

**UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

Année 2002

N°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale**

Présentée et soutenue publiquement le :

à CRETEIL (PARIS XII)

Par

M. MEYER Christophe

Né le 3 août 1969 à Toulon (Var)

**TITRE : Les passages de plus de deux heures aux
urgences : démarche qualité par audit clinique**

DIRECTEUR DE THESE :

Docteur M.PREVEL

**LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE**

Signature du
Directeur de thèse

Cachet de la bibliothèque
universitaire

A Monsieur le Docteur PREVEL,
qui a inspiré et dirigé cette thèse.
Je le remercie pour son aide et sa constante disponibilité.

Je remercie Monsieur le Docteur SEMHOUN
pour l'aide apportée dans l'informatisation des données.

Je remercie Monsieur DAMAGE
ainsi que l'ensemble du personnel des urgences
pour leur aide et leur disponibilité.

Qu'ils soient assurés de ma sincère reconnaissance.

A ma femme Valérie,
qui m'a aidé et soutenu tout au long de la réalisation de cette thèse,
et à mon fils Hugo,

Je leur témoigne ici tout mon amour.

A mes parents,
qui ont su être présents et m'ont aidé tout au long de mes études

A Jean,
pour son aide et son soutien dans la réalisation de cette thèse

A ma famille et mes amis,

Qu'ils reçoivent tous ici le témoignage de mon affection profonde.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui se passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

(Serment d'HIPPOCRATE tel qu'il est prêté à la Faculté de Médecine de Paris).

INTRODUCTION

Dans un contexte où les services d'Urgences, interface entre la ville et l'hôpital, semblent présenter des problèmes d'engorgement avec un retentissement sur les temps de passage des patients, il semble intéressant d'étudier le cas d'un service d'Urgences, celui du Centre Hospitalier Départemental Stell de Rueil-Malmaison, répondant aux recommandations officielles en terme de structure et de personnel pour rechercher dans ces conditions, quelles causes pourraient encore prolonger inutilement le temps de passage de certains patients.

Il s'agira donc d'étudier le cas des patients ayant un temps de passage supérieur à un temps reconnu comme limite acceptable pour tenter d'en définir les causes.

S'inscrivant dans une démarche qualité, le choix méthodologique utilisé pour cette étude est celui de l'audit clinique [1].

L'objectif de cet audit sera de déterminer les causes d'attentes inutiles pour proposer des actions correctives d'une part et de suivi d'autre part. Le cas échéant, si le temps de passage s'avère difficilement compressible, il conviendra toujours dans un objectif de qualité, de proposer des solutions pour améliorer les conditions d'une attente justifiée.

La discussion des résultats de cette étude au regard de ce que la littérature propose déjà devra permettre d'affiner les solutions envisagées et envisagera les conditions d'utilisation de ces solutions dans d'autres services d'Urgences.

SOMMAIRE

I. PROBLEMATIQUE ET CONTEXTE.....	11
A. LA PROBLEMATIQUE.....	11
B. LE CONTEXTE : L'ORGANISATION DES URGENCES.....	13
1. <i>Au plan national</i> :	13
a) Historique de 1970 à 1993 :	13
b) Du rapport Steg à ses implications :	14
2. <i>Au plan régional</i> :	20
a) Le SROSS et la Carte Sanitaire :	20
b) Les Agences Régionales de l'Hospitalisation [10] :	21
c) En Ile-de-France :	21
II. INTERÊT ET OBJECTIF DE L'ETUDE.....	23
III. LA METHODOLOGIE.....	24
A. PRESENTATION DE LA METHODE DE L'AUDIT[1].....	24
1. <i>La nécessité de l'évaluation dans le monde médical</i> :	24
2. <i>Les différentes étapes de l'audit clinique</i> :	24
a) Choix du thème et initialisation de l'étude :	25
b) Etablissement du référentiel ou choix des critères :	25
c) Choix du type d'étude et de la méthode de mesure :	25
d) Recueil des données et mesures :	25
e) Analyse des résultats :	25
f) Discussion : élaboration des recommandations et suivi.....	26
B. LA MISE EN PLACE DE L'AUDIT DANS CETTE ETUDE.....	26
1. <i>Le choix du thème et l'initialisation de l'étude</i> :	26
2. <i>Le choix des critères</i> :	26
3. <i>Le choix du type d'étude et méthode de la mesure</i> :	27
4. <i>Recueil des données et mesures</i> :	27
5. <i>Analyse des résultats</i> :	28
6. <i>Discussion : élaboration des recommandations et suivi</i>	28
IV. DESCRIPTIF DU MATERIEL [53].....	29
A. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT.....	29
B. ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES SERVICES D'AVAL	31
C. L'UNITE D'ACCUEIL DES URGENCES.....	31
1. <i>Activité</i> :	32
2. <i>Approche qualitative</i> :	33
3. <i>Le personnel</i> :	35
a) Le personnel médical :	35
b) Le personnel paramédical :	35
c) L'accueil :	36
4. <i>La démarche qualité mise en place actuellement dans le service</i> :	36
a) L'évaluation des besoins :	36
b) L'évaluation des moyens mis en place :	36
c) L'évaluation des résultats de santé :	38
d) Les perspectives de la démarche qualité :	38
D. SYNTHESE	39
V. RESULTATS ET ANALYSE.....	40
A. RESULTATS	40

1.	<i>Caractéristiques de l'échantillon des 361 patients étudiés, en comparaison avec l'ensemble des patients ayant consulté aux Urgences en 1999</i> :.....	41
a)	Répartition des patients selon leur temps de passage :	41
b)	Sexe ratio :	41
c)	Âge :	42
d)	Mode d'arrivée :	43
e)	Orientation à la sortie :	44
f)	Diagnostic retenu (selon la classification Thésaurus-CIM 10 de la SFMU) :	45
g)	Gravité :	46
h)	Examens complémentaires :	47
i)	Répartition des patients en fonction de l'heure, du jour, et du mois de passage :	47
2.	<i>Etude introspective de l'échantillon</i>	49
a)	Âge / Sexe :	49
b)	Âge / Temps de passage :	50
c)	Âge / C.C.M.U. :	51
d)	Âge / mode d'arrivée :	52
e)	Âge / orientation à la sortie :	53
f)	Âge / Thésaurus (CIM10) :	54
g)	Gravité (CCMU) / mode d'arrivée :	55
h)	Gravité (CCMU) /Thésaurus (CIM10) :	56
i)	Orientation à la sortie / durée de passage :	57
j)	Thésaurus / durée de passage :	58
k)	Mode d'arrivée / orientation à la sortie :	59
l)	Mode d'arrivée / courrier médical :	60
m)	Orientation à la sortie / Diagnostic retenu (Thésaurus CIM10) :	60
B.	ANALYSE DES RESULTATS	61
1.	<i>Les causes professionnelles</i> :	63
a)	Compétence des résidents par rapport à celle des seniors :	63
b)	Prise en charge selon la gravité des cas :	64
c)	Spécificité de prise en charge de certaines pathologies :	65
d)	La non justification d'examens complémentaires :	67
2.	<i>Les causes organisationnelles</i> :	67
a)	Procédure de prise en charge selon le mode d'arrivée :	67
b)	Défauts d'organisation en rapport avec l'orientation à la sortie :	68
c)	L'isolement social :	70
3.	<i>Les causes institutionnelles</i> :	70
a)	Problème d'accès à certains examens complémentaires :	70
b)	Spécialités non traitées sur site, notamment chirurgicales :	72
c)	Absence d'une zone de surveillance :	72
4.	<i>Synthèse</i> :	75
VI.	DISCUSSION	77
A.	DE LA METHODE	77
1.	<i>Etude rétrospective</i> :	77
2.	<i>L'échantillonnage</i> :	77
3.	<i>Diagramme d'Ishikawa [43]</i> :	77
4.	<i>Utilisation de la loi Binomiale</i> :	78
B.	A PROPOS DU MATERIEL	78
1.	<i>Les délais d'attente</i> :	78
2.	<i>Le recueil des données</i> :	78
C.	DES RESULTATS DE L'ETUDE AU VU DE LA LITTERATURE	80
1.	<i>Résultats discordants avec ceux retrouvés dans la littérature</i> :	81
a)	Temps de passage :	81
b)	Le personnel :	81
c)	L'engorgement :	83
2.	<i>Résultats concordants avec ceux retrouvés dans la littérature</i> :	84
a)	Concernant les examens complémentaires :	84
b)	Structure et environnement :	86
c)	L'heure d'arrivée :	87

d)	Le mode d'arrivée :	87
e)	La modalité de départ des patients :	88
f)	Le service porte : ZSTCD :	89
g)	La gravité des pathologies rencontrées :	89
h)	Le motif de consultation et le recours à un avis spécialisé :	90
3.	<i>Synthèse</i> :	91
D.	RECOMMANDATIONS.....	92
1.	<i>Les mesures correctives</i> :	92
a)	Institutionnelles :	92
b)	Solutions professionnelles :	93
c)	Solutions organisationnelles :	93
2.	<i>Les mesures de suivi</i> :	95
a)	Populations traceuses :	95
b)	Délais des ambulances :	96
c)	Effet Hawthorne [40] :	96
3.	<i>Transposition des solutions</i> :	97
	CONCLUSION	98
	BIBLIOGRAPHIE	99
	RESUME	105

I. PROBLEMATIQUE ET CONTEXTE

A. LA PROBLEMATIQUE

Vitrine de l'hôpital, le service des urgences en reflète le fonctionnement. Il a pour mission les soins primaires, et va déterminer la prise en charge secondaire. Schématiquement, le rôle d'un service d'urgences est le suivant : l'accueil, le diagnostic et le traitement, et/ou l'orientation de tous les patients qui s'y présentent.

La problématique des services d'urgences vient du fait que ces derniers dépendent d'un flux de patients en amont et en aval. L'organisation interne d'un service d'urgences doit tenter d'anticiper ces flux, et donc de s'adapter :

- au flux d'accueil : il faut un service adapté au bassin de population qu'il draine, à savoir des structures et du personnel suffisants ;
- au flux d'aval : la coordination entre le service des urgences, les différents services de l'hôpital, et le réseau de soins auquel il se rattache, est essentielle pour éviter tout engorgement en son sein.

Le fonctionnement des services d'urgence est donc conditionné par des flux qu'il ne maîtrise pas, mais qu'il doit gérer. Alors plutôt que d'essayer de solutionner les problèmes en amont et en aval des services d'urgence, ce qui est du ressort de la politique hospitalière, il peut être utile d'y rechercher le ou les facteurs consommateurs de temps pour tenter d'en dégager des solutions.

Les services d'urgences, comme leur nom l'indique, sont conçus pour s'occuper de l'Urgence Médicale au sens large du terme. De multiples classifications existent pour qualifier et graduer la gravité des cas, et donc l'urgence : CCMU (Tab. n°4 :p33), GEMSA (Tab.n°5 :p35)...

Mais les services d'urgences ont aussi un devoir d'accueil ; tout patient s'y présentant, doit être entendu et pris en charge par le service des urgences. L'urgence implique la rapidité d'intervention. Au-delà de la qualité et des compétences requises, la satisfaction des patients passant par le service des urgences dépend pour beaucoup de la durée de leur passage[3,34,42,44].

Les services d'urgences sont aujourd'hui en "crise" [17], notamment en Ile de France, du fait de restructurations hospitalières importantes visant une meilleure gestion des lits d'hospitalisation. Une des conséquences est l'engorgement de ces services, entraînant des temps de passage qui, pour certains patients, peuvent atteindre les 48 heures [17]. A une époque où certains parlent de "catastrophe sanitaire", le cas d'une Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU), celle de l'hôpital départemental Stell de Rueil-Malmaison (CHD Stell), semble présenter un intérêt. Cette dernière, malgré un afflux de patients supplémentaires à gérer du fait de la fermeture des urgences de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches en 1999, répond favorablement à toutes les recommandations officielles, tant sur le plan du personnel que sur celui de la structure, hormis l'absence d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), plus couramment retrouvée sous l'appellation Zone de Surveillance de Très Courte Durée (ZSTCD) qui sera adopté pour le reste de cette étude et dont la construction et le fonctionnement sont effectifs seulement depuis novembre 2001.

Dans ce contexte de crise, il est intéressant d'étudier les performances, notamment en terme de durée de passage des patients, du service des urgences de l'hôpital Stell. En effet, en 1999, environ 10% des patients y passent plus de 2 heures (soit moins de 3 patients pour une fréquentation journalière moyenne de 32 patients), avec une moyenne de temps de passage pour ces derniers, de 2h53 minutes (la médiane étant à 2h35 minutes).

Comparativement, dans la littérature, les taux retrouvés de patients passant plus de 2 heures dans les services d'urgences, s'échelonnent de 28 à 80% suivant les hôpitaux étudiés [34,36,42,44,55,61].

C'est pourquoi l'étude qui suit est un audit clinique sur les durées de passage de plus de 2 heures, depuis l'arrivée du patient jusqu'à son départ du service des urgences, sur l'année 1999 à l'hôpital Stell.

Pourquoi les durées de passage de plus de 2 heures ? Parce qu'il ressort de plusieurs études [3,34,42,44] que, passé ce délai, l'insatisfaction des patients est grandissante. Nous allons donc tenter de dégager les raisons de ces durées de passage prolongées pour étudier et discuter d'éventuelles solutions.

Mais avant cela, il convient de définir le cadre de cette étude et de préciser la place des services d'urgences notamment celle de l'hôpital Stell.

B. LE CONTEXTE : L'ORGANISATION DES URGENCES

1. Au plan national :

a) Historique de 1970 à 1993 :

L'accueil des urgences 24 heures sur 24 était une obligation pour tous les hôpitaux depuis la loi hospitalière de 1970. Mais derrière le label "urgences", l'offre de soins était loin d'être homogène. Les moyens et les qualifications comportaient trop de disparités.

Un accueil polyvalent des urgences nécessite, pour une prise en charge de qualité des patients, un plateau technique et un personnel suffisant en nombre et en qualité.

De ce constat découle que seuls certains hôpitaux pouvaient garder un accueil d'urgences. La circulaire du 29 janvier 1975 [15], allant dans ce sens, recommandait déjà de limiter les services d'urgences à un service par hôpital et par ville de moins de 300 000 habitants.

Une deuxième circulaire, celle du 14 mai 1991 [16], décrivait de façon précise les moyens dont doivent disposer les services d'urgences dans un souci de requalification de ces services, introduisant la notion de Service d'Accueil des Urgences (S.A.U.).

C'est la loi du 31 juillet 1991 [8] qui a libéré les hôpitaux de l'obligation d'avoir un accueil des urgences, car le risque d'une « perte de chance » pour les patients se faisait grandissant dans certaines structures. L'objectif de cette loi était de concentrer les services d'urgences sur un plus petit nombre de sites mieux équipés et mieux desservis.

La Commission Nationale de Restructuration des Urgences (CNRU) a vu le jour en septembre 1991 après que le Conseil Economique et Social (CES) ait dénoncé des insuffisances et des dysfonctionnements dans “l’urgence à l’hôpital” [3]. Son objectif principal était de définir les voies et moyens pour “mieux prendre en charge les patients accueillis en urgence”. C’est ce qu’elle fit en 1993 avec la publication du “rapport Steg” [4]. Ce document n’envisage pas l’ensemble des problèmes posés par l’accueil des urgences mais se veut, essentiellement, être un rapport sur leur médicalisation.

b) Du rapport Steg à ses implications :

(1) le rapport Steg [3] : un constat sur la situation des urgences en 1990

* Le nombre de passages aux urgences en France, en 1990, y est estimé entre 7 500 000 et 8 000 000, soit une moyenne de 13 100 passages par service d’urgences. La densité moyenne est de 1 service d’accueil pour 105 000 habitants et la moyenne nationale de 1 passage aux urgences pour 8 habitants.

Le taux moyen d’hospitalisation, après passage aux urgences, est de 33,20 % ce qui représente globalement 35 % du nombre total des hospitalisations.

* L’augmentation croissante de la fréquentation des services d’urgences prédomine pour les malades venus par leurs propres moyens et qui, le plus souvent, sont “soignés et non admis”. Par contre, le nombre d’urgences sévères ou graves reste stable. Ceci explique le phénomène observé, à savoir qu’un nombre non négligeable des passages aux urgences correspondent à des affections qui auraient pu être traitées en dehors du contexte de l’urgence.

* La sous-médicalisation des structures d’urgences, en particulier l’absence de médecins thésés “seniors” 24 h/24.

* La pluralité des besoins et des fonctions des services d’urgences nécessitant des structures, des moyens et des statuts différents.

(2) Les propositions de la CNRU :

Suite à ces constats, les propositions de la CNRU ont été :

- * la “séniorisation”, c’est-à-dire la présence 24 h/24 d’un médecin thésé formé à l’urgence,
- * le regroupement des services d’urgences,
- * la différenciation des services d’urgences et l’adaptation de leur structure à leur fonction,
- * le développement de la régulation médicale par le centre 15,
- * le développement des transports sanitaires,
- * le développement de l’évaluation des services d’urgences :
 - en s’assurant de la qualité des services d’urgences ouverts au public,
 - en appréciant l’activité des services en se fondant sur des indicateurs pertinents et acceptés,
 - en évaluant la qualité de l’accueil et des soins,
 - en évaluant la restructuration elle-même.
- * la mise en place d’un système d’accréditation,
- * l’autonomisation des services d’urgences leur permettant une réelle reconnaissance et une indispensable autorité,
- * le développement de la formation à l’urgence,
- * l’amélioration du financement des services d’urgences,
- * la réintégration du médecin généraliste dans la chaîne de l’urgence.

Les diverses mesures envisagées soulignent la nécessité :

- * de permanence : l’accueil doit être assuré 24 h/24,
- * de compétence : toute activité décisionnelle médicale doit être effectuée par un médecin senior, formé à l’urgence,

* et de responsabilisation : avec une claire définition du rôle de chacun, l'objectif étant l'accessibilité la plus équitable possible à des soins de qualité.

(3) Des propositions pour une nouvelle organisation :

Suite à ces propositions, la commission a défini l'organisation souhaitée de l'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale en 3 types de structure :

(a) Les SAU: services d'accueil des urgences

Les SAU, noyaux centraux du réseau d'accueil des urgences, ont pour première fonction fondamentale d'assurer l'accueil et le traitement des urgences majeures et des états de détresse. Ceux-ci exigent la mise en œuvre de moyens complexes et demandent l'intervention d'une équipe soignante suffisante assistée de spécialistes, d'un plateau technique spécifique et d'une hospitalisation possible sur site dans des services spécialisés.

Les SAU doivent répondre, sur tous les plans, aux exigences de la circulaire du 14 mai 1991 [16]. Il est souhaitable qu'il y ait un SAU pour une population de 200 000 à 300 000 habitants (et au moins un par département) accessible dans un délai maximum de 30 à 45 minutes. Le SAU est un véritable service avec, à sa tête, un chef de service plein temps aux urgences.

(b) Les ANACOR : antennes d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

Les ANACOR ont pour vocation d'accueillir les patients se présentant aux urgences, dont le cas relève apparemment de la médecine générale. Les urgences graves ou celles nécessitant l'intervention d'un spécialiste ne lui sont pas adressées.

Le médecin de l'ANACOR assure la prise en charge de tous les arrivants. Il est responsable du diagnostic, du traitement et de l'orientation du patient : transfert dans le SAU référent, hospitalisation en médecine ou autorisation de sortie.

En cas d'urgence vitale, les premiers soins et la mise en condition sont effectués au niveau de l'ANACOR et le transfert vers un SAU (ou un service référent) est organisé au besoin en relation avec le SAMU.

L'ANACOR est un service ou une unité fonctionnelle sous la responsabilité d'un praticien temps plein.

Le " rapport Steg " préconise l'existence de convention entre SAU et ANACOR afin d'optimiser la prise en charge des patients.

(c) Les pôles spécialisés :

A côté de ces 2 niveaux d'accueil des urgences existent des services d'urgences de spécialités (psychiatrie, pédiatrie, O.R.L....) et des pôles lourds (neurochirurgie, néonatalogie...), qui par convention ou contrats relais, participent aux réseaux de soins.

(4) Législation et mise en place de la nouvelle organisation :

Les décrets de mai 1995 [11,12] complètent le cadre de la circulaire de mai 91 [16], en fixant l'environnement des services d'urgences, en avalisant les propositions de la CNRU et en maintenant notamment la distinction entre SAU et ANACOR :

(a) L'environnement SAU :

Un établissement de santé, pourvu d'un SAU, doit comporter en hospitalisation complète :

- * un service de réanimation,
- * un service de médecine générale ou médecine interne,
- * un service de médecine à orientation cardio-vasculaire,
- * un service de pédiatrie,
- * un service d'anesthésie réanimation,
- * un service de chirurgie orthopédique,
- * un service de chirurgie viscérale,
- * un service de chirurgie gynécologique.

Le SAU est en étroite relation avec un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation. Il doit accueillir 24 h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale.

Le SAU est sous la responsabilité d'un médecin formé à l'urgence par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle de deux ans dans un service recevant des urgences.

Tous les médecins y travaillant doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences ou un an d'expérience dans un ou plusieurs services d'urgences. Au moins 1 médecin est effectivement présent 24 h/24 tous les jours. L'accès à un avis spécialisé doit être possible à tout moment et ceci en particulier concernant l'avis psychiatrique qui nécessite la présence dans l'établissement., 24 h/24 tous les jours de l'année, d'un psychiatre. Le SAU doit disposer de locaux distribués en 3 zones :

- * une zone d'accueil,
- * une zone d'examen et de soins comportant une salle et des moyens de déchocage,
- * une zone de surveillance de très courte durée, comportant 3 à 5 boxes individuels par tranche de 10 000 passages par an au SAU.

Un bloc opératoire d'au moins 2 salles, dont l'une aseptique, doit être à la disposition du SAU, à tout moment.

Et aussi :

- * les examens de radiologie classique, d'échographie, de scanographie et d'explorations vasculaires notamment d'angiographie,
- * les examens biologiques : biochimie, hématologie, hémobiologie, microbiologie, toxicologie, hémostase, gaz du sang.

(b) L'environnement ANACOR

Un établissement de santé pourvu d'une ANACOR comporte au moins un service ou une unité de médecine pratiquant l'hospitalisation complète.

L'ANACOR accueille 24 h/24, tous les jours de l'année, sans sélection, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique. Elle assure les soins de médecine générale, de psychiatrie ou les actes chirurgicaux simples (KC <30).

Elle oriente les patients, dont l'état nécessite des soins, qu'elle ne peut dispenser elle-même. Ce transfert dans un autre établissement doit être justifié, réalisé après accord du patient et stabilisation de son état clinique.

Au moins un médecin thésé est présent 24 h/24, tous les jours de l'année. Un psychiatre soumis à astreinte doit pouvoir intervenir à tout moment.

L'antenne doit disposer de locaux distribués en 3 zones :

- * une zone d'accueil,
- * une zone d'examen et de soins comportant une salle et des moyens de déchocage,
- * une zone de surveillance de très courte durée comportant 2 à 4 boxes individuels par tranche de 10 000 passages par an à l'antenne.

A tout moment doivent pouvoir être réalisés les examens d'imagerie courants (radiologie classique, échographie) et les examens et analyses biologiques courants.

Lors des travaux de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) et de la Société Francophone des Urgences Médicales (rebaptisée depuis Société Francophone de Médecine d'Urgence : SFMU) en 1996, deux niveaux de recommandations ont été définis quant aux critères d'environnement des services d'urgences [7] :

- * L'application des recommandations de niveau 1 fixées par les textes réglementaires serait obligatoire, celles de niveau 2 issues des pratiques professionnelles, souhaitables.
- * Certains critères sont spécifiques à un niveau de structure : SAU, ANACOR, Pôle d'urgence spécialisé.

(5) Les derniers ajustements législatifs pour un meilleur fonctionnement des urgences :

Une procédure d'accréditation, préconisée par la CNRU, a été mise en place avec l'ordonnance du 24 avril 1996 [10] pour que la mise en conformité des différentes structures d'urgences soit rapide lorsqu'elle n'existe pas encore.

Le processus d'accréditation doit permettre de reconnaître les 2 grands types de structures d'accueil (SAU et ANACOR) et de s'assurer que les usagers disposent d'une structure d'urgence de qualité.

Cette procédure, conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement. Ceci doit se faire à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Le décret du 30 mai 1997 [14], modifiant celui du 9 mai 1995 [12], rebaptise les ANACOR en UPATOU : Unité de proximité pour l'accueil, l'orientation et le traitement des urgences, et leur accorde sous certaines conditions le droit de traiter des actes chirurgicaux supérieurs à KC 30. Ce décret impose la possibilité de mise à disposition, à tout moment, en plus d'un psychiatre, d'un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle en psychiatrie. Il renforce le concept de «contrats de relais » dans le cadre des réseaux de soins, ainsi que l'autorité de l'A.R.H. et de sa commission exécutive. Il oblige les SATU et UPATOU à une convention avec un établissement à vocation psychiatrique.

2. Au plan régional :

a) Le SROSS et la Carte Sanitaire :

Les besoins régionaux en soins sont définis par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROSS) et la carte sanitaire.

La combinaison de ces 2 éléments permet de disposer d'un véritable outil d'organisation à travers une approche quantitative (carte sanitaire) et qualitative (schéma régional). Elle permet de mieux adapter les structures de soins afin d'assurer une meilleure prise en charge des besoins.

Plus précisément, le SROSS prend en compte l'accessibilité aux soins, la qualité et la graduation des soins ainsi que leur permanence. Il est défini par le représentant de l'Etat.

b) Les Agences Régionales de l'Hospitalisation [10] :

Suite à l'ordonnance du 24 avril 1996 [9,10] ont été créées les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) qui ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources.

Les établissements transmettent aux ARH les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du SROSS, à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins.

Parallèlement, les ARH concluent avec les établissements de santé, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en tenant compte des objectifs du SROSS.

Ainsi devrait-on voir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

c) En Ile-de-France :

(1) Quelques chiffres [5]

L'Ile-de-France est une région particulièrement riche en établissements sanitaires de tous types. L'activité des services d'urgences y était en 1988 de 1 393 450 passages, soit 24% des passages aux urgences en France. La part de l'activité des hôpitaux périphériques représentait 789 115 passages, soit 13,50% des passages aux urgences en France.

Cette fréquentation n'a cessé de croître depuis cette date avec, parallèlement, une diminution du pourcentage d'hospitalisations qui est nettement inférieur aux chiffres nationaux.

Il semble que ce soit une particularité de la région parisienne que d'hospitaliser moins les urgences, ou peut-être de drainer vers l'hôpital, des cas qui en province, seraient gérés plus volontiers par la médecine de ville.

La fréquentation des hôpitaux périphériques est de plus renforcée du fait de la réorganisation de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris vers une spécialisation importante.

Comme dans les autres régions françaises, l'augmentation de la fréquentation des urgences porterait sur les pathologies les moins graves.

Comme le soulignait le rapport de l'Union Hospitalière de la Région Ile-de-France (UHRIF) [5], les difficultés de transport en Ile-de-France nécessitent, encore plus qu'ailleurs, une réponse de proximité aux besoins en soins de la population, mais aucune structure ne pourra faire face convenablement à tous les types d'urgences sauf au prix de moyens considérables et de structures de coût disproportionné.

Donc, comme le préconisait le rapport Steg, les établissements doivent s'entendre pour grouper leurs moyens et apporter une réponse différenciée mais complémentaire.

(2) L'hôpital de cette étude

L'hôpital de cette étude se situe en banlieue Ouest de Paris, dans le centre du département des Hauts-de-Seine. Dans cette zone se trouvent de nombreux établissements de soins.

On y trouve, en effet, des grands ensembles hospitaliers (AP-HP), des établissements de grande taille (CMC Foch), un centre anticancéreux, des hôpitaux généraux ou spécialisés, des établissements privés (chirurgie et personnes âgées).

Le bilan des besoins sanitaires fait apparaître un excédent de lits de court séjour, notamment chirurgicaux, pour l'ensemble de l'Ile-de-France et pour le département des Hauts-de-Seine. Dans une zone qui s'étend du Bois de Boulogne à Saint-Germain-en-Laye, d'Est en Ouest, soit 15 x 5 km, on dénombre 1 134 lits de chirurgie hors AP-HP.

En revanche, les moyens et longs séjours font apparaître des déficits en lits installés et donc, des besoins non pris en compte.

Le CHD Stell, objet de cette étude, est le seul établissement de soins public de la ville de Rueil-Malmaison.. Un complément descriptif de son environnement local sera effectué dans le chapitre IV.A. C'est un hôpital de proximité répondant à tous les critères requis par les recommandations officielles, en dehors d'une l'ZSTCD au moment de l'étude. Cette étude s'inscrit donc bien dans une démarche qualité au regard des termes de la loi de 91 [8] et de l'ordonnance de 96 [10].

II. INTERÊT ET OBJECTIF DE L'ETUDE

S'inscrivant dans une démarche qualité, l'objectif de cette étude est de déterminer pourquoi il persiste des durées de passage de plus de 2 heures dans un hôpital où les moyens tant en personnel qu'en matériel, sont suffisants, afin de proposer d'éventuelles actions correctives adaptées.

Il conviendra, suivant les résultats de cette étude, de discuter dans un second temps de l'applicabilité de ces actions correctives à d'autres structures d'urgences similaires.

Pour satisfaire la démarche qualité de cette étude, nous avons utilisé un outil approprié, l'audit clinique, que nous allons détailler ci-après.

III. LA METHODOLOGIE

A. PRESENTATION DE LA METHODE DE L'AUDIT[1]

1. La nécessité de l'évaluation dans le monde médical :

Le concept d'évaluation de la qualité des soins est apparu à la fin des années 1970.

En 1989, le Ministre de la Santé a créé l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) qui avait pour mission d'étudier la possibilité d'une démarche d'évaluation en France et d'en définir des bases méthodologiques.

La loi du 31 juillet 1991 [8] a confirmé l'obligation des établissements hospitaliers de procéder à l'évaluation de leur activité (Art. 710.3). L'ordonnance d'avril 1996[10] organise, afin de garantir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, l'évaluation des soins et l'accréditation.

L'évaluation a été ainsi définie par l'Organisation Mondiale de la Santé :

« Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

2 Les différentes étapes de l'audit clinique :

Chaque étape est tributaire de la précédente. L'audit permet la mesure et l'analyse de l'écart existant entre un objectif théorique et la pratique réelle afin de proposer des mesures correctives pour réduire cet écart.

Les différentes étapes de l'audit sont :

a) Choix du thème et initialisation de l'étude :

Trois phases sont à distinguer dans cette étape :

- * le choix du thème à partir des difficultés recensées,
- * l'approfondissement du thème conduisant à déterminer l'aptitude de l'audit à apporter des solutions,
- * l'initialisation de l'étude avec rédaction d'un cahier des charges comprenant le ou les objectifs de l'étude et ses justifications.

b) Etablissement du référentiel ou choix des critères :

Déterminer les « critères représentatifs et/ou déterminants de l'écart existant entre ce qui est souhaité et ce qui est réellement fait » (définir le degré de qualité à atteindre).

c) Choix du type d'étude et de la méthode de mesure :

« La méthodologie générale est descriptive avec un recueil de données rétrospectif ou prospectif ». Dans notre cas s'agissant d'une étude rétrospective, elle repose sur une analyse des dossiers des malades.

d) Recueil des données et mesures :

L'ensemble des problèmes rencontrés doit être signalé et documenté.

e) Analyse des résultats :

Il s'agit de l'identification des écarts et leur analyse afin de déterminer leurs causes ; ces dernières peuvent être de trois types : professionnelles, organisationnelles ou institutionnelles.

f) Discussion : élaboration des recommandations et suivi

Les recommandations doivent être hiérarchisées en fonction de la facilité et de la rapidité de leur possible application.

Après l'adoption de mesures correctives, pour que la démarche qualité s'inscrive dans la continuité, le processus d'évaluation doit être répété (plan de suivi) afin de juger de l'efficacité de ces nouvelles mesures, ou de leurs inconvénients, ceci afin de rediscuter régulièrement du maintien ou de l'ajustement de ces mesures correctives.

B. LA MISE EN PLACE DE L'AUDIT DANS CETTE ETUDE

1. Le choix du thème et l'initialisation de l'étude :

C'est l'étude des patients qui au service des urgences présentent des durées de passage supérieures à 2 heures. L'objectif, s'inscrivant dans une démarche qualité, est de trouver les causes de ces durées de passage prolongées afin de proposer des solutions pour les réduire, lorsque cela est possible.

2. Le choix des critères :

Le critère d'inclusion de cette étude est donc : une durée de passage des patients au service des urgences supérieure à 2 heures. Il n'existe pas de critère d'exclusion.

Cependant, des données ont été collectées, en fonction de leur incidence potentielle sur la durée de passage des patients aux urgences. Ces données ont été choisies en s'inspirant des données déjà étudiées et mises en cause dans la littérature, et de l'expérience des gens qui travaillent au service des urgences. Ces données ont été retrouvées à la lecture des dossiers et sont donc vérifiables. Elles sont :

- l'âge
- le sexe
- la date de passage
- la durée de passage (avec les heures d'arrivée et de départ)
- les modes d'arrivées et les orientations à la sortie
- l'adressage avec /ou sans courrier médical

- la gravité (CCMU)
- le diagnostic retenu (Thésaurus : SFMU)
- les examens complémentaires effectués (radiologiques et biologiques)
- l'avis d'un spécialiste demandé aux urgences
- le règlement possible ou pas (à la lecture du dossier des urgences) de l'attente, par l'hospitalisation en lit porte (en voie de construction).

3. Le choix du type d'étude et méthode de la mesure :

Il s'agit donc d'une étude rétrospective basée sur un taux d'échantillonnage d'un tiers compte tenu de l'importance du nombre et de la complexité des dossiers à étudier (1081). Pour réaliser l'échantillonnage d'un tiers, les patients ont été retenus en prenant dans l'ordre chronologique des passages de plus de 2 heures, un dossier sur trois.

Les mesures s'effectuent à la lecture des dossiers, sur les données ainsi collectées. Le critère de jugement principal a été pour chaque donnée, l'existence d'une différence de ratio entre la mesure de cette donnée dans l'échantillon, et celle relevée sur l'ensemble des patients étant passés par les urgences en 1999.

Pour certaines données, notamment lorsqu'elles n'ont pas été clairement portées aux dossiers cliniques, leur absence a été relevée.

D'autres critères, en particulier de type données croisées, ont été analysés dans le but d'affiner la recherche des causes de dysfonctionnement.

4. Recueil des données et mesures :

Les données ont été extraites de la base de données informatique « ANACOR » du service des urgences ainsi que des dossiers cliniques des urgences qui sont tous archivés, quel que soit le mode de sortie des patients. La base de données « ANACOR », est un fichier où sont recueillies différentes données permettant un suivi de l'activité des Urgences. Ces données ainsi collectées, ont été traitées grâce au logiciel Excel version 4.0.avec notamment des calculs de probabilités basés sur la loi Binomiale et l'utilisation du test du khi-deux comme test statistique d'indépendance.

5. Analyse des résultats :

Les résultats ainsi obtenus ont été analysés à partir d'un outil des cercles de qualité : le diagramme d'Ishikawa [43]. Ceci a permis de distinguer les causes professionnelles, des causes organisationnelles et institutionnelles, et d'en graduer leurs incidences.

6. Discussion : élaboration des recommandations et suivi

La discussion porte sur la pertinence de l'analyse des résultats ainsi que sur les recommandations qui en découlent. Elle doit tenir compte de ce que la littérature propose déjà et doit hiérarchiser les solutions selon la facilité et la rapidité de leurs mises en place. Enfin elle doit tenter de définir un cadre pour l'exportation des solutions, lorsque cela est possible.

IV. DESCRIPTIF DU MATERIEL [53]

A. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

Rappelons que le Centre Hospitalier Départemental Stell est un hôpital de proximité. Il est situé au cœur de la ville de Rueil-Malmaison, ville la plus étendue des Hauts de Seine, qui compte environ 75 000 habitants. Et 20 000 personnes viennent de l'extérieur y travailler quotidiennement. D'autre part, sur la commune se trouvent 3 cliniques privées : la clinique des Martinets, la clinique Albert 1er, et la clinique psychiatrique de la MGEN où est située le secteur de psychiatrie de Rueil-Malmaison. La ville compte aussi 52 médecins généralistes et 82 spécialistes.

Le CHD Stell répond à une logique de prise en charge des malades qui repose sur les trois filières suivantes :

- les Urgences, la médecine polyvalente et à orientation cardiologique, l'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques,
- les soins de suite cardiologiques et de rééducation fonctionnelle,
- les soins de suite et le long séjour gériatrique associés à la maison de retraite.

La capacité de l'établissement est de 288 lits autorisés avec :

- un service de médecine polyvalente et à orientation cardiologique de 39 lits,
- une Unité de Soins Intensifs Cardiologique de 6 lits,
- des lits de surveillance médicale continue (2),
- un service de Soins de Suite et de Réadaptation cardiologique de 31 lits,
- un service de médecine physique et rééducation de 50 lits dont 8 de jour,
- un service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatriques de 40 lits,
- un service de long séjour gériatrique de 40 lits,
- une maison de retraite de 80 lits dont 20 lits de cure médicale.

D'autre part, complétant ce dispositif, l'hôpital Stell est doté :

- d'un service de radiologie conventionnelle comprenant la radiologie standard et l'échographie. L'imagerie nécessitant un appareillage plus lourd (scanner, IRM, scintigraphie) est effectuée par convention dans des centres radiologiques équipés, à proximité. Les échographies doppler sont effectuées au service d'explorations fonctionnelles attendant à l'USIC, par les cardiologues.
- d'un service d'explorations fonctionnelles endoscopiques mitoyen du service des urgences
- d'un service de consultations externes pluridisciplinaire.

En ce qui concerne les analyses biologiques, elles sont effectuées en externe dans un laboratoire privé situé à Rueil-Malmaison : un coursier vient chercher les prélèvements et les résultats sont transmis par fax. Toutefois, les examens suivants peuvent être effectués sur place aux urgences : le dosage de l'hémoglobine capillaire et de la glycémie capillaire, la bandelette urinaire, depuis courant 1999 l'alcoolémie par alcootest, et enfin depuis fin 1999 (décembre), le dosage du ionogramme, des gaz du sang et recherche de BétaHCG urinaire.

Enfin, n'ayant plus de service de chirurgie depuis 1995, l'hôpital s'est organisé en réseau local et les patients nécessitant une prise en charge chirurgicale et ne nécessitant pas un environnement de réanimation sont adressés, par convention, à trois établissements de soins privés proche de l'hôpital : la clinique Albert Ier et la clinique des Martinets à Rueil ainsi que la clinique Brimont à Chatou. Une garde téléphonique de chirurgien viscéral et de chirurgien orthopédique, assurée de manière rotatoire par les praticiens de ces trois établissements, permet un fonctionnement permanent du système.

Les cas graves sont transférés préférentiellement à l'hôpital Foch de Suresnes.

Pour tous les transferts des patients dans le réseau de soins, une société d'ambulance s'est engagée à répondre et arriver aux urgences dans un délai de 30 minutes.

B. ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES SERVICES D'AVANT

Outre la garde sur place 24h/24 d'un senior remplissant les conditions d'exercice de Médecine d'Urgence, un médecin réanimateur au sein de l'Unité de Soins Intensifs Cardiologique est présent lui aussi 24h/24. Il existe de plus une astreinte opérationnelle de radiologie.

C. L'UNITE D'ACCUEIL DES URGENCES

Cette unité accueille de manière polyvalente tous les patients se présentant aux urgences quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur état de santé.

L'unité de proximité dispose de locaux distribués de la manière suivante :

- une zone d'accueil, comportant deux guichets et la salle d'attente
- une salle commune pour le personnel médical et paramédical
- un bureau pour les médecins
- un bureau pour le cadre infirmier
- un bureau pour le chef de service
- une salle de détente pour le personnel
- une zone d'examen et de soins comportant : une salle et des moyens de déchoquage, trois boxes de soins, et une salle de plâtre. La zone d'examen est accessible par un sas prévu pour les pompiers et les ambulances (accès aux brancards).

I. Activité :

Nombre de passages *						
	1997		1998		1999	
	Total dont :	10 508		10 974		11 791
Hospitalisés	1 681	16%	1 613	14,7%	1 144	9,70%
Transferts	332	3,1%	352	3,2%	415	3,52%
< 15 ans		18,7%		20%	1 961	16,63%
> 75 ans		9,8%		8,9%	1 177	9,98%

*nombre de passage hors consultations de suivi.

Tableau n°1 : nombre de passages entre 97 et 99 au CHD Stell

Sexe						
	1997		1998		1999	
	Hommes		55%		52%	
Femmes		45%		48%		46%

Mode d'arrivée						
	1997		1998		1999	
	SMUR		1%		0,5%	
Pompiers, police		12%		13%		15%
Ambulance, CRF		8%		7%		7%
Propres moyens		78%		78,5%		76,2%
Autres		1%		1%		1%

**Tableaux n°2 et 3 :
Répartition des sexes et des modes d'arrivées entre 97 et 99 au CHD Stell**

Le taux d'hospitalisation semble inférieur au taux moyen d'hospitalisation de la région Ile de France puisque celui-ci était d'environ 20% en 1996. Toutefois, il convient d'ajouter le pourcentage des transferts à celui des hospitalisations pour tenir compte de l'absence de lits de chirurgie sur site.

2. Approche qualitative :

Si l'enquête réalisée auprès de 64 établissements pour le SROS relatif aux Urgences a montré que peu d'hôpitaux utilisaient la classification clinique des malades des Urgences (CCMU) et la classification des Groupes d'Etudes Multicentriques pour Service d'Accueil (GEMSA), il convient de souligner que ces deux classifications sont mises en place à l'hôpital de Rueil de manière exhaustive depuis maintenant plusieurs années.

Approche qualitative des urgences selon la classification CCMU

CCMU	Définition	% patients en 1997	% patients en 1998	% patients en 1999
1	Etat clinique jugé stable. Pas de décision d'acte complémentaire Diagnostic ou thérapeutique au service d'urgence.	27%	36%	38.2%
2	Etat clinique jugé stable. Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgence.	65%	57%	55.5%
3	Etat clinique jugé susceptible de s'aggraver au service d'urgence sans mise en jeu du pronostic vital.	7%	5.5%	4.5%
4 et 5	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat. Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat.	1%	1.5%	1.8%

CCMU = Classification clinique des malades des urgences

Tableau n°4 :
Répartition des patients selon leur CCMU entre 97 et 99 au CHD Stell

Approche qualitative des urgences selon la classification GEMSA

GEMSA	Définition	1997		1998		1999	
		Nb C*	% patients	Nb C*	% patients	Nb C*	% patients
1	Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation.	1	0%	0	0%	2	0,02%
2	Patient non convoqué sortant après consultation ou soins (retour à domicile)	8516	81%	9033	82%	9998	84,79%
3	Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale.	308	3%	356	3%	194	1,65%
4 et 5	Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'urgence. et Patient attendu dans un service ne passant au service d'urgence que pour des raisons d'organisation.	1677	16%	1582	15%	1588	13,47%
6	Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate, importante ou prolongée.	6	0%	2	0%	9	0,08%

- Nombre de consultants

Tableau n°5 :

Répartition des patients selon la classification GEMSA entre 97 et 99 au CHD Stell

Pathologies rencontrées (Thésaurus SFUM)*

	1997		1998		1999	
	Nombre de consultants	% Patients	Nombre de consultants	% Patients	Nombre de consultants	% Patients
Infectiologie	226	2,2%	267	2,4%	264	2,2%
Hématologie	12	0,1%	17	0,1%	19	0,2%
Endocrinologie métabolique	79	0,8%	80	0,7%	79	0,7%
Psychiatrie	256	2,4%	441	4,1%	405	3,4%
Neurologie	230	2,2%	219	2%	276	2,3%
ORL opht. Stomato	339	3,2%	512	4,7%	616	5,2%
Cardio-vasculaire	592	5,6%	629	5,7%	664	5,6%
Pneumologie	262	2,5%	335	3%	381	3,2%
Hépto-gastro	429	4,1%	498	4,5%	560	4,7%
Dermatologie	304	2,9%	346	3,1%	391	3,3%
Rhumatologie	463	4,4%	548	5%	576	4,9%
Uro-nephro	263	2,5%	256	2,4%	296	2,5%
Pédiatrie	27	0,3%	33	0,2%	21	0,2%
Sans orientation	287	2,7%	299	2,7%	337	2,9%
Traumatologie	5774	55%	5905	53,7%	6118	51,9%
Toxicologie	456	4,4%	414	3,8%	543	4,6%
Pathologie sociale	212	2,1%	198	1,9%	245	2,1%

* SFUM : Société Francophone pour l'Urgence Médicale. Thésaurus publié au cours de l'année 1996.

Tableau n°6 : Répartition des patients selon les pathologies rencontrées entre 97 et 99

3. Le personnel :

a) **Le personnel médical :**

Les effectifs médicaux présents au moment de l'étude pour le service des urgences représentent :

- * un praticien hospitalier temps plein chef de service,
- * trois assistants généralistes,
- * deux résidents en médecine générale,
- * six médecins extérieurs à l'établissement qui complètent ce dispositif pour assurer les gardes de nuit, week-end et jours fériés.

En pratique, pour l'accueil des Urgences, au moins un des médecins seniors est présent 24h/24, 365 jours par an, assisté d'un résident.

b) **Le personnel paramédical :**

L'effectif se compose :

- * d'un cadre infirmier,
- * de huit infirmières diplômées d'état,
- * de six aides-soignants

L'effectif ci-dessus défini permet donc de manière concrète d'obtenir la présence de deux soignants le matin, de trois soignants l'après-midi, et de deux la nuit dont toujours une infirmière au moins obligatoirement 24h/24 (le cadre infirmier n'étant pas compté comme soignant) ; les samedis, dimanches et jours fériés comptent deux soignants qui se relèvent toujours sur le mode de trois équipes avec les tranches horaires suivantes : 06h45 à 14h45, 13h27 à 21h15, et 21h à 07h.

c) L'accueil :

Son rôle est l'accueil et la constitution d'un dossier administratif pour chaque patient.

C'est le secrétariat, commun avec celui du service de radiologie, et comprenant 3 secrétaires, qui assure l'accueil des patients des urgences de 08h30 à 16h30 en semaine et de 08h30 à 12h30 le samedi; le reste du temps ou en cas de saturation du secrétariat, ce sont les A.S. ou les I.D.E. qui assurent l'accueil des patients.

4. La démarche qualité mise en place actuellement dans le service :

a) L'évaluation des besoins :

Celle-ci s'effectue à travers les classiques données administratives concernant la pyramide des âges, le sexe, les dates de passage, le moyen d'arrivée des patients,... Tous ces indicateurs sont recueillis de manière continue dans le service (Tab. n°1,2,3 p32).

De plus, les diagnostics retenus sont côtés sur le thesaurus de la SFMU extrait de la CIM10 (Tab.n°6 p34).

b) L'évaluation des moyens mis en place :

Pour l'évaluation des moyens matériels et en personnel, correspondant aux indicateurs classiques dits de structure, l'intégralité des éléments obligatoires nécessaires à la prise en charge des patients et énoncés dans la réglementation sont présents en quantité suffisante dans le service à défaut d'une ZSTCD en projet de construction courant 2001. [11,12,13,14].

Des éléments évaluant de manière qualitative la chaîne de soins aux Urgences existent tant sur le plan médical que sur le plan paramédical.

Les indicateurs recueillis sont :

- * l'heure d'arrivée et l'heure de sortie afin de pouvoir calculer une durée de passage,
- * le devenir du patient afin de pouvoir discriminer son orientation terminale,
- * la CCMU qui, bien qu'évaluant essentiellement les degrés de gravité des patients se présentant aux Urgences, se situe aussi à la jonction des soins de par son aspect prédictif de la charge en soins. Elle peut donc être considérée comme un indicateur indirect d'évaluation des soins (Tab. n°4 p33),
- * les actes effectués selon le thesaurus de la SFMU provenant du catalogue des actes médicaux (Tab. n°6 p34),
- * la charge en soins infirmiers à travers l'indicateur SEGUR.

Le nombre de transferts, lui aussi recensé, est évalué de manière spécifique à travers l'organisation en réseau local. En effet, l'absence de chirurgie sur le site amène à transférer un certain nombre de patients vers des établissements voisins.

Les patients graves sont transférés préférentiellement à l'hôpital Foch de Suresnes. Les patients nécessitant une prise en charge chirurgicale et ne nécessitant pas un environnement de réanimation sont adressés, par convention, à trois établissements de soins privés proche de l'hôpital. Une garde téléphonique de chirurgien viscéral et de chirurgien orthopédique, assurée de manière rotatoire par les praticiens de ces deux établissements, permet un fonctionnement permanent du système.

De plus, sont actuellement présents et fonctionnels, l'enregistrement des plaintes, incidents, et lettres de satisfactions des patients ainsi qu'un registre des rappels qui est utilisé lorsqu'un patient doit être contacté à la suite de la relecture des dossiers.

En effet, le service a utilisé depuis déjà plusieurs années des indicateurs de dysfonctionnement pour mettre en place une réelle démarche qualité. A cet effet, une relecture des dossiers par l'un des seniors du service a lieu chaque matin. Celle-ci est l'occasion de compléter les éventuelles codifications manquantes, mais surtout de relire le dossier afin d'en évaluer le remplissage correct et la qualité médicale.

Dans le même temps, les radiologues interprètent les radiographies. Enfin, le diagnostic porté par le radiologue et le diagnostic côté par le médecin des Urgences sont croisés au moyen du système informatique. Les éventuelles discordances sont rediscutées si nécessaire et les patients sont alors rappelés pour adaptation de la thérapeutique. Ce rappel est consigné sur un cahier dédié.

De même, une vérification des dossiers sur le plan paramédical est effectuée par l'équipe de nuit. La traçabilité individuelle en est assurée par la signature sur le registre des urgences. De même, la traçabilité de relecture du dossier et d'évaluation de la concordance de celui-ci aux comptes rendus radiographiques est attestée par l'apposition du tampon individuel du médecin ayant effectué la procédure, sur le dossier et sur la pochette de radiographie.

L'informatisation des indicateurs recueillis permet l'exploitation régulière, au minimum annuelle, des données énoncées ci-dessus.

c) L'évaluation des résultats de santé :

Celle-ci n'est réalisée qu'à travers les enquêtes de satisfactions qui ont déjà été effectuées dans le service sous couvert d'auditeurs externes. Une enquête de satisfaction globale avait eu lieu auprès des patients s'étant présentés aux Urgences en 1996. Une enquête d'évaluation limitée aux patients transférés dans le cadre du réseau des Urgences Chirurgicales à été réalisée en février 1999.

Globalement, ces deux enquêtes montraient des taux de satisfaction extrêmement élevés.

d) Les perspectives de la démarche qualité :

Dans le cadre actuel de la démarche consistant à mettre en place un nouveau Projet d'Etablissement, le service des Urgences s'est interrogé sur son propre Projet de Service. L'objectif retenu est de mettre en place dans les 5 ans à venir, de la manière la plus exhaustive possible, les recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence qui concernent les critères d'évaluation dans un service d'urgences, afin de répondre au plus près possible aux critères d'accréditation que celle-ci a développé récemment pour les services d'Urgences.

De plus, une recherche d'éléments pouvant signaler une rupture de la chaîne de qualité avant la survenue d'accidents dommageables pour les patients est apparue nécessaire pour améliorer plus avant la qualité de la prise en charge des patients.

D. SYNTHÈSE

La description du matériel nous montre que dans le service sur lequel porte cette étude, les conditions requises par la réglementation pour un fonctionnement adapté sont quasiment toutes respectées, hormis la présence d'une ZSTCD dont le fonctionnement n'a débuté qu'en novembre 2001. D'autre part, on constate que la démarche qualité est une préoccupation du fonctionnement de ce service d'urgences et cette étude tente d'ailleurs d'y participer. Nous allons voir maintenant ce que les résultats nous révèlent.

V. RESULTATS ET ANALYSE

A. RESULTATS

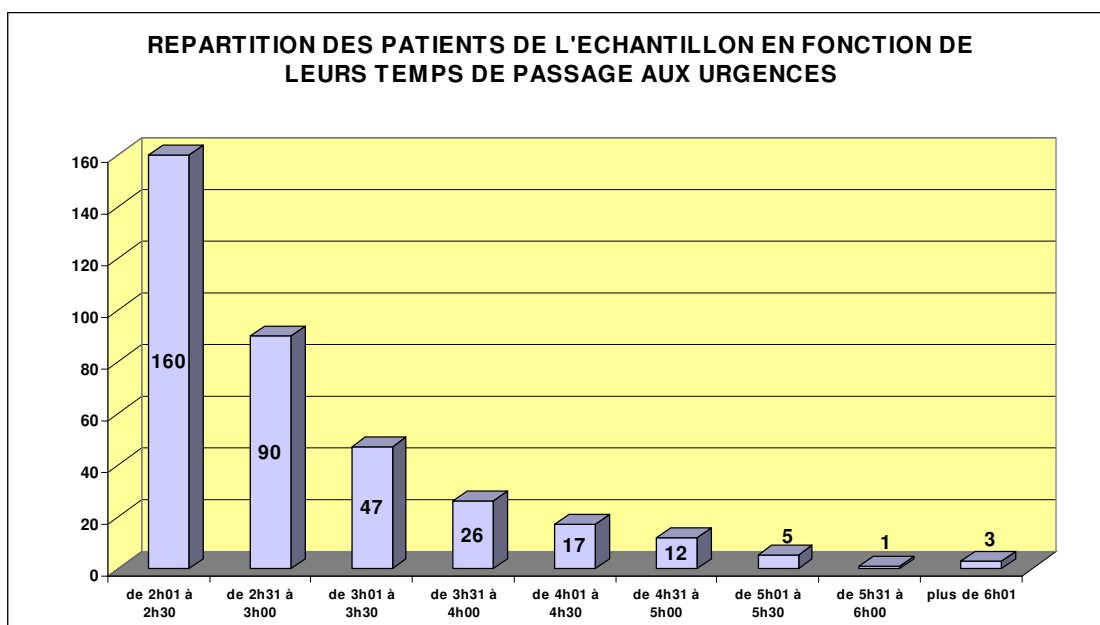
Il convient de souligner que notre étude porte sur 361 patients soit un tiers de la population cible des 1 081 patients ayant passé plus de 2 heures aux urgences sur les 11 791 patients ayant transités par le service des urgences durant l'année 1999. Cette étude s'applique donc à une population relativement faible des consultants des urgences de l'hôpital Stell de Rueil-Malmaison, puisqu'elle concerne moins de 10% des patients de l'année 1999, et alors que les taux de patients ayant des passages prolongés de plus de 2 heures aux Urgences varient, selon la littérature de 28 à 80% ! [34,36,42,44,55,61].

Les résultats présentent deux niveaux de lecture :

- L'un comparant l'échantillon à l'ensemble des patients ayant transité par le service des urgences en 1999.
- L'autre, introspectif, tentant de définir dans l'échantillon des sous-populations distinctes que l'on qualifiera de « traceuses ».

1. Caractéristiques de l'échantillon des 361 patients étudiés, en comparaison avec l'ensemble des patients ayant consulté aux Urgences en 1999 :

a) Répartition des patients selon leur temps de passage :



Graphique n°1

On note que la distribution des patients de cette étude est dégressive devant l'augmentation du temps de passage, avec 69,2% des patients qui ont un temps de passage inférieur à 3 heures. Pour notre échantillon, la durée moyenne de séjour global des patients est de 173 minutes (avec une médiane à 155 minutes), alors qu'elle n'est que de 59 minutes (médiane à 45 minutes) pour l'ensemble des patients de l'année 1999.

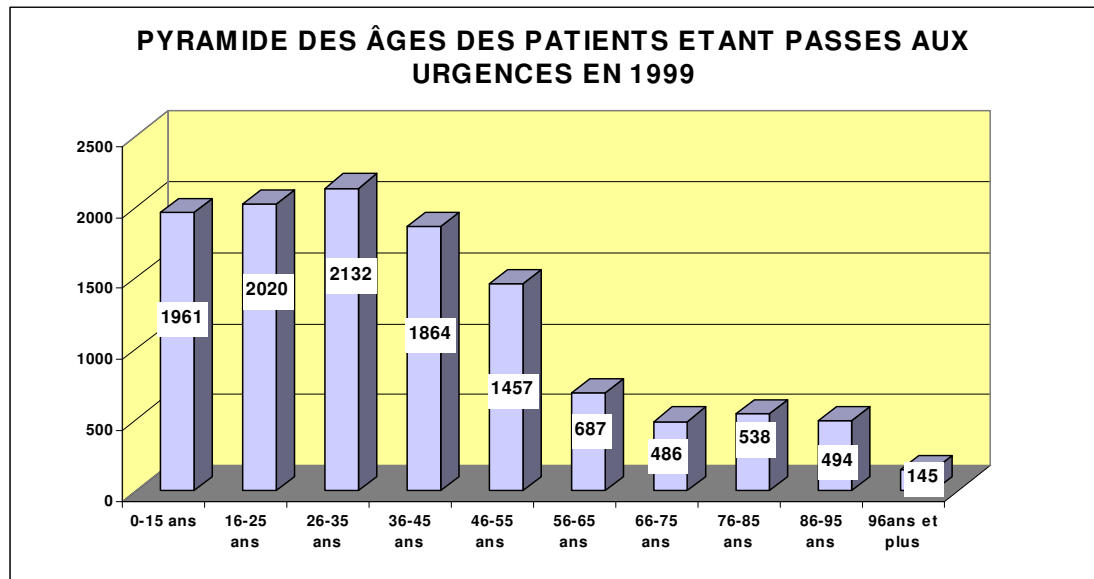
b) Sexe ratio :

	Population de notre échantillon	Ensemble des patients de 1999
Hommes	47,93 %	54 %
Femmes	52,07 %	46 %

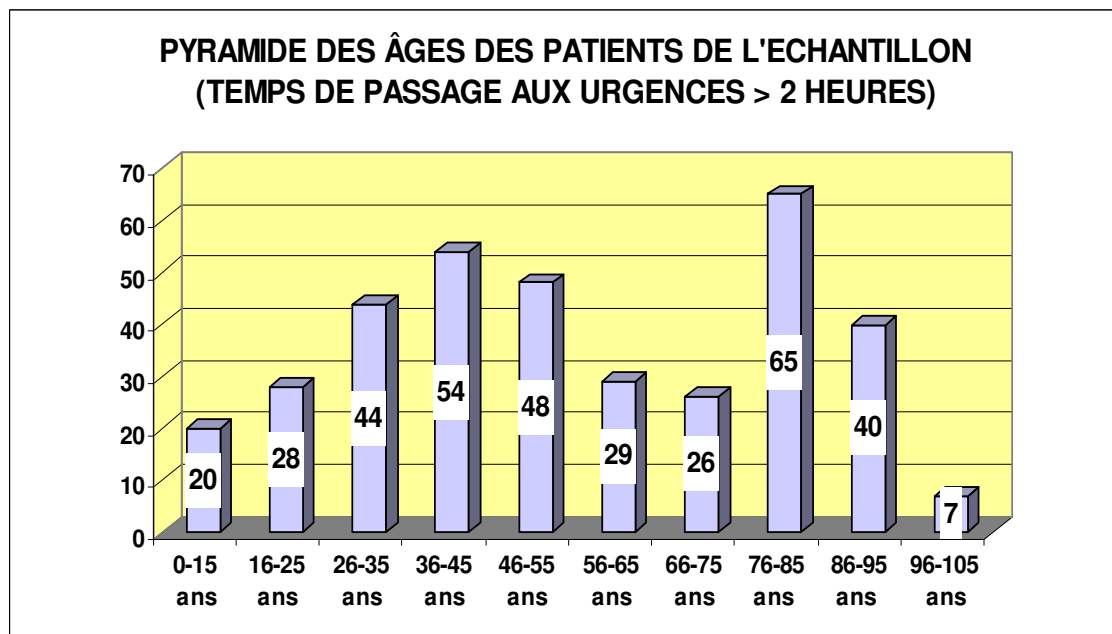
Tableau n°7 : Répartition des sexes

Le sexe ratio de notre échantillon et celui de l'ensemble des patients passés par les urgences en 1999 semblent proches : respectivement 1,08 et 0,85 (ratio féminin/masculin). Toutefois, l'écart en pourcentage pour chaque sexe, entre notre échantillon et l'ensemble des patients passés par les urgences en 99, n'est pas insignifiant; il est de 6,07% ($p=0,0028$).

c) Âge :



Graphique n°2



Graphique n°3

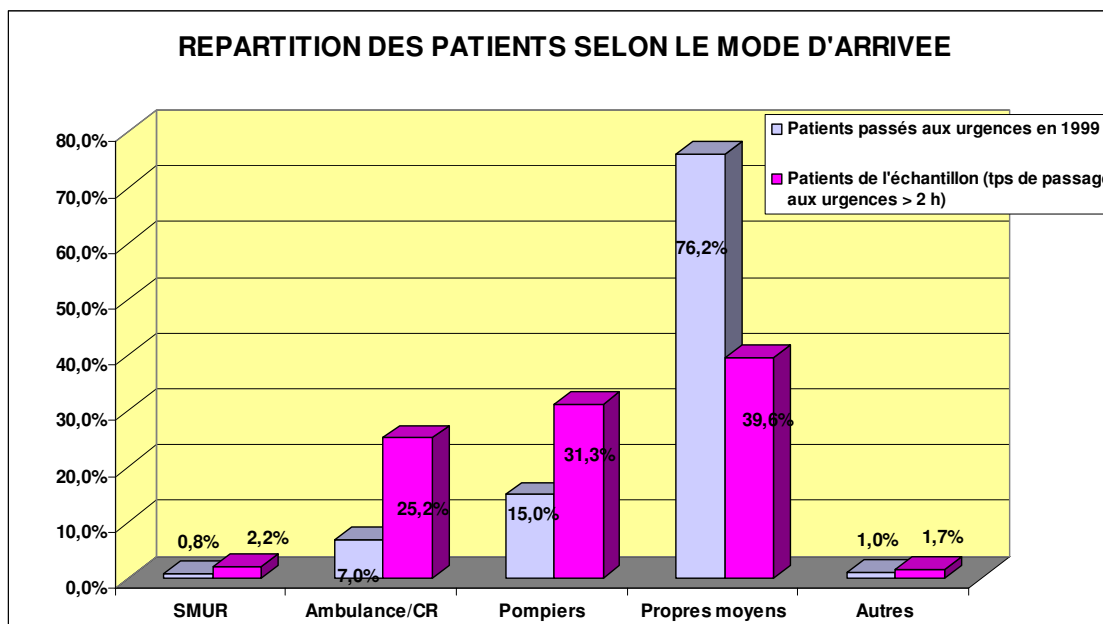
Par comparaison avec la pyramide des âges des patients étant passés par les urgences en 1999, les différences de la pyramide des âges de notre échantillon sont : un creux pour les 0-15 ans ($p < 0.001$) et un pic pour les 76-85 ans ($p < 0.001$). Les moins de 36 ans sont deux fois moins nombreux, proportionnellement, dans notre échantillon par rapport à l'ensemble des patients de 1999 ($p < 0.001$).

La population de notre échantillon (temps de passage > 2 heures) est en moyenne nettement plus âgée que celle de l'ensemble des patients passés aux urgences avec un écart moyen de près de 20 ans.

	Population de notre échantillon 361 patients	Ensemble des patients de 1999 11791 patients
Âge moyen	55 ans	35 ans et demi
Âge médian	53 ans	31 ans et demi
Moins de 16 ans	20 (5,54%)	1961 (16,63%)
Moins de 36 ans	92 (25,48%)	6113 (51,84%)
Plus de 75 ans	112 (31,02 %)	1177 (9,98 %)

Tableau n°8 : Répartition des âges dans l'échantillon / ensemble des patients de 1999

d) Mode d'arrivée :

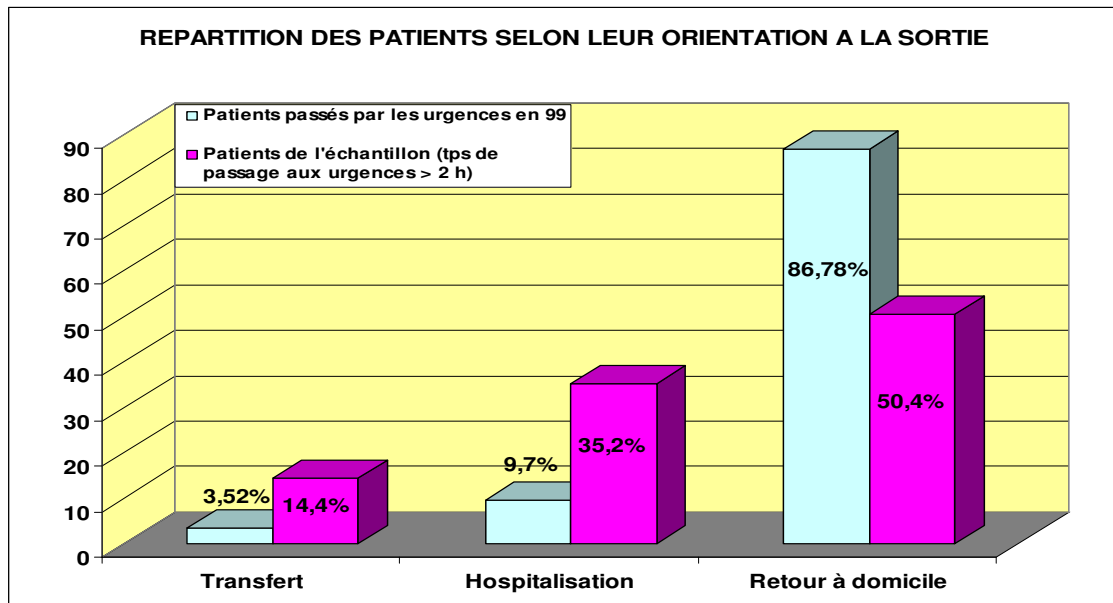


Graphique n°4

Concernant le mode d'arrivée, les transports « sanitaires » sont prédominants (60,4%) pour les patients de notre échantillon et comparativement à l'ensemble des patients passés par les urgences en 1999 ($p_{SMUR}=0,006$; $p_{Ambulance}<0,001$; $p_{Pompier}<0,001$; $p_{Autres}=0,083NS$).

Les transports « sanitaires » correspondent aux transports en véhicules sanitaires plus ou moins médicalisés : pompiers, ambulances, croix rouge (CR), protection civile (PC), SMUR, et les « autres » qui sont des brancardages de divers services de l'hôpital et de la clinique MGEN vers les urgences.

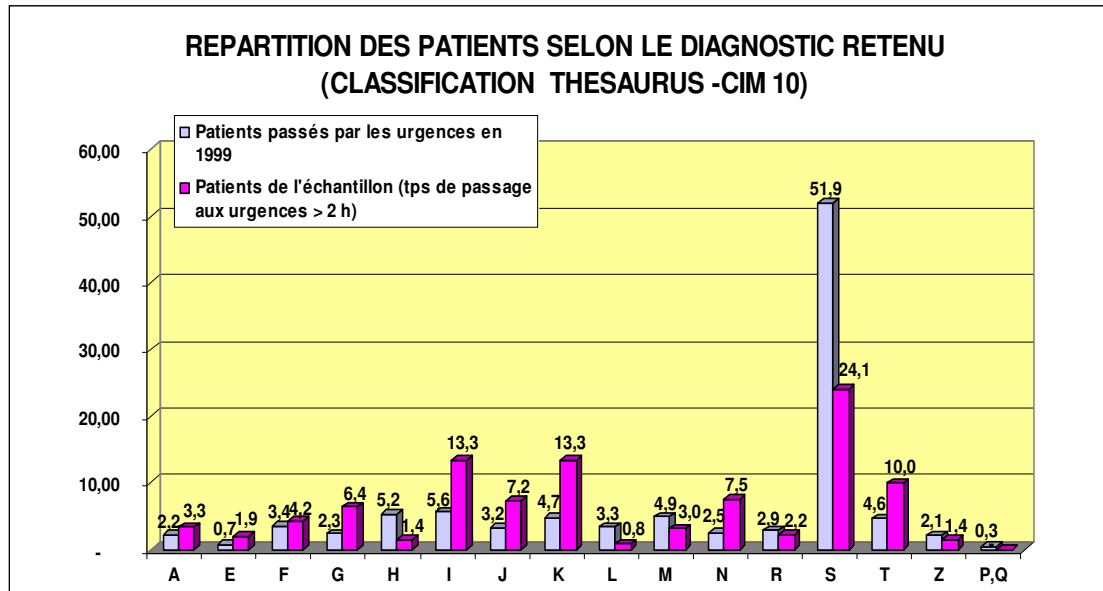
e) Orientation à la sortie :



Graphique n°5

On note, proportionnellement, environ trois fois plus de transferts ($p<0,001$) et d'hospitalisations ($p<0,001$) dans notre échantillon par rapport à l'ensemble des patients passés aux urgences en 1999, et près de deux fois moins de retours à domicile ($p<0,001$).

f) Diagnostic retenu (selon la classification Thésaurus-CIM 10 de la SFMU) :



Graphique n°6

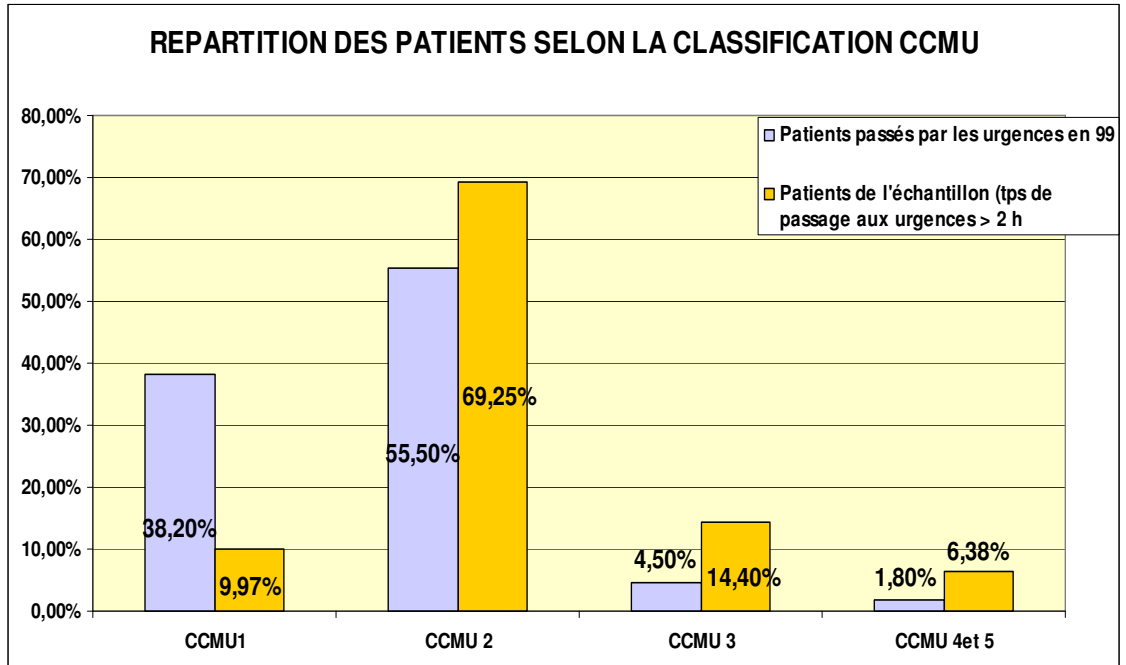
Signification des lettres clés selon la classification thésaurus-CIM10

A : infectiologie	K : hépato-gastro-entérologie	Z : pathologies. sociales
E : endocrinologie	L : dermatologie	P : pédiatrie
F : psychiatrie, toxicologie	M : rhumatologie	Q : gynéco
G : neurologie	N : uro-néphrologie	D : hématologie (non représenté)
H : ORL, OPH, stomatologie	R : sans orientation	
I : cardiologie	S : traumatologie	
J : pneumologie	T : toxicologie, allergologie	

La prédominance de la traumatologie sur notre échantillon est à relativiser, car rapportée à l'ensemble des passages annuels, on s'aperçoit d'une baisse significative de la proportion de traumatologie de près de la moitié, soit 24,08% pour notre échantillon contre 51,88% pour l'ensemble des patients passés aux urgences durant l'année 99 ($p < 0.001$).

Considérons, après la traumatologie, les trois autres groupes les plus représentés sur notre échantillon : cardiologie (I), gastro-entérologie (K), toxicologie et allergologie (T), qui représentent respectivement 13,3%, 13,3% et 10% des patients ; leurs proportions sont, à l'inverse de la traumatologie, de plus du double comparées aux nombres de passages annuels pour les mêmes motifs (avec pour I,K et T $p < 0.001$).

g) Gravité :



Graphique n°7

En comparaison avec l'ensemble de patients passés aux urgences en 99, notre échantillon présente une proportion significativement moins importante de patients dont l'indice de gravité est faible (CCMU 1) ($p < 0.001$), et une proportion plus importante de patients dont l'indice de gravité est élevé (CCMU 2,3,4,5) (avec pour chaque classe $p < 0.001$).

h) Examens complémentaires :

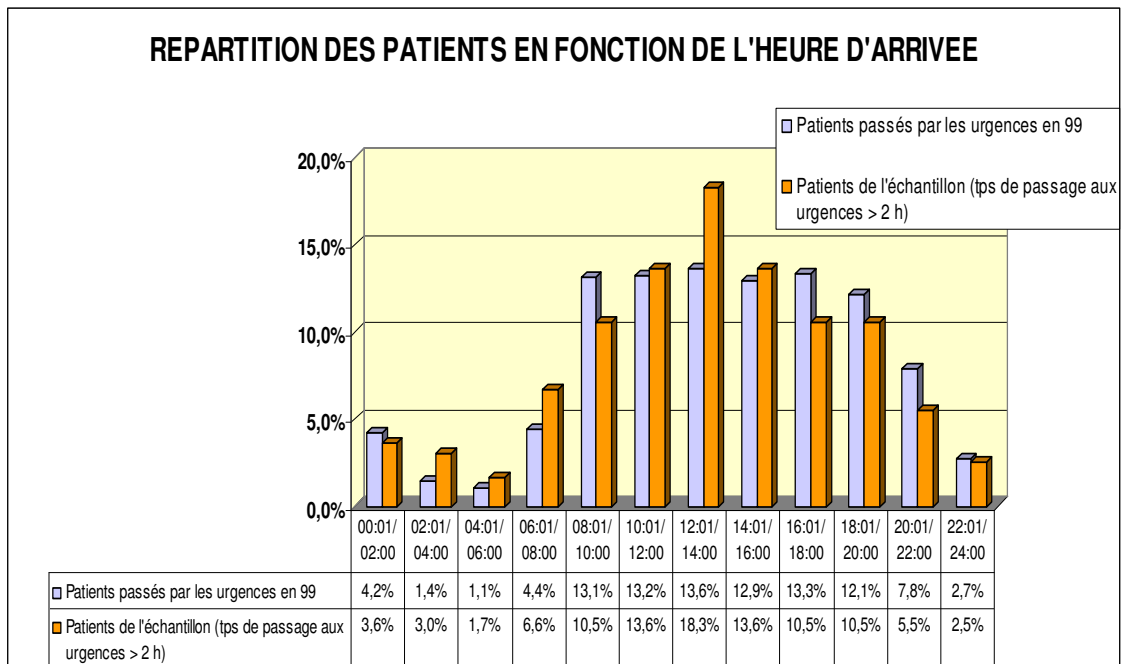
(1) Biologiques :

La proportion des patients de notre échantillon ayant bénéficié d'un examen biologique est de 56%. La comparaison avec l'ensemble des patients passés aux urgences en 1999 n'a pas été possible (archives non informatisées).

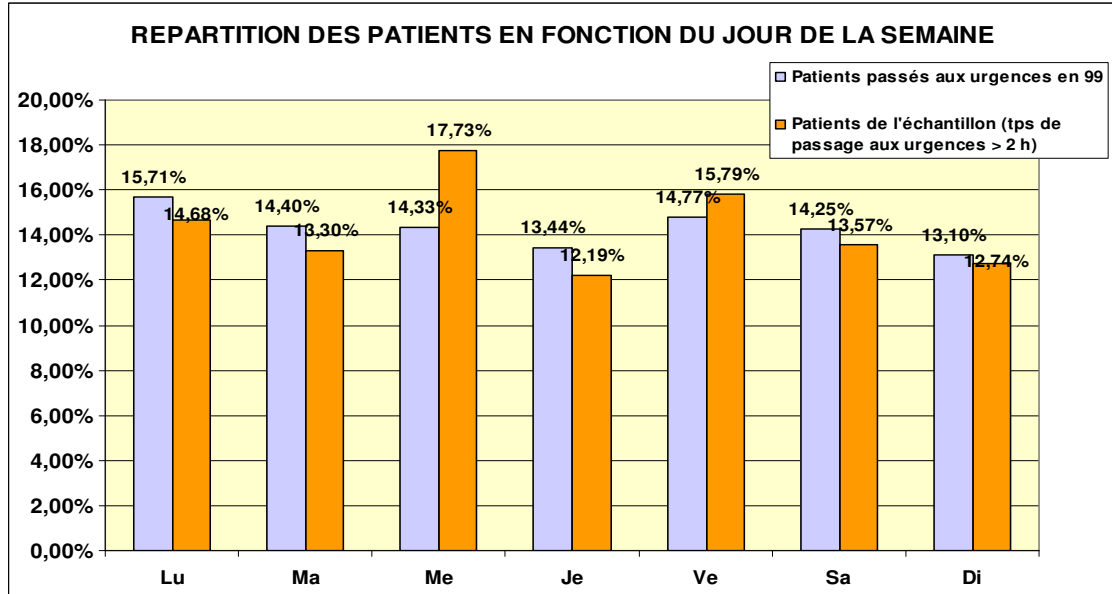
S'il n'y a pas eu de saisie informatique des examens biologiques en 1999, elle a, par contre, été effectuée en 2000 ; ainsi 19% de patients ont bénéficié d'examens biologiques sur les 13220 patients de cette année

Certes il n'est pas parfaitement logique de comparer notre échantillon (extrait des passages de l'année 1999) à ensemble des patients de l'année 2000 mais cette comparaison peut nous donner une idée de la fréquence des examens biologiques dans notre échantillon.

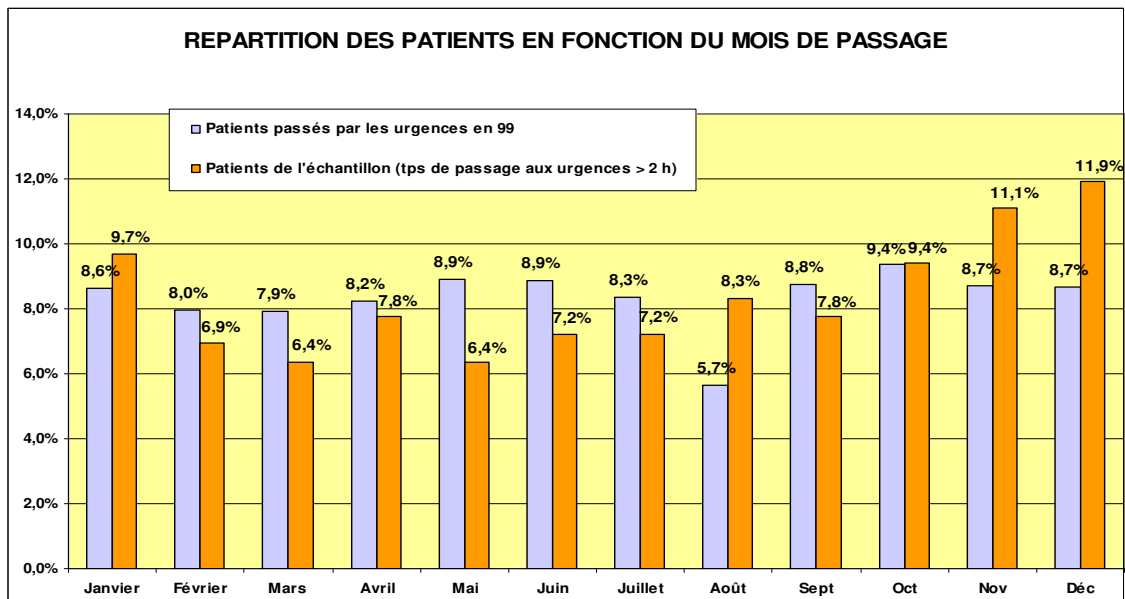
i) Répartition des patients en fonction de l'heure, du jour, et du mois de passage :



Graphique n°8



Graphique n°9



Graphique n°10

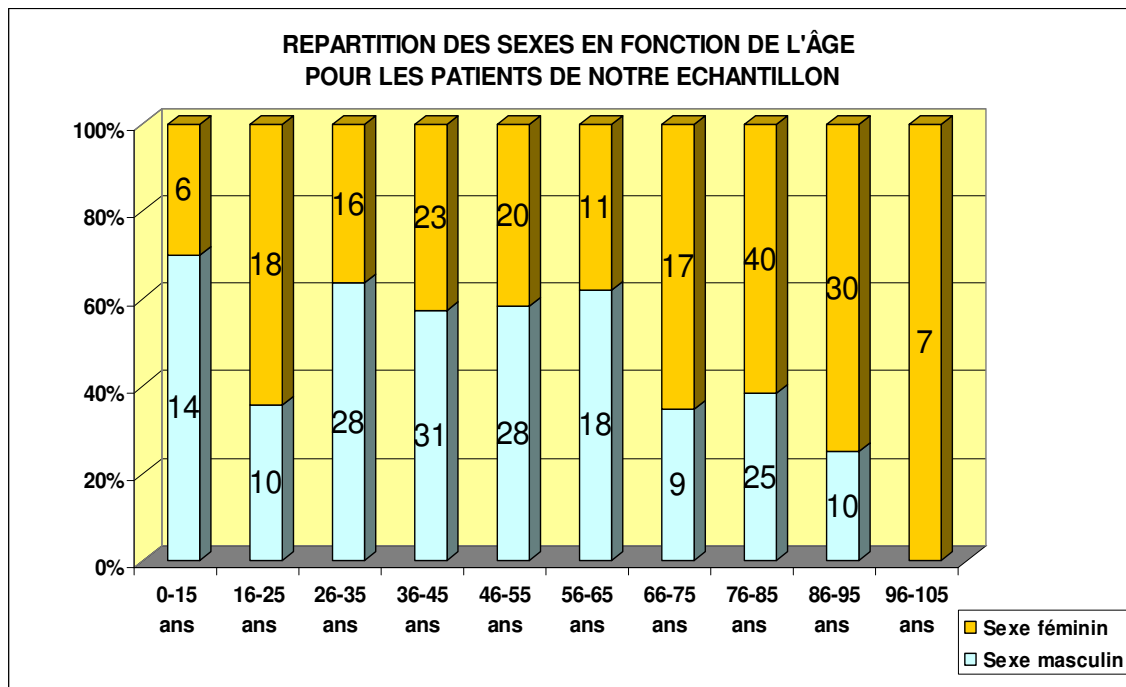
Par comparaison avec l'ensemble des patients de 1999, on constate dans notre échantillon :

- * trois pics de fréquentation en fonction de l'horaire d'arrivée : de 12h01 à 14h00 ($p=0.0024$), de 02h01 à 04h00 ($p=0.0084$), de 06h01 à 08h00 ($p=0.0127$),
- * deux pics de fréquentation le mercredi ($p=0.011$) et le vendredi ($p=0.049$),
- * ainsi qu'une proportion plus importante des passages de plus de 2 heures pendant les mois d'hiver : novembre ($p=0.02$), décembre ($p=0.0077$), janvier ($p=0.054NS$) et l'été au mois d'août ($p=0.01$).

2. Etude introspective de l'échantillon

Dans cette seconde partie, le critère de jugement adopté est différent de celui défini pour la première partie. Il s'agit maintenant d'essayer de définir des sous populations qui se dégagent de l'échantillon, et pour lesquelles on constate des écarts significatifs dans la mesure des données en comparaison du reste de l'échantillon.

a) Âge / Sexe :



Graphique 11

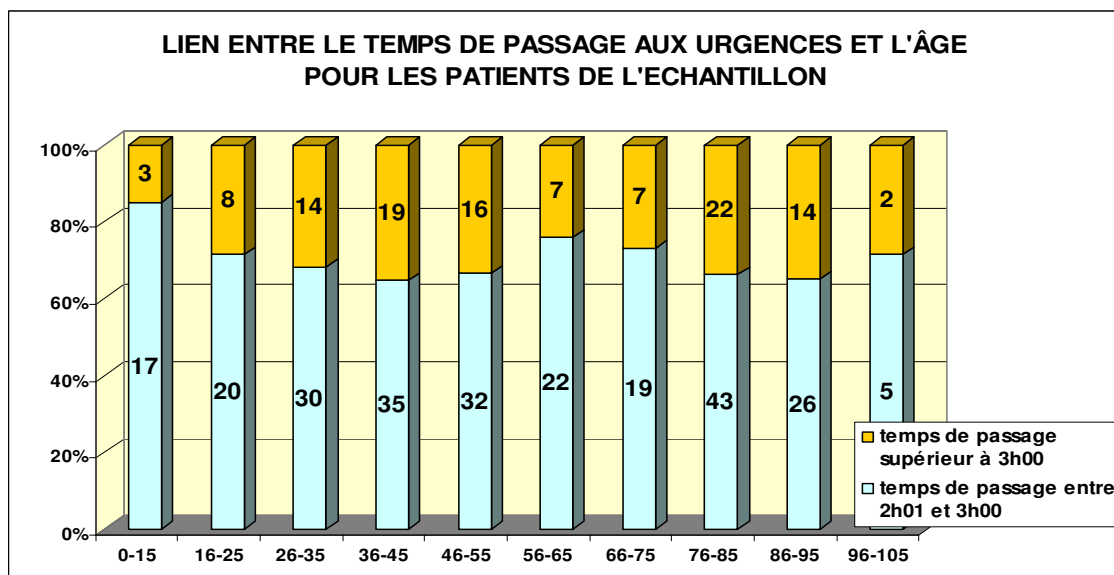
On remarque sur l'échantillon une prédominance masculine dans les tranches d'âges les plus jeunes avec 57,84% d'hommes jusqu'à 65 ans ($p < 0.001$). Seule la tranche d'âge de 16 à 25 ans se porte en faux avec près de 2/3 de femmes ($p = 0.066$ NS).

Cette prédominance masculine s'inverse au bénéfice des femmes au-delà de 65 ans avec 68,12% de femmes ($p < 0.001$).

Deux « sous-populations » semblent donc grossièrement se distinguer dans l'échantillon il s'agirait:

- d' hommes jeunes des moins de 65 ans
- et de femmes âgées de plus de 65 ans.

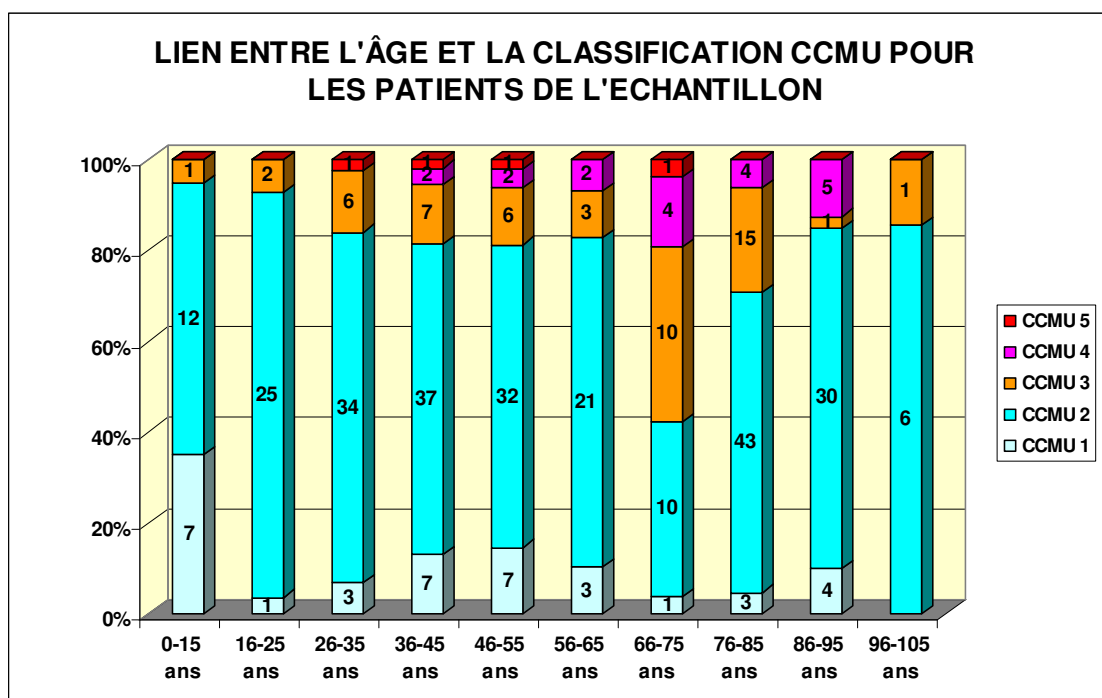
b) Âge / Temps de passage :



Graphique n°12

Le graphique nous montre que les temps de passage les plus longs (plus de 3h00) se répartissent (proportionnellement) de façon relativement homogène dans toutes les tranches d'âge avec toutefois une tendance, non statistiquement significative, plaçant les taux les plus importants de passage de plus de trois heures aux pics de la pyramide des âges. Ceci tendrait à renforcer le lien âge-sexe des deux sous populations précédemment dégagées et correspondant à des hommes jeunes et des femmes âgées qui présentent le plus de passages très longs(de plus de 3 heures).

c) Âge / C.C.M.U. :

**Graphique n°13**

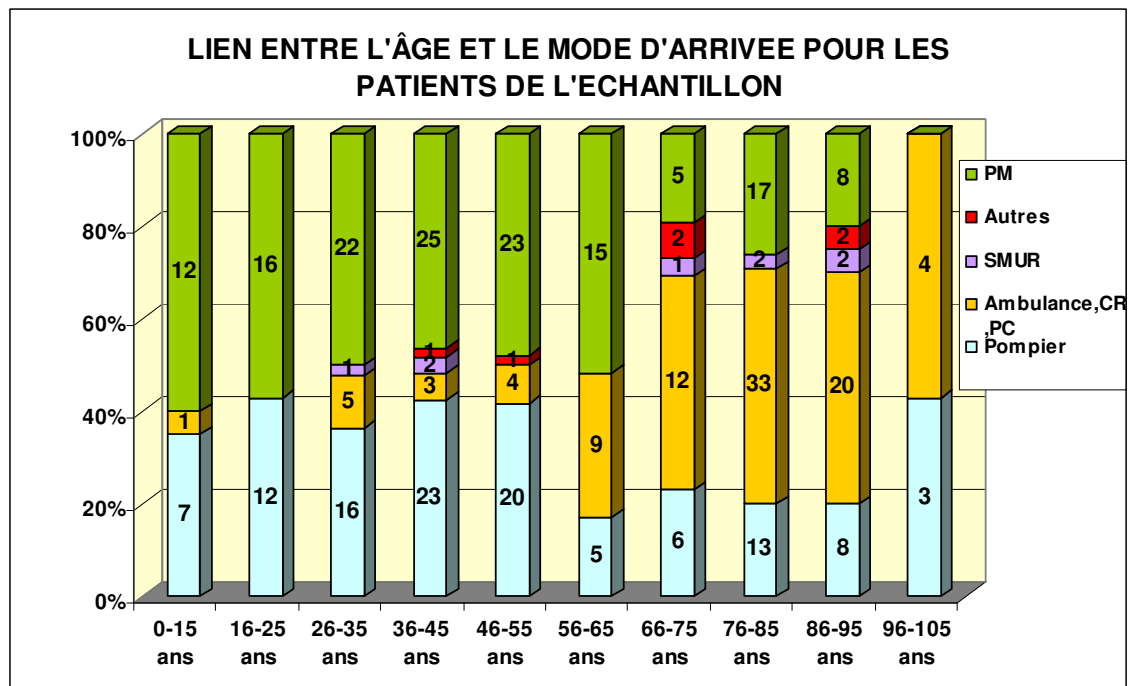
Proportionnellement, on note un pic avec 15 cas graves CCMU 3,4 et 5 confondus, pour la tranche d'âge de 66 à 75 ans ($p < 0.001$).

D'autre part, chez les plus de 65 ans, les CCMU 3, 4 et 5 représentent 29,7% ($p < 0.001$) des cas, alors qu'ils ne représentent que 15,2% ($p < 0.001$) pour les patients de moins de 65 ans. On a donc proportionnellement deux fois plus de cas graves pour les personnes âgées de plus de 65 ans dans notre échantillon.

Les « sous populations » semblent se préciser, il s'agirait :

- d'hommes, jeunes, dont la gravité est peu importante,
- et de femmes, âgées, dont la gravité est importante.

d) Âge / mode d'arrivée :

**Graphique n°14**

Ce graphique fait apparaître deux plateaux concernant les modes d'arrivée en transport « sanitaire », l'un avec une moyenne de 49,32% ($p < 0.001$) entre 0 et 65 ans, l'autre avec une moyenne de 78,26% ($p < 0.001$) au-delà de 65 ans.

De 0 à 65 ans ce sont d'ailleurs les patients arrivés par leurs propres moyens qui prédominent avec 50,7% ($p < 0.001$).

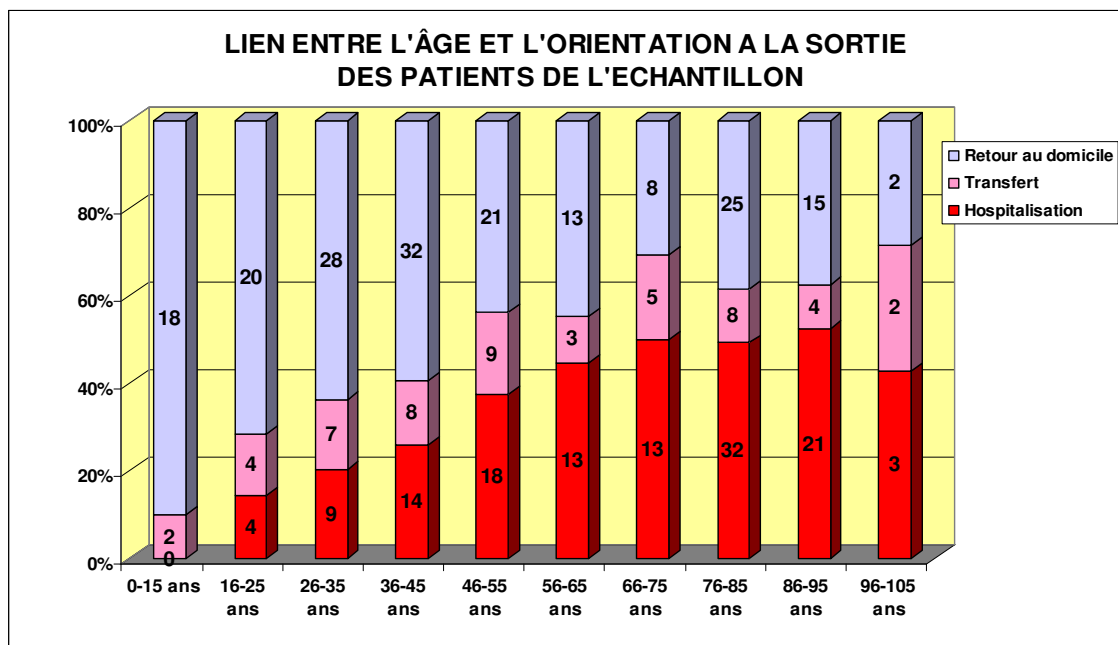
Les arrivées en ambulance, Croix Rouge ou protection civile, présentent quant à elles une nette augmentation à partir de 55 ans puisqu'elles correspondent à 46,7% ($p < 0.001$) des modes d'arrivée, tous modes d'arrivée confondus, alors qu'avant 55 ans elles ne représentent que 6,7% ($p < 0.001$) de ces derniers. L'ambulance est le mode d'arrivée principal des plus de 65 ans.

Pour les tranches d'âges les plus jeunes de l'échantillon (de 0 à 55 ans), l'essentiel des arrivées en transport sanitaire s'effectue par les pompiers pour 39,8% des arrivées ($p = 0.002$).

Concernant nos deux « sous populations », on aurait donc :

- des hommes jeunes, dont la gravité est peu importante, arrivant plutôt par leurs propres moyens
- et des femmes âgées, dont la gravité est importante, arrivant plutôt en ambulance.

e) Âge / orientation à la sortie :



Graphique n°15

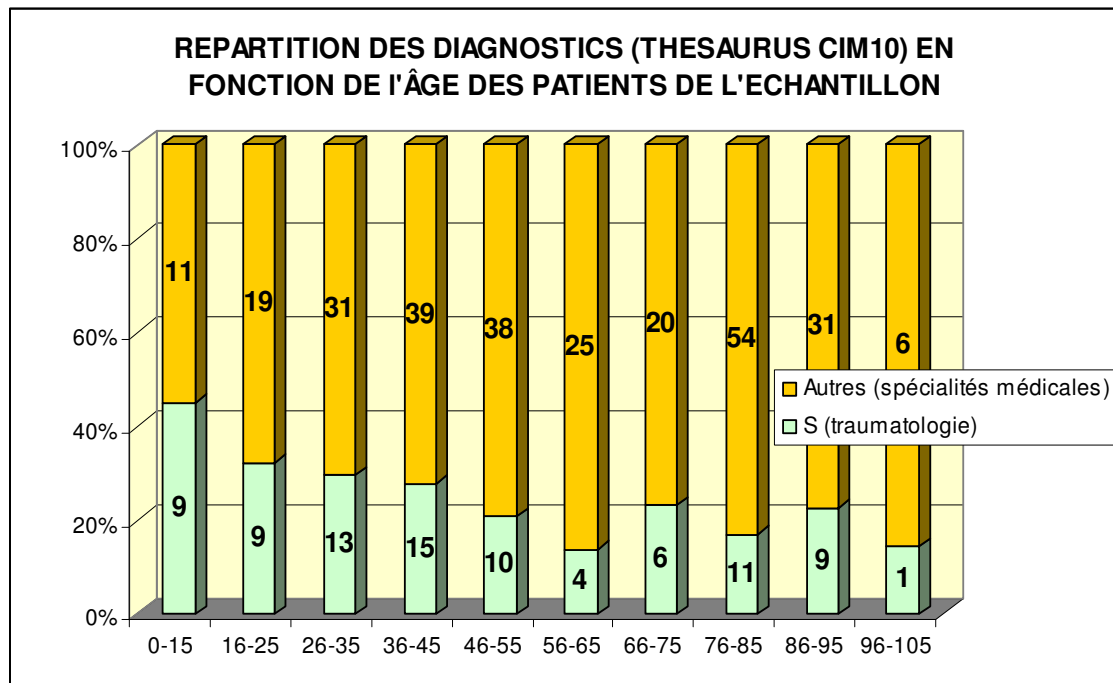
En ce qui concerne l'orientation « hospitalisation sur site », on a, proportionnellement, une croissance quasi linéaire de 0 à 65, et au-delà de 65 ans, un plateau.

Ainsi, par rapport à l'ensemble de l'échantillon, où l'hospitalisation représente en moyenne 35,2% des orientations, on compte 58 hospitalisations jusqu'à 65 ans, ce qui correspond à 26% ($p < 0.001$), et 69 hospitalisations au-delà de 65 ans, ce qui correspond à 50% des orientations au-delà de 65 ans ($p < 0.001$).

On aurait donc :

- des hommes jeunes, dont la gravité est peu importante, arrivant par leurs propres moyens, avec pour orientation à la sortie un retour à domicile plus fréquent.
- et des femmes âgées, dont la gravité est importante, arrivant en ambulance, avec pour orientation à la sortie une hospitalisation plus fréquente.

f) Âge / Thésaurus (CIM10) :



Graphique n°16

On constate une prédominance de la traumatologie dans les tranches d'âge les plus jeunes de notre échantillon avec, de 0 à 45 ans, 46 cas (31,5%, $p=0,008$), alors que la traumatologie représente 24,1% des cas sur l'ensemble de l'échantillon. Et inversement, on constate une prédominance des spécialités médicales pour les patients les plus âgés, avec 111 patients au-delà de 65 ans (80,43%, $p=0,03$), alors que les spécialités médicales représentent 75,9% des cas sur l'ensemble de l'échantillon. Une analyse plus fine révèle que les motifs cardiologiques, avec 32 patients ($p<0,001$), et les motifs pneumologiques, avec 17 patients ($p=0,01$), sont significativement plus importants pour les plus de 65 ans que pour l'ensemble de l'échantillon.

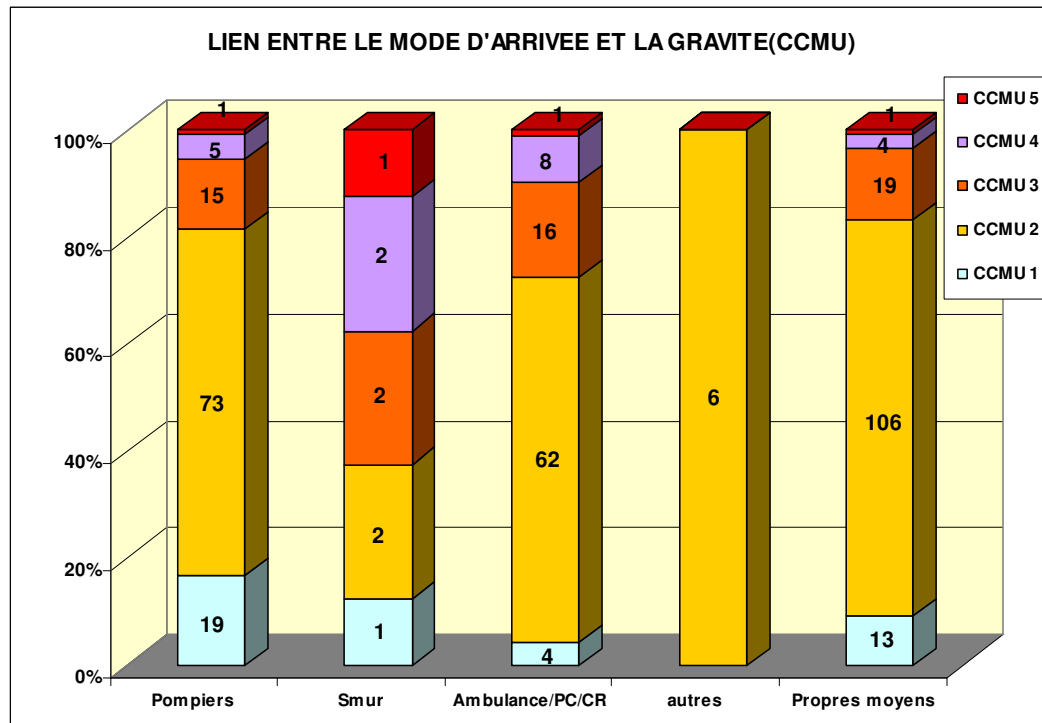
On aurait donc :

- des hommes jeunes, dont la gravité est peu importante, arrivant par leurs propres moyens, avec pour orientation à la sortie un retour à domicile plus fréquent et dont la pathologie est souvent traumatologique.

- et des femmes âgées, dont la gravité est importante, arrivant en ambulance, avec pour orientation à la sortie une hospitalisation plus fréquente et dont la pathologie est plutôt médicale.

Ces deux « sous populations » prêteront à analyse et discussion dans la suite de cette étude, mais poursuivons l'étude des résultats pour essayer de dégager des liens explicites concernant les données recueillies.

g) Gravité (CCMU) / mode d'arrivée :

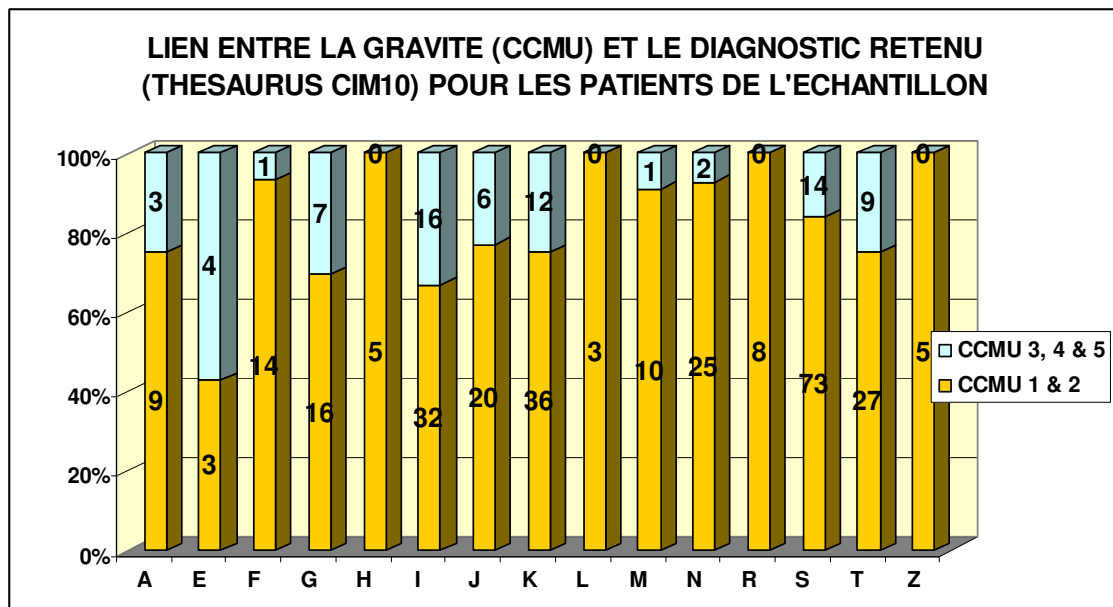


Graphique n°17

Les modes d'arrivées qui présentent la proportion la plus importante des patients les moins graves (CCMU1) dans notre échantillon sont les « pompiers » avec 19 patients sur 113 ($p=0,005$) et les patients arrivant par leurs « propres moyens » avec 13 patients sur 143 ($p=0,10$ NS) et alors que le nombre de patients « peu graves » (CCMU1) est de 36 pour l'ensemble de l'échantillon.

Par ailleurs, les modes d'arrivées où la proportion des patients les plus graves (CCMU 3 à 5) est la plus importante sont : le SAMU, avec 5 cas sur 8 ($p=0,01$), et les ambulances-Croix Rouge-protection civile avec 25 cas sur 91 ($p=0,029$).

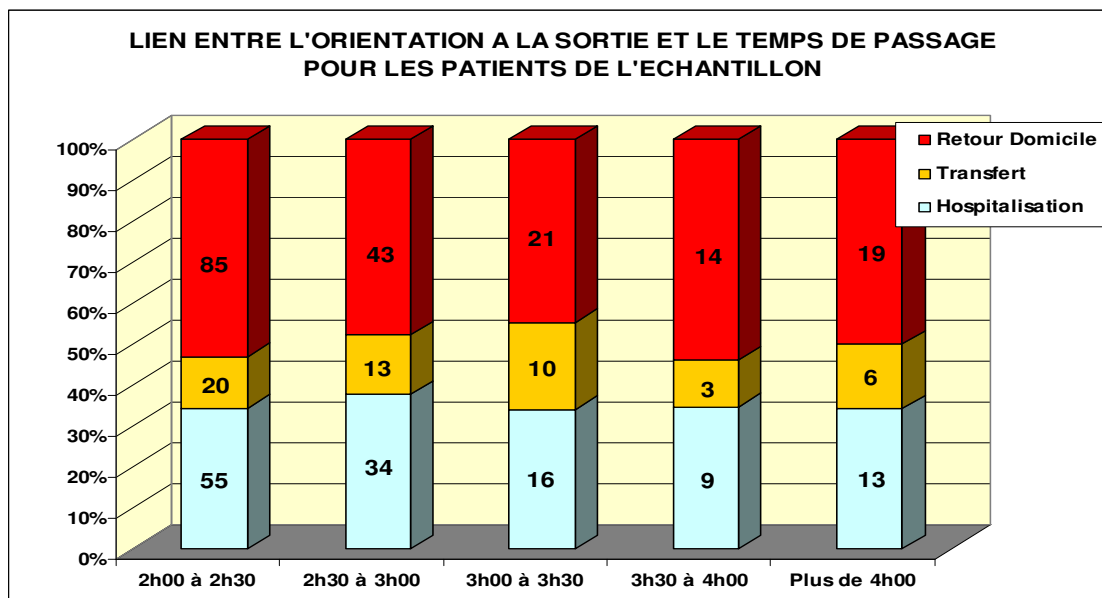
h) Gravité (CCMU) /Thesaurus (CIM10) :



Graphique n°18

On peut constater que ce sont surtout les spécialités médicales qui présentent la proportion la plus importante de cas graves CCMU 3 et au-delà, avec 61 cas pour 274 patients concernés (soit 22,26%, $p=0,048$) alors que la traumatologie compte moins de cas grave CCMU 3 à 5, avec seulement 14 cas pour 87 patients (soit 16,09%, $p=0,066$ NS).

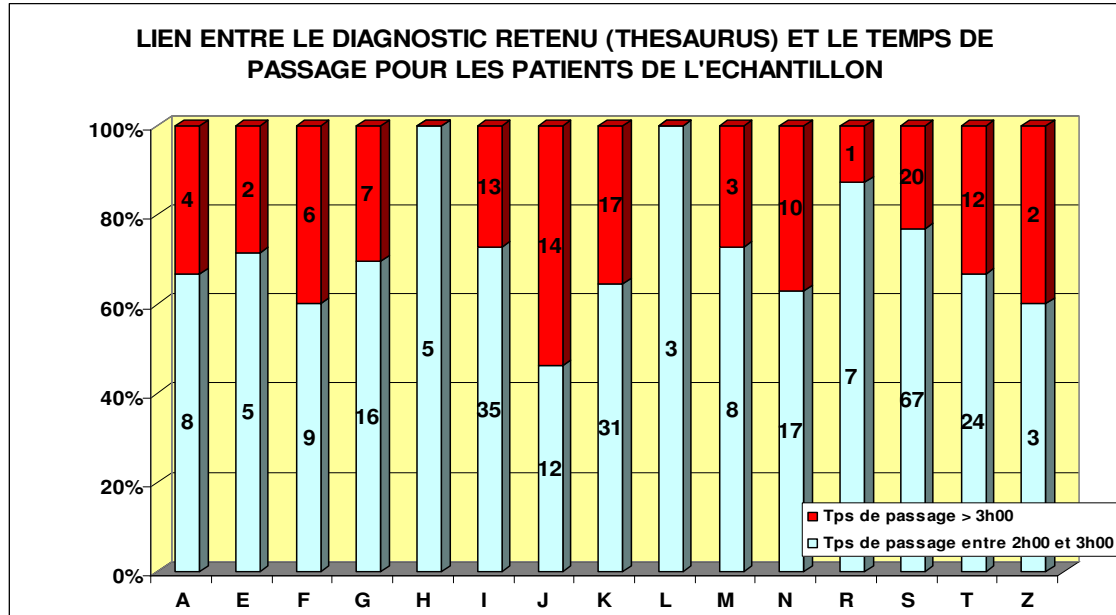
i) Orientation à la sortie / durée de passage :



Graphique n°19

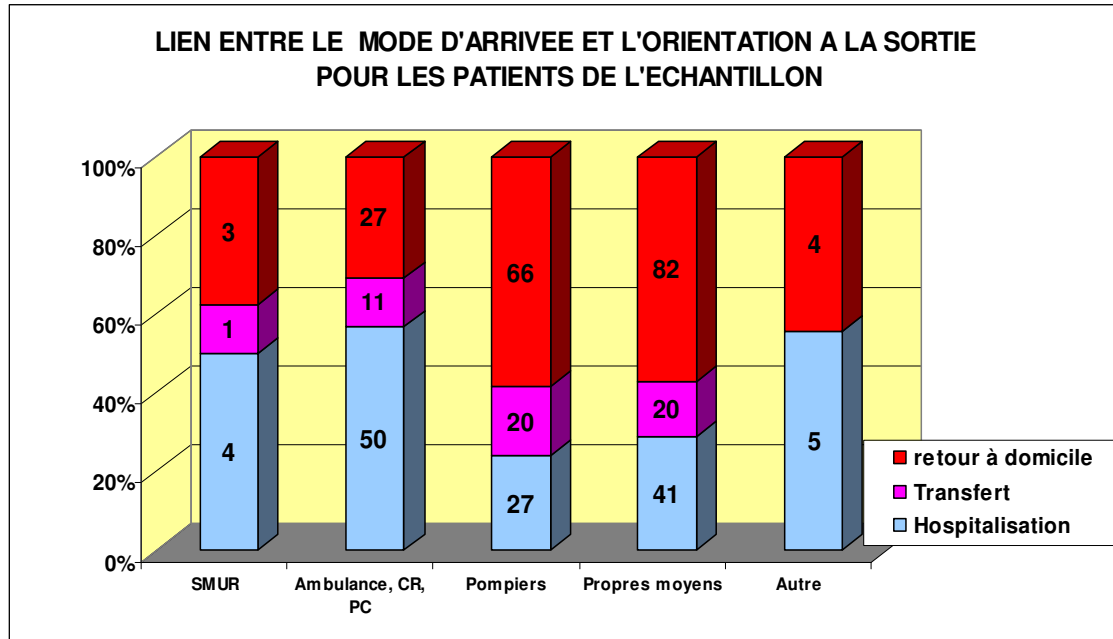
Dans l'échantillon, l'orientation des patients à la sortie des urgences et le temps de passage ne semblent pas liés (le seuil de significativité statistique de « p » à 0,05 n'est atteint pour aucune des 15 sous populations définies par le graphique)! C'est à dire qu'au-delà de 2 heures de temps de passage, il n'y a pas d'influence évidente de l'aval sur le temps de passage. Il est ici important de souligné que pour l'hôpital de cette étude le problème de l'aval semble réglé ! Ceci sera probablement une condition nécessaire à l'exportation des solutions qui seront proposées.

j) Thésaurus / durée de passage :

**Graphique n°20**

Le « recrutement » des urgences est fonction des compétences de l'hôpital [39]. Les pathologies nécessitant une prise en charge spécialisée non assumée par les services d'aval sur site présentent le nombre de patient et les temps de passages les moins importants. C'est le cas de l'ophtalmologie, l'ORL, la stomatologie, et la pédiatrie qui ne comptent aucun temps de passage de plus de 3 heures. Pour les autres spécialités, la proportion des passages de plus de 3 heures oscille entre 23% et 40%, exception faite de la pneumologie qui compte près de 54% ($p=0,008$) de passages de plus de 3 heures dans notre échantillon.

k) Mode d'arrivée / orientation à la sortie :

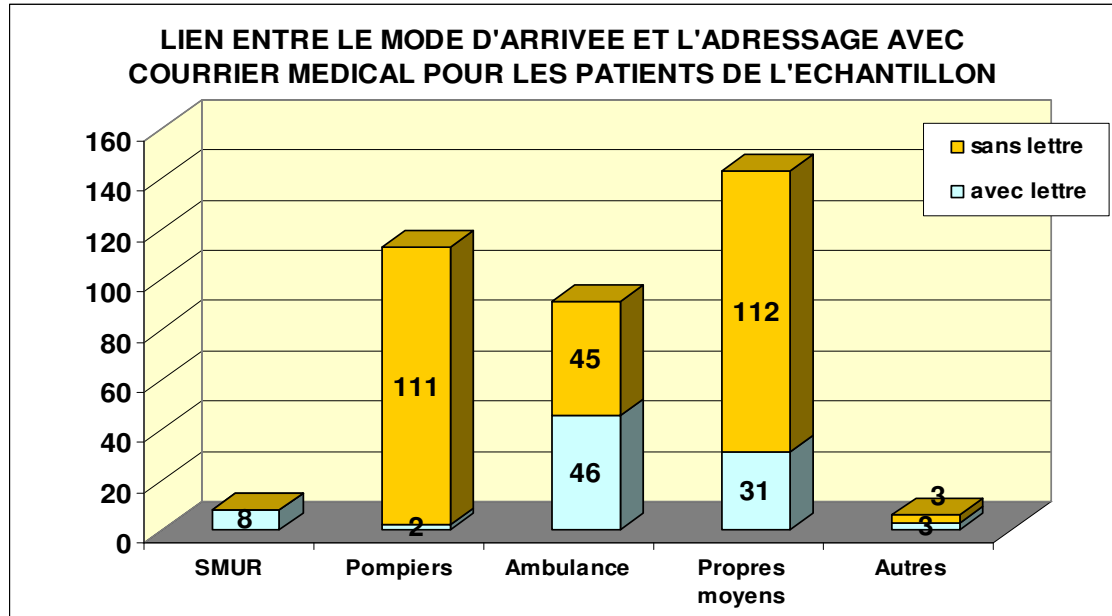


Graphique n°21

Le mode d'arrivée semble avoir une incidence sur l'orientation des patients à la sortie des urgences : l'hospitalisation, qui représente 35,2% des orientations des patients de l'échantillon à la sortie des urgences, est l'orientation principale pour les patients arrivés en ambulance, Croix Rouge, protection civile avec un taux de 56,8% ($p < 0.001$) ainsi que pour les patients arrivés par le SMUR avec un taux de 50% ($p = 0,18$: NS).

A l'inverse, l'hospitalisation semble une orientation de sortie mineure pour les patients arrivés par leurs propres moyens avec un taux de 28,67% ($p = 0,018$), et encore moindre pour ceux acheminés par les pompiers où le taux n'est plus que de 23,89% ($p = 0,003$). L'orientation à la sortie des Urgences semble identique pour les patients étant arrivés avec les pompiers et ceux arrivés par leurs propres moyens ! Il faudra peut-être se poser la question de la régulation des pompiers !

l) Mode d'arrivée / courrier médical :



Graphique n°22

L'adressage avec courrier médical concerne 90 patients de notre échantillon. Hormis les patients arrivant avec le SMUR, où le courrier est systématique, en plus d'une transmission orale directe par le médecin du SMUR de l'état clinique du patient, c'est l'ambulance qui semble présenter la proportion la plus importante d'adressage avec courrier médical avec 46 patients sur 91 ($p < 0,001$), alors que les arrivées avec les pompiers, qui comptent seulement 2 patients sur 113 adressés avec courrier médical, détiennent la proportion la plus faible d'adressage avec courrier médical ($p < 0,001$).

m) Orientation à la sortie / Diagnostic retenu (Thésaurus CIM10) :

Si l'on compare la traumatologie aux spécialités médicales, on constate que la traumatologie génère plus de retours à domicile et de transferts que d'hospitalisations, avec respectivement, 63 retours à domicile sur 87 cas ($p < 0,001$), et 15 transferts sur 87 cas ($p = 0,08$ NS).

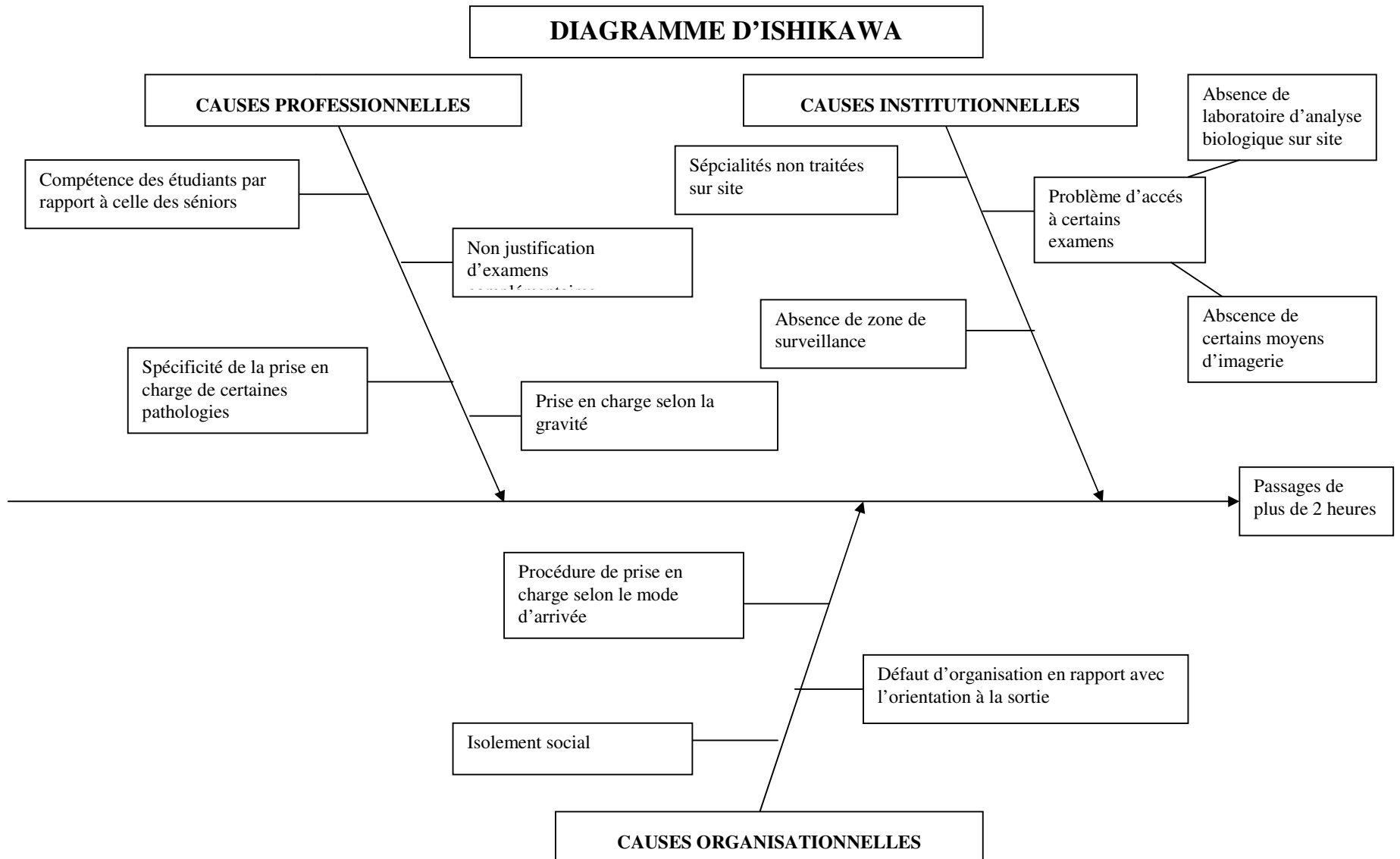
Inversement les spécialités médicales génèrent plus d'hospitalisations sur site, avec 118 hospitalisations sur 274 cas (soit 43,06%, $p = 0,001$).

B. ANALYSE DES RESULTATS

On ne dénombre que 8 patients (2,2%) dans l'échantillon (soit, par extrapolation, 24 patients pour l'année 99) pour lesquels le temps de passage prolongé est imputable à un encombrement du service. Ce nombre de patients semble trop restreint pour envisager des solutions qui seraient sans doute démesurées (agrandissement des locaux et augmentation de l'effectif du personnel). Ce faible taux d'engorgement, semble donc confirmer une bonne adéquation des recommandations officielles en terme de structure et de personnel par rapport au nombre de passage aux urgences.

D'autre part, le fait que cette étude porte sur une faible proportion des patients qui sont passés au CHD Stell en 1999, comparativement à ce qui est retrouvé dans la littérature concernant la proportion des patients séjournants plus de 2 heures dans un service d'Urgence [34,36,42,54,55] et le fait que ces temps de passage prolongés au CHD Stell demeurent court, toujours en comparaison de ce que la littérature peut relater [31,34,36,55,66], doivent aboutir à la recherche de solutions d'optimisation du fonctionnement en place puisqu'il ne semble pas exister de dysfonctionnement majeur. Cela souligne l'intérêt de la démarche qualité dans cette étude.

L'analyse des résultats qui suit, s'appuie sur l'utilisation d'un outil des cercles de qualité, le diagramme d'Ishikawa [43]. Celui-ci devrait permettre d'organiser les causes possibles de ces passages prolongés de plus de 2 heures, au regard des résultats. Cet outil se présente sous la forme d'un diagramme en arêtes de poisson classant les causes inventoriées par catégories. Les catégories retenues pour cette étude sont : les causes organisationnelles, professionnelles et institutionnelles.



1. Les causes professionnelles :

Elles concernent les procédures de soins et leurs applications, ainsi que la formation des personnels.

a) Compétence des résidents par rapport à celle des seniors :

Il semble que l'avancée en âge, des patients, soit un facteur de risque important de passage prolongé aux urgences. Les résultats donnent une moyenne d'âge de notre échantillon supérieure de 20 ans par rapport à celle de l'ensemble des patients ayant fréquenté les urgences en 1999 (Tab.n°8, p 43). En effet, avec l'âge, les patients ont un passé médical souvent plus lourd, et la fréquence des polyopathologies paraît croissante. Cette complexité médicale peut nécessiter un interrogatoire, un examen clinique, des examens complémentaires...plus longs, et souvent plus nombreux sans pour autant que la compétence des personnels ni que les procédures de soins ne soient remises en cause. Il n'est pas sûr que la prise en charge, d'emblée, des cas compliqués par des seniors plus expérimentés plutôt que par des résidents en formation, permettrait de réduire la durée de passage par une réduction des demandes d'examens complémentaires et une décision d'orientation à la sortie plus rapide.

Cette étude ne permet pas de comparer les temps de passage des patients en fonction des personnels, résidents ou seniors, qui s'en sont occupés. Cependant, une enquête rapide, menée aux urgences, indique que l'organisation en place aux urgences du CHD Stell impose aux résidents d'avoir recours, aux seniors pour toutes les décisions finales d'orientation des patients, mais aussi pour l'attitude diagnostique et thérapeutique.

Aussi, si on ne peut nier un retard décisionnel possible du fait de la prise en charge des patients par les résidents, ce « retard » semble avoir peu d'incidence compte tenu de l'accompagnement constant des résidents par les seniors. On peut d'ailleurs penser que le cas des patients âgés, de gravité et complexité importantes nécessitera de toute façon une durée de passage prolongée du fait d'une demande d'examens complémentaires et/ou d'une nécessaire surveillance, avant que ne soit prise une décision médicale d'orientation à la sortie. Aussi, il est peut être préférable que ce soient les résidents qui prennent en charge ces cas « longs » pour que les seniors s'occupent prioritairement des cas les moins graves et les plus « simples », afin de régler leur sortie le plus rapidement possible et ainsi limiter l'engorgement qu'ils pourraient créer, contribuant aussi à diminuer la charge anxiogène qui pourrait peser sur l'équipe des urgences par l'empressement des patients les moins graves à vouloir être traités rapidement.

b) Prise en charge selon la gravité des cas :

Ce sont les cas les moins graves (CCMU1) qui, avec les plus graves (CCMU5), présentent les durées de passage aux urgences les plus courtes dans l'échantillon. Concernant les patients les plus graves (CCMU5), la nécessaire rapidité d'intervention le justifie. Mais, concernant les patients les moins graves, cela s'explique du fait que les Urgences du CHD Stell n'ont pas mis de système de triage selon la gravité des cas puisque l'engorgement y est quasi inexistant ; donc, si l'attente d'être pris en charge est peu importante, il est logique que les cas les moins graves aient les durées de passage les plus courtes. D'autre part, concernant ces deux populations, les CCMU1 n'ont pas d'examens complémentaires, et les CCMU5 quasiment pas, ce qui réduit d'autant la durée de leur passage.

Si on peut penser qu'il y a là un défaut organisationnel par un traitement moins rapide des cas de gravité intermédiaire (CCMU 2 à 4) par rapport aux cas les moins graves (CCMU1), la cause est en fait professionnelle car il y a une pensée quasi unique et professionnelle [55,66] de vouloir que les cas les plus graves soient les plus rapidement traités. Ce qui est vrai pour un SAU où un triage s'impose le plus souvent du fait d'un engorgement, ne l'est pas forcément pour une UPATOU quasi exempte d'encombrement.

D'autre part, on constate, proportionnellement dans l'échantillon, un pic des cas graves (CCMU 3 à 5) autour de 66-75 ans, sans corrélation évidente avec les autres critères étudiés (Graph. n°13, p51). Ce pic correspond-il à une fragilité particulière de cette tranche d'âge ? Cette étude ne nous permet pas de conclure.

c) Spécificité de prise en charge de certaines pathologies :

Certaines pathologies sont plus fréquentes dans l'échantillon, notamment les pathologies médicales. Mais la lecture des dossiers ne permet pas de déterminer si la compétence des personnels est en cause dans les durées de passage aux Urgences selon les types de pathologies rencontrés. Par contre, les procédures de diagnostic et de traitement de ces pathologies médicales prennent souvent plus de temps, comparées à celles nécessaires en traumatologie.

Parmi les spécialités qui ont les taux les plus importants de temps de passage de plus de 2 heures, on retrouve (Graph. n°6, p 45) : l'uro-néphrologie (N), l'hépatogastro-entérologie (K), la neurologie (G), la cardiologie (I), la pneumologie (J) et la toxicologie (T). Ces spécialités, comparativement et proportionnellement à l'ensemble des patients de 1999, sont 2 à 3 fois plus représentées dans l'échantillon.

Il est intéressant de constater que pour plus de la moitié, soit 120 des 208 patients que ces six spécialités représentent, la prolongation du temps de passage est due à une nécessité de surveillance avant décision d'orientation.

Chaque pathologie requiert une prise en charge spécifique qui nécessitera plus ou moins de temps. Concernant la cardiologie, 20 patients des 48 de l'échantillon ont recours à un avis spécialisé. Ceci s'explique par la compétence spécialisée disponible sur site et par un recrutement cardiologique supplémentaire apporté par l'USIC [39]. Il est d'ailleurs intéressant de constater que 26 des 29 patients de l'échantillon hospitalisés à l'USIC ont bénéficié d'un avis spécialisé réa-cardiologique, au service des Urgences, et si, pour 10 d'entre eux, la raison d'un passage prolongé a été l'attente d'un lit, 16, soit plus de la moitié, ont débuté leur traitement aux urgences alors qu'un service adapté aurait pu les recevoir. Le démarrage d'un traitement urgent spécialisé augmente donc logiquement la durée de passage au service des urgences.

Parmi les spécialités les moins représentées dans l'échantillon par rapport à l'ensemble des patients de 1999, figurent la dermatologie (L.), l'ORL-ophtalmo-stomatologie (H.) et la traumatologie (S.). Pour les deux premières (L. et H.), les causes semblent anecdotiques au regard des effectifs qu'elles représentent. Pour la traumatologie (S), une des causes principales semble être l'attente d'un moyen de transport pour le retour à domicile ou le transfert dans près de la moitié des cas (43 cas/87), alors que la nécessité de surveillance concerne moins de 30% des cas (25/87).

Finalement, pour la prise en charge spécifique de certaines pathologies, on peut probablement considérer que la durée de passage n'est pas un bon critère de qualité. Ce critère ne pose problème que si la durée de passage retarde la prise en charge thérapeutique des malades, ce qui n'a pas semblé être le cas à la lecture de chacun des dossiers. On peut par contre se poser ici la question de la mise des patients dans des lits porte pour que cette prise en charge prolongée se fasse dans de meilleures conditions.

d) La non justification d'examens complémentaires :

Il semble que la demande d'examens complémentaires, notamment biologiques, dans l'échantillon par rapport à l'ensemble des patients passés aux Urgences en 1999, soit plus importante et nécessite peut-être de s'assurer de leur justification. S'il est difficile de juger de leur pertinence, leur prescription paraît être une coïncidence au vu de l'importance des pathologies médicales, du taux d'hospitalisation et d'un nombre plus important de cas graves. Cette étude ne nous permet pas de conclure spécifiquement à ce sujet.

2. Les causes organisationnelles :

Elles concernent les défauts de communication et de coordination entre les différents professionnels.

a) Procédure de prise en charge selon le mode d'arrivée :

Les patients arrivés avec les pompiers présentent la proportion la plus importante de cas peu graves (CCMU1) dans l'échantillon avec un profil de patient quasi identique à ceux arrivant par leurs propres moyens, en terme de gravité et d'orientation à la sortie (Graph.n°17, p 55). Leur passage, grâce à un sas directement et prioritairement dans les boxes d'examen, nécessite peut-être une solution de temporisation par un accueil plus sélectif tenant compte des patients qui attendent éventuellement en salle d'attente, pour mieux évaluer l'urgence de leur prise en charge.

Au contraire, les patients arrivés en ambulance, le plus souvent adressés avec un courrier médical (Graph.n°22, p 60), présentent proportionnellement, dans l'échantillon, plus de cas de gravité élevée. Ils ont donc probablement un bénéfice à être pris en charge prioritairement. Par contre les durées de passage, pour ce mode d'arrivée sont parmi les plus longues de l'échantillon. Deux hypothèses peuvent être mises en avant quant à la justification de leur durée de passage : ou la complexité et la gravité des cas nécessitent plus de temps, ce qui n'est pas une cause de dysfonctionnement en soi ; ou le fait d'avoir déjà été vu est un élément « rassurant » qui retarde ou ralentit la prise en charge, ce qui nécessiterait probablement une attention particulière.

D'autre part, avec l'âge, on constate dans l'échantillon une augmentation des modes d'arrivée en transport sanitaire, notamment en ambulance, et parallèlement une augmentation des adressages avec courrier médical. Cette constatation semble confirmer l'idée que les patients âgés ont une histoire médicale plus lourde nécessitant souvent un suivi médical, et que leurs premiers recours sont leurs médecins traitants plutôt que les pompiers en cas d'urgence. C'est pourquoi ils arrivent plus souvent en ambulance (prescrite par le médecin traitant qui a le souci de ne pas faire systématiquement appel aux pompiers) et avec un courrier médical motivant le passage aux urgences en vue, le plus souvent, d'une hospitalisation.

Certes, pendant les heures de garde, aucun médecin n'est présent dans les services de médecine, mais en dehors de ces heures, un passage aux Urgences est-il absolument nécessaire lorsqu'un médecin adresse un patient aux urgences dans le but qu'il soit hospitalisé ? Le patient ne peut-il pas, parfois, être directement hospitalisé sans passer par les Urgences ? Le service des Urgences est ainsi souvent utilisé comme filtre, prétextant un nécessaire bilan d'entrée du patient avant son hospitalisation.

De plus, l'étude de Brifault [28] démontre, dans le cadre de l'évaluation de la qualité des transferts du CHD Stell vers l'hôpital Foch à Suresnes, que le fait d'avoir déjà été examiné et « bilanté » n'améliorait pas la prise en charge en terme de durée de passage dans le service des Urgences qui accueille. Il y a donc là probablement un intérêt à ce que les patients adressés par leur médecin traitant bénéficient d'une filière accélérée aux Urgences ou qu'ils n'y transitent pas lorsque cela est possible.

b) Défauts d'organisation en rapport avec l'orientation à la sortie :

L'orientation des patients à la sortie des urgences est, avec l'accroissement de l'âge, plutôt en faveur de l'hospitalisation et du transfert que du retour à domicile (Graph n°15, p 53), ce qui s'explique par une gravité des cas accrue (en tous cas entre 66 et 85 ans : graph. n°13, p 51). Pour l'hospitalisation, la prolongation de la durée de passage aux Urgences est parfois imputable à l'attente qu'un lit se libère dans le service d'accueil, notamment pour 45 patients des 127 hospitalisés de l'échantillon.

C'est d'ailleurs la tranche horaire de 12 à 14 heures qui cristallise le plus grand nombre d'attentes de lit sur site dans l'échantillon. Cette tranche horaire correspond au changement d'équipe dans tous les services ainsi qu'à la sortie effective des patients faisant suite à la visite médicale dans les différents services d'hospitalisation et permettant la libération de lits. Si l'organisation des services d'aval ne peut évoluer, la ZSTCD sera probablement une solution de temporisation offrant un gain en terme de qualité de prise en charge de ces patients.

Concernant les transferts, l'attente de l'ambulance semble le plus souvent en cause, soit pour 47 cas sur les 52 que compte l'échantillon, et ce malgré l'accord préférentiel mis en place avec une société d'ambulance privée qui s'engage à être sur site dans la demi-heure suivant l'appel. Ce problème est donc déjà géré même si cela ne semble pas toujours satisfaisant [52].

Pour les patients qui retournent à domicile, l'attente du moyen de transport est lui aussi souvent en cause (famille, amis, taxi, ambulance...).

Si on étudie les patients pour lesquels l'attente d'un transport semble en cause dans la prolongation de leur passage aux Urgences, on trouve 61 cas sur les 91 recensés dans l'échantillon, dont la durée de passage est inférieure à 3 heures. Il y a peut être là plus d'intérêt à organiser l'attente plutôt qu'à essayer de raccourcir à n'importe quel prix le délai d'attente. Et ce d'autant plus qu'au regard du graphique n°19 (p57), au-delà de 2 heures passées aux urgences, l'orientation à la sortie ne semble plus en cause dans la prolongation du temps de passage, l'aval paraît réglé.

Les patients venus avec les pompiers présentent le taux de passages prolongés de plus de 3 heures le plus important, alors que, concernant leurs orientations à la sortie, ils présentent les plus forts taux de cas peu graves (CCMU1 : graph n°17, p55) et de retours à domicile (avec les patients arrivant par leurs propres moyens : graph n°21, p59). Ce n'est ni la gravité, ni l'âge des patients, ni même l'incidence des examens complémentaires qui permet d'expliquer cela. En fait, les patients venus avec les pompiers sont ceux qui proportionnellement attendent le plus longuement un moyen de transport à leur sortie des urgences.

La raison en est simple : à leur sortie, ces patients n'ont pas de moyen de transport prévu alors que les pathologies de ces patients induisent souvent une impotence fonctionnelle (prédominance de la traumatologie) qui nécessite de ce fait l'attente d'un proche ou d'une ambulance pour les ramener à domicile. Il y a probablement là une solution d'anticipation du moyen de retour à établir, toujours dans un souci de qualité de prise en charge.

c) L'isolement social :

L'isolement social souvent rencontré avec l'âge rend le retour à domicile parfois plus problématique et risqué ; posant de manière plus aiguë la question de l'hébergement. La justification d'une hospitalisation, dans ce cadre, nécessite que le patient ait une étiquette pathologique, ce qui peut parfois demander un nombre d'examens complémentaires et/ou une surveillance plus importants, et donc un temps de passage rallongé. Inversement, le retour à domicile d'un patient isolé socialement et âgé, qui ne peut être pris en charge pour un hébergement par manque de place d'hospitalisation, peut lui aussi induire une surprescription d'examens complémentaires et/ou une surveillance rallongée dans le but de rassurer le patient et le médecin des Urgences qui en prend la responsabilité.

S'il semble que pour certains cas l'organisation du réseau social entre l'hôpital et la ville soit défaillante et empêche un retour à domicile sécurisé rapide, c'est avant tout l'absence de réseau relationnel autour de ces patients qui est en cause.

3. Les causes institutionnelles :

Elles sont liées à des moyens inadéquats ou inemployés.

a) Problème d'accès à certains examens complémentaires :

Les examens biologiques semblent beaucoup plus fréquents pour les patients de l'échantillon, et sans nous intéresser, ici, à leur pertinence, plusieurs raisons permettent d'expliquer leur incidence sur la durée de passage des patients aux Urgences.

Tout d'abord, il y a le temps incompressible et nécessaire à l'analyse des liquides biologiques. Ensuite se pose le problème du coursier, puisqu'il faut attendre que ce dernier vienne chercher les prélèvements aux Urgences, ce qui peut d'ailleurs se faire dans le cadre d'une tournée de plusieurs services de l'hôpital, puis les ramène au laboratoire. L'analyse effectuée, les résultats sont ensuite transmis par voie informatique au service des Urgences. On comprendra que, dans ce cadre, le délai pour l'analyse des examens biologiques dépendra de la disponibilité du coursier, et du laborantin qui ne travaille pas exclusivement pour le compte des Urgences. Il semble qu'il y ait là, beaucoup de facteurs de risque d'augmenter la durée de passage aux urgences. Et si des solutions organisationnelles peuvent s'entrevoir, la cause principale du délai impartie à l'analyse biologique au CHD Stell reste essentiellement institutionnelle. C'est l'absence de laboratoire sur site.

Il en est de même pour les examens d'imagerie spécialisée, où l'absence de scanner, de scintigraphie et d'IRM nécessitent une organisation palliative en réseau avec au-delà du problème de disponibilité, celui récurrent du transport. Mais ce problème ne concerne que 8 patients de l'échantillon et pour 5 d'entre eux la durée de passage aux Urgences, avant départ pour le scanner, a été inférieure à 3 heures. Aussi les solutions, si elles existent, devront être mesurées.

Concernant les échographies, la proximité du service de radiologie n'empêche pas une disponibilité inconstante des radiologues, qui, pendant les heures de garde, sont d'astreinte à leur domicile. Si l'organisation de permanence des radiologues semble en cause, cela pose un problème institutionnel pour le service des Urgences dans la mesure où ce fonctionnement lui est imposé. Pour l'accès à chacun de ces examens complémentaires, diverses solutions seront discutées ultérieurement.

b) Spécialités non traitées sur site, notamment chirurgicales :

L'importance des transferts dans l'échantillon (14,4%) par rapport à l'ensemble des patients passés aux urgences en 1999 (3,5%) souligne surtout l'absence de chirurgie sur site, à l'image des plus de 75 ans, pour lesquels les transferts sont, proportionnellement, moins importants (12,5%) par rapport à l'ensemble de l'échantillon (14,4%), mais dont la proportion de motifs traumatologiques pour ces transferts est plus importante (50% contre 28,8%). On constate donc une prépondérance de la traumatologie pour les transferts chez les plus de 75 ans, ceci tenant au fait que l'incidence des fractures nécessitant une opération est importante chez les patients âgés. Les transferts prennent du temps notamment du fait du délai d'arrivée de l'ambulance qui varie en fonction de sa disponibilité.

c) Absence d'une zone de surveillance :

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, beaucoup de patients de l'échantillon, notamment les patients consultant pour motifs médicaux, semblent nécessiter parfois l'attente de résultats d'examen complémentaires et/ou une période de surveillance avant décision médicale, vraisemblablement en rapport avec une prolongation de la durée de passage aux urgences. Une zone de surveillance semble, dans ces cas, être une solution de choix.

Dès le début de cette étude, la construction d'un « service porte » était inscrite au Projet d'Etablissement. Il est donc apparu intéressant d'étudier l'impact que pourrait avoir une telle structure sur le temps de passage des patients aux Urgences, et plus précisément sur la population cible de cette étude.

Pour mesurer l'incidence qu'une ZSTCD aurait eue sur les temps de passage de l'échantillon aux urgences, nous nous sommes inspirés des dernières recommandations de la SFMU classant en quatre groupes les patients de notre échantillon selon les critères d'admission suivants : [6]

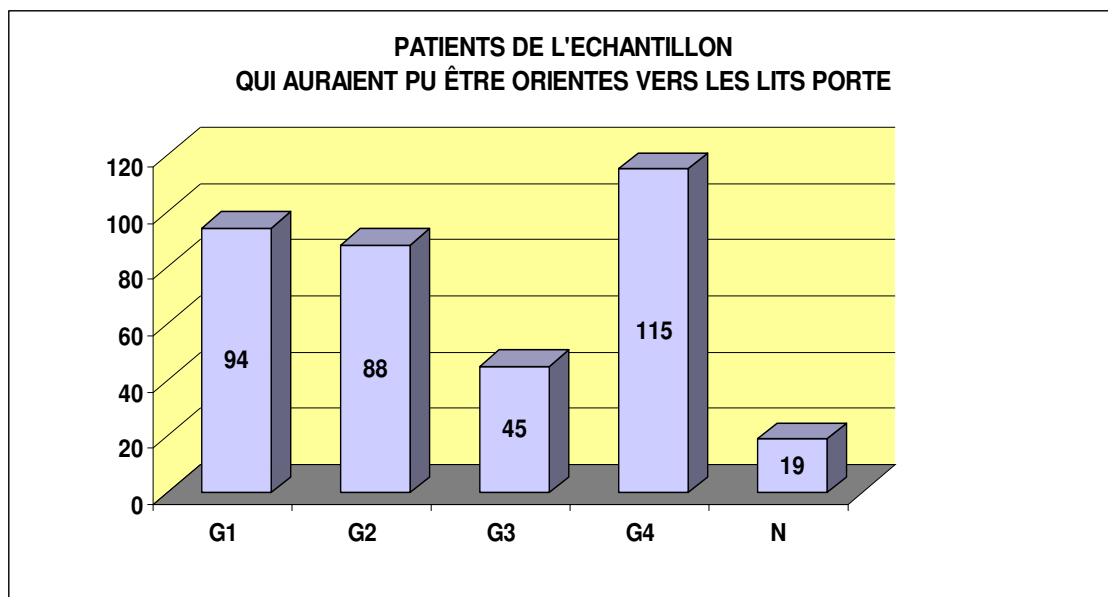
G1 : retour à domicile prévu dans les 24 heures

G2 : mise en observation avant orientation

G3 : attente de lit d'hospitalisation sur site

G4 : attente prolongée d'examen complémentaire, d'avis spécialisé, de moyen de transport pour les transferts ou retour à domicile.

D'autre part, un certain nombre de patients n'ont pas été classés dans ces quatre groupes parce que ceux-ci n'auraient pas eu de bénéfice à être placés dans l'ZSTCD, soit parce qu'ils sont dans l'attente d'être pris en charge (encombrement), soit parce qu'ils nécessitent une prise en charge longue aux urgences (suture complexe...), soit parce qu'ils refusent l'hospitalisation (refus de coopérer). Ces patients correspondent à la colonne intitulée N du graphique.



Graphique n°23

L'étude des 361 dossiers de notre échantillon révèle donc que 342 patients (94,7%) aurait eu un bénéfice à l'existence d'une ZSTCD !

Cette solution miracle que semble représenter l'ZSTCD doit toutefois être encadrée de quelques réserves.

A la vue du graphique n°23 (p 73), on pourrait penser que le problème des temps de passage de plus de 2 heures serait quasiment résolu par l'existence d'une ZSTCD. En effet, seuls 19 patients de notre échantillon, soit, en extrapolant, une soixantaine de patients sur l'année 99, n'auraient pas eu de bénéfice, en terme de réduction du temps de passage aux urgences, à être hospitalisé en ZSTCD, et semblaient donc contraints à passer plus de 2 heures aux urgences.

Si on reprend les recommandations de la SFMU [6] concernant l'utilisation de la ZSTCD, quelque soit le groupe : G1, G2, G3 ou G4 dans lequel se place le patient, son accès à la ZSTCD doit être conforme à un cahier de procédures établi en interne tenant compte de la spécificité structurelle et organisationnelle du service. L'objet de cette étude n'étant pas de discuter ces procédures, les différents groupes ont été définis comme suit:

- **Les groupes 1 et 2** sont définis par des critères d'évolution clinique et les patients en faisant partie bénéficient d'une « décision médicale sécurisée en alternative à des sorties prématurées ou à des hospitalisations inadaptées ». La ZSTCD constitue donc pour ces groupes 1 et 2 (soit 182 patients qui représentent un peu plus de 50% de l'échantillon) une solution de choix.
- Par contre, dans les **groupes 3 et 4** se retrouvent des patients pour qui : soit l'orientation à la sortie des Urgences a déjà été décidée, soit l'attente d'examen complémentaires et/ou d'avis spécialisé est requise. On peut donc considérer, pour ces deux groupes, que l'hospitalisation en ZSTCD procède d'un déplacement géographique de l'attente. Autrement dit, le patient y gagne du confort et le service des urgences de la place. Et si le temps de passage du patient peut en être diminué aux urgences, l'attente ne semble pas réduite mais déplacée.

L'indication d'hospitalisation en ZSTCD doit, semble-t-il, se discuter, pour les groupes 3 et 4, au moment où la décision médicale a été prise d'hospitaliser ou de transférer, en fonction du délai d'attente annoncé, respectivement par le service d'accueil ou par les transporteurs, en fonction d'une durée « raisonnable » convenue.

La moyenne des temps de passage dans l'échantillon, pour le groupe 4, est inférieure à celle de l'ensemble des patients de l'échantillon (169 minutes contre 173) et près de la moitié des patients de ce groupe (50 sur 115) a une durée de passage qui n'excède pas les deux heures trente minutes. On peut penser qu'en fixant arbitrairement un délai maximum de 30 minutes d'attente, pour une ambulance, ou un résultat d'examen complémentaire, à partir de la décision médicale, une partie des patients de ce groupe ne serait pas hospitalisée en ZSTCD.

D'autre part, les patients en attente d'un proche pour venir les chercher n'ont pas forcément besoin d'être alités et hospitalisés dans la ZSTCD, une salle d'attente leur conviendra dans la plus part des cas.

Pour les patients qui n'auraient pas de bénéfice à la ZSTCD, : 8 subissent un « engorgement » des urgences, 6 nécessitent une prise en charge thérapeutique longue qui ne peut être déplacée hors des urgences, 3 attendent qu'on leur ramène une résine (achat hors de l'hôpital) pour une immobilisation et 1 refuse l'hospitalisation (négociation difficile). Pour tous ces patients, la ZSTCD ne représente pas une solution.

4. Synthèse :

Si, au vu des résultats, il n'est pas possible de définir un profil type unique du patient qui passera plus de 2 heures aux urgences, il se dégage toutefois, grossièrement, deux populations : d'une part des femmes âgées de plus de 65 ans, qui arrivent en ambulance, dont la gravité est à priori importante, dont la pathologie est plutôt médicale, et dont l'orientation à la sortie serait plutôt l'hospitalisation, et d'autre part des hommes jeunes de moins de 65 ans, qui arrivent par leurs propres moyens, dont la gravité est plutôt peu importante, dont la pathologie est plutôt traumatique, et dont l'orientation à la sortie serait plutôt le retour à domicile.

Cela étant, il est difficile de mettre en cause tel ou tel critère et de lui attribuer toute la responsabilité de la prolongation du temps de passage. Comme nous venons de le voir, l'analyse des résultats permet d'avancer des explications qui sont bien souvent plurifactorielles concernant ces temps de passage de plus de 2 heures. Ainsi trois types de causes s'en dégagent : les causes institutionnelles, organisationnelles et professionnelles.

Au-delà de ces causes, on devine que les solutions qui seront envisagées devront être adaptées à une population parfois faible en effectif, et qu'il sera parfois préférable d'organiser la qualité de l'attente plutôt que de tenter de réduire à n'importe quel prix la durée du passage des patients aux Urgences.

Toutefois, beaucoup des causes ci-dessus identifiées ont une origine claire permettant de réfléchir à des solutions

Mais avant de discuter des solutions, discutons d'abord des limites de cette étude et de ce que la littérature nous apporte sur ce sujet afin d'optimiser notre réflexion.

VI. DISCUSSION

La discussion doit s'orienter au regard du double objectif de cette étude, à savoir : la recherche de mesures correctives sur site et l'utilité éventuelle de ces mesures pour d'autres structures présentant des problèmes similaires.

A. DE LA METHODE

1. Etude rétrospective :

Il s'agit d'une étude rétrospective avec pour biais essentiels des lacunes possibles sur la saisie des différentes données par manque de sensibilisation et de vigilance des personnels, comparativement à ce qu'une étude prospective apporterait du fait d'une implication des personnels à l'étude. Globalement, cette étude s'intègre dans une démarche qualité plus large qui est celle d'un audit clinique. Et la méthode de l'audit n'impose pas forcément une étude prospective.

2. L'échantillonnage :

D'autre part, cette étude perd probablement de la précision, en particulier sur les événements rares, dans l'analyse des données du fait d'un échantillonnage au taux de un tiers, et cela, même si l'échantillon est suffisant en nombre et en qualité pour être représentatif.

3. Diagramme d'Ishikawa [43] :

On pourrait penser que l'audit, dont l'intérêt est de dégager les causes fréquentes et les événements rares, perd de sa crédibilité s'il est appliqué à un échantillon. Mais l'utilisation d'un outil des cercles de qualité qu'est le diagramme d'Ishikawa permet théoriquement de réintégrer les dysfonctionnements rares mais importants.

4. Utilisation de la loi Binomiale :

Concernant le calcul des probabilités, l'utilisation de la loi Binomiale semble la plus appropriée compte tenu de la taille et de la distribution de l'échantillon (celui-ci s'apparente à un échantillon aléatoire non exhaustif) ainsi que des caractéristiques des données (qui s'apparentent à des variables aléatoires discrètes)

B. A PROPOS DU MATERIEL

1. Les délais d'attente :

Le seul délai mesuré dans nos dossiers est la durée globale de passage des patients au service des urgences, c'est-à-dire de l'inscription administrative du patient aux urgences jusqu'à sa sortie effective. Si les différents délais d'attente, comme celui entre l'accueil du patient et son examen médical, ou celui entre la prescription et l'exécution d'un examen complémentaire, ne peuvent être calculés dans cette étude, c'est parce qu'ils n'ont pas été portés aux dossiers. Leur étude spécifique semble néanmoins peu contributive au regard des durées de passage qui demeurent globalement très courtes !

2. Le recueil des données :

Parlons des différents biais dans le recueil des données pour mieux juger de leur pertinence. D'une manière générale, les données sont transcrites sur les dossiers des patients par des personnels qui ne sont pas infaillibles.

Le temps de passage : il débute au moment de la constitution du dossier administratif, qui ne tient pas compte de l'éventuelle attente avant la constitution de celui-ci, selon la disponibilité des personnels (secrétaires, IDE, AS, médecins). Ce biais possible l'est aussi dans la plupart des études similaires rencontrées et n'est donc pas un obstacle à l'exportation éventuelle des solutions de cette étude vers d'autres services d'urgence.

Le mode d'arrivée : pour les Pompiers, le SMUR, le SAMU, la Croix Rouge, la Protection Civile, une fiche de liaison accompagne généralement le patient, et reste dans le dossier médical des urgences. Mais pour les ambulances, il faut que ce soit notifié par le personnel dans le dossier médical ou le cahier de mouvement pour que ce soit identifiable, ce qui est une source d'oubli possible.

Le codage Thésaurus –CIM 10 : il est effectué par les médecins. Et pour les patients polypathologiques le choix de sélection de telle ou telle pathologie dominante pourrait être discuté. Cependant, d'éventuelles erreurs sur 11791 passages se distribuent probablement de manière identique dans l'échantillon et dans la population générale et les différentes statistiques restent à priori valides.

La classification CCMU : cette classification doit être effectuée à l'arrivée du patient après examen clinique et avant toute exploration complémentaire, ce qui en soit est source d'erreurs par rapport à une gravité « objective » de chaque patient puisqu'elle ne prend en compte que l'aspect clinique. En pratique, comme dans beaucoup de service d'urgence, les classifications CCMU ont été souvent effectuées lors de la relecture qualité des dossiers médicaux ainsi d'ailleurs que le codage par pathologies (CIM-10)

L'orientation à la sortie : pour les transferts, l'ambulance est le plus souvent implicite, mais pour les retours à domicile, si ce n'est pas noté dans le dossier, il sera difficile de savoir si c'est un taxi, des parents, un proche, ou une ambulance, ou tout autre mode de transport qui sera adopté. Ceci limite la preuve des propositions correctives.

Les autres données : pour les autres données relevées, notamment les examens complémentaires, les courriers médicaux, et les avis spécialisés, si elles sont incluses le plus souvent dans les dossiers, elles ne sont pas forcément exhaustives et détaillées. Ceci dit, la relecture « qualité » des dossiers le lendemain permet le plus souvent de corriger les oublis importants. Il serait d'ailleurs probablement intéressant de procéder à un audit sur la qualité de tenue des dossiers pour s'assurer de celle-ci.

La possibilité d'hospitaliser dans une ZSTCD : Elle a été définie par un seul intervenant, à la lecture des dossiers en tenant compte des recommandations de la SFMU sans tenir compte d'éventuelles spécificités locales, ni du reste des plus de 90% de patients passant par les urgences et qui bien qu'y ayant une durée de passage inférieure à 2 heures, pourraient avoir recours à la ZSTCD et, pourquoi pas, y générer de l'engorgement. Ceci pourrait donc limiter les propositions incitant à intégrer en ZSTCD les patients dont la durée de passage est supérieure à 2 heures.

C. DES RESULTATS DE L'ETUDE AU VU DE LA LITTERATURE

Avant de commencer l'étude bibliographique de notre sujet, rappelons qu'il existe une grande diversité des services d'urgences à l'étranger et en France. Bien qu'en France des efforts aient été entrepris depuis le rapport Steg [4] afin d'uniformiser les structures d'urgences en SAU et UPATOU, chaque service d'urgence a ses spécificités du fait d'une architecture, d'une organisation, et d'une implantation dans un réseau de soins local, à chaque fois différentes.

Ainsi il convient de rester prudent dans la comparaison des problèmes et des solutions retrouvés dans la littérature qui ne sont pas forcément transposables dans cette étude et vice versa.

Il existe une littérature importante qui relate des problèmes de l'attente et du temps de passage des patients aux services des urgences. Nous allons essayer, de manière non exhaustive, d'en dégager les différents facteurs mis en cause, et les solutions proposées.

1. Résultats discordants avec ceux retrouvés dans la littérature :

a) Temps de passage :

Rappelons tout d'abord, que le nombre de patients passant plus de 2 heures au service des urgences de l'hôpital Stell de Rueil-Malmaison reste sensiblement plus faible que ce qui peut être retrouvé dans la littérature qui concerne pour l'essentiel des SAU. En effet, on constate moins de 10% des patients passant plus de 2 heures aux urgences dans cette étude, alors que les études retrouvées présentent de 28% à 80 % de passages de plus de 2 heures [34,36,42,54,55].

Les temps de passage moyens au service des urgences retrouvés dans la littérature s'échelonnant de 1 heure 40 min à plus de 4 heures [31,34,36,54,66], sont eux aussi plus importants comparativement à la moyenne de 59 minutes calculée sur l'ensemble des patients passés aux urgences de l'hôpital Stell sur l'année 1999. Le rapport Steg [3] indique que le motif d'insatisfaction principal des patients consultant aux urgences porte, pour 84%, sur la durée de passage ; viennent ensuite l'information médicale pour 67%, puis le confort pour 48%, puis la qualité des soins pour 47%. Une étude anglaise [44], portant sur une charte de qualité, relate que 66% des patients souhaitent être vus par un médecin dans les 2 heures suivant leur arrivée aux urgences. Ceci motive et renforce le choix du critère de 2 heures de durée de passage comme critère d'inclusion de cette étude.

b) Le personnel :

Le personnel, ou plutôt le manque de personnel, médical et paramédical, est souvent mis en cause, dans les différentes études retrouvées [22,34,36,54,55], comme facteur de prolongation des temps de passage des patients au service des urgences. Or au service des urgences du CHD Stell, la bonne adéquation en terme de personnel au regard des recommandations officielles, confirmée par un taux d'engorgement quasi inexistant, doit probablement faire rechercher ailleurs les causes de prolongation des temps de passage dans cette étude.

La présence des étudiants aux urgences est pour beaucoup nécessaire, car cela participe à leur formation, mais elle reste pour certains un obstacle à la décision médicale, retardant le premier contact entre le médecin « senior » et le patient [27]. Cependant, une étude des urgences du Centre Médical Abany à New-York [31] ne constate pas de différence significative en comparant les temps de passage des patients les jours avec et les jours sans étudiant. Ceci présuppose peut-être qu'il faille motiver les étudiants et donc mobiliser du personnel à leur encadrement.

Pour beaucoup, la présence de médecins polyvalents thésés, formés à « l'urgence », reste un élément indispensable des services d'urgence. Leur rôle décisionnaire, comparativement aux étudiants est nécessaire, mais une exigence de « spécialisation » à la discipline « médecine d'Urgence » est fortement souhaitée [24,27,34,54,55,63]. Parallèlement, la baisse du nombre de jeunes médecins par l'effet du numerus clausus en France, couplée à l'augmentation croissante des patients aux urgences inquiète au point que certains pensent à devoir restreindre le champ d'activité des urgences [33] pour pouvoir ne faire face qu'aux « vraies » urgences. Coq [34] préconise une meilleure information des patients concernant les voies de premier recours, afin de les inciter à d'abord consulter leur médecin traitant lorsque cela est possible.

En ce qui concerne les urgences du CHD Stell, les étudiants y sont bien encadrés, leurs décisions médicales sont concertées avec les seniors et soumises à leur approbation. De plus, les seniors sont suffisants en nombre et suffisamment organisés pour dispenser des cours théoriques aux étudiants, portant sur la « spécialité » médecine d'urgence.

Tout ceci nous amène à penser que le fait de mettre du personnel aux normes, c'est à dire en quantité et qualité suffisantes au regard des recommandations officielles, semble faire effondrer les durées de passage des patients aux Urgences ! Et donc que la mise aux normes du personnel est probablement un préalable à toute tentative d'action corrective plus fine.

c) L'engorgement :

Une étude de Bernhaupt [22] fait état d'un engorgement des urgences dès que le nombre horaire de patients est supérieur à 4 et met en cause la structure d'accueil et le personnel insuffisant. Dans certains hôpitaux, qui souffrent d'un « engorgement » de leurs services d'urgences, ce qui semble concerner essentiellement les grosses structures le plus souvent universitaires [18,21,23,32,34,37,45,47,48,50,51,56,58,66], il est mis en place des systèmes de triage, appelés « fast track » aux Etats-Unis [47,48,66]. Ce sont en fait des zones d'accueil, comprenant des boxes d'examen où les patients sont vus par un infirmier clinicien ou « infirmier d'accueil et d'orientation »(IAO) qui éventuellement, suivant les structures, est en équipe avec un médecin. Ceci permet, après un rapide aperçu clinique des patients, de les orienter vers le service des urgences en fonction de leur gravité et de la rapidité nécessaire à les prendre en charge. Il persiste malgré tout une frange de la population qui préférera, même pour une simple consultation sans caractère d'urgence majeure, se rendre au service des Urgences [25]. Les raisons sont multiples : l'idée que ce sera plus rapide, que la compétence y est meilleure, la possibilité de ne pas faire l'avance des frais, le manque d'information sur l'accessibilité aux soins dans le secteur libéral [34].

Pour limiter les engorgements, il faut une adéquation entre la régulation des arrivées (le flux d'arrivée), la dimension de la structure qui est le service des Urgences (l'entonnoir) et la disponibilité de lits d'hospitalisation (flux d'aval). Pour ce qui est de l'aval : la disponibilité de lits d'hospitalisation dans un service de médecine polyvalent sur site, et l'organisation en réseau pour la chirurgie, semblent répondre correctement au flux d'aval des Urgences du CHD Stell. Concernant la régulation des arrivées, il peut être intéressant, même pour les urgences du CHD Stell où l'engorgement est quasi inexistant, de temporiser, malgré tout, la prise en charge des patients arrivant avec les pompiers. En effet, au vu des résultats, ce sont les patients arrivant avec les pompiers qui présentent, dans l'échantillon, la proportion la plus importante de cas peu graves (CCMU1). Pour ceux-ci, une prise en charge prioritaire par rapport aux patients arrivant par leurs propres moyens n'est pas forcément souhaitable.

De plus le fait qu'à leur arrivée, ils soient directement placés en salle d'examen, génère un risque d'engorgement de ces salles. Une temporisation en les replaçant en salle d'attente est donc probablement souhaitable et d'ailleurs transposable à d'autres structures SAU ou UPATOU, lorsque la régulation des pompiers semble aussi peu efficiente.

2. Résultats concordants avec ceux retrouvés dans la littérature :

a) Concernant les examens complémentaires :

Un des principaux facteurs mis en cause dans la prolongation du temps de passage des patients aux urgences réside dans la pratique d'examens complémentaires. Quasiment toute la littérature retrouvée semble les mettre en cause [2,19,20,30,32,35,38,45,46,57,60,63] C'est principalement le temps d'exécution et une demande exagérée qui sont mis en cause.

Sandler [57] pense qu'un meilleur contrôle de leur prescription est possible ; son étude laisse penser que leur utilité n'est avérée que dans 29% des cas d'un point de vue diagnostique, et dans 34% des cas d'un point de vue thérapeutique.

Fouari [41], dans son étude, constate que les examens complémentaires sont le plus souvent prescrits aux personnes âgées (de plus de 60 ans) et aux patients qui sont hospitalisés.

Coqk [34] estime que tous les examens complémentaires effectués aux urgences de Lariboisière semblent justifiés, et indispensables dans le cadre d'une démarche diagnostique satisfaisante...Est-ce bien raisonnable ?

Le temps d'exécution des examens biologiques est très certainement un facteur important de prolongation du temps de passage aux Urgences du CHD Stell, du fait de l'absence de laboratoire sur site et malgré l'organisation palliative mise en place.

Dans cette étude, on constate aussi une proportion plus importante d'examens complémentaires, notamment biologiques pour les patients ayant une durée de passage prolongée par rapport à l'ensemble des patients passant par les Urgences. On a vu que leur importance pouvait être une coïncidence au vu des types de pathologies, de la gravité et du devenir des patients de l'échantillon. Mais deux questions se posent :

- Y-a-t'il trop de prescriptions d'examens biologiques ? Dans ce cas un audit spécifique de la pratique des examens biologique permettra de juger de leur pertinence ;
- Ou s'ils sont justifiés, y-a-t'il un moyen de réduire leur temps de réalisation ?

Pour les examens de biologie, si l'informatisation permet un gain de temps certain dans la transmission des résultats [2,35], elle est déjà en place aux urgences du CHD Stell. Riollot [55], dans sa thèse, préconise la création d'une antenne du laboratoire au service des urgences. Cette solution d'une biologie délocalisée par l'utilisation d'automates dans lesquels le personnel des urgences n'aurait qu'à déposer les prélèvements et attendre une lecture rapide des résultats, si elle est proposée pour un SAU, semble appropriée à l'hôpital de cette étude qui est une UPATOU !

Finalement, avec des causes différentes : institutionnelles pour une UPATOU et organisationnelle pour un SAU, l'accessibilité et la rapidité d'exécution des examens biologiques semblent poser les mêmes difficultés et suggérer une solution identique : une biologie délocalisée.

Quant aux examens radiologiques, ils ont, dans plusieurs études [20,32,38], un retentissement plus important que les examens biologiques. Saulnier, par une étude multicentrique [58], montre que la pratique d'une radiographie pulmonaire, en moyenne demande un temps de 60 minutes (ce qui est supérieur au temps moyen de passage aux urgences de Stell sur 1999 !). Le temps imparti à l'exécution d'un examen radiologique standard varie de 1 à 5 suivant les hôpitaux, la motivation du radiologue et la proximité du service de radiologie [64]. Avoir un service de radiologie consacré au service des urgences est souhaitable et permettrait un gain de temps pour de nombreux auteurs [2,34,35,45,46] notamment dans les grosses structures type SAU.

Au CHD Stell, le service de radiologie est mitoyen des Urgences, et si certains moyens d'imagerie spécialisée y sont absents, nécessitant le transfert des patients pour les obtenir, le nombre de ces patients paraît trop faible pour qu'il soit souhaitable d'avoir une action corrective et de toute évidence trop onéreuse !

b) Structure et environnement :

Comme le montre l'étude de Southall A. et Harris V. [61] portant sur 100 hôpitaux américains, la taille de l'hôpital, en terme de capacité d'accueil, son rôle universitaire et sa situation urbaine semblent liés à l'augmentation du temps de passage des patients au service des urgences. Une des raisons pourrait être que les services d'urgence de ces structures importantes sont, pour l'accessibilité au laboratoire ou au service de radiologie, en concurrence avec d'autres services, notamment avec des services de réanimation où l'urgence fait aussi partie du quotidien. Une autre raison pourrait être que la population urbaine est moins soucieuse de la notion d'urgence lorsqu'elle consulte, comparée à la population rurale, entraînant un phénomène de pollution des services d'urgences en zone urbaine par des « fausses » urgences. Une autre raison encore, pourrait être que les services d'hospitalisation en aval des urgences dans les petits hôpitaux, étant moins spécialisés, répondent mieux à la demande d'accueil des patients des services d'urgences, alors que dans les gros hôpitaux, des services d'hospitalisation souvent plus spécialisés ont leur propre recrutement qui concurrence l'admission des patients des urgences et nécessitent une politique de « l'impôt lit » (c'est à dire dans chaque service spécialisé d'hospitalisation, la mise à disposition d'un minimum de lit pour les urgences).

Le problème de l'aval que semblent présenter certains SAU tient probablement à la manière dont est organisée la fonction « hôpital général » dans ces hôpitaux de « spécialités ». Les solutions organisationnelles semblent relever soit de la création de service(s) de médecine « polyvalente », soit de l'application de « l'impôt lit ».

Pour ce qui concerne l'hôpital Stell, il s'agit d'une petite structure au regard de ce que définit l'étude de Southall A. et Harris V. [61], ayant toutefois une fonction d'enseignement universitaire puisqu'il accueille des étudiants, et dont la situation est urbaine. Malgré cela, les temps de passage à ces Urgences y demeurent, en comparaison, plutôt faibles. La situation urbaine et la fonction d'enseignement universitaire ne sont donc peut-être pas forcément responsables de la prolongation de la durée de passage des patients aux urgences dans cette étude.

c) L'heure d'arrivée :

Riollot [55] évoque que l'adéquation du nombre d'internes à un flux de patients évoluant selon les tranches horaires considérées semble influencer la durée des passages. Courbe [36] retrouve des passages plus longs entre 13 et 15 heures sans plus d'explication. Pour la présente étude, ce sont les patients arrivant entre 12 et 14 heures qui présentent le plus de durées de passage prolongées. Il semble que ce soit l'attente de la libération des lits d'hospitalisation faisant suite à la visite dans le service de médecine, ainsi que le changement des équipes soignantes dans ce service qui soient en cause. Ici, l'hospitalisation dans la ZSTCD des patients en attente de lit d'hospitalisation conventionnelle, pourrait contribuer à la démarche qualité par l'amélioration des conditions de l'attente. Elle représente la seule part de l'alternative à disposition du service des urgences qui ne peut réorganiser seul le fonctionnement du service de médecine.

d) Le mode d'arrivée :

Selon les thèses de Courbe [36] et Riollot [55], le mode d'arrivée a une influence sur le temps de passage. Plus particulièrement, l'adressage par un médecin traitant semble augmenter le temps de passage des patients aux urgences, notamment parce que cela concerne des patients plutôt âgés, polypathologiques, donc plus complexes, et de gravité souvent plus importante induisant des examens complémentaires et une hospitalisation ou un transfert plus fréquents. A cela s'ajoutent les problèmes socio-économiques et familiaux remettant en cause le maintien à domicile des personnes âgées.

Devant ce constat, les solutions envisagées vont jusqu'à la création d'un accueil spécialisé des urgences gériatriques [34], aidé d'un gériatre et d'une assistante sociale, parallèlement au nécessaire développement des soins à domicile pour les personnes âgées. Une étude américaine montre que les personnes âgées consomment 30% des soins médicaux d'urgence[29].

Dans la présente étude, le mode d'arrivée semble aussi avoir une incidence sur le temps de passage des patients aux Urgences. Et si les patients âgés arrivés en ambulance sont en proportion élevée dans l'échantillon, leur accueil spécialisé par une équipe gériatre-assistante sociale n'est pas forcément souhaitable en terme de réduction du temps de passage et au regard de leur nombre. Plutôt qu'une assistante sociale sur site, suggérant le problème de sa permanence, l'établissement d'un réseau cohérent avec les services sociaux de la ville paraît mieux adapté afin d'obtenir un accès préférentiel aux services nécessaires à un retour à domicile.

e) La modalité de départ des patients :

Elle est aussi un facteur de prolongation du temps de passage des patients au service des urgences. La difficulté du flux d'aval notamment pour l'hospitalisation et les transferts est souvent en cause [22,34] avec un trop long délai de départ entre la décision médicale (diagnostique et thérapeutique) et le départ effectif du patient des urgences [55]. Le plus souvent, c'est l'attente d'une ambulance pour les transferts ou le temps mis pour trouver un lit et l'attente qu'il se libère qui sont mis en cause. L'étude de Spencer [62] souligne l'importance de la coopération inter-services pour une meilleure et plus rapide prise en charge des patients.

Dans cette étude, il semble qu'au-delà de 2 heures, le temps de passage aux Urgences ne soit plus influencé par l'orientation à la sortie. Le graphique n°19 (p57) laisse à penser que le problème de l'aval est réglé !

Il demeure toutefois le cas, dans l'échantillon, des patients qui arrivent avec les pompiers et qui attendent un moyen de transport pour leur retour à domicile. Pour ces patients, lorsque le retour à domicile est prévisible, une solution d'anticipation pour la recherche d'un moyen de transport à leur sortie serait souhaitable dès leur arrivée.

f) Le service porte : ZSTCD

Le service porte, ZSTCD, est proposé comme solution pour réduire l'attente et la durée de passage des patients aux urgences dans de nombreuses études. Son intérêt semble multiple, et il contribue indéniablement à la qualité de la prise en charge des patients des urgences [34,55].

Qu'est-ce qu'un service porte ? C'est une unité d'hospitalisation de très courte durée (ZSTCD), mitoyenne du service des urgences, devant comprendre au minimum deux lits dans le cas de l'hôpital Stell. Elle fait partie des impératifs dits de structure des services d'urgences depuis mai 1995 [12]. La ZSTCD est une unité de « surveillance » qui permet d'assurer des soins et d'affiner le diagnostic dans le but d'orienter au mieux les patients, soit vers les services adaptés à leur état clinique, soit vers un retour à domicile.

La durée de séjour des patients dans cette ZSTCD ne devrait pas excéder les 24 heures et un cahier de procédures internes devrait être établi pour son bon fonctionnement. Il semble probable que la présence d'une ZSTCD au moment de l'étude aurait permis de réduire bon nombre des passages prolongés de plus de 2 heures. Son fonctionnement est depuis peu effectif. Il reste à étudier son impact sur les passages prolongés de plus de 2 heures et pourquoi pas par un nouvel audit des passages prolongés aux Urgences.

g) La gravité des pathologies rencontrées :

Elle a aussi une incidence certaine sur la durée de passage des patients aux urgences. L'étude de Riollot [55] nous indique que le délai de prise en charge par l'interne varie en fonction de la gravité des cas ; ainsi, les cas les plus graves sont vus en priorité, et ce sont les patients de gravité intermédiaire qui semblent passer le plus de temps aux urgences. Au Québec [49], toutes les « fausses urgences », après triage par l'infirmier clinicien, sont vues par des généralistes qui consultent sur un mode libéral, donc directement rémunérés par les patients, dans des locaux attenants aux services des urgences. Aux USA [65] et en GB [67], le système de triage laisse de côté les « fausses urgences » qui ne seront vues que lorsque les médecins seront à nouveau disponibles, après avoir géré les urgences vraies.

Pour ce qui concerne les Urgences du CHD Stell, un système de triage n'est pas souhaitable compte tenu du faible taux d'engorgement. D'autre part, si la gravité des cas est plus importante pour les passages prolongés, ce sont, ici aussi, les cas de gravité intermédiaire qui présentent les durées de passage les plus longues dans l'échantillon. La mise en place d'un suivi de l'évolution des durées de passage par rapport à la gravité des cas permettra probablement de juger de l'efficacité des solutions adoptées.

h) Le motif de consultation et le recours à un avis spécialisé :

Le motif de consultation est probablement déterminant sur la durée de passage au service des urgences. Ce sont notamment les pathologies médicales voire psychosociales qui génèrent les temps de passage les plus longs [34,36,55]. D'autre part, il semble que la durée de passage des patients aux urgences, en fonction du motif de consultation, soit dépendante de la capacité de l'hôpital à prendre en charge la pathologie sur site [39].

Autrement dit, ce sont les « compétences » de l'hôpital qui vont influencer la durée de passage des patients par les urgences, et ce, notamment parce que le recours à l'avis spécialisé semble augmenter cette durée de passage dans la plupart des études rencontrées [56]. Ceci s'explique, car le recours à l'avis spécialisé nécessite que le spécialiste soit joint par téléphone, puis que l'urgentiste motive le recours à ses services. Quand le spécialiste se déplace aux urgences, c'est bien souvent après qu'il ait pu se libérer de ses obligations de service. Une nouvelle demande d'examens complémentaires, par le spécialiste, retardera parfois d'autant la décision d'orientation à la sortie du patient.

Bien que dans cette étude, les pathologies médicales soient plus importantes que les pathologies traumatiques, le recours à l'avis spécialisé ne semble pas le seul en cause dans l'augmentation des durées de passage. Ce sont aussi les procédures diagnostiques et thérapeutiques mises en route immédiatement aux Urgences, et la nécessaire surveillance qui peut en découler qui semblent en partie en cause.

Préalablement aux recommandations, il convient de préciser qu'elles sont le fruit d'un travail personnel qui pourrait limiter leur pertinence et ce, même si la méthode de recueil et d'analyse, ainsi que les rencontres multiples avec les différents personnels du service, permettent de fiabiliser ces recommandations

D'autre part un autre facteur limitant de cette étude peut être mentionné, celui de l'influence du chef de service des Urgences du CHD Stell qui est aussi le directeur de cette thèse. Il reste cependant, sans nul doute aussi, le garant de la qualité de celle-ci.

3. Synthèse :

Lorsque l'on compare les résultats de cette étude à ceux retrouvés dans la littérature, les discordances portent le plus souvent sur la mise aux normes du service des Urgences. Autrement dit, les bons résultats en terme de durée de passage au service des Urgences de cette étude, comparés aux résultats moins bons retrouvés dans la littérature semblent s'expliquer parce qu'au CHD Stell, la mise aux normes des recommandations officielles, en terme de structure et de personnel est effective, ce qui ne semble pas toujours le cas ailleurs.

D'autre part, concernant l'aval des UPATOU, il doit pouvoir se rapprocher de celui d'un SAU, soit sur site, soit à distance dans le cadre d'une organisation en réseau. L'absorption des patients des Urgences semble donc plus facile dans une UPATOU, par les services de médecine polyvalente en comparaison des services de spécialité habituellement retrouvés dans un SAU.

L'exportation des solutions qui vont être discutées ne doit donc s'envisager que lorsque ce qui est préconisé par les recommandations officielles est déjà en place. En d'autres termes, ces solutions permettent d'améliorer les résultats que l'on doit obtenir lorsque les moyens sont en adéquation avec les besoins. Tenter de les utiliser en lieu et place d'une mise aux normes serait probablement une dépense d'énergie illusoire.

D. RECOMMANDATIONS

1. Les mesures correctives :

a) Institutionnelles :

(1) La ZSTCD

Si l'on se réfère au graphique n°23 (p73), la ZSTCD semble la solution « miracle », puisqu'il ne resterait que 19 patients (5,2%) de notre échantillon qui n'en tireraient pas de bénéfice. Il convient de nuancer ce côté miraculeux du résultat par une catégorisation à posteriori des patients, établie par un seul intervenant à la lecture de leurs dossiers parfois incomplets, et l'utilisation de critères, certes inspirés des recommandations de la SFMU, mais ne tenant pas compte d'éventuelles spécificités locales.

D'autre part, notre échantillon ne représente probablement pas les seuls patients pouvant bénéficier de la ZSTCD, puisque certains patients passants moins de 2 heures aux urgences pourraient peut-être en bénéficier et créer de l'attente à son accès.

Il ne reste pas moins qu'un grand nombre de patients réduiraient leur temps de passage aux urgences en étant hospitalisés à la ZSTCD à condition toutefois que la décision médicale de les y hospitaliser ne se fasse pas trop tardivement durant leur passage aux urgences. A ce propos, une solution organisationnelle sera développée plus tard.

La ZSTCD ne doit pas être utilisée pour y déplacer une attente, mais peut être utilisée pour en améliorer les conditions lorsqu'elle est médicalement nécessaire. Elle procède d'une démarche qualité. C'est une unité d'hospitalisation non conventionnelle, mais une unité d'hospitalisation tout de même, où la surveillance et les soins sont de niveau équivalent à une structure d'hospitalisation conventionnelle.

(2) Facilité d'accès à des examens complémentaires discriminants

Il s'agit notamment d'une biologie délocalisée dont la nature et les modalités restent à définir. En effet, une antenne sur site du laboratoire permettrait un gain de temps considérable sur l'acheminement des prélèvements et permettrait probablement une réduction de certains des passages prolongés aux urgences.

Pour ce qui concerne les moyens d'imagerie spécialisée, l'intérêt, notamment d'un scanner sur site, n'est pas établi au regard de la faible proportion de patients concernés (8 patients dans l'échantillon) et du coût que cela pourrait représenter.

b) Solutions professionnelles :

(1) Problème de l'échographie

L'échographie et l'échographie doppler sont parfois génératrices de temps de passage prolongés, aussi sans vouloir empiéter sur le rôle nécessaire des radiologues ou des cardiologues, une formation des seniors urgentistes à l'échographie de « débrouillage » permettrait peut être une décision plus rapide pour l'orientation de certains patients. Mais restons prudents, la difficulté de trouver des urgentistes, ainsi que la palette déjà large de leurs nécessaires compétences, limitent peut-être l'intérêt de cette proposition ! Et ce d'autant plus que cela concerne à peine plus de 10% de l'échantillon (38 patients) alors que la responsabilité unique d'une attente liée à l'échographie n'est pas établie

c) Solutions organisationnelles :

(1) Mode de transport en fonction de l'orientation à la sortie

Un accord a déjà été passé avec une société d'ambulance limitant son délai d'intervention pour qu'après appel, l'ambulance arrive dans les 30 minutes au service des urgences. Ce délai semble raisonnable car, en définitif, peu de transferts en ambulance semblent souffrir d'un passage prolongé puisque cela concerne seulement 47 cas sur les 415 transferts de l'année 1999.

Il faut probablement, dans le cadre d'un suivi, multiplier les audits de vérification des termes de l'accord (respect des 30 minutes de délais). On peut d'ailleurs espérer, par le simple fait de sensibiliser les intervenants, un effet Hawthorne [40], c'est-à-dire une amélioration des pratiques par l'intérêt que l'on y porte.

On pourrait aussi imaginer que l'hôpital aurait intérêt à accueillir une société d'ambulances sur son site, donc plus exclusive et plus rapidement disponible (sous réserve d'emplacement suffisant). Car au-delà des transferts au départ des urgences, il y a aussi tous les transports des patients des autres services de l'hôpital qui pourraient en bénéficier... mais ceci mérite une étude plus complète de faisabilité.

Il y a aussi tous ceux qui attendent un moyen de transport, qui n'est pas forcément l'ambulance, pour leurs retours à domicile. Pour ceux là, qui sont surtout des patients jeunes arrivés avec les pompiers et relevant de la traumatologie, l'anticipation de leur départ semble souhaitable. Par exemple, l'introduction d'une question, à leur accueil, leur demandant s'ils ont les moyens d'organiser un transport pour leur retour à domicile, afin qu'après l'examen clinique, l'organisation du retour à domicile puisse ne pas prendre de retard lorsqu'elle est souhaitable.

Enfin, lorsque le délai d'attente d'un moyen de transport semble incompressible, il convient d'organiser la qualité de l'attente.

(2) L'Isolement social de certains patients

La difficulté du retour à domicile, notamment des personnes âgées quand elles sont isolées socialement et invalidées par l'affection qui les touche, nécessite qu'un réseau d'aide et de surveillance s'organise autour d'elles.

Compte tenu de la proportion de patients concernés, un(e) assistant(e) sociale n'est peut-être pas absolument nécessaire sur site mais la possibilité d'une liaison rapide avec une assistance sociale externe pourrait peut être permettre un retour à domicile plus fréquent par une mise en place immédiate d'une aide à domicile. Il faudrait bien sûr compter sur les services sociaux de la commune et mettre en place une coordination avec l'hôpital. La mise en place d'un réseau est souvent difficile, mais un tel projet est déjà inscrit au Projet d'Etablissement et représente sûrement une solution d'avenir.

(3) Triage des arrivées avec les pompiers :

Compte tenu des résultats, la régulation des patients acheminés aux urgences via les pompiers semble peu efficace et nécessite peut-être qu'un tri soit effectué à leur arrivée pour replacer ces patients dans la file d'attente éventuelle des patients arrivés par leurs propres moyens et de gravité identique afin de limiter l'occupation des salles d'examen.

(4) Deux heures : une limite à la décision d'orientation :

Si 2 heures est une limite maximale de durée de passage acceptable par les patients, il serait probablement intéressant de l'adopter comme limite temporelle à la décision d'orientation lorsque celle-ci n'a pas encore été prise. Autrement dit, lorsqu'un patient a passé 2 heures dans le service des urgences, un système de contrôle doit permettre d'alerter les médecins pour qu'une décision soit prise si possible pour son orientation.

Et si le délai, soit d'hospitalisation, soit de transfert, soit de retour à domicile, paraît trop long à partir de la décision, une solution de temporisation par la mise au Service Porte, peut être envisagée dans le but d'améliorer la qualité de prise en charge des patients.

(5) Filière prioritaire pour les patients arrivant en ambulance avec courrier médical :

On a vu que ces patients risquaient de passer plus de temps au service des urgences probablement en raison de leur complexité médicale. Si un passage dans la ZSTCD semble être une solution dans certains cas, une hospitalisation directe de ces patients sans passer par les urgences pourrait probablement se concevoir si un réseau entre les médecins de ville et les médecins des services de médecine pouvait s'établir.

2. Les mesures de suivi :

a) Populations traceuses :

Deux populations que l'on qualifiera de « traceuses » semblent se dégager des résultats. Leur suivi, en temps réel, devrait permettre de mesurer l'impact des solutions adoptées en terme de réduction de la durée de passage des patients aux Urgences.

Pour être efficace, la méthode de suivi doit être simple. En l'occurrence pour ces deux populations, leur suivi par le biais d'une requête effectuée sur le recueil de données informatisé ANACOR serait automatique, et sa consultation périodique permettrait de réagir rapidement en cas d'augmentation du volume et de la durée du passage de ces populations traceuses.

Pour éviter un biais sélectif, il conviendra d'élargir la sélection des populations traceuses en réduisant les données choisies pour les requêtes. Par exemple, pour les hommes jeunes de moins de 65 ans, dont le cas est peu grave, arrivant par leurs propres moyens, relevant de la traumatologie et dont l'orientation à la sortie des urgences est un retour à domicile, la requête devra peut-être se limiter à une sélection des pathologies traumatiques qui présentent une durée de passage de plus de 2 heures.

C'est l'évolution du ratio des patients qui présentent un motif traumatologique et qui passent plus de 2 heures rapportés à ceux présentant un motif traumatologique qui permettra de juger de l'efficacité des solutions adoptées, ou de la nécessité de les adapter.

De même, concernant l'autre population traceuse, celle des femmes âgées de plus de 65 ans, de gravité importante, arrivant en ambulance, relevant de la médecine et dont l'orientation à la sortie est le plus souvent l'hospitalisation, la requête devra elle aussi être moins précise et par exemple sélectionner les patients hospitalisés sur site et passant plus de 2 heures, avec comme précédemment une attention portée à l'évolution du ratio des patients hospitalisés sur site et passant plus de 2 heures rapportés à ceux des patients passant plus de 2 heures.

b) Délais des ambulances :

Le suivi par un audit des intervenants dans la chaîne des transferts permettrait de relever les dysfonctionnements et de vérifier le respect de l'accord passé avec la société d'ambulance.

c) Effet Hawthorne [40] :

Dans le cadre des solutions de suivi, on peut imaginer que la sensibilisation des personnels à la surveillance de certaines populations et de certaines pratiques permettra

une amélioration des résultats par le simple fait pour l'équipe, de savoir que la durée de passage de ces populations est évaluée.

3. Transposition des solutions :

L'exportation des solutions doit s'envisager pour des structures similaires en terme de recrutement des patients et en terme de structure et d'organisation. On a vu que lorsqu'un service est aux normes par rapport aux recommandations officielles, les durées de passage des patients s'en trouvaient significativement améliorées. Cette mise aux normes est donc un préalable à l'adoption des solutions qui ont été énoncées. D'autre part, pour les SAU, il y a un autre impératif qui est celui de présenter le même type d'aval en terme d'hospitalisation polyvalente comparativement à l'hôpital de cette étude, que ce soit sur site ou à distance dans le cadre d'une organisation en réseau.

Ceci permet donc d'envisager l'exportation de ces solutions dans les cas où la structure des urgences est aux normes et où le flux d'aval est maîtrisé.

CONCLUSION

Cette étude se réfère à une population relativement peu importante des patients passant par les Urgences du CHD Stell, puisque moins de 10% des patients qui y sont passés en 1999 sont concernés. Comparativement à ce qui a été retrouvé dans la littérature, ce faible pourcentage des patients passant plus de 2 heures au service des urgences révèle qu'il s'agit d'un service d'Urgences plutôt performant au regard des délais de passage et confirme l'intérêt, dans ce cas, de la démarche qualité de cette étude.

Hormis l'absence d'une ZSTCD au moment de l'étude, celle-ci s'applique à un service d'Urgences aux normes au regard des recommandations officielles.

Cette seule mise aux normes, correspondant à une adéquation des moyens structurels et en personnels par rapport au flux des patients, semble pouvoir résoudre bon nombre des problèmes soulevés par la littérature en terme de durée de passage des patients aux urgences.

La mise aux normes est donc probablement un préalable à la mise en place, dans d'autres services d'urgence, des solutions envisagées.

Les solutions que l'on préconise au CHD Stell, sont de deux types :

- d'une part correctives avec principalement la construction d'une ZSTCD, d'une biologie délocalisée, et la mise en place d'une alarme pour repérer les passages de plus de 2 heures afin d'accélérer alors leur orientation au sortir des urgences,
- d'autre part de suivi, avec notamment le suivi de populations traceuses dans les passages de plus de 2 heures :

- les sujets jeunes porteurs d'une pathologie traumatique,
- les patients de plus de 65 ans hospitalisés sur site, avec des pathologies médicales.

Ces solutions ne cherchent pas à annihiler les passages de plus de 2 heures s'ils sont justifiés par une nécessité médicale, diagnostique ou thérapeutique. Elles ont pour objet d'optimiser la durée du passage où les conditions matérielles d'une attente utile dans le cadre d'une amélioration continue de la qualité des soins dispensés aux patients.

BIBLIOGRAPHIE

Textes collectifs et sans auteurs :

- 1 Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM). L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : L'audit clinique. juin 1994.
- 2 Commission Médecine d'Urgence de la SRLF. Communication des experts. Services d'Urgences médico-chirurgicales. Architecture. Accueil. Réan. Soins intens. Méd. Urg. 1991; 7(2):89-92.
- 3 Conseil Economique et Social. L'urgence à l'hôpital. Avis adopté par le Conseil Economique et Social au cours de la séance du 12 avril 1989 sur le rapport du Professeur A. Steg. La Revue Hospitalière de France. 1989; 423:621-9.
- 4 Rapport de la commission nationale de restructuration des urgences ; dirigée par le Professeur A. Steg. Paris : CNRU, octobre 1993.83 p.
- 5 Rapport de l'Union Hospitalière de la Région Ile de France : L'urgence à l'hôpital. 1991 (non publié).
- 6 Recommandations de la SFMU concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. JEUR. 2001; 14:144-152.
- 7 Société de Réanimation de Langue Française - Société Francophone des Urgences Médicales. Guide des outils d'évaluation aux urgences. Paris : Arnette Blackwell, 1996.

Textes législatifs et réglementaires :

- 8 Loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991.
- 9 Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

- 10** Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- 11** Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.
- 12** Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « Accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique.
- 13** Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique.
- 14** Décret n° 97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « Accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique.
- 15** Circulaire : n° 60 du 29 janvier 1975.
- 16** Circulaire : n° DH.4B/D.G.S. 3E/91 - 34 du 14 mai 1991.

Références bibliographiques :

- 17** Afdjei A, Andant C, Andronikof M, Benhamou F, Bergeron C, Bernot B, et al. Ces restructurations qui font tant de mal. Le Quotidien Du Médecin. 17 avril 2001; 6899 :8.
- 18** Anwar L. New strategies for emergency services crises. Pennsylvania Medecine. 1991; 94(5):12-13.
- 19** Askanasi R, Lheureux Ph, Chojnowski JCl, Gillet JB, Averi F. Utilité des examens radiologiques demandés en Urgence. Réan. Soins intens. Méd. Urg. 1990; 6(1):9-12.
- 20** Askanasi R, Lheureux Ph, Gillet JB. Influence des examens demandés en Urgence sur le temps de passage des patients dans un service d'Urgence. Réan. Soins intens. Méd. Urg. 1989; 5(3):201-202.

- 21 Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician: causes and consequences. *JAMA.*, 1991; 266(8):1085-90.
- 22 Bernhaupt L., Gagey O., Ducot B., Spira A., Enquête prospective sur le fonctionnement du service d'Urgences chirurgicales dans un hôpital universitaire de la région parisienne. *JEUR.* 1992; 5:55-60.
- 23 Bindman AB, Grumbach K, Keane D, Rauch L, Luce JM. Consequences of Queuing for Care at a Public Hospital Emergency Department. *JAMA.* 1991; 266(8):1091-6.
- 24 Bleichner G, Manet Ph, Desboudard S. Enquête sur le fonctionnement des services d'accueil et d'urgence de 260 hôpitaux généraux français. *Réan. Soins intens. Méd. Urg.* 1990; 6(1):31-37.
- 25 Bletterry B, Ferot P, Aube H, Virot C, Chavanet P. Un service d'Urgence, pour quoi faire? *Presse Med.* 1984; 13:907-8.
- 26 Booth AJ, Harrison CJ, Gardener GJ, Gray AJ. Waiting times and patient satisfaction in the accident and emergency department. *Arch. Emerg. Med.* 1992; 9:162-168.
- 27 Bourrier Ph, Baron D. Le personnel médical du service d'Urgence et sa formation. *Réan. Soins intens. Méd. Urg.* 1991; 7(2):93-96.
- 28 Brifault-Fernandez Sophie. Evaluation des circuits de prise en charge des patients d'une ANACOR vers un SAU : Transfert, interfaces et gestion de la continuité. *Th. :Méd. :Paris 6 :1996 :n°1071.*
- 29 Brokaw M, Zaraa AS. A biopsychosocial profile of the geriatric population who frequently visit the emergency department. *Ohio Medecine.* 1991; 87(7):347-50.
- 30 Carpentier F, Mingat J, Bernard D, Payaud A, Guignier M. La radiographie pulmonaire aux Urgences Médicales. Obligation ? Nécessité ? Diagnostique ? *Réan. Soins intens. Méd. Urg.* 1991; 7(4):205-8.
- 31 Chan L, Kass LE. Impact of Medical Student Perceptorship on ED Patient Troughput Time. *Am. J. Emerg. Med.* 1999; 17(1):41-43.

- 32 Charly E, Saunders MD. Time Study of patient movement through the Emergency Department : Source of delay in relation to patient acuity. *Ann. Emerg. Med.* 1987; 16:1224-48.
- 33 Chopin J. L'accueil des Urgences dans les hopitaux Publics en France. *Conv. Med.* 1988; 7, 2:107-10.
- 34 Coq Franck JN. Etude analytique des délais de prise en charge des malades ayant passé plus de 2 heures aux urgences de Lariboisière. Th. :Méd. :Paris 7 :1995 :n°23.
- 35 Coulaud JM, Poler F, Boukari M, Barchasz J, Angola R. Services d'Urgence accueil moyens médico techniques. *Réan. Soins intens. Méd. Urg.* 1991; 7(2):96-99.
- 36 Courbe Sylvie. Audit sur les délais d'attente aux urgences médecine à Lariboisière en novembre 1988. Th. :Méd. :Paris 7 :1989 :n°2023.
- 37 Derlet Rw, Nishio D, Cole LM, Silva JJr. Triage of patients out of the emergency department: three-year experience. *Am. J. Emerg. Med.* 1992; 10:195-9.
- 38 Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. Reducing Roentgenography use. Can patient expectation be altered? *Arch. Intern. Med.* 1987; 147:141-5.
- 39 Dolveck F. Evaluation de l'activité de deux services d'urgences de type ANACOR. Th. :Méd. :Paris 6 :1996 :n°0092.
- 40 Donnelly, James H., Gibson JL, Ivancevich JM. *Prospectives on Management.* Texas :Buisness Publication Inc.,1987:367.
- 41 Fouari A. Influence des examens complémentaires sur le délai d'attente aux urgences de l'hôpital d'Avicenne. Th. :Méd.:Paris 13:1990:n°0031.
- 42 Havill JH, Van Alphen S, Van Der Pyl M. Waiting in the Emergency Department. *N. Z. Med. J.* 1996; 109:159-61.
- 43 Ischikawa Kaoru. *Gestion de la qualité.* Dunod, 1983 :245.
- 44 Jones G. Ways of reducing the waiting times for patients in A&E. *Nurs. Times.* 1996; 92(11):31-32.
- 45 Larcen A. L'accueil des Urgences à l'hôpital. *Bull. Acad. Natle. Med.* 1991; 175(3):363-373.

- 46 Lascar G. L'organisation de la reception des Urgences à l'hopital Ambroise Paré. L'Hôpital à Paris. 1986; 91:50-51.
- 47 Lejonc JL, Sterkers Y. Les Urgences de l'Hôpital Henri Mondor accueil orientation et prise en charge. L'Hôpital à Paris. 1986; 91:41-44.
- 48 Meslin HW, Coate SA, Cyr J, Valeuzuela T. Fast Track : Urgent care within a teaching Hospital Emergency Department: can it work? Ann. Emerg Med. 1988; 17:453-456.
- 49 Meyniel D. Organisation des services d'urgences au Québec. L'hôpital à Paris, Villes et Urgences. 1989; 109:29.
- 50 Olson CM. Hospital admission through the emergency department. JAMA. 1991; 266(16):2274.
- 51 Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non urgent use of the emergency room. Soc. Sci. Med. 1992; 35(9):1182-97.
- 52 Poulain Edith. Evaluation des transferts au départ de deux services d'urgences à vocation d'ANACOR. Th. :Méd. :Paris 5 :1996 :n°069.
- 53 Prevel Marc. Rappel des patients aux urgences : un indicateur de précriticité ? Mémoire de DEA systèmes de soins hospitalisés: Paris 7 :1999-2000.
- 54 Rinderer Z. A study of factors influencing ED patients length of stay at one community hospital. J. Emerg. Nurs. 1996; 22(2):105-10.
- 55 Riollot Jean Christophe. Délais d'attente dans le service d'accueil et d'urgence(secteur medecine) du CHU de Rouen. Th. :Méd. :Rouen :1995 :n°66.
- 56 Rosen P. "Let the emergency departement do it". A simple solution to a complex problem. J. Emerg. Med. 1991; 9:75-77.
- 57 Sandler G. Do Emergency tests help in the management of acute medical admissions? Br. Med. J. 1984; 289:973-77.
- 58 Saulnier F. La radiographie thoracique aux Urgences: quelle stratégie peut-on proposer? Réan. Soins intens. Méd. Urg. 1990; 6(6):443-46.
- 59 Schneckenburger R. Too sick to wait. JAMA. 1991; 266(8):1123.

- 60 Smeltzer Ch, Curtis L. Analyzing patient time in the Emergency Departement. QRB. 1986; 12:380-82.
- 61 Southall AC, Harris VV. Patient ED Turnaround Times : A Comparative Review. Am. J. Emerg. Med. 1999; 17(2):151-3.
- 62 Spencer JH. Cooperation with other departements in the hospital emergency departement. Springfield Charles C. Thomas, 1972:159-64.
- 63 Sturmman KM, Ehrenberg K, Salzberg MR. Physician Assistants in Emergency Medicine. Ann. Emerg. Med. 1990; 19:304-8.
- 64 Thaler F., Dabrowski G., Pages Ch, Loirat Ph. Temps de séjour dans les services d'accueil et radiographie pulmonaire. Réan. Soins intens. Méd. Urg. 1990; 6(6):440-43.
- 65 Thibault P., Desavigny J. Les urgences médicales à San Francisco. L'hôpital à Paris, Urgences Médecine. 1986; 91:62-63.
- 66 Waldrop RD, Harper DE, Mandry C. Prospective Assessment of Triage in an Urban Emergency Department. South. Med. J. 1997; 90(12):1208-12.
- 67 Wilson DH. Organisation of accident and emergency services in Great Britain. La Revue des SAMU. 1981; 4(4):227-29.

RESUME

Cette étude est un audit clinique des passages de plus de 2 heures au service des urgences. Elle porte sur une UPATOU ayant une structure et un personnel répondant aux recommandations officielles hormis l'absence de ZSTCD.

Son objectif, s'inscrivant dans une démarche qualité déjà avancée, est double : proposer des corrections aux éventuels dysfonctionnements constatés et envisager leur applicabilité à d'autres services d'urgences.

La méthode appliquée est celle de l'audit clinique après un échantillonnage d'un tiers de la population ciblée. Un outil des cercles de qualité, le diagramme d'Ishikawa, est utilisé pour analyser les causes de dysfonctionnement.

Les résultats révèlent un haut niveau de performance initial, puisque seuls moins de 10% des passages durent plus de deux heures. L'analyse des données tend à laisser penser que la mise en place de la ZSTCD pourrait agir sur une grande proportion des dysfonctionnements.

La discussion permet de mieux affiner les propositions. Celles ci sont :

- d'une part correctives avec principalement la construction d'une ZSTCD, d'une antenne de biologie délocalisée, et la mise en place d'une alarme à 2 heures afin d'accélérer l'orientation des patients,
- d'autre part de suivi de populations traceuses.

Enfin une mise aux normes par rapport aux recommandations officielles semble être un préalable à l'adoption, par d'autres structures d'urgences, des solutions préconisées par cette étude.

MOTS CLES :

- Service d'Urgences
- Durée de passage
- Audit clinique
- Gestion de la qualité