01	0:33	2:31	1:24	2:14	1:28	3:18	2:23	2:01	2:26	2:52	2:47	1:36	2:02	1:41	1:41	2:58	3:06	2:56	2:13	1:58	1:27	2:18		2:21
6	3:08	1:26	0:40	1:30	1:06	0:33	2:38	2:07	3:04	2:24	3:11	4:26	3:10	3:43	3:31	4:00	3:13	3:39	4:56	2:42	3:17	4:24	3:46	6:02	3:27
7	4:03	2:28	4:00	2:02	1:31	3:55	1:55	1:49	1:28	3:12	2:20	3:09	3:17	2:46	1:46	3:05	2:41	3:00	2:13	4:18	4:35	2:25	4:55	3:05	2:58
NG	2:08	2:15	1:55	2:00	2:15	1:55	1:59	2:04	2:05	3:06	3:40	3:18													2:20
1	3:57	3:06	2:54	3:31	3:23	2:37	2:36	2:48	2:40	3:41	3:05	2:34													3:04
2	1:35	1:09	1:17	1:14	1:06	1:21	1:05	1:38	1:24	1:34	2:18	2:03													1:27
3	1:06	1:48	1:44	1:35	2:32	1:30	1:28	1:39	1:40	1:30	3:45	1:46													1:49
4	1:58	3:39	2:23	1:27	1:22	1:13	2:57	2:03	2:44	5:16	7:50	5:47													3:24
5	1:54	1:46	1:35	1:24	1:52	2:08	1:47	2:19	1:55	2:43	2:00	3:09													2:00
Gesamtergebnis	2:53	1:47	2:36	1:46	1:57	1:55	2:11	2:20	2:13	2:11	2:21	2:35	2:21	2:18	2:05	2:14	2:38	2:59	2:49	2:48	2:57	3:03	2:47	3:13	2:29

Analyse der nationalen Notaufnahmen in Bezug auf die Entlastung dieser

Comité de Pilotage

Luxemburg, 08.11.2017



- Zusammenfassung & Vorgehen
- Datenvergleich landesweit
- Überblick Kennzahlen und Organisation der Standorte
- Überblick Handlungsfelder landesweit
- Ausblick

Zusammenfassung

- Viele Standorte haben Potenziale in Bezug auf die **baulichen Strukturen**. Eine **adäquate räumliche Dimensionierung** auf Basis der Prozessflüsse ist gerade im Hinblick auf anstehende Neubauten im Land dringend zu empfehlen.
- **Optimierungs- und Modernisierungsmöglichkeiten der Prozesse** liegen in allen Häusern vor. Auf dieser Ebene gibt es Schnittstellen zwischen den Häusern, bspw. bei:
 - ▶ Etablierung einer **digital gestützten Arbeitsgrundlage**, welche standardisiert Zeiten und Arbeitsanweisungen dokumentiert, aber auch die Patientenübersicht verbessert
 - ▶ **Durchführung der Triage** (mobile und liegende Patienten)
 - ▶ **Standards** für Diagnostik vor dem Arztkontakt
 - ▶ Prozessflüsse zur **Abverlegung der Patienten** aus der Notaufnahme auf die Stationen
- Die Notaufnahmen HRS und CHL stoßen an **Garde-Tagen** an ihre Grenzen.
- Das Projekt ermöglicht eine **Gegenüberstellung der Personalressourcen** und der Zeiten, welche das Personal für den Patienten hat. Viele **Personalengpässe** können durch verbesserte Organisation und räumliche Bedingungen entschärft werden.
- Auf **Landesebene** sollten die Themen Digitalisierung und Datenaustausch, Vergleichbarkeit der Aufwände und Kodierung, Patientensteuerung und der Umgang mit Garde-Tagen im Soll-Konzept verbessert werden.

Die Handlungsempfehlungen fokussieren sich zunächst auf die Umsetzung von Optimierungen in den Häusern, auf deren Basis im nächsten Schritt eine angemessene Personalausstattung erfolgen kann.

Matrix der Fähigkeiten und Potenziale

Handlungsempfehlungen



- An den untersuchten Standorten wurden mit den Projektteams **Ist-Prozesse** aufgenommen und auf Basis der Ist-Prozesse und Patientendaten aus 2016 jeweils ein **Simulationsmodell der Ist-Situation** erstellt.
- Auf Basis der Verbesserungspotenziale und Simulationsergebnisse wurden **Handlungsempfehlungen** für einen Soll-Prozess erarbeitet und abgestimmt.

- Zusammenfassung & Vorgehen
- Datenvergleich landesweit
- Überblick Kennzahlen und Organisation der Standorte
- Überblick Handlungsfelder landesweit
- Ausblick

Datenvergleich landesweit

Kennzahlen ablaufbezogen, 2016

	LUX	Adulte					Pédiatrie	
		CHdN	CHEM E	CHEM N	CHL	HRS	CHL	HRS
Anzahl Notfälle pro Jahr	260.603	43.048	50.815	24.701	40.124	39.733	41.788	20.394
Ø Patienten pro Tag GARDE		118	138	67	192	196	114	56
Ø Patienten pro Tag NON-GARDE					41	32		

Ø Wartezeit auf Triage	0:11	0:13	0:09	0:15	0:18		0:10	
Ø Zeit bis Eintritt Raum	0:51	0:37			0:43	1:21	0:47	0:47
Ø Zeit Triage bis Arztkontakt	0:55		0:48	0:40	1:10		1:02	
Ø Verweildauer Notfallambulanz	2:27	1:36	2:21	1:52	3:49	2:34	2:57	1:28

% Ankunft SAMU	1,8%	1,2%	3,5%	0,3%	2,3%	2,0%	1,5%	0,0%
% Kontakt nach stationär (7 Tage)	3,5%	11,8%	2,6%	1,7%	1,5%	1,8%	1,3%	2,1%
% stat. Aufnahme	12,2%		15,6%	9,9%	15,8%	17,9%	5,5%	1,8%

- Die Verweildauern unterscheiden sich zwischen den Standorten deutlich. Insbesondere am CHL an Gardetagen und am HRS übersteigen die Durchlaufzeiten 2:30 Stunden. Dies liegt auch im

Durchlauf von etwa 200 Patienten pro Garde-Tag begründet.

- Auffällig sind ebenfalls die Schwankungen der stationären Aufnahmequoten.

Datenvergleich landesweit

Kennzahlen triagebezogen, 2016

	LUX	Adulte					Pédiatrie	
		CHdN	CHEM E	CHEM N	CHL	HRS	CHL	HRS
Anzahl Notfälle pro Jahr	260.603	43.048	50.815	24.701	40.124	39.733	41.788	20.394

Anteil Triagierung	75,4%	100%	100%	100%	92%	2%	96%	0%
Triage-Kategorie 1	0,4%	0,17%	0,46%	0,02%	1,20%	0,00%	0,45%	0,00%
Triage-Kategorie 2	3,1%	4,27%	6,09%	3,25%	4,13%	0,02%	1,73%	0,00%
Triage-Kategorie 3	25,9%	30,97%	50,96%	63,91%	15,35%	0,26%	15,09%	0,00%
Triage-Kategorie 4	30,4%	56,22%	38,54%	32,57%	30,91%	0,77%	35,18%	0,00%
Triage-Kategorie 5	15,6%	8,37%	3,95%	0,24%	40,47%	1,35%	43,52%	0,00%
Ø Triage-Kategorie	3,8	3,5	3,4	3,3	4,1	4,3	4,1	0,0

Ø Wartezeit auf Triage	0:11	0:13	0:09	0:15	0:18		0:10	
------------------------	------	------	------	------	------	--	------	--

% Triage innerhalb 5 Minuten	31%	21%	41%	22%	17%		24%	
% Triage innerhalb 10 Minuten	60%	53%	69%	48%	37%		58%	

- Die Häuser wenden sehr unterschiedliche Triagesysteme an. Daher sind die Daten untereinander nur schwer vergleichbar.
- Am HRS wird bisher nur auf Papier triagiert, daher liegen keine Daten hierzu vor.

Datenvergleich landesweit

Kennzahlen personaleinsatzbezogen, 2016

	LUX	Adulte							Pédiatrie	
	CHdN		CHEM E	CHEM N	CHL (G)	CHL (NG)	HRS (G)	HRS (NG)	CHL	HRS
Anzahl Notfälle pro Jahr	260.603	43.048	50.815	24.701	34.866	5.258	35.660	4.073	41.788	20.394

Personaleinsatz (Regel-Schicht) pro Tag (Stunden)

Ärztlicher Dienst (ÄD)										
Personaleinsatz ÄD in h/Tag	49:43	36:00	38:00	24:00	64:00		75:30		60:52	24:00
Personaleinsatz ÄD in h/Tag NG	19:15					27:00		11:30		
Pflegerischer Dienst (PD)										
Personaleinsatz PD in h/Tag	106:45	103:00	130:45	42:52	144:30		214:00		80:13	32:00
Personaleinsatz PD in h/Tag NG	42:15					44:00		40:30		

Kennzahl Personaleinsatz (Regel-Schicht) pro Patient (Min/Patient)

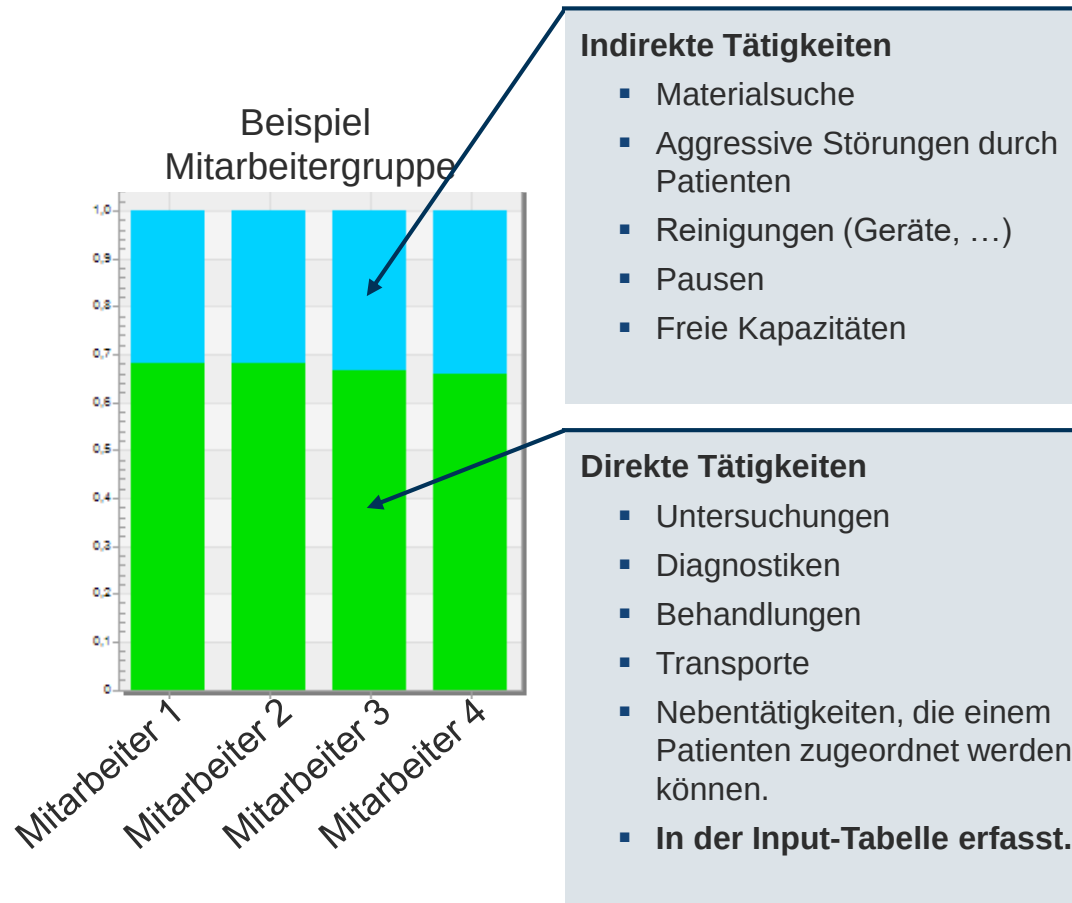
Ärztlicher Dienst (ÄD)										
Personaleinsatz ÄD	22,48	18,36	16,42	21,34	20,15		23,25		31,99	25,84
Personaleinsatz ÄD NG	43,69					40,05		22,02		
Pflegerischer Dienst (PD)										
Personaleinsatz PD	47,88	52,54	56,50	38,11	45,51		65,89		42,15	34,46
Personaleinsatz PD NG	100,53					65,27		77,56		

- An den Haupt-Betriebstagen ist im HRS der Personaleinsatz je Patient am höchsten.
- An Nicht-Gardetagen ist der Personaleinsatz je Kontakt deutlich höher.
- In der Pädiatrie ist der Personaleinsatz aufgrund der intensiveren Betreuung der Kinder höher.
- Zu berücksichtigen ist, dass die Fallschwere an den Standorten nicht vollständig vergleichbar ist.

- Zusammenfassung & Vorgehen
- Datenvergleich landesweit
- Überblick Kennzahlen und Organisation der Standorte
- Überblick Handlungsfelder landesweit
- Ausblick

Zusammensetzung Mitarbeiterauslastung

Schematische Darstellung



- Nicht alle Tätigkeiten können in der Simulation abgebildet werden.
- In der Realität liegt die Auslastung der Mitarbeitenden etwas höher als die Simulation zeigt.
- Alle planbaren und messbaren Tätigkeiten sind in der Simulation enthalten, dadurch sind alle optimierbaren Prozesse abgebildet.
- Ein Personal sollte niemals auf eine Auslastung von 100% ausgelegt sein. Reserven für Pausen, Störungen oder unerwartete Tätigkeiten sollten eingeplant werden.

Eine gesunde Mitarbeiterauslastung durch die in der Simulation abgebildeten Tätigkeiten sollte je nach Berufsgruppe 75-85% nicht überschreiten. Die dargestellten Auslastungen zeigen den Durchschnitt über alle Wochentage.



	Anz. Kontakte 2016		Ø Einsatz Pflege		Ø Einsatz Ärzte (fest eingeteilt)		Ø Durchlaufzeit
Garde	43.048	118/Tag	103 h/Tag	53 Min/Pat.	36 h/Tag	18 Min/Pat.	1:36 h
Non-Garde							

Besonderheiten Organisation

- In der ZNA werden sowohl elektive als auch Notfall-Patienten gesehen (Gipsraum sowie durch Spezialisten einbestellte Patienten).
- Für die Liegend-Patienten ist kein ausgewiesener Wartebereich vorhanden.
- Bisher keine Etablierung der Lits Porte Struktur.
- Notfallpatienten der OPH/ORL werden in einer separaten Ambulanzinfrastruktur behandelt und aktuell nicht triagiert.

Handlungsfelder hausintern

- **Dokumentation** : Die Dokumentation (ärztlich & pflegerisch) sollte in einem System stattfinden. Geplant mit neuem IT-System ab Dez 2017.
- **Räumliche Situation**: Etablierung einer Struktur für Liegend-Patienten, die als Warte-, Überwachungs- sowie Behandlungsbereich genutzt werden kann. Die Integration der Chest-Pain-Unit zu prüfen.
- **Patientensicherheit**: Kritische Patienten sollten unter Beachtung der Patientensicherheit für Funktionsdiagnostiken in den Räumlichkeiten der ZNA warten.
- **Patientenfluss**: Trennung Elektiv von Notfall
- **Arztbesetzung**: Vermehrter Einsatz von Urgentisten, Entlastung des Chirurgen

Für Liegendpatienten sollte ein Konzept räumlich und organisatorisch in Kombination mit den Lits Portes erarbeitet werden. Für eine Durchlaufzeit-Reduktion sind die ärztliche Kapazität, bzw. der Abfluss auf Station Engpass.

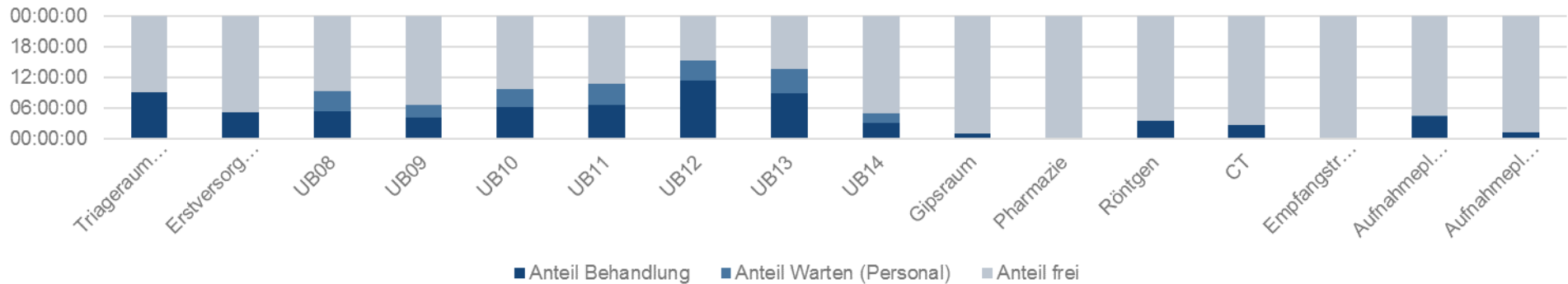
Simulationsergebnisse bezogen auf die Auslastung

CHdN Ettelbruck

Personalauslastung IST (direkte Patientenbindung, zuzüglich indirekter Tätigkeiten)

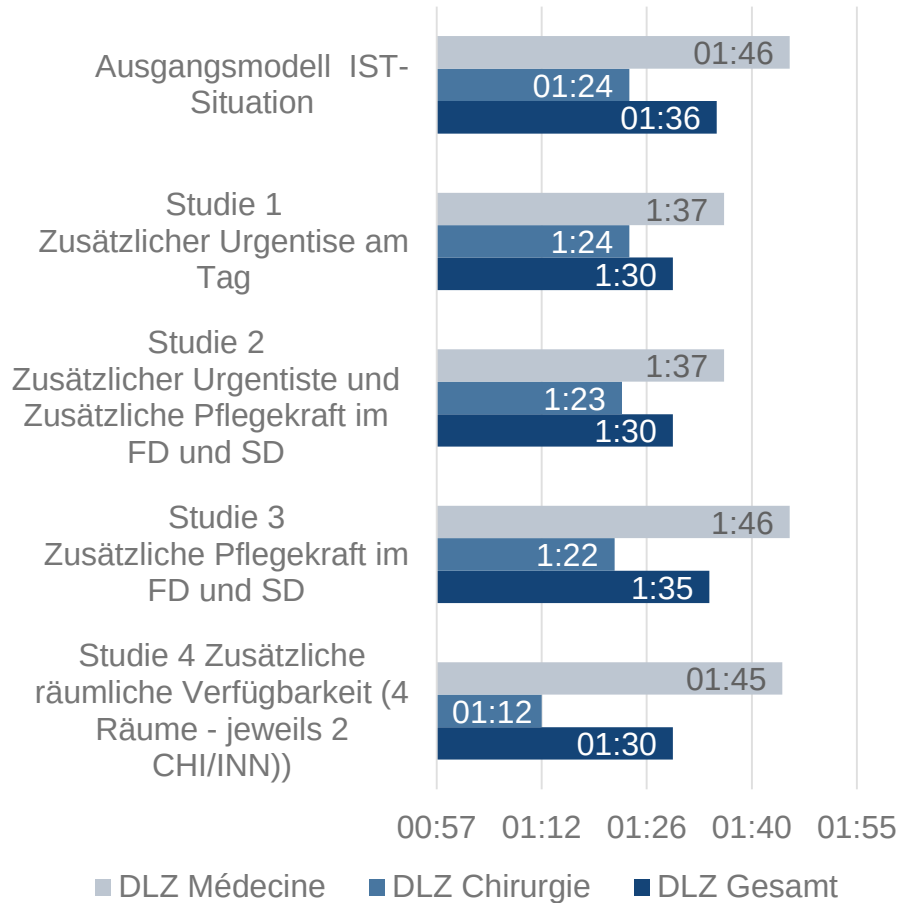
Berufsgruppe	Werte	h																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Pflege Triage	Auslastung %								16%	44%	56%	63%	55%	45%	47%	47%	47%	42%	44%	41%	40%	28%	19%		
	Anzahl MA								2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0		
Pflege ZNA	Auslastung %	20%	19%	11%	15%	7%	11%	12%	13%	37%	49%	52%	51%	45%	44%	49%	42%	44%	45%	43%	40%	31%	33%	39%	24%
	Anzahl MA	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Arzt Urgentiste	Auslastung %	37%	29%	25%	24%	15%	17%	20%	33%	36%	38%	54%	54%	57%	48%	57%	50%	51%	49%	49%	55%	71%	70%	62%	51%
	Anzahl MA	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Arzt Chirurg	Auslastung %								46%	70%	77%	73%	65%	59%	53%	54%	60%	57%	55%	47%					
	Anzahl MA								1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0					

Raumauslastung IST



- Die Auslastung der Pflege nimmt von 01:00 - 08:00 Uhr deutlich ab.
- Die Pflege behandelt zusätzlich andere Patienten im Gipsraum.
- Die Ärzte sind insbesondere am Vormittag stark gebunden.
- Ab 20:00 Uhr entstehen längere Wartezeiten auf den Arzt.
- Die U/B-Räume sind insbesondere zu Hochzeiten am späten Vormittag und Nachmittag ein Engpass.

Veränderung der Durchlaufzeiten ZNA CHdN Ettelbruck



Ergebnisse

In der Ausgangssituation beträgt die Durchlaufzeit im Simulationsmodell 1:48 Stunden.

Verfügbar sind 1 Urgentiste von 08:00-20:00 Uhr und 1 Urgentise von 20:00 Uhr-08:00, zusätzlich 1 Chirurg von 08:00-20:00 Uhr. Pflege: 5 Pflegekräfte im Früh- und Spätdienst, und 2-3 Pflegekräften im Nachtdienst.

Bei Verfügbarkeit eines zweiten Urgentisten von 8-20 Uhr reduziert sich die durchschnittliche Durchlaufzeit um 6 Minuten (7%)

Eine zusätzliche Pflegekraft im Früh- und Spätdienst sorgt auch bei einem weiteren Urgentisten nur für eine geringe Durchlaufzeit-Reduktion.

Eine reine Erhöhung der Pflegekräfte bei gleichbleibender Arzt-Verfügbarkeit senkt die Durchlaufzeit nur um 1 Minute.

Zusätzliche räumliche Ressourcen können vor allem im chirurgischen Bereich noch eine zusätzliche Verbesserung erreichen.

Engpass bezogen auf das Personal ist aktuell die Arztverfügbarkeit und nicht die Verfügbarkeit der Pflege.



	Anz. Kontakte 2016		Ø Einsatz Pflege		Ø Einsatz Ärzte (fest eingeteilt)		Ø Durchlaufzeit
Garde	50.815	139/Tag	131 h/Tag	57 Min/Pat.	38 h/Tag	16 Min/Pat.	2:21 h
Non-Garde							

Besonderheiten Organisation

- Sehr geringer Anteil an U/B-Räumen für die Anzahl der Patienten, die in der Notaufnahme vorstellig werden.
- Patienten werden zum Warten auf die Flure verlagert, da kein interner Warteraum vorgehalten wird.
- Die Triage findet neben der administrativen Aufnahme statt, ohne, dass es dafür einen separaten Raum gibt.
- Für die liegenden Patienten existiert kein eigener Triageraum.

Handlungsempfehlungen hausintern

- **Datenschutz:** Nummernsystem zum Schutz der Privatsphäre beim Aufrufen der Patienten.
- **Prozessfluss:** Etablierung von Leitlinien zur Konsultation von Spezialisten.
- **Patientensicherheit:** Berücksichtigung des Triagestatus des Patienten bei der Diagnostik.
- **Prozessfluss:** Etablierung einer Belegungs-koordination zur Verbesserung der Abverlegung aus der Notaufnahme auf die Station.
- **Räumliche Situation:** Ausweitung der Überwachungsplätze für Liegendpatienten.

Aufgrund der geringen räumlichen Ressourcen stehen in Esch die Prozesse im Fokus. Die Räume sind so weit wie möglich von Wartezeiten zu befreien. Der Patientenfluss aus der Notaufnahme heraus ist hier elementar.



	Anz. Kontakte 2016		Ø Einsatz Pflege		Ø Einsatz Ärzte (fest eingeteilt)		Ø Durchlaufzeit
Garde	24.701	67/Tag	43 h/Tag	38 Min/Pat.	24 h/Tag	21 Min/Pat.	1:52 h
Non-Garde							

Besonderheiten Organisation

- Administratives Anmeldeverfahren der Patienten für Niederkorn wird außerhalb der Arbeitszeiten der Aufnahme über Esch vorgenommen.
- Während der Anmeldung erfolgt keine Trennung von elektiven und Notfallpatienten.
- Es gibt im Haus lange Wege zwischen der Aufnahme im EG und der Notaufnahme im 1. OG.
- Die Zuwegung für die Patienten ist nachts nicht eindeutig gekennzeichnet, Patienten können unbeobachtet ins Haus eintreten.
- Für liegende Patienten gibt es keinen Triageraum.
- Arbeitsunfall-Patienten werden zu Öffnungszeiten über die Poliklinik behandelt.

Handlungsempfehlungen hausintern

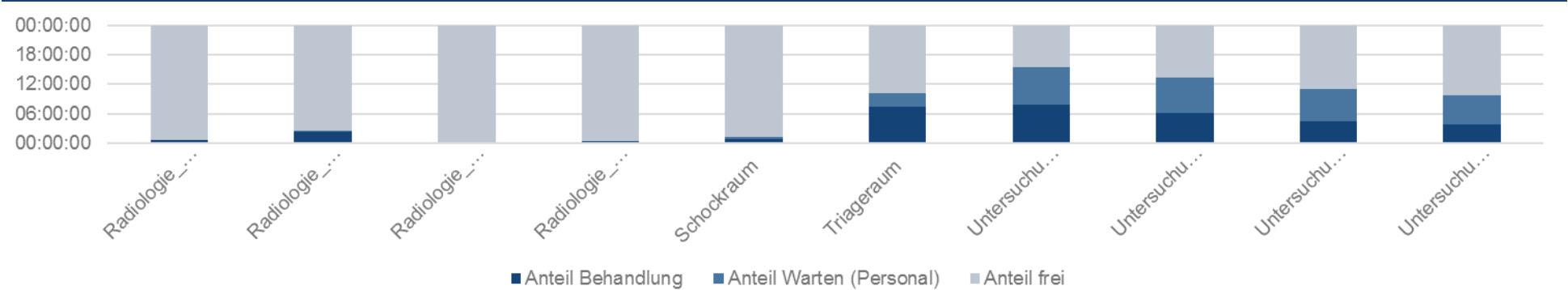
- **Patientensicherheit:** Optimierung der administrativen Aufnahme und Trennung der Elektiv- und Notfallpatienten.
- **Patientensicherheit:** Etablierung einer Überwachung oder Beobachtung im Wartebereich für Patienten vor der Notaufnahme.
- **Räumliche Situation:** Etablierung einer Triagemöglichkeit für liegende Patienten.
- **Organisationsstandards:** Schaffung von Richtlinien, welche Arbeitsunfall-Patienten direkt in die Poliklinik geleitet werden können, ohne über die Notaufnahme zu laufen.
- **Prozessfluss:** Etablierung von Leitlinien zur Konsultation von Spezialisten.

Die Notaufnahme in Niederkorn wird im Laufe des Jahres 2018 nachts schließen. Die Handlungsempfehlungen beinhalten Punkte, die tagsüber zu verbesserten Prozessflüssen führen.

Personalauslastung IST (direkte Patientenbindung, zuzüglich indirekter Tätigkeiten)

Berufsgruppe	Werte	h																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Pflege Mo-Fr	Auslastung %	54%	31%	30%	17%	13%	6%	35%	33%	45%	60%	62%	55%	63%	64%	48%	61%	58%	56%	56%	57%	51%	35%	66%	50%
	Anzahl MA	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0	1,0	1,0
Pflege Sa-So	Auslastung %	49%	33%	17%	24%	14%	19%	14%	13%	26%	58%	73%	70%	61%	74%	67%	67%	62%	77%	74%	71%	61%	45%	55%	51%
	Anzahl MA	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0
Arzt Urgentiste	Auslastung %	21%	10%	11%	8%	7%	4%	10%	19%	29%	46%	56%	49%	52%	57%	59%	55%	55%	56%	59%	64%	63%	51%	33%	20%
	Anzahl MA	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Raumauslastung IST



- Die Belastung des Personals (sowohl ärztlich als auch pflegerisch) bildet die Stoßzeiten ab, zu denen die meisten Patienten in die Notaufnahme kommen.
- Die abendliche Leistungsspitze wird bis 24:00 Uhr abgebaut.
- Zu Stoßzeiten kann es, vor allem in den U/B-Räumen, zu einem Engpass kommen (Vor- und später Nachmittag)



	Anz. Kontakte 2016		Ø Einsatz Pflege		Ø Einsatz Ärzte (fest eingeteilt)		Ø Durchlaufzeit
Garde	34.866	191/Tag	144,5 h/Tag	46 Min/Pat.	64 h/Tag	20 Min/Pat.	3:59 h
Non-Garde	5.258	41/Tag	44 h/Tag	65 Min/Pat.	27 h/Tag	40 Min/Pat.	2:39 h

Besonderheiten Organisation

- Für Liegendpatienten existiert kein ausgewiesener Wartebereich. Die Patienten liegen ohne fest zugeteilte Überwachung auf den Fluren.
- Der Gipsraum wird sowohl für Notfall- als auch für elektive und stationäre Patienten verwendet. Besetzt wird der Gipsraum durch Personal der Notaufnahme.
- Das Anmeldeverfahren umfasst zwei Anmeldungen, bevor der Patient in die Triage geht
 - Administrative Aufnahme am Anmeldetresen
 - Zweite Sichtung durch ein Sekretariat direkt vor der Notaufnahme

Handlungsempfehlungen hausintern

- **Patientensicherheit:** Umstrukturierung des Anmeldeverfahrens für Patienten durch Reduktion von Schnittstellen.
- **Räumliche Situation:** Es wird empfohlen einen überwachten Wartebereich für liegende Patienten zu etablieren.
- **Prozessfluss:** Optimierung der Belegungskoordination zur Verbesserung der Abverlegung aus der Notaufnahme auf die Station.
- **IT-Unterstützung:** Verbesserung des Single-Sign-On Verfahrens für einen schnelleren Zugriff auf die relevanten Patientendaten.
- **IT-Unterstützung:** Etablierung einer digitalen Arbeitsgrundlage.

Die Etablierung eines Liegendwartebereichs kann den Anteil an Behandlung in den U/B erhöhen und durch Wartezeiten entlasten. Die Abfluss der Patienten kann maßgeblich durch ein Belegungssteuerung beeinflusst werden.

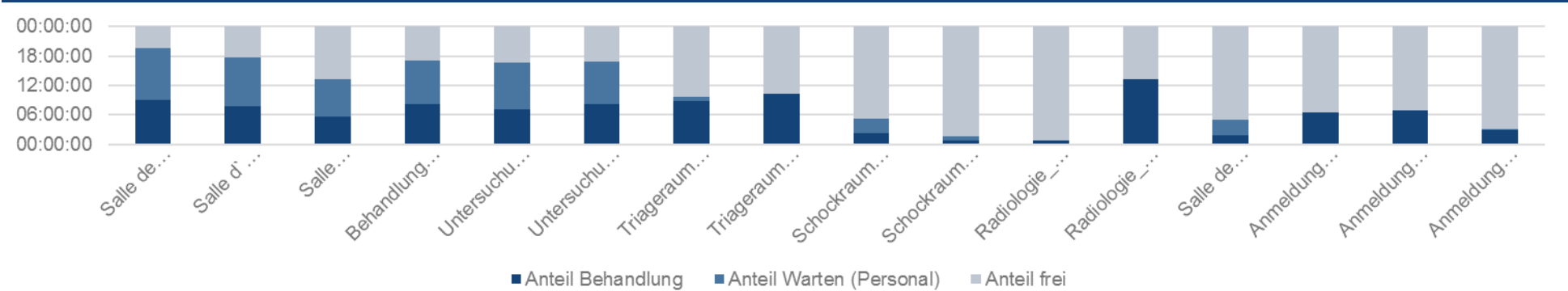
Simulationsergebnisse bezogen auf die Auslastung

CHL Adultes (GARDE-Tage)

Personalauslastung IST (direkte Patientenbindung, zuzüglich indirekter Tätigkeiten)

Berufsgruppe	Werte	h																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Pflege Triage	Auslastung %	46%	41%	34%	28%	18%	22%	30%		59%	63%	61%	66%	59%	60%	65%	65%	31%	58%	55%	51%	43%	37%	26%	17%
	Anzahl MA	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,3	3,0
Pflege ZNA	Auslastung %	76%	75%	75%	76%	67%	60%	52%	22%	63%	81%	92%	95%	91%	93%	94%	79%	84%	79%	87%	93%	83%	75%	58%	78%
	Anzahl MA	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,0	5,0	7,5	6,0	6,0	5,0	5,0	5,0	5,3	5,5	3,0
Arzt Urgentiste	Auslastung %	72%	66%	59%	57%	43%	38%	38%	11%	77%	90%	73%	58%	66%	63%	63%	80%	71%	78%	74%	75%	88%	90%	88%	84%
	Anzahl MA	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	4,0	2,0	2,0	2,0	2,0

Raumauslastung IST



- Die Auslastung des Pflegepersonals steigt ab 09:00 Uhr an und sinkt, mit einer Ausnahme) erst in den frühen Morgenstunden auf einen Wert unter 70%.
- Der ärztliche Dienst ist zu Hochzeiten in den Morgenstunden und ab dem späten Nachmittag stark ausgelastet und hat keine Zeit für anderweitige Tätigkeiten.
- Die Räume im CHL stellen einen Engpass dar.



	Anz. Kontakte 2016		Ø Einsatz Pflege		Ø Einsatz Ärzte (fest eingeteilt)		Ø Durchlaufzeit
Garde	35.660	195/Tag	214 h/Tag	66 Min/Pat.	75,5 h/Tag	23 Min/Pat.	2:35 h
Non-Garde	4.073	32/Tag	40,5 h/Tag	78 Min/Pat.	11,5 h/Tag	22 Min/Pat.	2:12 h

Besonderheiten Organisation

- Es erfolgt eine Trennung der chirurgischen und internistischen Patienten.
- An Garde-Tagen wird ein zusätzlicher Liegend- und Behandlungsbereich (Section B) von 10:00-19:00 Uhr für die Patientenversorgung geöffnet.
- Zusätzlich zur Triagekraft erfolgt eine erste Priorisierung durch den „Greeter“ für mobile Patienten

Handlungsempfehlungen hausintern

- **Räumliche Gegebenheit:** Die Etablierung eines Liegend-Wartebereiches für chirurgische Patienten unter Nutzung des Liegend-Bereiches im Sector B ist zu prüfen.
- **Organisation intern:** Beibehaltung des kontinuierlichen Austausches mit Schnittstellen in Form eines Qualitätszirkels.
- **IT-Unterstützung:** Strukturiertes und abgestimmtes Zeitplan für Rollout IT-System
- **IT-Unterstützung:** Dokumentation relevanter Zeitstempel und Visualisierung der Raumnutzung

Durch prozessuale Anpassungen in den letzten Jahren konnten bereits Verbesserungen erzielt werden. Zusätzliche Weiterentwicklung sollte durch digitales Arbeiten im neuen IT-System erreicht werden.

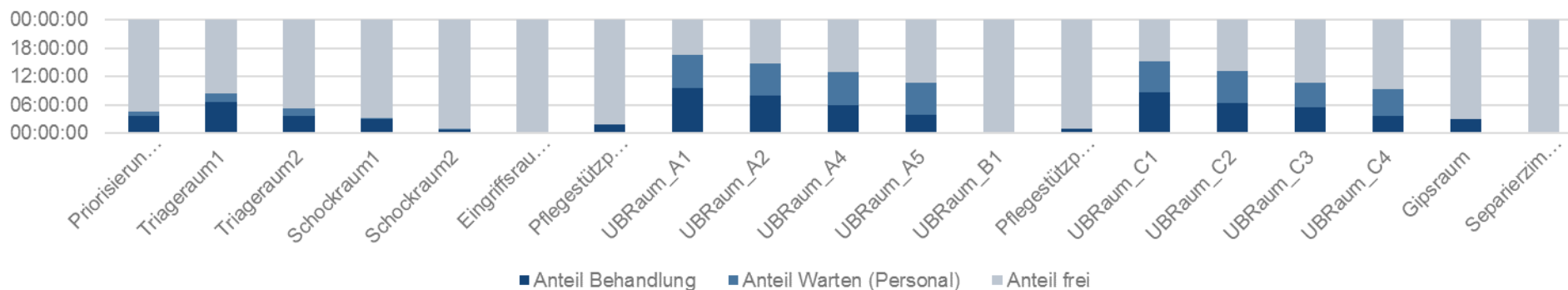
Simulationsergebnisse bezogen auf die Auslastung

HRS Adulte (GARDE-Tage)

Personalauslastung IST (direkte Patientenbindung, zuzüglich indirekter Tätigkeiten)

		h																							
Berufsgruppe	Werte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Pflege Greeter	Auslastung %							13%	6%	11%	22%	31%	39%	33%	29%	23%	31%	31%	30%	30%	20%	15%	20%	6%	
	Anzahl MA							0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5	
Pflege Triage	Auslastung %							11%	40%	54%	82%	88%	78%	61%	54%	46%	46%	32%	33%	35%	43%	40%	47%	36%	38%
	Anzahl MA							0,5	1,0	1,0	1,0	1,5	2,0	2,0	2,0	2,5	2,0	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	1,5	1,0
Pflege ZNA	Auslastung %	75%	65%	60%	54%	52%	37%	16%	31%	45%	68%	69%	80%	71%	70%	51%	75%	74%	73%	71%	63%	62%	65%	45%	75%
	Anzahl MA	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	6,0	4,0	4,0	4,0	4,5	5,0	5,0	5,0	7,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	6,0	4,0
Arzt Urgentiste	Auslastung %	82%	78%	82%	75%	67%	50%	42%	38%	66%	76%	63%	80%	68%	67%	73%	69%	65%	61%	60%	87%	90%	92%	87%	87%
	Anzahl MA	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,5	3,5	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Arzt Chirurg	Auslastung %										32%	52%	72%	64%	62%	60%	59%	55%	38%	48%					
	Anzahl MA										0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0					

Raumauslastung IST



- Der Greeter ist nur gering ausgelastet. Dies ist gewünscht, da hier keine Wartezeiten zur Identifikation kritischer Patienten entstehen soll.
- Bei der Triagepflege gibt es durch die

Schichtbesetzung einen Engpass am Vormittag.

- Bei den Ärzten entsteht ein Engpass ab 20 Uhr.
- Die U/B-Räume werden durch die Liegendbereiche entlastet und sind an Gardetagen ausreichend.



	Anz. Kontakte 2016		Ø Einsatz Pflege		Ø Einsatz Ärzte (fest eingeteilt)		Ø Durchlaufzeit
Garde	41.788	114/Tag	80 h/Tag	42 Min/Pat.	61 h/Tag	32 Min/Pat.	2:57 h
Non-Garde							

Besonderheiten Organisation

- In der Notaufnahme werden an zwei Tagen in der Woche elektive Patienten in die chirurgische Sprechstunde einbestellt, welche den Gipsraum, mehrere U/B-Räume sowie einen internen Wartebereich in Beschlag nehmen.
- Offen gestaltete administrative Aufnahme, welche den Patienten keine Privatsphäre bietet.
- CT und MRT liegen räumlich getrennt von der Pädiatrischen Notaufnahme und verursachen durch lange Wege eine hohe Zeitbindung und Abwesenheit beim Pflegepersonal.

Handlungsempfehlungen hausintern

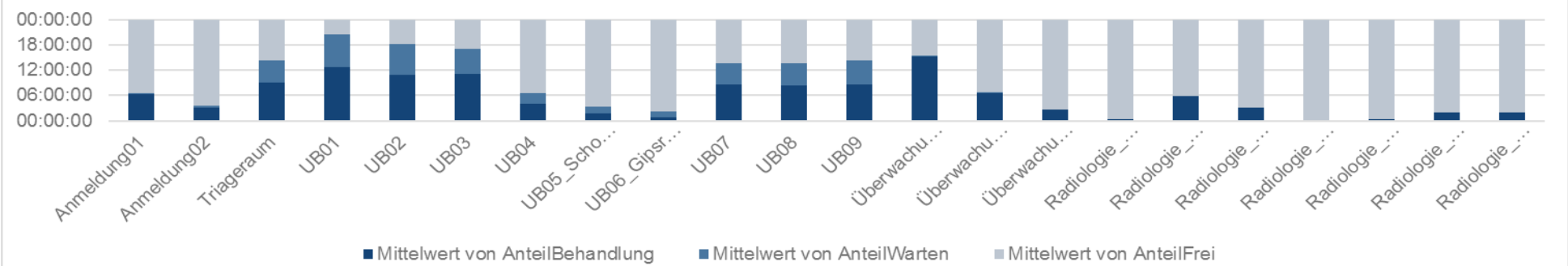
- **Prozessfluss:** Auslagerung der chirurgischen Sprechstunde und dadurch optimale Nutzung der Räumlichkeiten und des Personals für die Notfallversorgung.
- **Datenschutz:** Nummernsystem zum Schutz der Privatsphäre beim Aufrufen der Patienten.
- **Prozessfluss:** Optimierung der Patienten, die ins Maison Médicale gehen. Ausweitung der Öffnungszeiten.
- **IT-Unterstützung:** Verbesserung des Single-Sign-On Verfahrens für einen schnelleren Zugriff auf die relevanten Patientendaten.
- **IT-Unterstützung:** Etablierung einer digitalen Arbeitsgrundlage.

Die Auslagerung der elektiven Sprechstunde wird die Prozessflüsse in der Notaufnahme verbessern. Durch kleine Umbaumaßnahmen können hausintern in der Pädiatrie Potenziale rasch gehoben werden.

Personalauslastung IST (direkte Patientenbindung, zuzüglich indirekter Tätigkeiten)

Berufsgruppe	Werte	h																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Pflege Mo-Fr	Auslastung %	80%	75%	68%	70%	58%	53%	45%	35%	30%	42%	70%	81%	81%	75%	78%	57%	60%	67%	70%	76%	79%	82%	69%	81%
	Anzahl MA	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,5	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0	9,0	8,0	8,0	8,0	7,0	7,0	7,0	8,0	3,0
Pflege Sa-So	Auslastung %	71%	68%	51%	56%	41%	29%	29%	25%	29%	47%	55%	75%	71%	64%	69%	57%	70%	76%	64%	67%	72%	80%	69%	80%
	Anzahl MA	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,5	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0	7,0	6,0	6,0	6,0	6,0	5,0	5,0	6,0	3,0
Arzt Urgentiste Mo-Fr	Auslastung %	64%									54%	59%	71%	76%	78%	76%	82%	84%	80%	82%	81%	88%	81%	88%	75%
	Anzahl MA	0,5									1,5	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Arzt Urgentiste Sa-So	Auslastung %	70%									63%	55%	65%	87%	85%	81%	90%	82%	82%	64%	73%	73%	60%	83%	77%
	Anzahl MA	0,5									0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Arzt Assistance Mo-Fr	Auslastung %	59%	70%	58%	64%	52%	43%	42%	0%	45%	47%										87%	82%	75%	80%	70%
	Anzahl MA	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5										0,5	1,0	1,0	1,0	1,0
Arzt Assistance Sa-So	Auslastung %	58%	59%	52%	66%	57%	39%	35%	33%	42%	80%					75%	73%	77%	62%	53%	58%	50%	49%	80%	75%
	Anzahl MA	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5					0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Raumauslastung IST



- Die Pflege und der ärztliche Dienst sind ab mittags bis ca. 24:00 Uhr hoch ausgelastet.
 - Die Auslastung der Assistenzärzte
- ist auf 2 verteilt, wird aber nach 24:00 Uhr auf einen Arzt verteilt.
 - Die Auslastung der UB-Räume liegt bei mehr als 15 Stunden und
- führt regelmäßig zu Engpässen, insbesondere, wenn in den Räumen Sprechstunden durchgeführt werden.



	Anz. Kontakte 2016		Ø Einsatz Pflege		Ø Einsatz Ärzte (fest eingeteilt)		Ø Durchlaufzeit
Garde	20.394	56/Tag	32 h/Tag	34 Min/Pat.	24 h/Tag	26 Min/Pat.	1:07 Stunden
Non-Garde							

Besonderheiten Organisation

- Die pädiatrische Notaufnahme ist an allen Wochentagen von 08:00-20:00 Uhr geöffnet.
- Am Nachmittag werden zusätzlich elektive chirurgische Patienten gesehen.

Handlungsempfehlungen hausintern

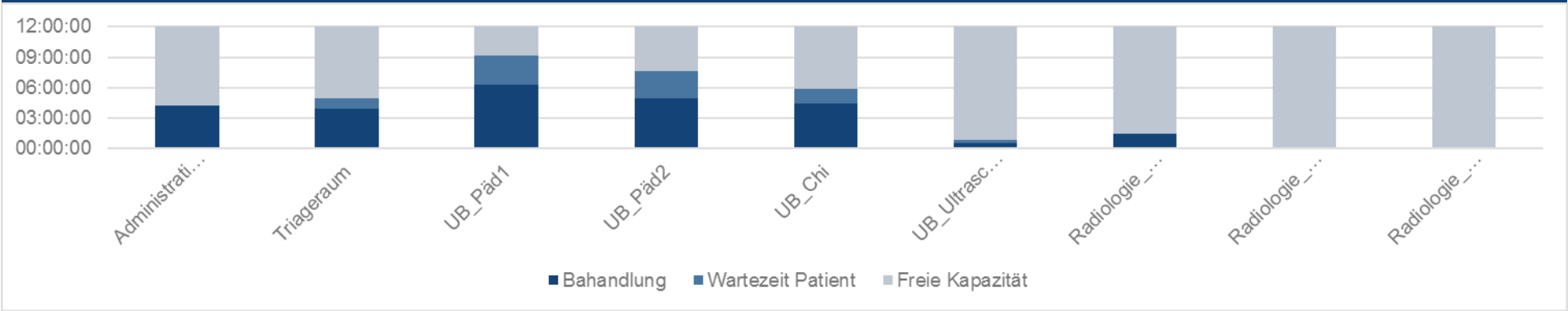
- **Räumliche Gegebenheiten:** Zusätzliche Nutzung von Räumlichkeiten als Vorbereitungs- und Untersuchungsraum (Verbände, Gipsanlage etc.).
- **Räumliche Gegebenheiten:** Der Triage-Bereich sollte in einem abgetrennten Bereich stattfinden wodurch Vorgaben des Datenschutz und der Privatsphäre eingehalten werden können.
- **Personal:** Zur Sicherung der Versorgungsqualität ist ein Schichtsystem von Montag bis Donnerstag auf eine Früh- und Spätdienstbesetzung von jeweils 2 Pflegekräften zu empfehlen.
- **IT-Unterstützung:** Langfristig sollte eine Anbindung an das IT-System wie in der Erwachsenen-Urgence angestrebt werden.

Durch räumliche Engpässe (Triage, pflegerische Vorbereitung) wird der Behandlungsprozess für den pflegerischen Dienst erschwert. Trotzdem wird viel durch gute berufsübergreifende Zusammenarbeit kompensiert.

Personalauslastung IST (direkte Patientenbindung, zuzüglich indirekter Tätigkeiten)

Berufsgruppe	Werte	h																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Pflege ZNA	Auslastung %								0%	14%	38%	54%	57%	53%	26%	34%	37%	58%	57%	60%	55%	36%	11%		
	Anzahl MA								1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	4,0	4,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	
Arzt Urgentiste	Auslastung %								28%	42%	48%	51%	54%	47%	51%	58%	52%	59%	53%	58%	41%	18%			
	Anzahl MA								1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		
Arzt Chirurg	Auslastung %								4%	10%	15%	17%	16%	23%	49%	40%	40%	42%	49%	40%	35%	19%			
	Anzahl MA								1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

Raumauslastung IST



- Insbesondere am Nachmittag sowie an hoch frequentierten Vormittagen kommt es zu Raumengpässen, die zu Wartezeiten für Patienten und Personal führen.
- An hoch frequentierten Tagen, insbesondere im Winter, entstehen Überstunden.
- Die 3 U/B-Räume sind insbesondere an Nachmittagen in der Woche sehr hoch ausgelastet.

- Zusammenfassung & Vorgehen
- Datenvergleich landesweit
- Überblick Kennzahlen und Organisation der Standorte
- Überblick Handlungsfelder landesweit
- Ausblick

Aktuelle Herausforderung

- Ambulant entlassene Patienten erhalten in der Regel **keine Dokumentation** über einen Aufenthalt in der Notfallambulanz.
- Innerhalb der Notfallambulanzen erfolgt für diese Fälle auch **nicht immer eine interne Dokumentation** über Diagnose und Maßnahmen.
- Viele Patienten besuchen innerhalb eines Jahres häufig mehrere Urgenzen oder haben mehrere Kontakte innerhalb einer Urgence. Dort gibt es **keine Übersicht über die Patientenhistorie**. Dies kann zu **Doppeluntersuchungen** und **Mehraufwänden** aufgrund von Informationsdefiziten führen.

Lösungsansatz



- 1. Schritt: Einführung einer **standardisierten Kurzdokumentation**
 - Ziel muss ein Kurzbefund mit den wichtigsten erfassten Leistungen sein, der mit minimalem Mehraufwand druckbar ist.
 - Kern sollten bei ambulant entlassenen Patienten verwertete Daten aus Triage, Leistungsanforderungen und einer Anmerkung zum weiteren Vorgehen sein.
- 2. Schritt: Schaffung einer **Schnittstelle zum Datenaustausch**
 - Hierzu sind der Umfang der auszutauschenden Kriterien und Schnittstellen zur eSanté abzustimmen.

Eine einheitliche Dokumentation kann Doppeluntersuchungen oder Informationsdefizite reduzieren. Optimal ist ein landesweiter Austausch von Behandlungs- und Diagnostikdaten.

Vereinheitlichung der Leistungserfassung

Aktuelle Herausforderung

- Es gibt keine **Vorgaben zur Dokumentation und Leistungserfassung** von Seiten der CNS und des Ministeriums.
- Die **Vergütung der Häuser** erfolgt über eine **Pauschale je Kontakt**, die unabhängig von der Schwere des Patienten ist.
- Es gibt einen **Katalog von Leistungsziffern**, der jedoch nicht verbindlich ist und nur in einigen Urgenzen genutzt wird.
- In den Urgenzen werden sehr **unterschiedliche Triagesysteme** genutzt, die nicht direkt vergleichbar sind und keine Aussage zum Behandlungsaufwand ermöglichen.
- In einigen Urgenzen werden auch **elektive Fälle innerhalb der Infrastruktur** behandelt. Diese sind teilweise in den Kontaktdaten enthalten, jedoch nicht eindeutig zu identifizieren.

Lösungsansatz



- Einführung einer **einheitlichen Leistungsdokumentation** für die Urgenzen.
- Abzuwägen ist der **Aufwand** für die Erfassung gegenüber dem **Nutzen** der Differenzierung der Aufwände.
- Folgende Varianten sind denkbar:
 - Nur Differenzierung von **Patiententypen** (ambulant, stationär, aufwändige Diagnostik, elektiv,..)
 - Dokumentation **aufwändiger Diagnostik** (CT, MRT, komplexe Verbände, Überwachung mit Monitoring, ...)
 - **Detaillierte Leistungserfassung** aller Leistungen pflegerisch und ärztlich
- Ziel sollte eine möglichst weite **Automatisierung** der Erfassung sein.

Aktuell lässt sich auf Basis der Dokumentation in den Häusern keine differenzierte Vergütung, bzw. Personalbemessung einführen. Vergleichbarkeit kann über eine standardisierte Leistungserfassung geschaffen werden.

Patientensteuerung

Aktuelle Herausforderung

- Die Notfallambulanzen werden in hohem Maße durch **Bagatellfälle und Patienten für Krankschreibungen** frequentiert. Dies zeigen die Interviews und die geringen stationären Aufnahmequoten.
- Aus Sicht der Standorte gibt es **kaum Vernetzung zu den Maisons Médicales**. Diese könnten die Notfallambulanzen grundsätzlich entlasten.
- Zusätzlich gibt es an den meisten Standorten **keine klare Trennung zwischen Notfällen und Elektivpatienten**. Dies macht teilweise aufgrund von Personalsynergien Sinn, teilweise blockiert es die Räumlichkeiten und das Personal der Urgence und führt zu längeren Durchlaufzeiten.

Lösungsansatz



- **Evaluation** einer besseren Einbindung, bzw. **Nutzung der Maisons Médicales**. Hierzu sind insbesondere folgende Fragen zu klären:
 - Wie kann eine **bessere Steuerung** der Patientenflüsse erfolgen?
 - Wie hoch sind die **Maisons Médicales ausgelastet**?
 - Sind die **Patienten** ausreichend **informiert**?
 - Gibt es **Anreize**, die zu einer Steuerung der Patienten in die Urgences und nicht in die Maisons Médicales führen?

Zur Entlastung der Notfallambulanzen ist eine bessere Einbindung, bzw. Nutzung der Maisons Médicales zu prüfen.

Umgang mit Gardetagen

Aktuelle Herausforderung

- Die **Gardetage** belasten die Infrastruktur durch die Frequenzen von **mehr als 200 Patienten pro Tag** sehr stark.
- Es kommt an **Gardetagen zu Personal- und Raumengpässen**. An Nicht-Gardetagen werden die Urgenzen sehr ineffizient betrieben.
- Es gibt sowohl **Stimmen für** als auch **gegen** die Gardetage.

Vor- und Nachteile der Gardetage



Vorteile:

- Klarer Anlaufort für Rettungsdienste
- Einsparung von Bereitschaftsdiensten in den Häusern an Nicht-Garde-Tagen
- Weniger Nacht- und Wochenend-Dienste für die Ärzte eines Hauses

Nachteile:

- Überlastung der Infrastruktur an Garde-Tagen (insbes. CHL) und damit verbunden lange Wartezeiten und Patientenrisiken
- Auch Auswirkungen auf andere Bereiche der Klinik (Bettenbelegung, OP)
- Ineffizienter Personaleinsatz an Nicht-Garde-Tagen

Die Beibehaltung der Gardetage sollte unter Betrachtung der Einflussfaktoren Personaleinsatz, Infrastruktur, Patientenservice in den Szenarien Beibehaltung und (Teil-)Abschaffung betrachtet werden.

Organisation von Liegendpatienten/ Lits Portes

Aktuelle Herausforderung

- Die Infrastruktur für Liegendpatienten in den Notaufnahmen ist durch **fehlende Liegendbereiche** an vielen Standorten unzureichend.
- Es gibt **keine Kurzliegerstationen**, auf die Patienten mit einem voraussichtlich kurzen Aufenthalt aufgenommen werden können. Es gibt nur die regulären Stationen.
- Der **Abfluss der Patienten** auf die Station ist oft schwierig (Bettensuche, Zugriff auf Spezialisten). Dadurch verlängert sich die **Aufenthaltsdauer** in der Notfallambulanz und Patienten liegen ggf. auf dem **Flur**.

Lösungsansatz



- Aufgrund der sehr **unterschiedlichen infrastrukturellen Rahmenbedingungen** und Patientenaufkommen an den Standorten wird es nicht eine landesweite Ideallösung für alle Standorte geben.
- **Standortspezifische Bewertung** der Konzeptvarianten:
 - Kurzliegerbereich innerhalb der ZNA als separate Einheit, ggf. inkl. Chest Pain Unit
 - Kurzliegerbereich als separate Infrastruktur (hier ist auch die Integration elektiver Kurzlieger in Betracht zu ziehen)
 - Kurzliegerbereich kombiniert mit einem Liegendüberwachungs- und Wartebereich innerhalb der Urgence

Die möglichen Umsetzungsvarianten für die Lits Portes sind je Standort hinsichtlich Schnittstellen, räumlichen Möglichkeiten und notwendigem Personaleinsatz zu prüfen.

- Zusammenfassung & Vorgehen
- Datenvergleich landesweit
- Überblick Kennzahlen und Organisation der Standorte
- Überblick Handlungsfelder landesweit
- Ausblick

Empfohlene nächste Schritte

Hausspezifische Optimierungen

- Erarbeitung und Simulation von Soll-Konzepten und Umsetzungsplänen mit jeweiligem Fokus in den Häusern:
 - CHdN: Konzept und Simulation Liegendpatienten
 - CHEM E: Sicherstellung effizienter Strukturen im Neubau
 - CHEM N: Optimierung, insbes. Admin-Prozess
 - CHL A: Sicherstellung effizienter Strukturen im Neubau
 - CHL P: Überprüfung Alternative Sprechstunden
 - HRS A: KVP, Fokus Schnittstellen
 - HRS P: Ausweitung der Räumlichkeiten
- Regelmäßige Abstimmung und Verfolgung der Maßnahmen mit der CNS.
- Überprüfung von Personalmehrbedarfen nach Optimierungsergebnissen

Landesweite Optimierungen

- Erarbeitung landesweiter Soll-Konzepte unter Einbeziehung der Häuser für die folgenden Themen:
 - Einheitliche Dokumentation für die Patienten und landesweiter Datenaustausch
 - Einheitliche Kodierung, bzw. Leistungserfassung zur Vergleichbarkeit der Leistungen und Personalbemessung
 - Patientensteuerung und bessere Einbeziehung der Maison Médicale
 - Zukünftiger Umgang mit Gardetagen
 - Konzepte für Kurzzeitlieger
- Abstimmung über die Konzepte und eines Umsetzungsplanes

Die internen Organisationsthemen sollten hausintern organisiert werden. Hier bietet sich insbesondere bei baulichen Veränderungen eine Simulation an. Die Themen Datenaustausch und Patientenfluss müssen zentral getrieben werden.

Übersicht über die Projektergebnisse



Hausspezifisch

- Gesamtdokumentation je Haus:
 - Datenanalyse 2016 mit relevanten Kennzahlen und Landesvergleich
 - Liste der Potenziale und Fähigkeiten
 - Handlungsfelder und Sofortmaßnahmen hausspezifisch
 - Ansatzpunkte für den Soll-Prozess (hausintern und national)
- Ist-Prozess mit Fähigkeiten und Potenzialen
- Simulationsmodell der Ist-Situation mit jeweils einer Studie zu einem Soll-Prozess-Ansatz



Häuserübergreifend (ergänzend)

- Gesamt-Kennzahlenübersicht
- Gegenüberstellung der Fähigkeiten und Potenziale
- Gesamt-Übersicht über die Prozesse und Prozessunterschiede sowie vergleichende Kennzahlen
- Übersicht über das eingesetzte Personal in den Notfallambulanzen (Basis für das Simulationsmodell)
- Vorschläge für nationale Handlungsfelder

**Die Häuser erhalten alle detaillierten hausspezifischen Ergebnisse.
Übergreifende Ergebnisse erhält zunächst die CNS.**

BERLIN

BRAUNSCHWEIG

HAMBURG

KAIRO

KÖLN

MÜNCHEN

NÜRNBERG

PADERBORN

PEKING

SÃO PAULO

SHANGHAI

STUTTGART

WIEN

ZÜRICH

UNITY – Ihr Projekt in guten Händen

www.unity.de | www.unityconsulting.com

**BEST OF
CONSULTING
— 2016 —**

PROJECT EXCELLENCE
WETTBEWERBSSTRATEGIE
- PRÄMIERT -
UNITY AG

**Wirtschafts
Woche**