



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2**  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

*Année : 2013*

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Utilisation et dysfonctionnement d'une unité d'hospitalisation de courte durée**

Analyse prospective portant sur 427 patients d'une U.H.C.D en fonction des recommandations de la S.F.M.U

**Présentée et soutenue publiquement**  
**Le 14 Novembre 2013**

Au Pôle Formation de la Faculté  
Par Louis DUBOIS

**Jury**

**Président :** **Monsieur le Professeur WIEL**

**Asseseurs :** Monsieur le Professeur GLANTENET Raymond  
Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc  
Monsieur le Docteur VAN DER LINDEN Thierry  
Monsieur le Docteur BOUQUILLON Jean

**Directeur de Thèse :** Monsieur le Docteur BOUQUILLON Jean

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*" Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."*

*« Une fête est un excès permis, voire ordonné. »*

*Sigmund Freud (1856 - 1939)*

## Sommaire

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>14</b>
<b>II. HISTORIQUE DES UNITES D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE ET PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>17</b>
II.1. CREATION DES URGENCES ET SERVICES ANNEXES.....	18
II.2. FONDATION DE L'UHCD.....	19
II.3. ROLES DES UHCD.....	20
II.4. DEFINITION DE L'UHCD.....	21
II.5. IMPACT DE CES UNITES EN FRANCE.....	22
II.6. RECOMMANDATIONS ACTUELLES SUR L'UHCD.....	24
II.7. AUTRES RECOMMANDATIONS.....	25
II.8. EVALUATION DE L'UHCD SELON LES CRITERES SFMU.....	27
II.8.1. LES CRITERES PERMETTANT UNE EVALUATION QUALITATIVE.....	28
II.8.2. LES CRITERES PERMETTANT UNE EVALUATION QUANTITATIVE.....	28
II.9. DERIVE DE L'UTILISATION DES UHCD.....	28
<b>III. TRAVAIL PERSONNEL.....</b>	<b>31</b>
III.1. CENTRE DE L'ETUDE.....	32
III.1.1. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT VINCENT DE PAUL.....	32
III.1.2. ENTREES / LOCAUX / PERSONNEL.....	33
III.2. MATERIEL ET METHODE.....	35
III.2.1. METHODOLOGIE ET QUESTIONS.....	36
III.2.1.1. Critères d'inclusion.....	38
III.2.1.2. Critères d'exclusion et patients non admis.....	39
III.2.1.3. Biais de l'étude.....	39
III.2.2. REALISATION DES STATISTIQUES.....	41
III.2.2.1. Analyses statistiques.....	41
III.3. RESULTATS.....	41
III.3.1. PERIODE DE CONSULTATION ET REPARTITION.....	43
III.3.2. STATISTIQUE DESCRIPTIVE.....	43
III.3.2.1. Démographie.....	43
III.3.2.1.1. Sexe.....	43
III.3.2.1.2. Age.....	44
III.3.2.2. L'admission.....	46
III.3.2.2.1. Motif de Consultation.....	46
III.3.2.2.2. GEMSA.....	48
III.3.2.2.3. CCMU (cf. Annexe 5).....	48
III.3.2.2.4. Adressage des patients et courriers.....	49
III.3.2.2.5. Mode d'arrivée aux urgences et en UHCD.....	50
III.3.2.2.6. Parcours de patients.....	52
III.3.2.3. Activité UHCD.....	53
III.3.2.3.1. Répartition des groupes SFMU.....	53
III.3.2.3.2. Motif d'entrée en UHCD.....	54
III.3.2.3.2.1. Hébergement.....	55
III.3.2.3.2.2. Gestes d'urgences immédiat et gestes réanimatoires.....	56
III.3.2.3.2.3. Transfusion.....	56
III.3.2.3.2.4. Examens complémentaires (angio-scan, fibro...).....	56
III.3.2.3.2.5. Patients provenant des étages.....	56
III.3.2.3.3. Diagnostics et pathologies.....	57
III.3.2.3.3.1. Poly-pathologie.....	57
III.3.2.3.3.2. Psychiatrie.....	58

III.3.2.3.3.3.	Fin de Vie et décès.....	58
III.3.2.3.4.	Durée moyenne de séjour (DMS) en UHCD.....	59
III.3.2.3.5.	Devenir du patient.....	61
III.3.2.3.5.1.	Sortie de l'hôpital.....	61
III.3.2.3.5.2.	Hospitalisation sur le site de Saint Vincent.....	62
III.3.2.3.5.3.	Transfert extérieur.....	63
III.3.3.	STATISTIQUES BI-VARIEES (EN FONCTION DES RECOMMANDATIONS).....	64
III.3.3.1.	Critères principaux impliqués provoquant la sortie des recommandations.....	64
III.3.3.2.	Mode d'admission.....	66
III.3.3.2.1.	Mode d'entrée et CCMU.....	66
III.3.3.2.2.	Mode d'entrée et recommandations.....	67
III.3.3.3.	Classification CCMU.....	68
III.3.3.3.1.	CCMU et Recommandations.....	68
III.3.3.3.2.	CCMU et durée de séjour supérieure à 24h.....	69
III.3.3.4.	Groupe SFMU et prise en charge hors recommandations.....	69
III.3.3.4.1.	Groupe SFMU 3 et Durée de séjour.....	71
III.3.3.5.	Influence de la prise en charge par un médecin de ville.....	72
III.3.3.6.	Hors critère temps.....	73
III.3.4.	STATISTIQUES MULTI-VARIEES.....	76
III.3.4.1.	Résultats.....	76
III.3.4.2.	Facteurs protecteurs d'une prise en charge hors recommandations.....	77
III.3.4.3.	Facteurs de risques d'une prise en charge hors recommandations.....	77
III.3.4.4.	Facteurs sans association statistique.....	78
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>79</b>
<b>IV.1.</b>	<b>PERIODE ETUDIEE ET REPARTITION DE LA POPULATION.....</b>	<b>80</b>
<b>IV.2.</b>	<b>STATISTIQUES DESCRIPTIVES.....</b>	<b>81</b>
IV.2.1.	DEMOGRAPHIE.....	81
IV.2.2.	ADMISSION.....	82
IV.2.2.1.	Motifs de Consultation.....	82
IV.2.2.2.	Influence du mode d'admission.....	84
IV.2.2.3.	Mode d'admission et recommandations.....	85
IV.2.2.4.	Adressage des patients et mode d'arrivée.....	85
IV.2.2.5.	CCMU.....	86
IV.2.2.5.1.	CCMU et Recommandations.....	87
IV.2.2.5.2.	CCMU et durée de séjour supérieure à 24h.....	88
IV.2.2.6.	Descente d'étage.....	89
IV.2.2.7.	Activité en UHCD.....	89
IV.2.2.7.1.	Groupes SFMU.....	89
IV.2.2.7.1.1.	Prise en charge hors recommandations.....	89
IV.2.2.7.1.2.	Groupe 3 (Hébergement).....	92
IV.2.2.7.2.	Motif d'entrée en UHCD.....	94
IV.2.2.7.3.	Patients porteurs de pathologie multiple.....	97
IV.2.2.7.4.	Durée moyenne de séjour (DMS).....	98
IV.2.2.7.5.	Cheminement des patients et recommandations.....	99
IV.2.2.8.	Devenir du patient.....	100
IV.2.2.8.1.	Sortie d'UHCD.....	100
IV.2.2.8.2.	Hospitalisation sur le site de Saint Vincent et transfert.....	102
IV.2.2.8.3.	Fin de vie et décès.....	102
<b>IV.3.</b>	<b>LIEN VILLE / HOPITAL.....</b>	<b>104</b>
<b>IV.4.</b>	<b>INTERPRETATION DES STATISTIQUES MULTI-VARIEES.....</b>	<b>105</b>
IV.4.1.	FACTEURS PROTECTEURS D'UNE PRISE EN CHARGE HORS RECOMMANDATIONS.....	105
IV.4.2.	FACTEURS DE RISQUES D'UNE PRISE EN CHARGE HORS RECOMMANDATIONS.....	106
IV.4.3.	FACTEURS SANS ASSOCIATION STATISTIQUE.....	108
IV.4.4.	INTERPRETATION.....	108
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>110</b>

# **I.INTRODUCTION**

Le nombre de patients consultant aux urgences ne cesse de croître chaque année avec une augmentation annuelle moyenne de 4% depuis 1996 (1)(2).

Les urgences ont enregistré près de 19 millions de passages en 2011. Plus de 40% des passages sont pris en charge par moins de 20% des structures d'accueil qui enregistrent en moyenne 40 000 patients par an (3).

On estime que, chaque année, entre 10 et 15% de la population consulte au Service d'Accueil et de Traitement des Urgences (SATU) (3)(4) ce qui montre une récurrence des passages de certains patients (patients âgés, pathologies psychiatriques).

En 2003, 25 à 40% des patients étaient hospitalisés après leur passage aux urgences (3). Ce chiffre était en nette diminution en 2009 avec une estimation à 20% (5). Le nombre de consultations en hausse ainsi que les difficultés d'aval expliquent la surcharge des services d'urgences tant au niveau du travail que de l'organisation.

Le développement des Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ou équivalent suite au Décret n°95-648 du 9 mai 1995 (6) permettant la surveillance, l'évolution, le traitement d'urgence, l'hébergement et parfois l'accompagnement de fin de vie reflète l'adaptation des services.

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) (7) a édité des recommandations de fonctionnement et d'organisation des ces unités. Cependant, l'activité toujours croissante d'accueil et les capacités d'hospitalisations limitées entraînent certaines dérives de fonctionnement des unités d'UHCD.

Près de 96% des passages aux Urgences proviennent directement de la « ville », ce qui lie la médecine de ville aux services d'urgences. Il est retrouvé jusqu'à 36% de patients directement adressés par un médecin de ville, admis en UHCD (8).

Les UHCD sont donc en lien étroit avec la médecine de ville :

- 5 à 10 % des patients consultant aux urgences sont admis dans ces unités.

- 50 % d'entre eux sont déclarés « sortants » au terme de l'observation en UHCD (1) et, suivant les recommandations SFMU (7), doivent rentrer à domicile avec un courrier de synthèse adressé au médecin traitant.

Les UHCD permettent également d'éviter certaines hospitalisations classiques parfois très longues (9).

Par ailleurs, les médecins traitants utilisent fréquemment les Services d'Accueil des Urgences (SAU) pour faire hospitaliser leurs patients sans contacter les services d'hospitalisations conventionnels. En effet, le passage par le SAU leur sera vivement recommandé. Le recours au SAU par les médecins généralistes représente 14 % de l'ensemble des passages (19 % hors traumatologie) (3).

L'envoi de ces malades correspond le plus souvent à une demande justifiée qui entraîne fréquemment une hospitalisation aux lits portes par manque de place d'aval (10). Les demandes explicites de médecins traitants pour hospitalisations sont justifiées dans environ 70% des cas (11).

L'utilisation des lits portes (UHCD) comme « zone tampon », pour une évaluation gériatrique, un problème d'aval ou une simple surveillance est de plus en plus importante. Cette pratique permet d'éviter l'hospitalisation parfois délétère de patients fragiles et d'organiser des retours à domicile en lien direct avec le médecin traitant des patients.

Ce travail a donc consisté à analyser le passage des patients hospitalisés dans l'UHCD d'un hôpital du centre de Lille. Pour cela, les modalités d'admission, les démarches diagnostiques, des échelles d'évaluation, les durées de séjour et d'autres critères ont été relevés afin d'évaluer le niveau de suivi des recommandations SFMU du service.

**II. HISTORIQUE DES  
UNITES D'HOSPITALISATION DE  
COURTE DUREE  
ET PROBLEMATIQUE.**

Les services d'urgences, comme nous les connaissons actuellement, sont nés il y a une quarantaine d'années aux Etats Unis. La structuration en France a beaucoup évolué depuis la fin des années 80.

## **II.1. Création des urgences et services annexes**

La première régence légale au service d'urgence en France est instaurée sous le régime de Vichy. En effet, de 1941 à 1943, une loi et un décret créent une obligation pour l'hôpital qui *« doit comprendre un poste de secours comportant un poste de pansements, un matériel pour soins urgents et quelques chambres individuelles »*.

Par la suite, la circulaire du 5 janvier 1949, sous l'ère de René Coirier, apporte une certaine structuration et une autonomie au service d'urgence.

La circulaire ministérielle (décret n°60 du 29 janvier 1975 (12)) incite à gérer avec méthode le transfert du malade de son lit des urgences à celui de son hospitalisation dans le service de la spécialité dont il relève.

En 1989, le rapport du Professeur Steg met évidence la place importante des SAU dans notre système de soins (13). C'est à partir de ce rapport que la structuration et l'organisation de cette unité dirigée par un chef de service ainsi que la séniorisation des patients se mettra en place.

Le véritable terme de « service » apparaît par étapes successives avec 3 séries de décrets en 1991, 1995 et 1997. Ces derniers conforteront le service des urgences des hôpitaux en instaurant une présence médicale effective par des praticiens seniors pour lesquels de nombreux postes de praticiens hospitaliers titulaires seront créés ainsi que pour des personnels paramédicaux et sociaux.

Le décret « URGENCE » de 1995 impose également le déploiement de moyens dont l'accès à un laboratoire, un service de radiologie et une prise en charge chirurgicale.

Au printemps 1996, le gouvernement soumet la nécessité d'une organisation de travail en réseau des différents établissements. Les SAMU / Centres 15 sont au centre de cette organisation d'orientation vers des centres généraux ou très spécialisés en fonction de l'état du patient et des gestes à envisager.

Le SAMU / SMUR est une spécificité française ; ce que nous pourrions appeler « *la french touch* » avec deux points importants :

- **Prehospital management of multiple trauma.**
- **Prehospital management of Organ Failure.**

Le principe est d'évaluer et de stabiliser le patient sur place avant de le transporter ou de débiter une thérapie si le centre hospitalier est trop éloigné.

## **II.2. Fondation de l'UHCD**

Les unités d'hospitalisation de courte durée encore appelés « lits porte », se déclinent aussi en « zone de surveillance de très courte durée » (ZSTCD) ou « unité d'hospitalisation de très courte durée » (UHTCD) selon les habitudes ou les besoins spécifiques des structures qui les entourent mais correspondent tous à la même entité.

Le fonctionnement de ces unités n'est pour autant pas tout à fait identique en termes de moyens, d'organisation et de prix.

Ce principe de prise en charge est apparu aux Etats-Unis dans les années 70 avec la création d' « **Observation Units** » ayant pour but de diminuer le nombre d'hospitalisations de courtes durées dans les services hospitaliers.

Ces « **Observation Units** » se sont avérées efficaces, le nombre de consultants aux SAU américains étant bien plus important (100 millions en 1997), elles ont permis de diminuer le nombre d'hospitalisations et donc de diminuer le coût de la prise en charge (14)(15).

La première notion française de zone d'hébergement de courte durée au SAU remonte à 1973 (circulaire 1007 du 29 octobre). Par la suite, une circulaire du 14 mai 1991, relative à

l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale, précise les moyens dont doivent disposer les SAU et notamment avec la création de l'UHCD au niveau équipement, personnel et juridique (16).

En 1995, un décret essaie de regrouper les appellations d'unité hospitalisation des urgences par « zone de surveillance de très courte durée » même si le nom d'UHCD doit être finalement utilisé de nos jours selon la SFMU (17).

Le terme de zone de surveillance est inadapté car il ne souligne pas la fonction d'hospitalisation de cette unité et ne tient pas compte de la zone de déchoquage.

Une étude française de 1997 montrait que 52.7 % des SAU possédaient une unité d'UHCD qui comportait  $9 \pm 6$  lits (18).

### **II.3. Rôles des UHCD**

Leur fonction initiale était de solutionner le problème d'aval pour les SAU, c'est-à-dire le problème de disponibilité de lits pour hospitaliser les patients et de diminuer le nombre d'hospitalisations inutiles pour des raisons financières. La durée maximale ne devait pas excéder deux nuits consécutives (16).

Aux Etats-Unis, une économie de 6 à 12 milliards de dollars a été réalisée avec une diminution significative du temps de prise en charge et du nombre d'hospitalisations (4 à 8 millions/an) aux urgences (19).

Le rôle de cette unité est donc :

- D'obtenir un soin performant sans hospitalisation conventionnelle.
- D'améliorer le climat de travail pour l'urgentiste permettant de limiter les erreurs diagnostics.
- De permettre la mise en place de traitements et du suivi de leur efficacité sur une courte période (continuité de soins).
- Diminuer le nombre d'hospitalisations en favorisant le retour à domicile (RAD).

- Permettre l'obtention d'un avis spécialisé s'il y a lieu d'être.
- D'organiser la mise en place d'aide d'urgence avant le retour au domicile (soins, aide au domicile...).
- Et enfin, de diminuer les coûts de prise en charge.

La conférence de consensus (décembre 2003) recommande la prise en charge des patients de plus de 75 ans en fin de vie « non expliquée », non réanimatoire ou récusée par les réanimateurs, en UHCD ou en salle de déchoquage dans l'attente d'une orientation puis d'une prise en charge appropriée (20).

Le rôle diagnostic et thérapeutique de l'UHCD a été montré avec une très bonne concordance de diagnostic (83.3%) entre le compte-rendu final après hospitalisation conventionnelle et le diagnostic posé en UHCD. L'étude de 2007 précisait également une meilleure adéquation entre le diagnostic fait en UHCD et le service d'aval où le patient allait (100%) (diminution des hébergements) (21).

Les rôles de l'UHCD sont donc diagnostic, thérapeutique et financier.

## **II.4. Définition de l'UHCD**

La SFMU décrit l'UHCD comme une *unité* d'hospitalisation non conventionnelle qui doit disposer d'une infrastructure hôtelière, matérielle et être identifiée et séparée architecturalement du service d'accueil des urgences.

Cette unité, dont la durée moyenne de séjour doit être inférieure à 24h, est sous la responsabilité du chef de service du SAU.

L'UHCD doit, par définition, renouveler chaque jour la totalité de sa capacité d'accueil ; elle a donc comme vocation une haute rentabilité diagnostic et thérapeutique.

### **Moyens locaux personnels.**

Il est recommandé que soient séparées l'UHCD adulte et pédiatrique si le service accueille les adultes et les enfants.

A contrario, il est précisé dans la définition de l'UCHD que ce n'est pas :

- une unité de réanimation
- une unité de soins intensifs

L'UHCD doit posséder un équipement de monitoring non invasif pour la surveillance continue. Le SAU contient également le plus souvent une unité de déchoquage (« SAUV », Salle d'Accueil des Urgences Vitales) pour les entrées lourdes et nécessitant une prise en charge immédiate, cette partie se situe dans le SAU et doit être accessible par une équipe de SMUR.

Le nombre de lits est sujet aux mêmes recommandations (17) c'est à dire :

- 3-5 lits pour 10 000 entrées / an.
- Minimum 4 lits et maximum 16 lits.

Un médecin de garde supplémentaire doit être présent :

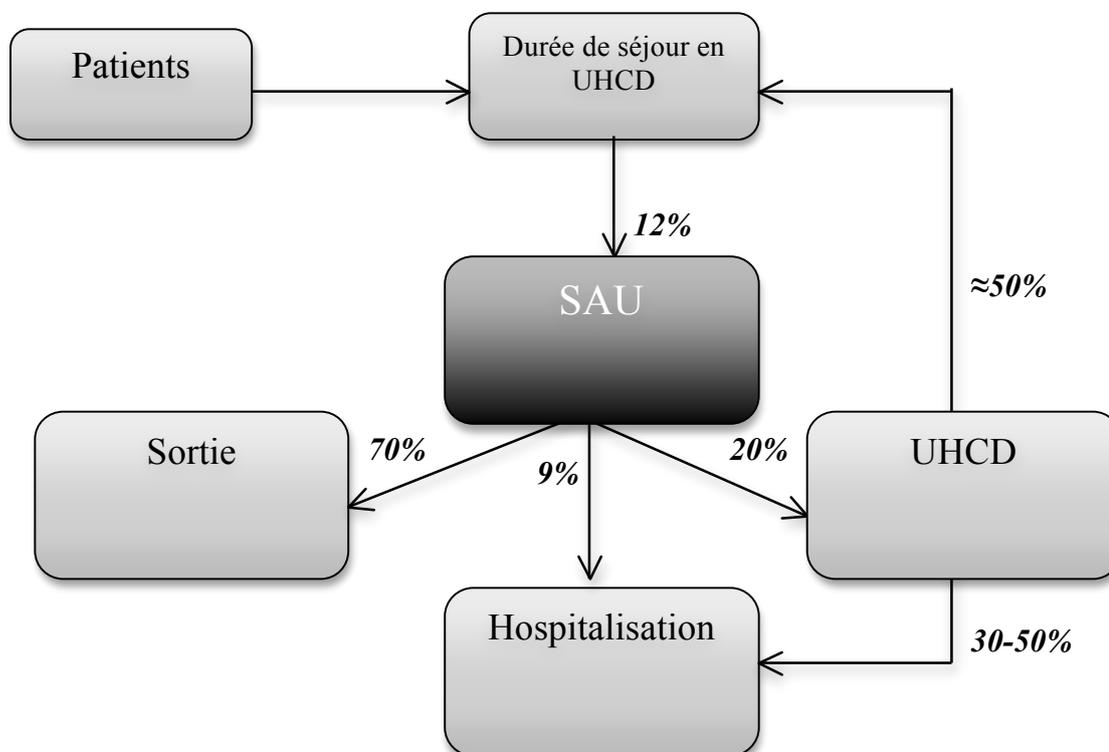
- Si l'UHCD est distincte des urgences.
- Si le nombre de passages au SAU est supérieur à 50 000 / an.
- Si l'UHCD possède des lits de soins continus (par fonctionnement décidé et approuvé en Comité Médical d'Etablissement, CME).

## **II.5. Impact de ces unités en France.**

On considère en France que l'UHCD permettrait d'éviter environ 500 000 à 1 million d'hospitalisations conventionnelles (7).

La relation entre les unités d'UHCD et la médecine de ville est ici prédominante pour les patients sortant de l'UHCD et créer un lien Médecine de Ville-Urgences est fondamental. La

SFMU considère d'ailleurs comme « essentielle » la rédaction d'un courrier de sortie, remis ou envoyé le jour même au patient et destiné à son médecin traitant ; elle considère « souhaitable » le fait de joindre le médecin traitant par téléphone pour toute sortie au moment de celle-ci (7). Ce système est illustré dans la Figure 1.



**Figure 1 : Schéma représentant le lien entre la ville, l'hôpital et l'UHCD (4), (22), (12), (23), (24) et (25).**

Une étude de 1989 réalisée dans les premiers centres possédant une UHCD montrait une diminution du taux d'hospitalisations médicalement inappropriées (HMI) obtenue par une meilleure utilisation et par un recours plus fréquent aux hospitalisations de très courtes durées au sein du SAU (26).

Une étude locale (Marseille, 2006) montre une amélioration des conditions de travail pour le personnel et une amélioration de l'ambiance générale (27). Cela serait probablement à réévaluer au niveau national car une étude sur Saint Vincent portant sur les conditions de travail des équipes aux urgences montrait une détérioration depuis deux ans des modalités de travail (juillet 2013). Cela pourrait s'expliquer par l'augmentation du nombre de consultants.

Les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée ont montré leur intérêt dans la prise en charge de certaines pathologies ne nécessitant pas une hospitalisation classique (intoxication médicamenteuse volontaire (IMV), crise d'asthme simple, ...).

L'étude de Lang et collaborateurs en 1995 (28) a mis en évidence que 18 à 25% des hospitalisations étaient inutiles et que le passage par l'UHCD aurait pu permettre une meilleure organisation des prises en charge.

Avec un taux de retour à domicile de 50%, les médecins généralistes reprennent en charge leurs patients après des passages courts aux urgences et en sont plutôt satisfaits avec la nécessité absolue d'un compte rendu informatif (29).

## **II.6. Recommandations actuelles sur l'UHCD**

Les rôles exacts des UCHD sont clairement définis depuis 2001 par la SFMU. L'ensemble du fonctionnement de cette aile des urgences, notamment au niveau du choix des patients, de la prise en charge et des objectifs de l'hospitalisation doit être précisé dès le début par le chef de service et consigné dans un dossier consultable.

La gestion du personnel, en fonction des horaires notamment et l'informatisation sont recommandées pour permettre une évaluation et éviter les dérives.

Pour être admis à l'UHCD, les patients doivent être identifiés comme appartenant à l'un des quatre groupes suivants (Annexe 1) :

- **Groupe 1 (G1)** : retour à domicile prévu dans les 24 heures,
- **Groupe 2 (G2)** : mise en observation avant orientation,
- **Groupe 3 (G3)** : en attente de lit d'hospitalisation conventionnelle disponible,
- **Groupe 4 (G4)** : admission pour valorisation d'activité.

Cette classification est subjective car non basée sur des valeurs cliniques strictes ou biologiques.

Il est clairement exprimé, dans les recommandations de la SFMU, qu'un patient du groupe 1 (G1) ne sortira pas systématiquement à 24 heures mais que c'est une évaluation initiale (17).

Le groupe 2 (G2) est destiné aux patients avec doute diagnostic ou contrôle biologique et ne présage ni d'un retour à domicile ni d'un transfert de manière certaine ; en cela, il fait un pont avec le groupe 3.

Le groupe 3 (G3) est de l'hébergement simple mais n'est normalement pas destiné au patient qui requiert une hospitalisation conventionnelle sans passage préalable aux urgences.

Il ne doit pas être utilisé pour les patients avec une hospitalisation programmée ou programmable (sans pathologie aigüe).

Le groupe 4 (G4) est moins clairement défini mais regroupe les patients hébergés pour des raisons de structure, l'attente d'avis spécialisés ou d'examens répétés prolongeant le séjour dans la zone d'accueil sans justifier pleinement d'un séjour en UHCD (manque de place en UHCD).

Le groupe 4 explique l'inclusion des patients pris en charge en SAUV ou « salles de déchoquage » puis passés en lit UHCD (de manière administrative). En effet, comme le préconise la SFMU, les patients nécessitant une prise en charge technique lourde doivent être inclus de façon à valoriser le temps passé auprès de ces patients.

Il peut également être utilisé pour les patients qui nécessitent une surveillance clinique rapprochée en hospitalisation mais gardés en salle faute de place.

## **II.7. Autres recommandations**

La SFMU recommande la classification des patients :

❖ **Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)** (Tableau CCMU Annexe 5)

Cette classification a été définie en 1994 par l'association pour la recherche aux urgences, elle est reproductible car les éléments utilisés pour classer les malades sont ceux utilisés par un groupe homogène de médecins aux urgences.

Les patients sont regroupés en 5 classes principales selon l'appréciation subjective de l'état clinique initial. Les deux premières incluent les malades dont l'état clinique est jugé stable, la classe III comporte les patients dont le pronostic vital n'est pas jugé engagé, les classes IV et V comprennent les malades dont le pronostic vital est jugé engagé.

Deux autres groupes sont isolés mais ne seront pas utilisés directement dans cette étude :

- ❑ **CCMU D** : Pour les patients décédés à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences sans qu'une réanimation ne soit entreprise.
- ❑ **CCMU P** : Pour les patients psychiatriques ; par cela, on entend aucune pathologie somatique expliquant l'état du malade.

❖ **La Classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil (GEMSA)** (Tableau GEMSA Annexe 5)

Cette classification en 6 groupes est basée selon leurs modes d'admission et de sortie. Chaque classe regroupe des patients pour lesquels la charge en soins médicaux et paramédicaux et le volume des examens complémentaires est globalement équivalente. La charge de travail pour le personnel médical et infirmier est plus lourde pour les groupes 4 et 6. Cette classification est réalisée rétrospectivement et prend en compte le mode d'arrivée des patients et le mode de sortie des SAU.

Ces deux classifications sont utilisées souvent de manière conjointe notamment avec l'informatique pour évaluer le type de patient et leur prise en charge.

### ❖ **Recommandations de non-admission**

Certains patients ne devraient pas être admis en UHCD selon la SFMU (17) :

- les patients dont la pathologie est clairement identifiée et relevant à l'évidence, dès l'accueil, d'un service de spécialité (patient stable sans problème aigu). Le passage aux urgences de ces patients aurait pu être évité par une hospitalisation programmée.
- les patients graves relevant d'emblée d'un service de réanimation, par exemple, nécessitant une ventilation artificielle ou un monitoring invasif.
- les patients déjà hospitalisés. L'UHCD n'est pas, par définition, le lieu d'accueil des urgences intra-hospitalières ou des patients hospitalisés devenus instables (sauf sous certaines conditions dépendant des conditions d'accueil de l'hôpital).
- les patients sortant du bloc opératoire après une intervention chirurgicale.
- les patients « programmés » (attendus), même pour des durées inférieures à 24 heures (hébergement).

La SFMU recommande l'utilisation de l'informatique à posteriori pour mieux gérer le pool de patients car elle permet de diminuer le temps moyen de passage sur le site et la gestion de l'espace (30).

Dans tous les cas, la sortie du service des urgences d'un patient doit être assurée par un senior des urgences, qu'il y ait ou non, avis spécialisé (17).

## **II.8. Evaluation de l'UHCD selon les critères SFMU**

Les critères d'évaluation sont définis par des recommandations spécifiques pour l'UHCD depuis 2001 et peuvent être synthétisés par deux tableaux (Annexe 3 et 4).

### **II.8.1. Les critères permettant une évaluation qualitative**

- ❖ Organisation qui regroupe le patient, son dossier, durée de séjour, le médecin traitant.
- ❖ Locaux (bien séparés des urgences), le matériel ainsi que le personnel.

### **II.8.2. Les critères permettant une évaluation quantitative**

Ils permettent d'évaluer plus spécifiquement la partie quantitative qui est jugée indispensable.

- Nombre de patients admis,
- DMS (en heures),
- Nombre et pourcentage de patients restés plus de 24H,
- Répartition en groupe de la SFMU,
- Nombre et pourcentage de gestes d'urgence vitale réalisés à l'UHCD (intubation, voie veineuse centrale, ventilation artificielle),
- Devenir des patients.

La SFMU précise qu'il est nécessaire que l'UHCD soit réévaluée au moins une fois par an et que soient référencées les procédures de soins dans un cahier consultable. Les protocoles de soins doivent être validés par le chef de service et ainsi prouver le suivi du service et de son fonctionnement.

L'informatisation est considérée comme indispensable car elle permet rapidement d'effectuer les statistiques et de repérer les problèmes d'admissions, d'aval ou de dérives.

## **II.9. Dérive de l'utilisation des UHCD**

Ces recommandations, bien que précises, laissent à chaque structure et à chaque chef de service une grande souplesse d'adaptation au milieu et aux conditions de fonctionnement. Cependant, les contraintes rencontrées au sein des services d'Urgences entraînent des dysfonctionnements repérables avec ces outils. Le rôle initial de l'UHCD étant de recevoir

des patients de groupe 1 et 2 pour lesquels la durée d'hospitalisation prévue en UHCD n'excède pas 24h, la représentation des groupes 3 et 4 ne devrait y être qu'exceptionnelle. L'activité et les difficultés rencontrées par les services d'urgences, principalement marquées par les problèmes de flux, écartent parfois les services des lignes de recommandation.

Dans un environnement où la durée et la qualité de vie croissent progressivement en partie suite aux progrès de la médecine, on estime en France que la proportion des personnes de plus de 75 ans aura doublé en 2040, passant de 8,2 % de la population générale en 2002 à 16,1 % en 2040. Cet accroissement sera encore plus marqué pour les personnes de plus de 85 ans dont le nombre passera de 1 100 000 en 2005 à 1 900 000 en 2015 (31). Ces patients âgés représentent jusqu'à 50% des hospitalisations par les urgences (32) et ont une durée d'hospitalisation plus longue.

L'âge des patients influe directement sur le temps de passage aux urgences mais aussi sur l'occupation de l'UHCD. Une étude de 2001 (n=29051) s'intéressant plus particulièrement aux personnes âgées montrait que les plus de 70 ans représentent 55 % de l'effectif de l'unité de courte durée. Pour les patients restant au delà des 24 heures, les durées de séjours sont de 1,7 jours pour les moins de 60 ans, 2,1 et 2,2 jours de 60 à 65 ans et de 65 à 70 ans. Après 75 ans (n=3162), ce chiffre s'élève à 3,2 jours avec une durée maximum de 28 jours en UHCD (33).

Le vieillissement de la population oblige l'UHCD à gérer des patients de plus de 80 ans.

Il y a de plus en plus d'admissions en UHCD en dehors des recommandations qui peuvent s'expliquer principalement par la durée de séjour notamment chez les patients âgés.

En 1997, la DMS en UHCD était de 24H +/- 14H et, dans certains hôpitaux, cette zone était la seule pouvant accepter les entrées après 18H (12).

Les fonctions d'hébergement et de zone tampon sont probablement la dérive la plus fréquente rencontrée en UHCD. Une étude réalisée du 15 juillet au 15 août 2003 (34) a montré que, lors

de la fermeture de service dans les hôpitaux durant les périodes estivales, le nombre de passage et la DMS en UHCD augmentaient significativement.

Les zones d'UHCD ne sont pas des unités de soins palliatifs malgré qu'un certain nombre de patients y soient adressés pour ce motif. Les filières de soins palliatifs étant encore peu nombreuses, la survenue de décès en UHCD reste relativement fréquente (35).

Une étude au centre hospitalier de la Pitié Salpêtrière à Paris en 2001 (36) montrait un taux de décès de 0,12% des passages aux Urgences ou 1,46% des UHCD. Plus de 61 % de ces décès avaient une prescription de limitation de soins actifs et seuls 8.3% des patients avaient rencontré l'équipe mobile de soins palliatifs.

Le service des Urgences de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris a transformé son UHCD en service de gériatrie et s'est vu contraint de créer une Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée au sein du service d'accueil. Si l'efficacité du principe a été prouvée (50% d'absorption des hospitalisations), cette solution s'est avérée non satisfaisante avec une augmentation de la durée de séjour (34).

L'analyse des groupes définis par la SFMU et leurs interactions avec d'autres critères permettent de définir et d'expliquer certaines anomalies.

- Un nombre important de patients du groupe 3 ou 4 permet d'identifier un problème d'aval.
- Un pourcentage important de transfert en réanimation peut révéler de mauvais critères d'admission.
- Un trop grand nombre d'hospitalisations après l'UHCD peut poser la question sur l'intérêt d'un passage en UHCD ou montrer un rôle tampon de l'UHCD trop important.

En respectant les recommandations de la SFMU, des études indiquent que l'on pourrait diminuer de 10 % les admissions non justifiées dont 36% de patients du groupe 3 de la classification SFMU (37).

### **III. TRAVAIL PERSONNEL**

### **III.1. Centre de l'étude**

L'étude s'est déroulée sur le centre hospitalier de Saint Vincent de Paul qui fait partie du groupe hospitalier de l'institut Catholique de Lille (GHICL). Le GHICL comprend les centres hospitaliers Saint Philibert à Lomme, Saint Vincent et Saint Antoine à Lille ainsi que la clinique Sainte Marie à Cambrai.

Les hôpitaux du GHICL sont des établissements privés d'intérêt collectif. Tous les soins sont dispensés au tarif conventionnel sans dépassement d'honoraires.

#### **III.1.1. Présentation du centre hospitalier de Saint Vincent de Paul**

Le centre hospitalier, qui est situé boulevard de Belfort à Lille dans le quartier Lille Moulin, a pour particularité d'être situé plus proche du centre ville que le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille (CHRU) et plus accessible que l'hôpital Saint Philibert à Lomme.

Il possède différents services de médecine :

- Clinique médicale regroupant :
  - Médecine polyvalente
  - Médecine gériatrique
  - Soins de suite
- Onco/Hématologie
- Neurologie
- Pneumologie
- Dermatologie
- Soins palliatifs
- Unité médico-sociale et Psychiatrique

### Un pôle chirurgical

- Chirurgie Viscérale
- Chirurgie Orthopédique

### Un pôle mère-enfant

- Maternité
- Pédiatrie (médicale et chirurgicale)
- Gynécologie (médicale et chirurgicale)

L'hôpital Saint Vincent ne possède pas de soins intensifs ni de réanimation.

Par conventions internes et situation juridique, l'hôpital Saint Vincent de Paul est rattaché à l'hôpital Saint Philibert où il existe des services complémentaires :

- Réanimation.
- Neuro-vasculaire.
- Cardiologie avec Unité de soins intensifs cardiologiques (USIC).
- Chirurgie digestive et thoracique.
- Gériatrie.

### **III.1.2. Entrées / Locaux / Personnel**

Le service d'accueil des urgences adultes de Saint Vincent de Paul compte environ 32 000 entrées par an (2012) en augmentation depuis 20 ans.

Au niveau national, une croissance de 64% a été observée entre 1990 et 2001 dans tous les SAU des établissements publics (38) et une estimation nationale de l'évolution pour les années 2030 montre une augmentation du nombre de consultations (10.2%) ainsi qu'un vieillissement des consultants (30% de plus de 60 ans) (39).

L'UHCD possède un taux de remplissage supérieur à 100% en raison des patients inclus dans le groupe 4 (G4) de la SFMU (patients du déchoquage et ceux gardés en salle pour surveillance) (taux de 2012). Ce taux est en diminution depuis deux ans suite à la restructuration et au développement de l'hôpital (240% en 2010).

### **Locaux**

Le SAU de Saint Vincent comporte 7 salles d'examen avec moniteurs de surveillance, deux places de déchoquages monitorisées, 7 lits d'UHCD, une salle de suture et de plâtre avec deux places pour des brancards, une salle d'examen classique et un cabinet médical pour la petite traumatologie et les consultations qui auraient pu relever de la médecine générale.

Tous les moniteurs sont centralisés dans la salle de soins de l'UHCD (16 lignes de surveillance).

L'imagerie standard (radiologie, scanner, échographie) est disponible 24h/24 avec une salle de radiologie dans le service et un manipulateur en radiologie. Un radiologue est sur place la journée et d'astreinte en période de garde. L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) n'est accessible que pendant la journée.

L'hôpital dispose d'un laboratoire pour les analyses les plus courantes. Les examens biologiques moins fréquents sont adressés par transport urgent à l'hôpital Saint Philibert.

### **Personnel**

Tout patient se présentant aux urgences est pris en charge par l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (IAO) qui coordonne la prise en charge du patient et met en œuvre, par délégation du médecin sénior, les protocoles d'orientation jusqu'à l'hospitalisation si besoin (40) conformément aux textes de lois.

L'équipe soignante est composée de :

- 1 IAO
- 2 IDE d'accueil
- 1 IDE d'UHCD
- 1 Aide soignant d'accueil de jour
- 1 aide soignant d'UHCD 24/40
- 1 à 3 brancardiers (1 de nuit, 3 de jour)
- 1 cadre de santé de jour

Une équipe médicale de 8,5 équivalents temps plein, composée de 5,5 praticiens hospitaliers et 3 assistants spécialisés, assure la permanence des soins.

Il faut ajouter 5 internes en poste aux urgences pour compléter la présence médicale de jour.

Les gardes d'internes sont assurées par la totalité des internes du site (n=21).

Le service fonctionne en semaine avec :

- 2 médecins séniors (8-20h / 9-19h)
- 1 médecin sénior de garde (18h30-8h30)
- 2 internes de jour et 2 de garde sur les mêmes plages horaires

Les week-ends et jours fériés :

- 1 médecin sénior de 8 à 14h (UHCD)
- 1 médecin sénior de garde (8h30 – 18h30 / 18h30 – 8h30)

L'UHCD est gérée par l'un des séniors 7 jours sur 7.

### **III.2. Matériel et méthode**

L'étude s'est déroulée sur une période allant du 13 février 2013 au 2 avril 2013 au matin inclus (soit 48 jours) afin d'avoir un nombre de patients représentatif (>400).

Le but principal de l'étude est d'analyser l'utilisation de l'UHCD face aux recommandations de la SFMU et de rechercher les facteurs prédictifs d'écart à ces recommandations.

Dans un second temps, elle a pour objectif de voir ce qui pourrait être envisagé pour améliorer son utilisation.

Pour cela, seront particulièrement étudiés les durées d'hospitalisations supérieures à 24 heures, les patients nécessitant des soins réanimatoires, les décès non prévisibles ainsi que les mutations internes.

Parallèlement, l'étude permettra de rechercher s'il y a une concordance entre la demande d'hospitalisation par le médecin traitant et l'hospitalisation effective.

Cette étude tentera également de mettre en évidence les facteurs influençant les durées d'hospitalisations hors recommandations.

A cet effet, 44 items, principalement cliniques et administratifs ainsi que 16 paramètres calculés, seront comparés. Les données ont été relevées par questionnaires ainsi que par données informatiques.

### **III.2.1. Méthodologie et questions**

C'est une étude prospective incluant les patients hospitalisés aux urgences. Le recueil des données a été réalisé grâce à des questionnaires papiers nominatifs avec accord du patient.

Les dossiers patients retenus l'ont été sur des critères médicaux et administratifs :

- Nécessité d'une prise en charge prolongée avec besoin d'hospitalisation sur le site de St Vincent
- Admission administrative en hospitalisation

Les patients pris en charge uniquement dans la salle de déchoquage mais directement transférés ou réorientés ont été exclus dans un second temps.

Le questionnaire relevait les informations suivantes (Annexe 2) :

- Date d'entrée.
- Motif regroupé en pathologie par organe par l'IAO.
- La classification CCMU.
- La personne adressant le patient avec notamment la présence de courrier et la demande d'hospitalisation explicite ou non.
- Le moyen de transport pour le patient.
- Le lit et zone occupé par le patient ainsi que son cheminement.
- Dans le cas où le patient descend d'un étage ou d'un autre centre, il faut préciser le service et le centre si nécessaire.
- La classification SFMU des hospitalisations aux urgences (pour l'UHCD) ; motif pour lequel le patient est gardé.
- Le but de l'hospitalisation en UHCD.
- Critères supplémentaires d'analyse :
  - ✓ L'existence d'une pathologie psychiatrique
  - ✓ Patient poly-pathologique
  - ✓ L'attente d'examens complémentaires (scanner, fibroscopie, électro-encéphalogramme).
  - ✓ La réalisation de gestes réanimatoires (intubation, voie centrale, ventilation non invasive ...).

Il a été décidé de ne pas détailler tous les types d'examens en raison de la lourdeur de mise en place et, de surcroît, cela ne correspondait pas au but de notre étude.

- Diagnostic de sortie (CIM10)
- Date et heure d'entrée et de sortie en UHCD
- Devenir du patient

L'accord de la CNIL a été sollicité pour la réalisation de cette étude sachant que l'anonymisation a été effectuée dès la sortie de l'hôpital lors de la fabrication de la base de donnée informatique.

**Accord éthique de la CNIL en date du 02/03/2013 : Enregistrée à la CNIL sous le numéro 1656588 (Annexe 6)**

### *III.2.1.1. Critères d'inclusion*

Ils regroupent les patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois, hospitalisés dans le service des urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent entre le 13/02/2013 et le 2/04/2013. Les patients ont été hospitalisés en UHCD ou en salle d'examen, selon les cas et les places disponibles.

Les questionnaires et l'inclusion ont été réalisés par les internes et les séniors du service.

Un contrôle des admissions administratives en UHCD a permis une exhaustivité optimale.

Administrativement, tout transfert au départ du service d'accueil des urgences vers un autre site est considéré comme une hospitalisation en UHCD. Cette pratique concerne principalement des patients pris en charge en SAUV et respecte les consignes de la SFMU dans le cadre du groupe 4. Il a été décidé d'exclure les dossiers qui n'ont objectivement pas nécessité d'hospitalisation sur le site selon les critères de temps de prise en charge, de gravité ou d'orientation (17).

Certains patients sont hospitalisés en salle du secteur d'accueil avec une surveillance monitorisée et centralisée. Ce problème de place se rencontre principalement la nuit :

- ❖ Surveillance cardio-vasculaire sans signe de gravité avec ou sans surveillance enzymatique.
- ❖ Surveillance de traumatismes crâniens.
- ❖ Surveillance d'intoxication à faible potentiel de gravité.
- ❖ Encadrement psychiatrique initial.
- ❖ Surveillance clinique et attente d'examens complémentaires sans urgence vitale.

Globalement, les motifs et conditions de prise en charge à l'accueil sont les mêmes que pour l'UHCD qui ne peut accueillir les patients faute de place.

### ***III.2.1.2. Critères d'exclusion et patients non admis***

La non-inclusion des patients dans l'étude a été décidée sur des critères médicaux indépendants du facteur « durée de passage ». Cette non inclusion était décidée par deux avis et justifiée par :

D'une part, une prise en charge médicale de type soins externes terminée.

D'autre part,

- L'attente d'une possibilité de sortie (réactivation des transports en commun, attente d'ambulance, grand âge et isolement social en nuit profonde)
- Une protection environnementale ou administrative (météo, patient mineur, ...)
- Une situation sociale ne dépendant pas de notre structure.

Enfin, la non-inclusion se base sur des critères administratifs de justification d'hospitalisation.

Les patients pris en charge uniquement en salle de déchoquage ont été secondairement exclus.

Ces patients ont été orientés directement après une prise en charge d'urgence. Aucune décision d'hospitalisation sur le site n'a été décidée.

Certains dossiers ont dus être exclus car ils étaient incomplets malgré l'informatisation du dossier médical des urgences.

Dans ce contexte, quelques biais sont possibles.

### ***III.2.1.3. Biais de l'étude***

La principale source de biais est apparue sur les dossiers des patients en zone d'urgence vitale.

L'inclusion des patients dans l'étude dépendait de la rapidité d'organisation de l'orientation des patients et de leurs départs effectifs du service, ce critère restant subjectif.

L'hôpital Saint Vincent de Paul a une vocation sociale reconnue qui peut interférer sur la population de l'étude.

D'une manière globale, nous pouvons relever comme biais :

- **Sélection** -car un centre ne peut être considéré comme représentatif même si les patients consultants ne sont pas sélectionnés et par l'exclusion des dossiers de patient passant uniquement par la salle d'urgence vitale.
- **Echantillon** -car réalisé sur une durée limitée avec des variations saisonnières et environnementales.  
-La période de relevé n'incluait à notre connaissance aucune manifestation populaire ni aucun jour férié mais deux semaines de congés.
- **Mesure** par exemple la classification SFMU est une évaluation déterminée au moment de la décision d'hospitalisation en UHCD, qui contrairement à la CCMU n'est pas prouvée reproductible.
- **Attrition** par perte de patients, par perte de données malgré l'informatisation (fugue, perte de dossier).
- **Publication** et **Confirmation** qui devraient être évitables mais ne le sont pas (par définition).

## **III.2.2. Réalisation des statistiques**

### ***III.2.2.1. Analyses statistiques***

Les analyses ont été effectuées par la plateforme d'aide méthodologique du service d'information et des archives médicales à la clinique de santé publique du CHRU de Lille par l'équipe du Dr Emmanuel CHAZARD.

Les tests statistiques simples (test de Student, Chi2 et Le test exact de Fisher) ont été réalisés sous Excel<sup>®</sup> et complétés à l'aide du Dr Jean BOUQUILLON.

Le seuil de signification retenu est inférieur à 5% ( $p < 0.05$ ) et les intervalles de confiance sont à 95%.

## **III.3. Résultats**

L'étude est prospective et mono-centrique, elle s'est déroulée du 13 février 2013 au 2 avril 2013 incluant une période de vacances scolaires du 16 février au 3 mars 2013.

Durant la période de l'étude, le Service d'accueil des urgences de Saint Vincent a accueilli 4281 patients soit 90 patients par jour.

Le temps de journée représente 32.7% du temps de fonctionnement contre 67.3% en période de garde.

Les 7 lits d'UHCD sont utilisés sept jours sur sept mais le taux d'occupation est supérieur en raison des valorisations d'activités recommandées par la SFMU (déchoquage et patients surveillés en salle).

L'étude a duré 48 jours, avec 7 lits potentiels soit un total de :  $48 * 7 = 336$  patients

La moyenne est de 8,89 patients par jour.

Durant la période, 513 dossiers sont inclus initialement, 480 ont été retenus par sélection administrative (hospitalisation en UHCD cotée). Enfin, 53 dossiers ont été retirés de l'étude car ils ne concernaient que la salle de déchoquage. Au total, 427 dossiers sont inclus.

Sur la période étudiée, 10% des patients sur les consultants au SAU (n=4281) seront hospitalisés en UHCD.

Sur les 427 patients inclus, 91 (21%) devraient correspondre au G4 de la SFMU (potentiellement 336 lits sur la période).

L'étude permet de mettre en évidence 174 patients soit 41 % de patients en dehors des recommandations comme le montre la Figure 2.

<b>Hors recommandation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	253	59	[54.41-63.92]
<b>Oui</b>	174	41	[36.08-45.59]
<b>Total</b>	427	100	-

**Figure 2 : Tableau du nombre de prise en charge hors des recommandations de la SFMU.**

Dans l'étude, les patients considérés en dehors des recommandations sont ceux :

- Dont la durée de séjour excédait 24h : 151 patients soit 35% avec IC à [30.86-40.13].
- Déjà hospitalisés puis mutés en UHCD soit 5% (n=21) avec IC à [3.15-7.54].
- Recevant une prise en charge réanimatoire avec 7% (n=29) avec IC [4.67-9.72] initialement puis 12% (n=53) avec IC [9.51-16.01] durant le séjour en UHCD.

Les traitements réanimatoires selon la SFMU sont (17) :

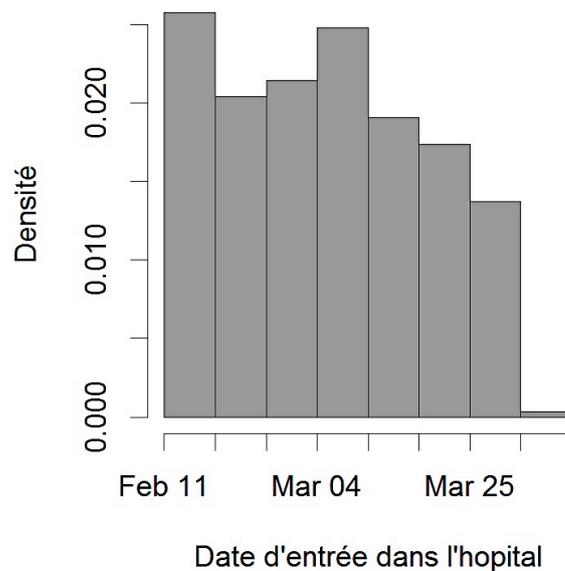
- ❖ Ventilation assistée ou artificielle
- ❖ Voie centrale
- ❖ Monitoring invasif

❖ Patient dont la prise en charge aurait nécessité une unité de soins continue ou de réanimation.

- Décédés aux urgences avec une mort prédictible soit 1% (n=5) avec IC à [0.43-2.87].

### III.3.1. Période de consultation et répartition

La répartition sur les 48 jours de l'étude des 427 patients est illustrée par la Figure 3 :



**Figure 3 : Répartition des Hospitalisations**

### III.3.2. Statistique descriptive

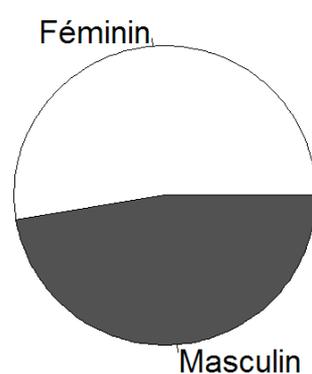
#### III.3.2.1. Démographie

##### III.3.2.1.1. Sexe

La population présente une majorité de femmes, 53% contre 47 % d'hommes (Figure 4 et Figure 5).

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Féminin</b>	224	53	[47.72-57.4]
<b>Masculin</b>	203	47	[42.6-52.28]

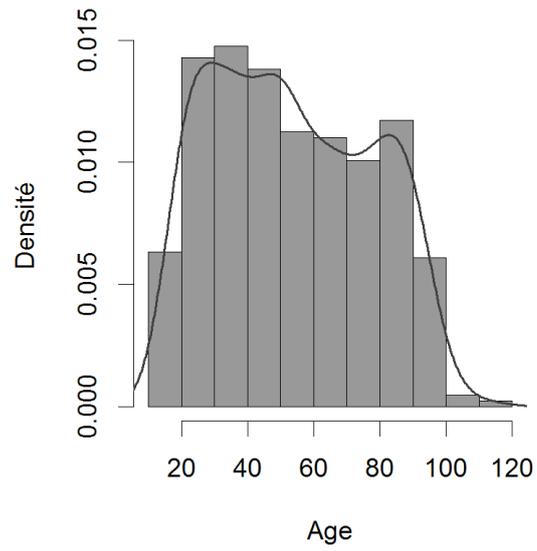
**Figure 4 : Répartition hommes / femmes.**



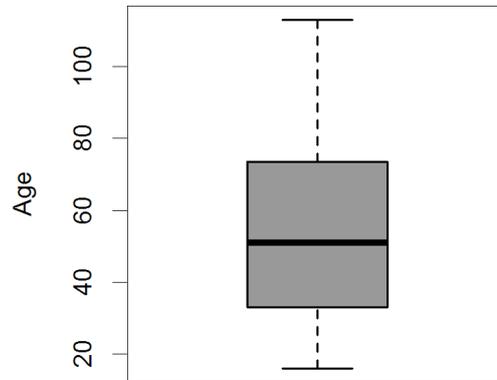
**Figure 5 : Diagrammes circulaires de la répartition hommes / femmes.**

### III.3.2.1.2. Age

La moyenne d'âge des patients est de 53,4 ans (n=427) avec IC [51,21 ; 55,69], une médiane de 51 ans et un écart type de 23,5 ans (Figure 6, Figure 7).

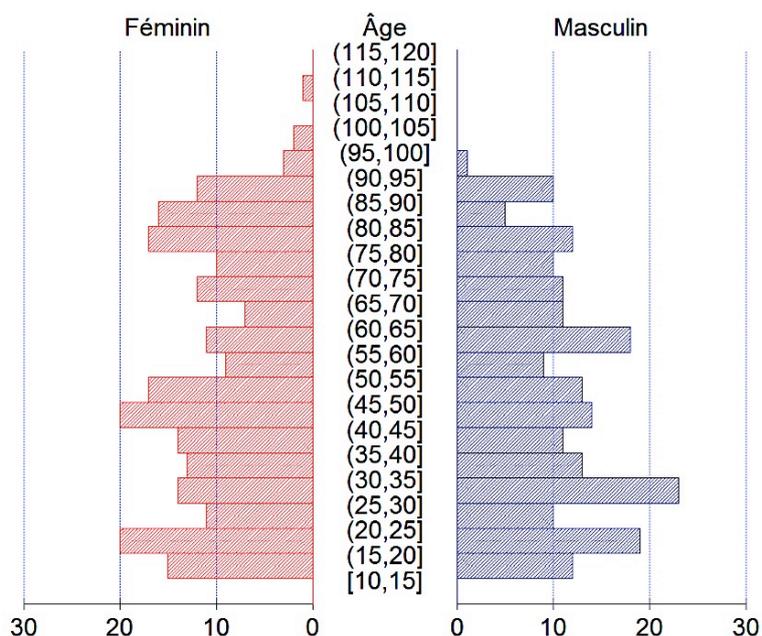


**Figure 6 : Histogramme de la densité des âges.**



**Figure 7 : Box plot des âges.**

La répartition de la population durant l'étude est représentée par la Figure 8.



**Figure 8 : Pyramide des âges**

### **III.3.2.2. L'admission.**

#### III.3.2.2.1. Motif de Consultation

L'étude met en évidence un grand nombre de patients consultant pour des douleurs abdominales (n=71) soit 17% avec un IC à 95% [13.29-20.58] ou pour douleurs thoraciques (n=45) soit 11% avec un IC à 95% [7.87-13.94].

Les tentatives de suicides sont principalement des intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) et représentent 14% (n= 59) avec un IC à 95% [10.76-17.54].

Les dyspnées représentent 12% (n=50) avec un IC à 95% [8.89-15.24].

La répartition est représentée dans le tableau suivant (Figure 9) et sous forme graphique (Figure 10).

Motif IAO	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Douleur abdominale	71	17	[13.29-20.58]
Tentative de suicide	59	14	[10.76-17.54]
Dyspnée	50	12	[8.89-15.24]
Douleur thoracique	45	11	[7.87-13.94]
Trouble neurologique /malaise	41	10	[7.06-12.9]
Traumatisme crânien	39	9	[6.65-12.37]
Traumatisme/chute	35	8	[5.85-11.32]
AEG/maintien a domicile impossible	32	7	[5.26-10.52]
Ethylisation	26	6	[4.09-8.91]
Anémie	12	3	[1.53-4.99]
Problème vasculaire	11	3	[1.36-4.7]
Problème urologique	6	1	[0.57-3.19]
Total	427	100	-

Figure 9 : Tableau des motifs de consultation.

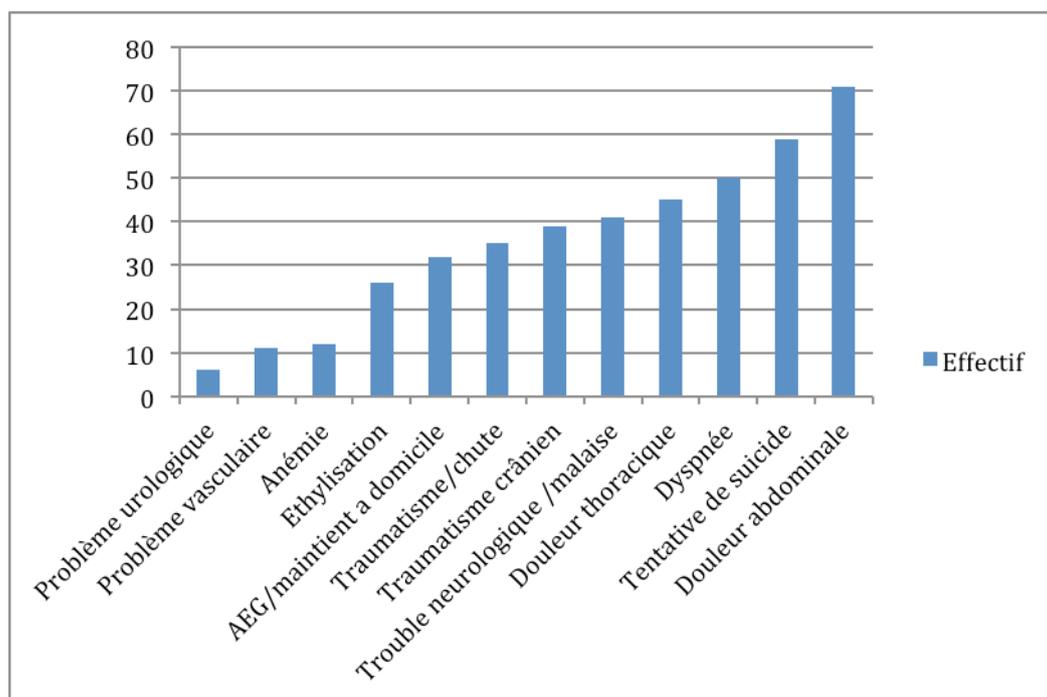


Figure 10 : Histogramme des motifs de consultation.

### III.3.2.2.2. GEMSA

L'étude n'a relevé une répartition que dans deux groupes de cette classification.

- **Le groupe 4** correspondant aux patients non attendus dans un service et hospitalisés après passage au SAU.
- **Le groupe 6** correspondant aux patients nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate, importante et prolongée (ces patients sont ceux nécessitant des soins réanimatoires durant l'étude).

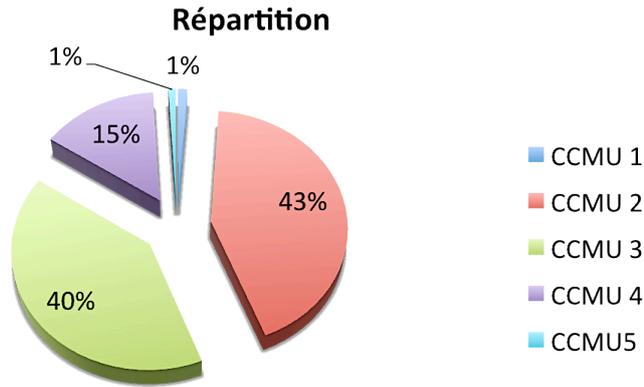
### III.3.2.2.3. CCMU (cf. Annexe 5)

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>CCMU 1</b>	5	1	[0.43-2.87]
<b>CCMU 2</b>	183	43	[38.13-47.71]
<b>CCMU 3</b>	172	40	[35.62-45.12]
<b>CCMU 4</b>	63	15	[11.6-18.56]
<b>CCMU 5</b>	4	1	[0.26-2.38]
<b>Total. Valides</b>	427	100	-

**Figure 11 : Tableau de la répartition de la classification CCMU.**

L'étude met en évidence une grande majorité de CCMU 2 et 3 avec respectivement 43% (n=183) avec un IC à 95% [38.13-47.71] et 40% (n=172) IC à 95% [35.62-45.12] ; cela représente 83% des hospitalisations en UHCD (n=355) (Figure 11).

Dans la littérature (41), il est constaté aux urgences une prédominance de patients avec une classification CCMU <4 au niveau de l'accueil avec 97% (n =1597). Dans cette étude, cette proportion est de 84% (n= 360) en UHCD (Figure 12).

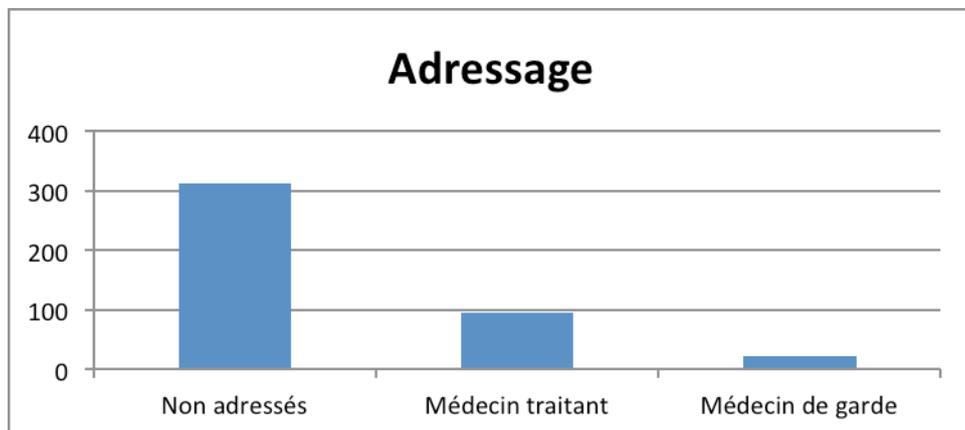


**Figure 12 : Diagramme de la répartition de la classification CCMU.**

#### III.3.2.2.4. Adressage des patients et courriers

Adressage	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non adressés	311	73	[68.3-76.95]
Médecin traitant	95	22	[18.45-26.55]
Médecin de garde	21	5	[3.15-7.54]
<b>Total</b>	427	100	-

**Figure 13 : Tableau de la répartition de l'adressage des patients.**



**Figure 14 : Histogramme de la répartition de l'adressage des patients.**

Les patients hospitalisés sans qu'ils ne soient adressés par un médecin sont 311 soit 73% avec IC à 95% [68.3-76.95] (Figure 13 et Figure 14).

Les patients adressés par un médecin (n=116) (médecin traitant ou de garde) sont donc 27% avec :

- 81,8% par le médecin traitant habituel
- 91% des médecins adressent le patient avec un courrier
- 48% des courriers de médecins demandent explicitement une hospitalisation.

### III.3.2.2.5. Mode d'arrivée aux urgences et en UHCD

Le mode d'accès en UHCD est représenté dans les Figure 15 et Figure 16 :

Mode d'arrivée	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Moyen propre	106	25	[20.85-29.26]
Ambulance	163	38	[33.58-42.99]
Pompier	116	27	[23.05-31.7]
SAMU	18	4	[2.59-6.7]
Descente étage	21	5	[3.15-7.54]
Transfert extrahospitalier	3	1	[0.15-2.04]
Total	427	100	-

Figure 15 : Tableau du type de mode d'accès en UHCD.

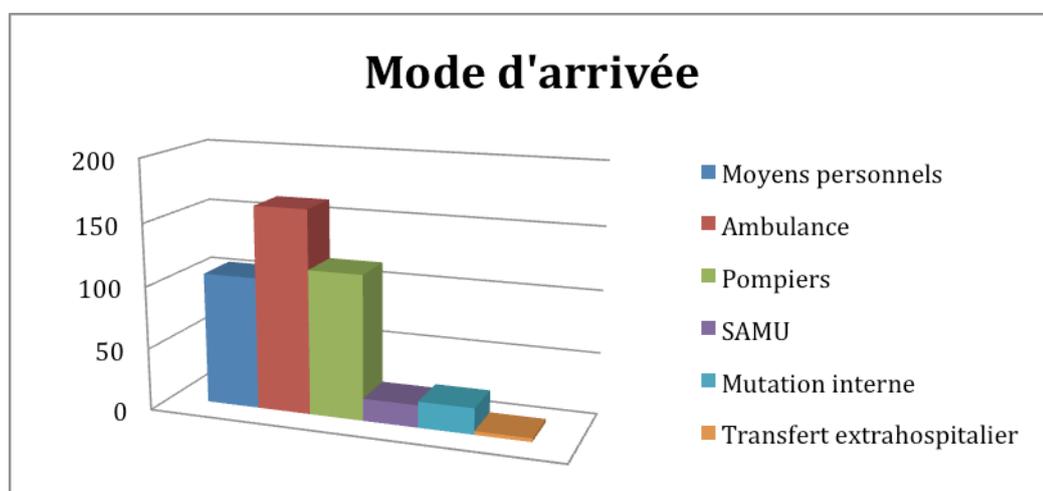


Figure 16 : Histogramme du type d'accès en UHCD.

Dans cette étude, les patients hospitalisés en UHCD, arrivent principalement aux urgences en ambulance avec 38% (n=163) et par les pompiers 27% (n=116) avec IC à 95% [23.05-31.7].

Le nombre de patients se présentant directement au SAU et qui sont hospitalisés en UHCD représente 25% (n=106) IC à 95% [20.85-29.26].

Les patients accédant au SAU puis à l'UHCD par le SMUR sont au nombre de 18 (4% ; IC [2.59-6.7]).

Sur la période étudiée, le nombre de malades mutés des étages (descente d'étage) et donc en dehors des recommandations représente 5% (n=21) IC à 95% [3.15-7.54] des patients.

Ces mutations des étages vers l'UHCD proviennent de :

- La Gériatrie : 33,3% (n=7)
- La Médecine polyvalente : 19% (n=4)
- La Gynécologie : 14,3% (n=3)
- La Dermatologie et la Psychiatrie pour chacune 9,5% (n=2 pour chaque service)
- La Pneumologie, Neurologie, Chirurgie Viscérale, Orthopédie et Hématologie représentent chacune 4,76% (n=1 pour chaque service)

Pour les transferts venant de l'extérieur, les patients ne représentent que 1% (n=3) IC à 95% [0.15-2.04] et viennent soit de structures de soins privées (n=1) ou de l'EPSM d'Armentières (n=2).

### III.3.2.2.6. Parcours de patients.

Parcours de patients	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
UHCD directement	13	3	[1.7-5.28]
Dont {			
• Entrée directe	7		
• Provenant d'un service	6		
Salle seule	142	33	[28.84-37.98]
Dont -Provenant d'un service	1		
Salle puis UHCD	186	44	[38.82-48.42]
Dont -Provenant d'un service	3		
Déchoquage puis UHCD	86	20	[16.5-24.33]
Dont -Provenant d'un service	11		
Total	427	100	-

**Figure 17 : Tableau de la répartition de l'occupation des lits.**

Cette étude montre que 33% (n=142) ; avec un IC [28.84-37.98] des patients sont hospitalisés en salle d'examen sans avoir accès au secteur d'UHCD.

Sur la période étudiée, les patients hébergés directement en UHCD sont 3% (n=13) avec un IC à 95% [1.7-5.28]. Les patients mutés (descente d'étage) directement des étages pour une surveillance rapprochée sont 4,9% (n=21).

La plus grande partie des patients passe par l'accueil des urgences avant d'accéder au service porte. Ils représentent 186 patients soit 44 % avec un IC à 95% [38.82-48.42] (Figure 17).

### III.3.2.3. *Activité UHCD*

#### III.3.2.3.1. Répartition des groupes SFMU

<b>Groupes SFMU</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
Groupe 1	96	22	[18.67-26.8]
Groupe 2	195	46	[40.89-50.53]
Groupe 3	55	13	[9.93-16.52]
Groupe 4	81	19	[15.43-23.08]
Total	427	100	-

**Figure 18 : Tableau de la répartition des groupes de la SFMU**

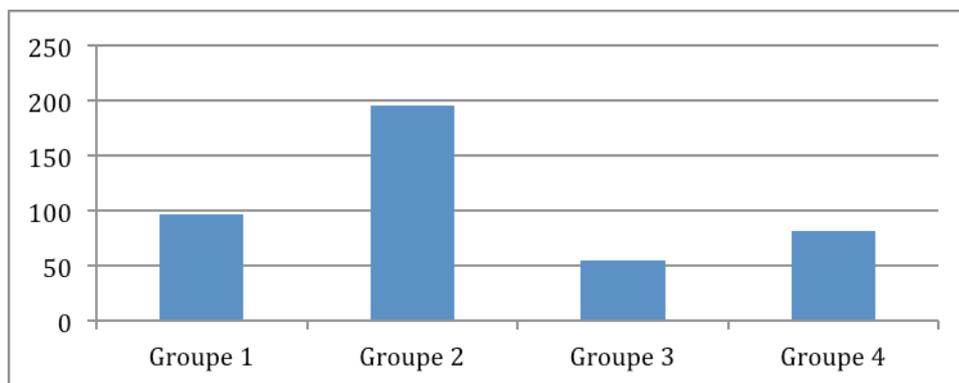
L'analyse retrouve une prédominance du G2 de la SFMU avec 46% (n=195) IC à 95% [18.67-26.8] qui correspond aux patients nécessitant une réévaluation après surveillance pour orientation.

Le G1 représente 22% (n=96) IC à 95% [18.67-26.8] des patients hospitalisés en UHCD avec un retour au domicile prévisible dans les 24h.

La valorisation d'activité (groupe 4 de la SFMU) regroupe 19% des patients (n=81) IC à 95% [15.43-23.08] sachant que les patients passant uniquement par le déchoquage ont été exclus de l'étude.

Sur les patients du G4, 83% (n=67) IC [74.43-91] des patients sont surveillés en salle conventionnelle mais sans lit disponible en UHCD.

Les patients hébergés (Groupe 3 de la SFMU) représentent 55 patients soit 13% avec un IC à 95% de [9.93-16.52] (Figure 18 et Figure 19).



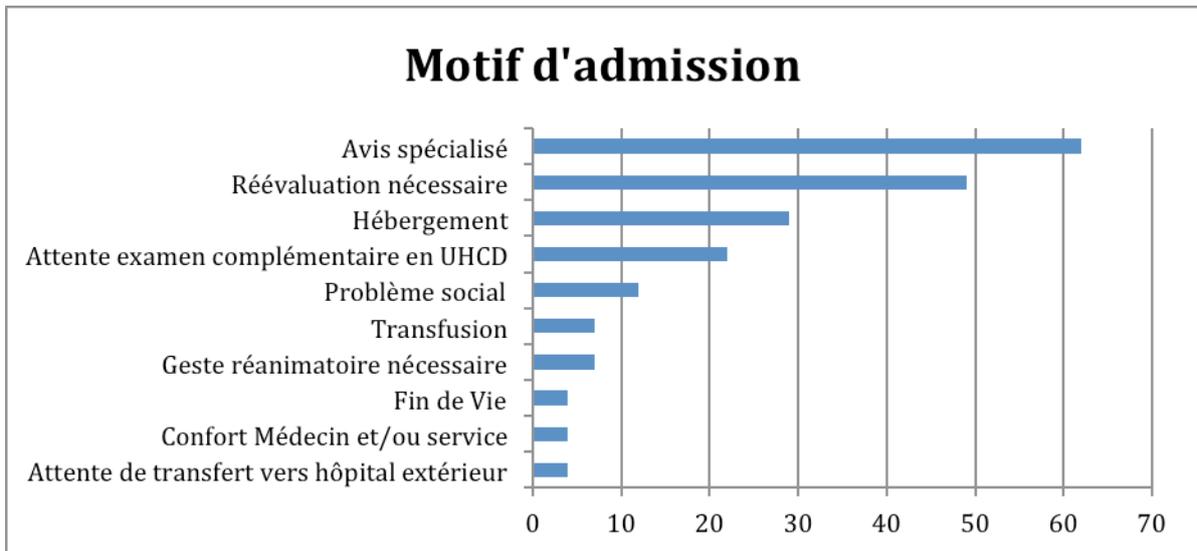
**Figure 19 : Histogramme de la répartition des groupes SFMU**

### III.3.2.3.2. Motif d'entrée en UHCD

Plusieurs motifs d'hospitalisations justifiant l'admission en UHCD étaient possibles (Figure 20 et Figure 21).

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides
Attente de transfert vers hôpital extérieur	15	4	[2.05-5.86]	427
Confort Médecin et/ou service	17	4	[2.41-6.42]	427
Fin de Vie	19	4	[2.77-6.98]	427
Geste réanimatoire nécessaire	29	7	[4.67-9.72]	427
Transfusion	30	7	[4.87-9.99]	427
Problème social	51	12	[9.1-15.49]	427
Attente examen complémentaire en UHCD	92	22	[17.8-25.81]	427
Hébergement	125	29	[25.05-33.88]	427
Réévaluation nécessaire	211	49	[44.58-54.26]	427
Avis spécialisé	263	62	[56.78-66.2]	427

**Figure 20 : Tableau des motifs d'entrée en UHCD**



**Figure 21 : Histogramme des motifs d'entrée en UHCD**

Les réévaluations en UHCD sont réalisées par un médecin urgentiste dans 49% des cas (n=211) IC à 95% [44.58-54.26] et par un spécialiste dans 62% (n=263) des cas IC à 95% [56.78-66.2].

Les demandes exclusives d'avis spécialisés ne concernent que 52 patients soit 19,7% des demandes d'avis spécialisés, plus de 80% nécessitaient une réévaluation mixte.

#### *III.3.2.3.2.1. Hébergement*

L'hébergement seul, en attente de place dans un service conventionnel (groupe 3 de la SFMU), représente 29% (n=125) IC à 95% [25.05-33.88] (Figure 19).

L'hébergement pour attente de place vers un hôpital extérieur représente 15 patients soit 4% IC à 95% [2.05-5.86].

#### *III.3.2.3.2.2. Gestes d'urgences immédiat et gestes réanimatoires*

Durant la période de l'étude, il y a 4 patients en classification CCMU 5 soit 1% avec IC à 95% [0.26-2.38] (Figure 21).

Lors de l'hospitalisation en UHCD, 29 patients (ou 7%), IC [4.67-9.72], ont été hospitalisés pour une prise en charge réanimatoire initiale. Par la suite, 24 patients ont également nécessité ce type de prise en charge. Au total, 53 patients (12% ; IC [9.51-16.01]) ont été réanimatoires avec 6 transferts en réanimation (moyenne d'âge de 39,57 ans) au CHRU de Lille ou à Saint Philibert.

#### *III.3.2.3.2.3. Transfusion*

Les patients bénéficiant d'une transfusion sont 30 soit 7% [4.87-9.99] (Figure 22).

Sur ces patients, 1 (soit 3,33%) a bénéficié d'un retour au domicile. Il n'y a pas eu de décès mais 5 patients (16%) ont nécessité une prise en charge réanimatoire et un a été transféré en réanimation.

#### *III.3.2.3.2.4. Examens complémentaires (angio-scan, fibro...)*

Les hospitalisations pour examens complémentaires lors du séjour en UHCD représentent 92 patients soit 22% [17.8-25.81] (Figure 21).

Tous les patients hospitalisés dans l'attente d'examen complémentaire les ont effectués.

#### *III.3.2.3.2.5. Patients provenant des étages*

Les descentes d'étages représentent 21 patients sur 427 (4,9%) :

- 52,4% soit 11 patients nécessitant des soins réanimatoires.
- 28,6% soit 6 patients descendant pour fin de vie
- 19% soit 4 patients nécessitant un transfert extérieur vers des soins intensifs.
- 9,5% soit 2 patients décédés (imprévisible).

### III.3.2.3.3. Diagnostics et pathologies

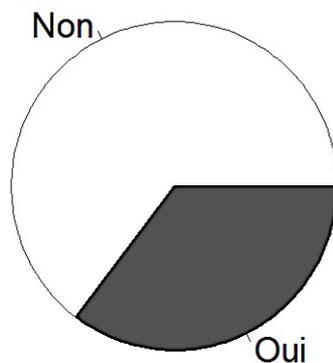
#### III.3.2.3.3.1. Poly-pathologie

Les patients présentant des pathologies multiples représentent 35% soit 151 patients hospitalisés en UHCD avec IC à 95% [30.86-40.13] (Figure 22 et Figure 23).

La durée moyenne de séjour pour les patients poly-pathologiques est de 29,28 heures.

Il sont 68,2% (n=103) à être hors recommandation :

- 55,6% (n= 84) pour une raison de temps
- 26,49% (n=40) pour une prise en charge réanimatoire
- 7,2% (n=11) pour une descente d'étage (mutation interne)
- 2,6% (n=4) pour une mort prévisible en UHCD



**Figure 22 : Diagramme circulaire représentant les patients poly-pathologiques**

Poly-pathologie	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	276	65	[59.87-69.14]
Oui	151	35	[30.86-40.13]
Total. Valides	427	100	-

**Figure 23 : Tableau représentant les patients poly-pathologiques**

#### III.3.2.3.3.2. *Psychiatrie*

Les patients atteints de pathologies psychiatriques représentent 17% IC [13.93-21.33] soit 74 patients hospitalisés et se répartissent en :

- les tentatives de suicides qui représentent 14%; IC [10.76-17.54] (59 patients) des hospitalisations en UHCD.
- les pathologies psychiatriques aiguës représentées par 14 patients soit 3% ; IC [1.7-5.28].

Sur ces patients 28,37% (n=21) sortent des recommandations et dans 100% des cas pour une raison de temps.

La DMS des patients psychiatriques est de 19,68 heures.

Les fugues de patients atteints de pathologies psychiatriques représentent 55,5% (n=5) du nombre total de fugues (n=9).

Les hospitalisations secondaires en psychiatrie (Saint Vincent ou EPSM/CMP) après passage en UHCD constituent 12,9% (n=32) des hospitalisations globales après un passage aux lits portes.

#### III.3.2.3.3.3. *Fin de Vie et décès*

Le motif de fin de vie concerne 19 patients soit 4% avec un IC à 95% [2.77-6.98] (Figure 22).

Sur ces patients il y a eu 6 décès dont 2 considérés comme non prévisibles.

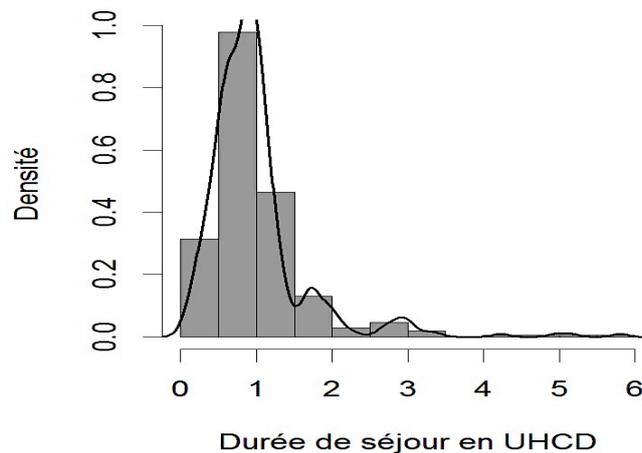
Les décès (n=7) durant l'étude ont été répartis en deux groupes :

- ❖ Imprévisus : 2 patients soit 0,46% avec un IC à 95% [0.06-1.68]
- ❖ Prévisibles : ils représentent 5 patients soit 1% de l'effectif avec un IC à 95% [0.43-2.87] et 71% des décès.

Seul un patient (soit 5% des motifs de fin de vie) a été hospitalisé secondairement en soins palliatifs. La prise en charge de type palliative est donc relativement fréquente en UHCD avec 5 patients décédés qui ne devrait pas relever de l'unité. Ces patients sortent donc des recommandations (17).

#### III.3.2.3.4. Durée moyenne de séjour (DMS) en UHCD.

La durée de séjour en UHCD montre une moyenne de 23 heures 30 et une médiane de 20 heures 50 ce qui se situe dans les recommandations (Figure 25 et Figure 27).



**Figure 24 : Histogramme de la durée de séjour en UHCD en jours**

Il existe, durant l'étude, 151 patients dont la durée d'hospitalisation est supérieure à 24H. Ces patients sont par définition hors recommandations.

La durée la plus longue est de 5,8 jours, le patient a été secondairement transféré (Figure 25).

La plus courte durée est de 47 minutes car le patient était atteint d'une pathologie psychiatrique et a fugué.

Durée de séjour	Valeur
Effectif	427
Moyenne	0.981
Ecart type	0.675
IC 95%	[0.917 ; 1.045]
Minimum	0.033333333
Quartile 1	0.618402778
Médiane	0.867361111
Quartile 3	1.098611111
Maximum	5.808333333
Manquante	0

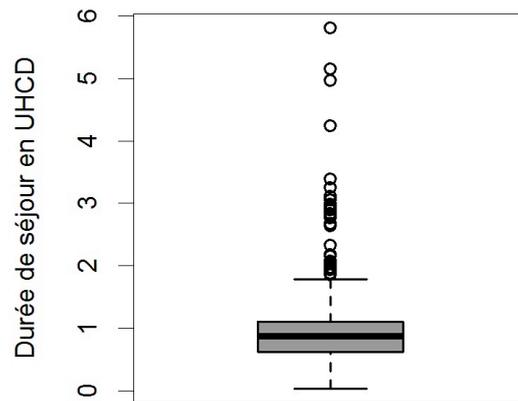
**Figure 25 : Tableau de la durée de séjour**

Le temps de journée représente 32.7% du temps de fonctionnement contre 67.3% en période de garde.

Les décisions d'hospitalisations de courtes durées (HCD) sont proportionnellement plus fréquentes en journée (0.41 patient / heure en journée contre 0.35 en garde) (Figure 26).



**Figure 26 : Taux Hospitalisation/âge en fonction de la période jour/garde**



**Figure 27 : Box plot de la durée de séjour en jours**

#### III.3.2.3.5. Devenir du patient

La sortie d'UHCD est principalement organisée en milieu d'après-midi, avec un pic à 15h les jours de semaine et à 14h les samedis et dimanches. Près de 30% des patients sortent ou sont mutés en période de garde. Près de 20% des sorties d'UHCD en semaine ont lieu en période de garde et les mercredis et samedis semblent plus propices à ce phénomène (p=0.05).

##### III.3.2.3.5.1. Sortie de l'hôpital

L'analyse révèle que près de 30% des sorties étaient réalisées en période de garde.

Les patients rentrés au domicile représentent 172 personnes soit 40,5% avec un IC à 95% [35.4-44.69].

Les sorties « contre avis » sont constituées par 5 personnes soit 2,9% des sorties avec un IC [0.38-5,36]. Il y a eu 9 patients en fugue soit 5% avec un IC [1.87-8,47]. Ces patients déclarés en « fugue » et un « contre avis » n'ont pas eu de courrier.

Les retours à domicile ainsi que les sorties « contre avis » hormis un patient sont de 99,4% avec courrier pour les médecins traitants.

### III.3.2.3.5.2. Hospitalisation sur le site de Saint Vincent.

Il y a eu une hospitalisation pour 248 patients dont 166 sur Saint Vincent de Paul ce qui représente 77% de toutes les hospitalisations (Figure 28 et Figure 29).

Service d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Pneumologie	14	8	[4.86-14.02]
Médecine Polyvalente	65	39	[31.77-47.05]
Gériatrie	51	31	[23.93-38.42]
Dermatologie	1	1	[0.02-3.31]
Neurologie	8	5	[2.26-9.6]
Soins palliatifs	1	1	[0.02-3.31]
Chirurgie viscérale	12	7	[3.96-12.57]
Gynécologie	0	0	[0-2.2]
Orthopédie	4	2	[0.66-6.05]
Hématologie	5	3	[1.11-7.26]
Psychiatrie	5	3	[1.11-7.26]
Total	166	100	-

Figure 28 : Tableau représentant les services d'hospitalisation sur Saint Vincent.

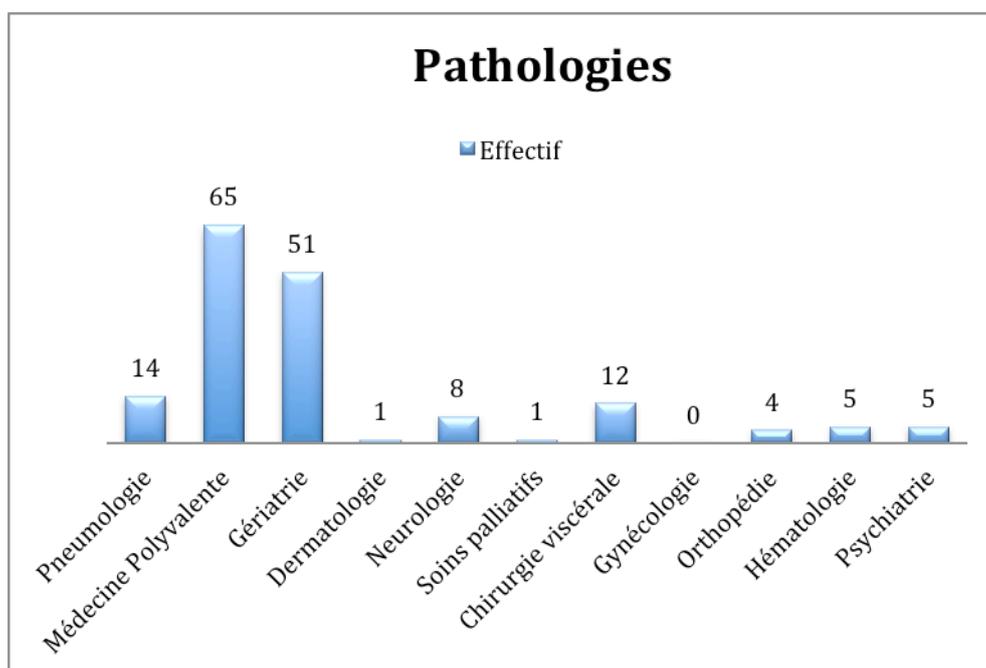


Figure 29 : Histogramme de la répartition des hospitalisations sur Saint Vincent.

Les services de gériatrie et de médecine polyvalente représentent respectivement 51 patients soit 31% avec un IC [23.93-38.42] et 65 patients soit 39% IC [31.77-47.05] ; ces deux services comptent 70% des hospitalisations après passage en UHCD sur le site de Saint Vincent.

Les services de médecine (polyvalente et spécialité) font 90,3% (n=150) des hospitalisations dans les suites du passage en UHCD contre 9,7% (n=16) pour la chirurgie et obstétrique.

### III.3.2.3.5.3. *Transfert extérieur*

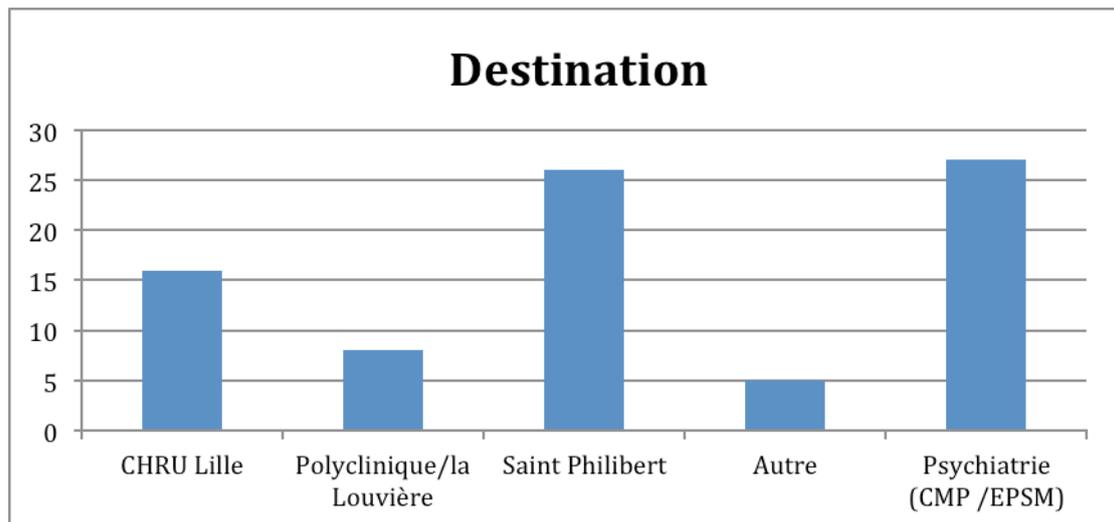
Il existe 82 patients hospitalisés sur un autre site, soit 33% des hospitalisations globales.

La majorité des patients est orientée vers le pôle psychiatrique avec 27 patients soit 33% et, le site de Saint Philibert (GHICL) avec 26 patients (32% des transferts) (Figure 30 et Figure 31).

Les transferts de patients « lourds » ont eu lieu sur des sites de soins spécialisés (en réanimation à Saint Philibert ou au Centre Hospitalier Régional de Lille) ou vers des unités de soins continus (soins intensifs cardiologiques, unité neuro-vasculaire).

Site de transfert	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
CHRU Lille	16	20	[11.9-30.04]
Polyclinique/la Louvière	8	10	[4.61-18.83]
Saint Philibert	26	32	[22.11-43.03]
Autre	5	6	[2.27-14.28]
Psychiatrie (CMP /EPSM)	27	33	[23.18-44.29]
Total	82	100	-

**Figure 30 : Tableau de la répartition des transferts extérieurs**



**Figure 31 : Histogramme de la répartition des transferts extérieurs**

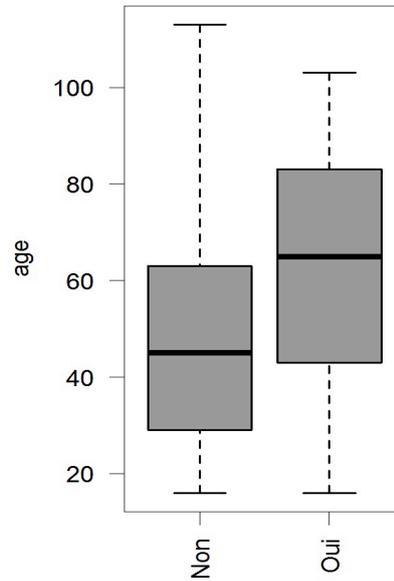
### **III.3.3. Statistiques bi-variées (en fonction des recommandations)**

#### ***III.3.3.1. Critères principaux impliqués provoquant la sortie des recommandations.***

Seules 59.6% (n=253) des hospitalisations respectent les recommandations. Le jour de semaine et la période de garde n'interfèrent pas avec cette proportion.

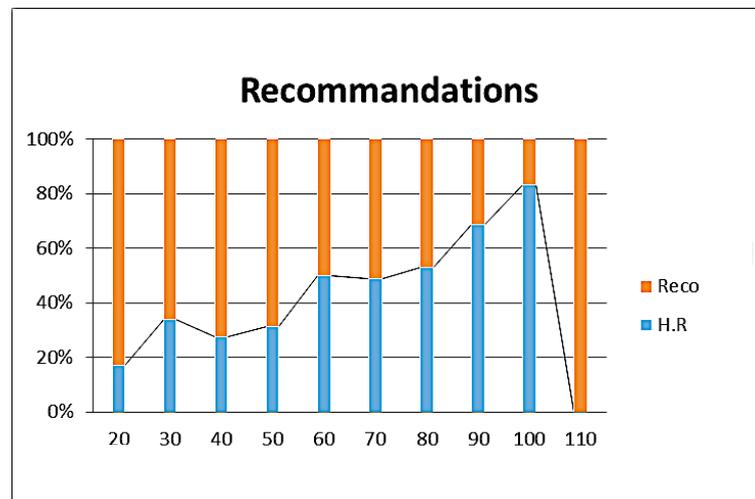
- 35.4% (n=151) des écarts sont représentés uniquement par le « critère temps » (Durée < 24h) soit 87.8% des « Hors recommandations ».
- Sans considérer le critère temps, 26,4% (n=46) sur 174 vont être hors des recommandations.
- 50% des patients hospitalisés par la suite en médecine, chirurgie et obstétrique passent plus de 24h en UHCD pour seulement 14.7% des sortants.
- 53 patients (30,4%) ont bénéficié d'une prise en charge réanimatoire hors recommandations dont 12,4% (n=21) dès la prise en charge initiale.
- Les Hospitalisation en UHCD « Hors recommandations » augmentent en fonction de l'âge mais de manière non significative.

Une durée de séjour supérieure à 24 heures est plus fréquente si un autre critère de « Non » recommandation lui est associé ( $p = 0.01$ ). Cette constatation n'est pas modifiée par le classement CCMU.



**Figure 32 : Box plots comparant l'âge de patient dans les recommandations ou non**

L'âge moyen des patients « hors recommandations » est plus élevé mais de manière non significative ( $p=0,385$ ) (Figure 33).



**Figure 33 : Diagramme représentant le taux de prise en charge en fonction de l'âge.**

- 60.8% des hospitalisations « Hors recommandations » sont décidées en journée.
- Le début d'Hospitalisation en UHCD entre 9 et 11h semble très annonciateur du « non-respect » des recommandations (81.3%) et ce, principalement par le « critère temps ».
- Les spécialités plus fréquemment « Hors Recommandations » en UHCD concernent :
  - **De jour**
    - L'Hématologie ;
    - L'Urologie/Néphrologie ;
    - La Toxicologie.
  - **Et en garde :**
    - La Traumatologie ;
    - La Cardiologie (même en dehors du critère « temps ») ;
    - L'Onco-Hématologie.

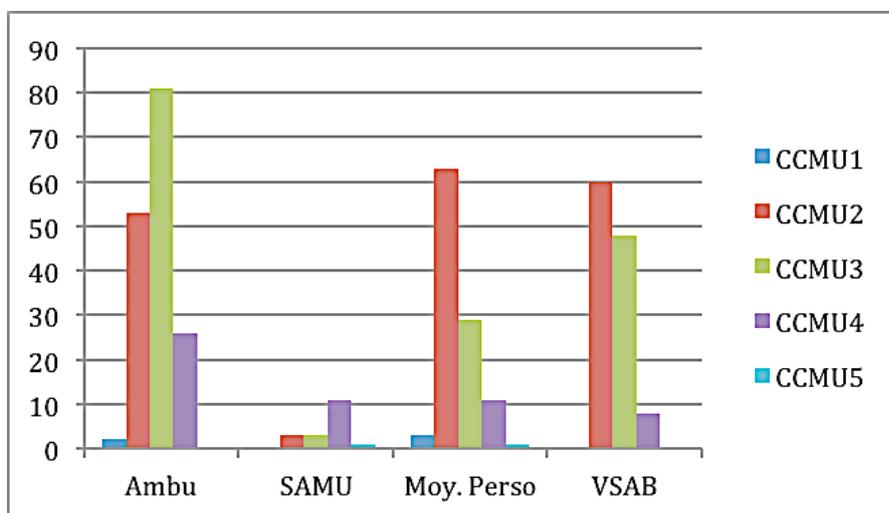
### ***III.3.3.2. Mode d'admission***

#### **III.3.3.2.1. Mode d'entrée et CCMU**

Il n'y a pas de différence significative de classe CCMU entre les modes d'admissions VSAB et personnels.

Les modes d'admissions par le SAMU et suite à un transport par ambulance ont une classe CCMU significativement plus haute.

Les patients hospitalisés suite à un transport par ambulance ou à l'intervention du SAMU ont des CCMU à l'admission plus élevée (Figure 34 et Figure 35).



**Figure 34 : Histogramme du lien entre la classification CCMU et le mode d'accès (test Chi2).**

Valeur de p	Personnel	Ambulance	VSAB
Ambulance	p < 0.001		
VSAB	N.S.	p = 0.003	
SAMU	p <sub>c</sub> < 0.001	N.S.	p <sub>c</sub> < 0.01

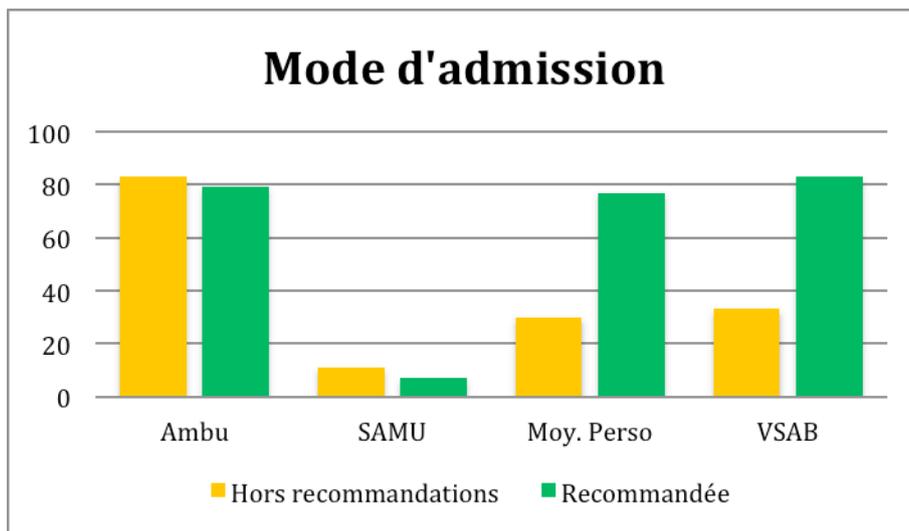
**Figure 35 : Tableau comparant le la CCMU avec le mode d'accès (test Chi2).**

### III.3.3.2.2. Mode d'entrée et recommandations

Les patients admis suite à un transport ambulance ou à l'intervention du SAMU seront plus souvent hors recommandations que les autres dans la population de l'étude (Figure 36 et Figure 37).

Valeur de p	Personnel	Ambulance	VSAB
Ambulance	p = 0.001		
VSAB	N.S.	p = 0.008	
SAMU	p <sub>c</sub> < 0.005	N.S.	p <sub>c</sub> < 0.03

**Figure 36 : Tableau du lien entre la prise en charge en dehors des recommandations en fonction du mode d'accès (test Chi2).**

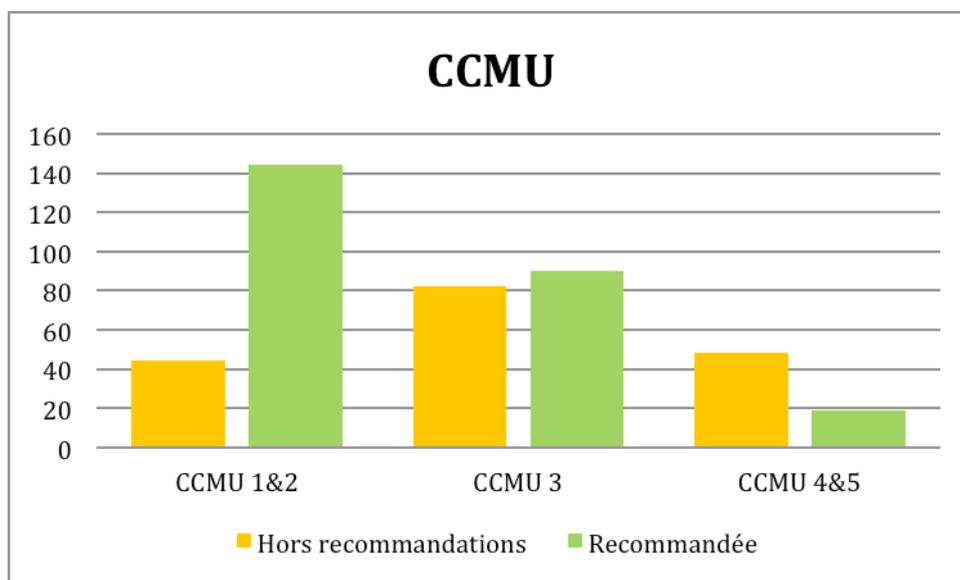


**Figure 37 : Histogramme du lien entre la prise en charge dans les recommandations et le mode d'accès (test Chi2).**

### III.3.3.3. Classification CCMU

#### III.3.3.3.1. CCMU et Recommandations

Le respect des recommandations reste identique pour les patients présentant une CCMU entre 1 et 3 qui sont majoritaires au SAU. Par contre, les groupes de CCMU 4 et 5 sortent beaucoup plus de ces recommandations ( $p < 0.001$ ) (Figure 38).



**Figure 38 : Histogramme de la prise en charge dans les recommandations et la classification CCMU (test Chi2).**

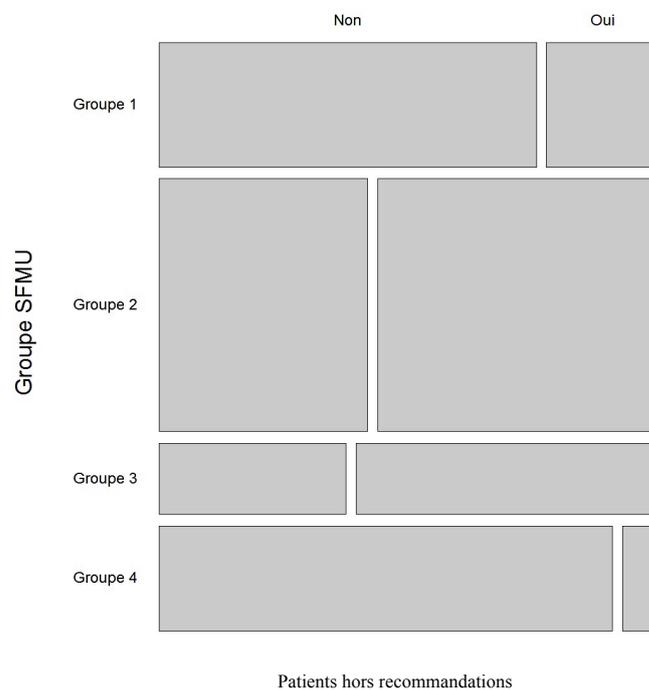
### III.3.3.3.2. CCMU et durée de séjour supérieure à 24h

A la différence du paragraphe précédent, les durées de séjour dépassent plus fréquemment les 24 heures pour les patients classés en CCMU égales à 3 et supérieures ( $p < 0.001$ ).

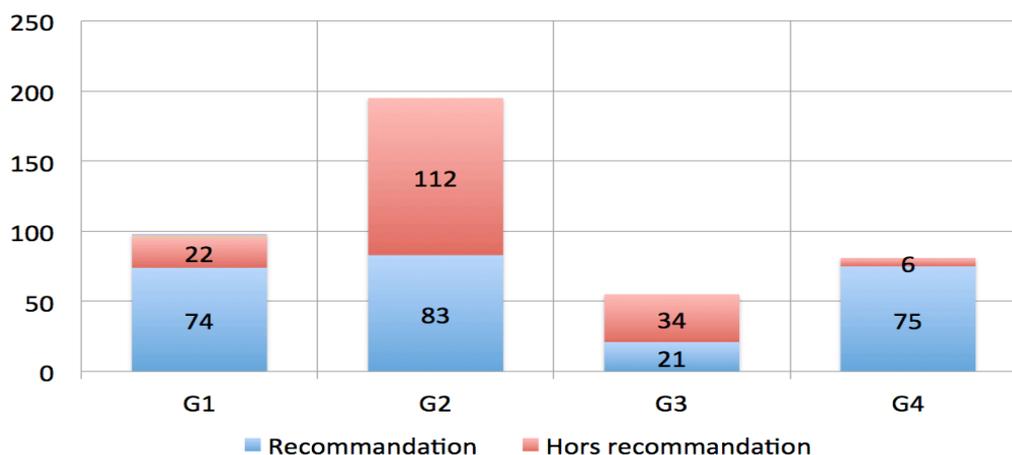
Tous les décès survenus (7 patients) étaient classés CCMU 4 ou 5 ; un seul a séjourné plus de 24 heures en UHCD (27h).

Cependant, le seul critère de temps n'explique pas cette différence.

### III.3.3.4. Groupe SFMU et prise en charge hors recommandations



**Figure 39 : Mosaicplot représentant la répartition SFMU et la prise en charge dans les recommandations.**



**Figure 40 : Répartition des groupes SFMU et la prise en charge dans les recommandations.**

Sur les 174 patients hors recommandations, la répartition en fonction des groupes de la SFMU est la suivante (Figure 39 et Figure 40) :

- ❖ G1 : 22 patients sur 96 soit 12,6 %
  - ➔ DMS de 18,24 heures et 22 pour séjour supérieur à 24H soit 22,91%
  - ➔ 1 seule prise en charge réanimatoire
- ❖ G2 : 112 patients sur 195 soit 64,4 %
  - ➔ DMS de 28,8 heures et 94 avec séjour supérieur à 24H soit 48,2%
  - ➔ 42 prises en charge réanimatoires soit 21,5%
- ❖ G3 : 34 patients sur 55 soit 19,6 %
  - ➔ DMS de 27,6 heures et 30 avec séjour supérieur à 24H soit 54,54%
  - ➔ 8 prises en charge réanimatoires soit 14,5%
- ❖ G4 : 6 patients sur 81 soit 3,4 %
  - ➔ DMS de 15,84 heures et 6 pour un séjour supérieur à 24H soit 7,4%
  - ➔ 2 prises en charge réanimatoires soit 2,4%

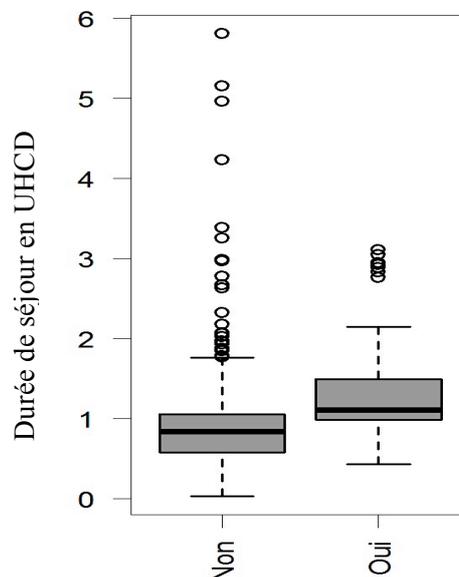
### III.3.3.4.1. Groupe SFMU 3 et Durée de séjour

Le test non paramétrique de Wilcoxon indépendant permet de mettre en évidence en comparant les groupes (G1+G2+G4) contre G3 une probabilité de durée de séjour supérieure aux recommandations de manière significative ( $p=2.64e-09$ ).

Le G3 de la SFMU étant un hébergement, si un patient est directement mis en attente de place en UHCD, il risque de sortir des recommandations pour une durée supérieure à 24H et ce, de manière significative (test du chi2 :  $p = 2.06e-08$ ) (Figure 41 et Figure 42).

DMS	(G1+G2+G4)	G3
Effectif	376	51
Moyenne	0.928	1.374
Ecart. Type	0.654	0.699
Minimum	0.033	0.435
Médiane	0.838	1.112
Maximum	5.808	3.108

**Figure 41 : Tableau comparant les variables de durée de séjour du G3 contre les trois autres (G1+G2+G4).**



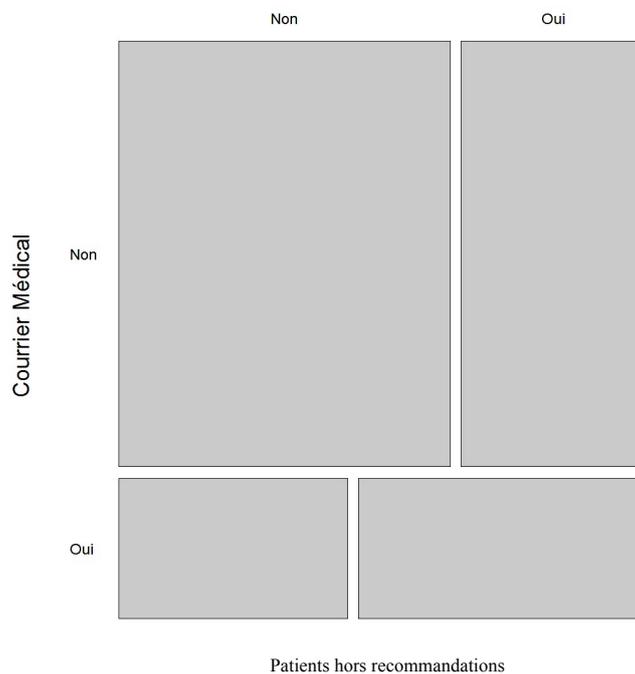
**Figure 42 : Box -Plot durée de séjour du G3 contre (G1+G2+G4)**

### III.3.3.5. Influence de la prise en charge par un médecin de ville

L'étude montre un fort taux d'hospitalisation dans des services hospitaliers (Saint Vincent ou autre) quand un médecin traitant (MT) ou de garde (MG) demande explicitement cette hospitalisation.

Sur les 174 patients en dehors des recommandations (Figure 43, Figure 44) :

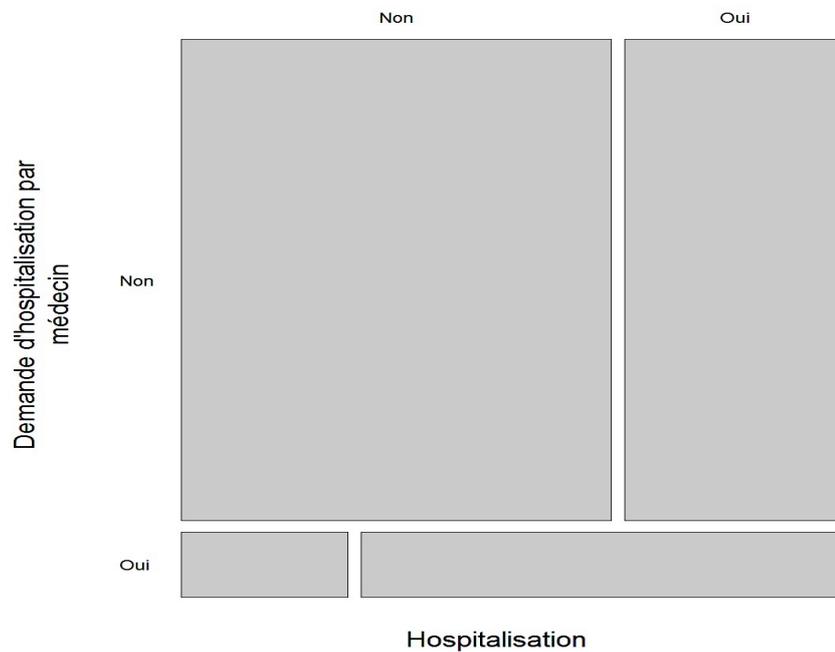
- ❖ 63,2% (n=110) ne sont pas adressés par un médecin
- ❖ 36,8% (32,2% MT + 4,6% MG) (n=64 (56 MG + 8 MT)) sont hors des recommandations ; avec 50% (n=32) de demandes explicites d'hospitalisation.



**Figure 43 : Mosaicplot représentant la prise en charge dans les recommandations avec ou sans courrier médical.**

### Hospitalisation en fonction des demandes explicites

L'hospitalisation est plus fréquente et de manière significative s'il existe une demande préalable par un médecin (MT ou MG) avec un Test du Chi2 :  $p < 0,01$  (Figure 44).

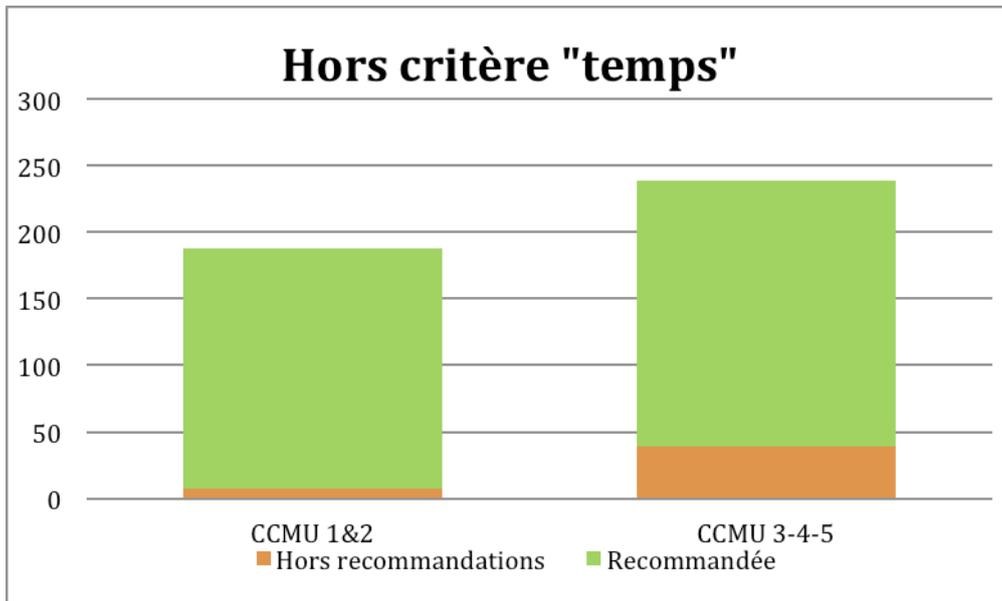


**Figure 44 : Mosaicplot représentant l'hospitalisation secondaire en fonction des demandes.**

#### *III.3.3.6. Hors critère temps*

L'étude montre sur la période que 87,8% des patients en dehors des recommandations le sont sur le critère temps soit 35,4% de toute la population.

Si on ne tient pas compte de ce critère « durée de séjour », les patients classés en CCMU supérieure ou égale à 3 sortent plus souvent des recommandations que ceux classés en CCMU 1 ou 2 (CCMU 1 ou 2 / 3 à 5  $\rightarrow p_c = 0.05$ ) (Figure 45).



**Figure 45 : Histogramme comparant la prise en charge hors des recommandations en fonction de la classification CCMU (hors critère temps).**

Pour affiner la recherche des causes de non recommandations, chaque item a été comparé, par un test du Chi2, sans tenir compte du critère « temps » ni du caractère exclusif de l’item (réanimation, mutation) (Figure 46 et Figure 47).

- 4 items semblent liés au critère « temps » et allongent la prise en charge :

- Attente d'avis spécialisé
- Geste "réanimatoire" avant l'UHCD (critère exclus)
- Transfusion
- Poly-pathologie

- 2 sont liés à un ou plusieurs autres critères de sortie des recommandations en plus du critère « temps ».

- Fin de vie
- Réalisation d'un geste "réanimatoire" (critère exclu)

Motifs d'admission en UHCD	UHCD Hors	UHCD	valeur de p
Réalisation d'examen complémentaire	14	78	p : n.s.
Problème social	3	48	p <sub>c</sub> : n.s.
Réévaluation	20	191	p : n.s.
Attente d'avis spécialisé	20	243	p = 0,01
Hébergement	14	111	p : n.s.
Attente d'un transfert ext	2	13	p <sub>c</sub> : n.s.
Geste "réanimatoire" avant l'UHCD	7	22	p = 0,01
Descente d'étage (critère exclu)	0	17	p <sub>c</sub> : n.s.
Fin de vie	13	6	p < 0,01
Transfusion	7	23	p = 0,02
Confort médecin	3	14	p <sub>c</sub> : n.s.
Psychiatrie	4	70	p <sub>c</sub> : n.s.
Poly-pathologies	35	116	p < 0,01
Réalisation d'un geste "réanimatoire"	32	21	p < 0,01

Figure 46 : Tableau étudiant la significativité des motifs d'hospitalisations en dehors du critère temps pour une prise en charge en dehors des recommandations.

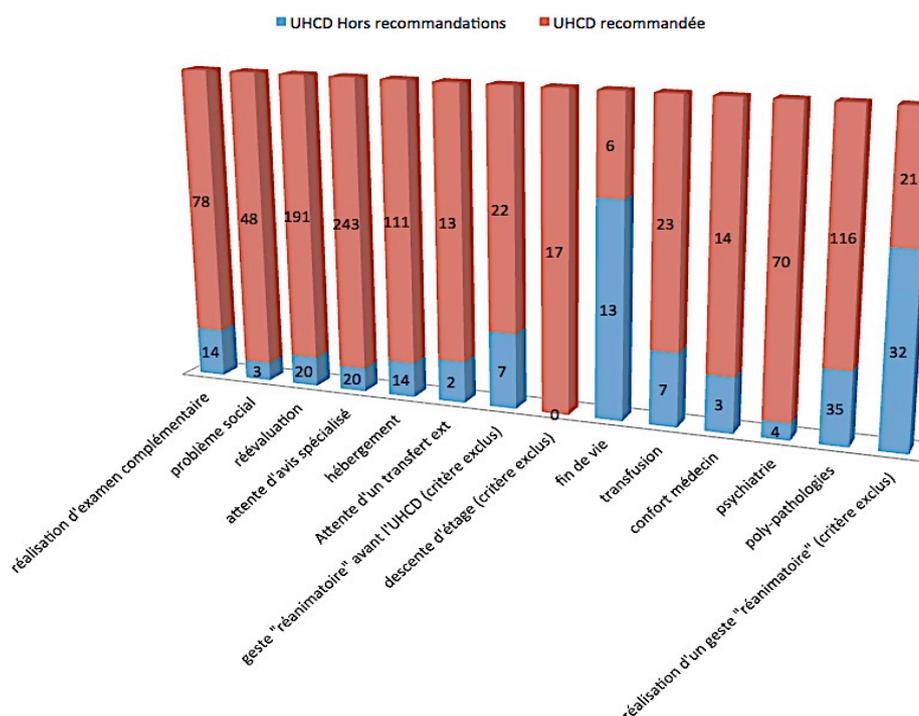


Figure 47 : Histogramme représentant la significativité des motifs d'hospitalisations en dehors du critère temps pour une prise en charge en dehors des recommandations.

### III.3.4. Statistiques Multi-variées

Ces tests ont été effectués par régression logistique pour mettre en évidence les déterminants de prise en charge hors recommandations de manière indépendante les uns avec les autres.

Lorsqu'un critère est étudié, les autres sont bloqués statistiquement.

Les coefficients estimés par le modèle sont en effet liés mathématiquement à l'odds-ratio (ou rapport des cotes) qui représente la force de l'association entre un facteur et une maladie, bien qu'il ne soit qu'une approximation du risque relatif. La méthode de régression logistique est donc la méthode multi variable de choix pour rechercher des facteurs de risque ou des facteurs protecteurs.

Toutefois, il ne faut pas oublier qu'elle reste une simplification mathématique de phénomènes complexes.

#### III.3.4.1. Résultats

	<b>Odds.ratio</b>	<b>IC.inf</b>	<b>IC. Sup</b>	<b>p. value</b>
<b>Sexe masculin</b>	0.89	0.55	1.44	0.624
<b>Age</b>	0.99	0.98	1.01	0.385
<b>Adressage par médecin</b>	1.31	0.75	2.3	0.334
<b>Provenance Moyen propre (réf.=Ambulance)</b>	0.76	0.38	1.5	0.421
<b>Provenance Pompier</b>	0.87	0.44	1.71	0.679
<b>Provenance SAMU</b>	0.83	0.26	2.8	0.75
<b>Provenance Transfert</b>	1.7	0.61	5.22	0.33
<b>Lit déchoquage (réf.=salle seule)</b>	11.47	4.43	32	1.16e-06
<b>Lit UHCD</b>	7.7	3.39	19.26	3.57e-06
<b>Groupe SFMU 1 (réf.=3)</b>	0.33	0.14	0.74	0.00774
<b>Groupe SFMU 2</b>	0.91	0.45	1.81	0.788
<b>Groupe SFMU 4</b>	0.22	0.07	0.66	0.00919
<b>Patient avec pathologie psychiatrique</b>	2.67	1.21	6.14	0.017
<b>Patient Poly-pathologique</b>	2.95	1.5	5.87	0.00182

**Figure 48 : Tableau de statistique multi variées pour rechercher des déterminants de la prise en charge hors recommandation.**

### ***III.3.4.2. Facteurs protecteurs d'une prise en charge hors recommandations***

#### **-odds ratio <1**

Ce tableau montre que faire partie du groupe 1 de la classification SFMU est un facteur de « protection » (x0,33 avec IC [0,14 ; 0,74] et p=0,0077) pour une hospitalisation hors recommandation, sachant que ce groupe est une hospitalisation avec retour à domicile prévisible.

Le deuxième facteur protecteur est de faire partie du groupe 4 qui correspond à la valorisation d'activité (x0,22 avec IC [0,07 ; 0,66] et p=0,0091). Ce G4 comporte le plus souvent une surveillance en lit de salle pour des patients moins lourds que ceux physiquement en lits en UHCD (Figure 48).

### ***III.3.4.3. Facteurs de risques d'une prise en charge hors recommandations***

#### **-odds ration >1**

Ces chiffres mettent en évidence un risque accru de prise en charge hors des recommandations et ce, de manière significative au risque 5% pour (Figure 48) :

- Le risque est multiplié par 11,47 pour un patient passant par la salle de déchoquage avant hospitalisation en UHCD avec un IC [4.43 ; 32] avec p < 0,05.
- L'hospitalisation en UHCD directement sans passage en salle entraîne un risque multiplié par 7,7 avec un IC [3.39 ; 19.26] avec p < 0,05.
- Les patients atteints de pathologies psychiatriques pris indépendamment ont un risque multiplié par 2,67 avec un IC [1,21 ; 6,14] et un p=0,017.

- Les patients poly-pathologiques ont un risque 2,95 fois plus élevé avec IC [1,5 ; 5,87] et un  $p=0,00182$ .

#### ***III.3.4.4. Facteurs sans association statistique***

Si le chiffre 1 est inclus dans l'intervalle de confiance, il n'y a pas d'association significative.

Il n'est donc pas mis en évidence de lien significatif entre la prise en charge hors recommandation et (Figure 48) :

- Le sexe
- L'âge
- Le fait d'être adressé par un médecin
- Le moyen de transport (pompiers, ambulance, moyen propre, SAMU)
- Le groupe 2 de la SFMU (réévaluation nécessaire)

## **IV. DISCUSSION**

Il existe très peu d'études concernant les patients en UHCD spécifiquement dans la littérature et particulièrement sur l'adéquation entre le fonctionnement de ces unités avec les recommandations de la SFMU. Cela est probablement dû au fait que la gestion de cette unité est très fortement liée à l'environnement hospitalier et aux circuits d'aval.

#### **IV.1. Période étudiée et répartition de la population**

L'étude s'est déroulée sur 48 jours incluant une période de vacance scolaire et durant les mois d'hiver où les hospitalisations sociales sont plus importantes. Les vacances scolaires ont certaines conséquences :

- ❖ Dans certains services conventionnels, la fermeture économique de lits ou par manque de personnel (pneumologie durant la période) pourrait artificiellement augmenter le nombre d'hospitalisations en UHCD surtout du groupe 3 de la SFMU.
- ❖ Les médecins de ville partent en vacances ce qui doit augmenter les consultations directes au SAU.

Dans une étude réalisée en automne 2001, le taux de retour au domicile était de 37% (8) contre 39,5% dans cette étude portant sur Saint Vincent. Ces chiffres sont donc presque semblables. En revanche, en ce qui concerne les hospitalisations de moins de 24H, le taux s'élève à 90% des patients contre seulement 64,6% dans notre étude.

Sur les 4281 patients consultants au SAU sur la durée explorée, seuls 427 soit 10 % sont hospitalisés en UHCD. Aux Etats-Unis en 2011, ce taux était de 15% et il existe dans ce pays plus de service de post-urgence (« short-stay » <48H) (42).

La répartition temps journée / garde dénombre 46.3% d'hospitalisations sur le temps de garde qui représente 67,3% du temps sur 1 semaine), contre 45% sur d'autre étude (43).

La répartition des patients sur l'étude montre une décroissance vers la fin de l'étude sur le diagramme représentant la densité de patients par semaine. Ceci s'explique par le fait que l'étude s'est arrêtée en début de semaine (mardi).

## **IV.2. Statistiques descriptives**

### **IV.2.1. Démographie**

Le sex-ratio à 0,906 retrouvé dans l'étude est proche celui du niveau national (0.916 source INSEE).

L'âge moyen de la population de l'étude est de 53,4 ans avec IC à 95% [51,21 ; 55,69] (n=427 une médiane de 51 ans).

30% (n=128) ont plus de 70 ans et 23,9%(n=102) ont plus de 75 ans.

Cette population semble donc plus âgée que la population générale (47.6 ans, et surreprésentée en patients de plus de 75 ans qui constituent 11 % des plus de 15 ans) (source INSEE).

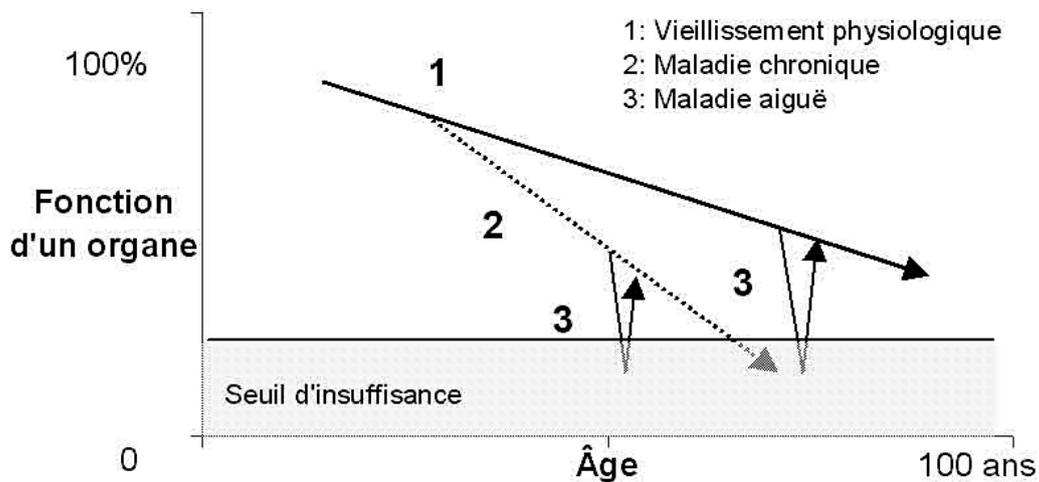
La population âgée représente, dans certaines études, jusqu'à 44% des hospitalisations en UHCD ou ZSTCD (44).

Un travail mené de 2004 à 2006 (44) montrait une augmentation de l'âge moyen des patients au fil de l'étude. En 2008, le travail de Cristiano M. et Cristiano A. met en évidence un âge moyen de 56,81 (45).

Sur l'étude de 2001 réalisée à l'hôpital Saint Philibert (Lille) (8) les patients de plus de 70 ans représentaient près du tiers de la population en UHCD, ce qui est comparable à l'étude actuelle.

Le plateau technique et les orientations de l'hôpital Saint Vincent, avec son unité gériatrique et sans réanimation, amènent probablement les médecins et la régulation SAMU à y adresser préférentiellement les patients sans nécessité de soins lourds (maintien à domicile impossible (MADI) et altérations de l'état général (AEG)).

L'évolution de la qualité et de la durée de vie de la population générale induit également une augmentation de la moyenne d'âge des consultants notamment en cas de pathologie intercurrente (Modèle 1+2+3 de Bouchon, Figure 49) (46).



**Figure 49 : Modèle de bouchon**

D'autre part, la pression familiale et l'évolution sociologique de la société fait que la prise en charge des personnes âgées « doit » être hospitalière là où elle était familiale par le passé.

## **IV.2.2. Admission.**

### ***IV.2.2.1. Motifs de Consultation***

Les motifs de consultation avant hospitalisation en UHCD sont par ordre de fréquence : les douleurs abdominales 71 (17%), les tentatives de suicide 59 (14%), les dyspnées 50 (12%), les douleurs thoraciques 45 (11%), et enfin les causes gériatriques 32 (7%) (MADI ou AEG).

Les douleurs thoraciques sont un motif de consultation très fréquent au SAU et une indication de surveillance en UHCD. Sur l'étude, 11% des patients hospitalisés présentent ce type de symptômes qui, dans la littérature, sont estimées entre 5 et 20% (47). Cette proportion de douleur thoracique peut sembler élevée puisque le centre ne possède pas service de cardiologie. Dans l'étude menée en 2001 (8), il y avait une plus forte prédominance de douleur thoracique (18,3%) sur Saint Philibert qui dispose d'un service de cardiologie interventionnel.

Le nombre de douleurs thoraciques inclut les patients drépanocytaires qui sont nombreux à être suivis dans le service d'hématologie de Saint Vincent. En effet, ce dernier est un des services référent du Nord Pas de Calais (service du Pr Rose).

Les pathologies respiratoires sont également fréquentes en comparaison à d'autres centres avec 50 patients soit 12% des hospitalisations contre 6% dans d'autres analyses (48). Ceci pourrait être expliqué par la fermeture des lits de pneumologies durant une partie de l'étude.

A contrario, les pathologies neurologiques sont assez peu nombreuses pour un hôpital possédant un service de neurologie comparativement à la littérature (15,9% contre 10%) (49) ce qui s'explique par le fait que l'unité neuro-vasculaire est située à Saint Philibert, et que le suivi des scléroses en plaques (SEP) à St Vincent s'organise par des hospitalisations directes.

Les services d'aval sont probablement responsables de ces motifs de consultation avant hospitalisation de par :

- ❖ Les habitudes de la population de proximité,
- ❖ Les malades souvent suivis sur le site de Saint Vincent (Pneumologie, Hématologie, Neurologie),
- ❖ L'absence fréquente de toute régulation.

Les motifs d'hospitalisations en UHCD suivent à priori les recommandations.

Ces motifs sont souvent décrits dans la littérature et ce, dans plusieurs études avec une prédominance assez nette de la psychiatrie (50) (51) (48).

Sur le travail réalisé à Saint Vincent, 20% (n= 85) des patients sont pris en charge pour une pathologie psychiatrique aiguë ou une alcoolisation aiguë, ces deux pathologies étant souvent intriquées.

Les pourcentages dans la littérature sont assez larges allant de 6,12% (52) (éthylisation seule) à 33% (48) (25).

Il existe sur Saint Vincent une unité Mobile d'Accueil Psychiatrique UAMP, directement rattachée aux urgences et un centre d'accueil des pathologies psychiatriques d'urgence CAP – Îlot Psy indépendant, ce qui augmente probablement le taux de consultations psychiatriques.

#### ***IV.2.2.2. Influence du mode d'admission***

Une étude publiée en 2008 (53) révélait une nette prédominance des hospitalisations après passage au SAU s'il y avait eu une assistance au transport (SAMU ou ambulance privée) sans qu'il n'y ait de différences significatives par rapport aux pompiers ou aux consultations spontanées.

Une seconde étude prospective (54) montrait un fort taux d'hospitalisation des patients ( $p < 0,001$ ) s'ils étaient transportés avec un risque relatif d'hospitalisation évalué par test du Chi2 et le test exact de Fisher (odds ratio) de :

- ❖ 23,5 pour le SAMU.
- ❖ 10,3 pour les ambulances privées.
- ❖ 3,4 pour les VSAB.

→ Toujours par rapport aux patients consultant d'eux-mêmes (54).

Ces chiffres semblent concorder avec ceux de l'étude sur Saint Vincent mais concernent toutes les hospitalisations sans différencier l'UHCD.

Cela s'expliquerait par le fait que :

- ❖ Les entrées via SAMU sont régulées et donc un avis médical potentialise la gravité et donc la CCMU.
- ❖ Les ambulances sont commandées soit par le patient lui-même (proportion faible) soit suite à un avis médical de ville ou de régulation, ce qui implique également une CCMU plus élevée.

Il a été retrouvé en 2003 que les appels SAMU augmentent la médicalisation des transports (53) mais ce déterminant n'a pas été évalué durant l'étude.

#### ***IV.2.2.3. Mode d'admission et recommandations***

De la même manière, le mode d'entrée au SAU interfère significativement avec le respect des recommandations.

Ainsi, une prise en charge en UHCD hors recommandations paraît fréquente par analyse bi variée si l'admission relève :

- ❖ Du SAMU ( $p < 0.005$ )
- ❖ Ou d'un transport par ambulance par rapport aux admissions spontanées ou par VSAB ( $p < 0.05$  dans tous les cas de figures)

#### ***IV.2.2.4. Adressage des patients et mode d'arrivée***

Durant l'étude 73% des patients ( $n=311$ ) se sont présentés spontanément, contre 73,5 % dans la littérature (43).

Dans l'étude de 2001 sur Saint Philibert, il n'y avait que 13,4% de consultations directes,

36% étaient adressées par un médecin contre seulement 27% à Saint Vincent en 2013.

Ceci peut s'expliquer par la situation géographique de l'hôpital dans un quartier au niveau socio-économique plus faible et une moins bonne insertion de la population limitrophe mais aussi en raison du tourisme ou de la proximité des centres de spectacles.

#### *IV.2.2.5. CCMU*

Les CCMU 1 et 2 sont 188 soit 44% des patients hospitalisés en UHCD avec un IC de [38,56 ; 50,58] par rapport à l'étude de 2001 où 68% des patients avaient des CCMU 1 et 2.

Toujours à Saint Philibert, le groupe des CCMU supérieures ou égales à 3 représentait 32% des patients sur l'UHCD (8) contre 56% (n=239) dans cette étude.

Les CCMU 4 et 5 sont assez peu représentées dans la littérature avec 3,5% (41) des passages aux SAU. Selon la SFMU, les CCMU 4 constituent même moins de 2,4% de tous les consultants (7). Nous retrouvons 16 % de CCMU 4 et 5 en UHCD.

Dans l'étude, 67 patients (16%) ont été classés CCMU supérieure ou égale à 4 avec un IC de [11.86-20.94].

- ❖ 71,64% (n=48) hors recommandations.
- ❖ 50% (n=34) bénéficieront de soins réanimatoires et seront donc hors recommandations.
- ❖ 47,76 % (n=32) dépasseront le seuil des 24 heures du « critère temps ».
- ❖ La DMS de ces patients est de 30,96 heures.

Cela semble souligner une prédominance de patients plus graves hospitalisés aux lits portes de Saint Vincent par rapport à la littérature, notamment si on met en parallèle le nombre de patients requérant des soins réanimatoires (n=50 soit 21%). Les patients ayant une CCMU supérieure ou égale à 3 sortent des recommandations dans 54,4% des cas (n=130 sur 239).

Une variation d'estimation de la CCMU par les urgentistes pourrait également influencer ces résultats. Ce chiffre est d'autant plus important que les patients hospitalisés uniquement en salle de déchoquage ont été retirés de l'étude et qu'ils présentent une CCMU plus élevée en moyenne au SAUV sur une étude Clermontoise (55).

La SFMU considère que la cotation CCMU devrait être utilisée par les médecins de ville et de régulation pour éviter des passages aux urgences :

- ❖ Les CCMU 5 et éventuellement 4 devraient être adressées directement vers les services de soins continus ou de réanimation.
- ❖ Les CCMU 3 pourraient faire l'objet d'hospitalisations directes dans des services de court séjour après appel téléphonique.

#### IV.2.2.5.1. CCMU et Recommandations

Nous avons vu que la « durée >24 heures » ou les actes de réanimations étaient très fréquents chez ces patients ce qui explique la significativité forte ( $p < 0,001$ ).

Le lien entre CCMU et les recommandations s'explique par :

- ❖ Les CCMU 5 qui sont directement en dehors des recommandations.
- ❖ Les CCMU 4 qui ne nécessitent pas initialement de prise en charge réanimatoire sont possiblement mal classés. En effet, ils sont 27% à bénéficier d'un geste réanimatoire lors de la prise en charge initiale mais au total ils représentent plus de 49% lors de leur prise en charge en UHCD.

En omettant le critère « durée de séjour », les patients classés en CCMU supérieures ou égales à 3 sortent plus souvent des recommandations que ceux classés en CCMU 1 ou 2, (CCMU 1 ou 2 vs 3 à 5 →  $p_c < 0.05$ ) (Figure 45)

L'hôpital de Saint Vincent ne disposant pas de réanimation ni de soins continus, les patients CCMU élevée sont pris en charge en UHCD, cela explique donc leur plus grande représentativité que dans d'autres études.

Il n'est pas noté dans l'étude si les urgentistes avaient contacté les réanimateurs ce qui aurait pu modifier la prise en charge.

#### IV.2.2.5.2. CCMU et durée de séjour supérieure à 24h

Une CCMU 3 ou plus est très fréquemment associée à une prise en charge hors des recommandations pour le « critère temps ».

Une durée de séjour supérieure à 24 heures est plus fréquente si un autre critère de « non » recommandation lui est associé ( $p = 0.01$ ) comme la descente d'étage ou les gestes réanimatoires par exemple.

Cette constatation n'est pas modifiée par le classement CCMU.

Il paraît logique que les CCMU entre 3 et 4 restent plus de 24 heures ce qui est significatif dans l'étude en raison du manque de place.

Pour les patients avec CCMU de bas grade, le temps de séjour entraîne moins souvent l'exclusion des recommandations.

Les CCMU 5 restent moins longtemps, en moyenne 8,34 heures mais ils demeurent en inadéquation de prise en charge par les services d'urgence.

Il est difficile d'interpréter ces statistiques sans référence bibliographique.

#### ***IV.2.2.6. Descente d'étage***

Durant l'étude, 21 patients déjà hospitalisés dans un autre service de l'établissement (4,9%) ont été admis en UHCD. Ce chiffre est bien supérieur à la littérature qui en note 2,5 %.

Ceci est probablement le reflet de l'absence de lits de surveillance continus ou de service de réanimation (56).

Tous ces patients sont en dehors des recommandations pour de multiples raisons.

- Patients nécessitant des soins réanimatoires.
- Descendant pour fin de vie.
- Transfert extérieur vers des soins intensifs.
- Patients décédés (imprévisible).

#### ***IV.2.2.7. Activité en UHCD***

##### ***IV.2.2.7.1. Groupes SFMU***

###### ***IV.2.2.7.1.1. Prise en charge hors recommandations***

Deux études intégrant les groupes de la SFMU retiennent principalement le facteur temps comme critère unique de recommandation.

L'étude sur le CH de Verdun (56) décrit une répartition des groupes comme suit :

- ❖ groupe 2 (G2 : mise en observation avant orientation) = 43 %
- ❖ groupe 1 (G1 : réévaluation) = 33 %
- ❖ groupe 3 (G3 : attente de lit) = 21 %
- ❖ groupe 4 (G4 : valorisation) = 3 %

→ Avec une recrudescence sur les dernières années des séjours de plus de 24 heures et du nombre de patients du G3, ce qui souligne le manque de lit d'aval.

La seconde étude de 2008 (45) expose une répartition différente mais sans analyser le G3 et mentionne la DMS par groupe :

- ❖ 27 % pour le G1 avec une DMS de 24,75 heures
- ❖ 64 % pour le G2 avec une DMS de 33,90 heures
- ❖ 9 % pour le G4 avec une DMS non citée

Sur cette étude, il est retrouvé que 30 % des patients restent plus de 24h pour le G1 et 50 % pour le G2, au total sur l'étude 80% des patients restent plus de 24 heures.

Ces différentes répartitions en fonction des groupes selon les centres hospitaliers sont possiblement secondaires à la modularité et la souplesse laissées par la SFMU dans les recommandations.

La bibliographie montre donc les difficultés de chaque centre suivant son environnement notamment sur la disponibilité des lits d'aval.

Cette étude désigne principalement l'hébergement comme anomalie de fonctionnement qui entraîne une prise en charge en dehors des recommandations.

Les deux études précédentes ainsi que l'étude sur Saint Vincent mettent en évidence une DMS trop longue pour les G2 et principalement G3, très fréquemment en dehors des recommandations selon le « critère temps ».

L'absence de service de surveillance continue semble, sur le site de Saint Vincent, très pourvoyeuse de sortie des recommandations pour le G2 principalement.

La SFMU explique que, pour le G2, les patients relevant des unités de surveillance continues devraient être dissociés selon des dispositions locales (décision CME) avec une individualisation des lits. Ceci permettrait d'identifier dès l'admission les patients requérant ces soins continus (17).

Une étude présentée au congrès URGENCE 2012 (57) montrait l'inconvénient pour un hôpital de ne pas disposer d'unité de soins continus (USC) en terme de qualité de prise en charge mais aussi de manque à gagner pour un SAU.

Le G1 et le G4 sont peu enclins à sortir des recommandations dans la bibliographie mais aussi sur l'étude actuelle (12,6 % pour le G1 et seulement 3,4% pour G4). Les patients de ces deux groupes nécessitent soit une réévaluation soit une surveillance mais avec un à priori fort de sortie. Ces patients correspondent à la « valorisation d'activité » préconisée par la SFMU.

Sur l'hôpital de Saint Vincent, il semble y avoir une forte prédominance du G4 comparativement à la bibliographie, ce qui met en évidence un probable manque de lits portes.

La répartition des groupes SFMU durant l'étude montre une prédominance du G2 (mise en observation avant orientation) qui reste comparable aux chiffres de la littérature mais 21,5% (n=45) nécessitant une prise en charge réanimatoire soit 40,1% des hors recommandations du G2.

Les G1 et G3 (G1 : réévaluation & G3 : attente de lit) sont eux moins représentés.

Les patients du G2 ont une DMS moyenne de 28 heures qui augmente à plus de 36 heures s'ils sont hors recommandations (pour un autre critère). Malgré les recommandations, il semble que l'absence de service de réanimation et de surveillance continue embolise l'unité de courte durée.

Le taux d'occupation du service durant l'étude explique le nombre de patients du G4, ce qui n'est retrouvé dans aucune étude. Cela pourrait montrer qu'un certain nombre -voir la totalité- du G4 dépend en fait du G2 mais révèle d'un manque de lit réel.

<b>Groupe SFMU</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage Etude</b>	<b>Pourcentage Littérature (56)</b>	<b>Pourcentage Littérature (45)</b>
Groupe 1	96	22	33	27
Groupe 2	195	46	43	64
Groupe 3	55	13	21	Non analysé
Groupe 4	81	19	3	9

**Figure 50 : Tableau représentant la répartition des groupes SFMU dans 3 études.**

Ces chiffres peuvent s'expliquer par plusieurs raisons (Figure 50) :

- ❖ Surestimation des hospitalisations lors d'hébergements simples (G4)
- ❖ Surestimation de la nécessité de réévaluation des patients (G1)
- ❖ Surcharge d'activité et manque de lit d'aval (G3) ou d'UHCD (G4)

Comparativement le G3, même si la DMS est trop longue, semble moins problématique que dans la littérature.

#### *IV.2.2.7.1.2. Groupe 3 (Hébergement)*

Dans la littérature, le groupe 3 de la SFMU est très fréquemment hors des recommandations pour un motif de durée de séjour (durée supérieure à 24 heures (56)).

Il est recommandé par la SFMU, pour les patients qui nécessitent une hospitalisation classique hébergés en UHCD par dysfonctionnement de la structure hospitalière, qu'ils ne séjournent pas au-delà des limites de 24 heures (17) .

Ceci est particulièrement vrai si le patient du G3 ne nécessite pas de surveillance ou de prise en charge médicale particulière (24).

Une étude de 2006 de P. Zemmouche et Al (44), regroupant les groupes 1+2+4 face au groupe 3 de la SFMU, met en évidence une forte prédominance du G3 de la SFMU avec 44,66 %. Ceci souligne l'intérêt des services de post urgence ou d'unités de court séjour face à la difficulté pour les services d'urgences d'hospitaliser les patients.

Dans cette étude sur Saint Vincent, il a été recherché, en utilisant le même regroupement, le risque des patients du groupe 3 de la SFMU de n'être en UHCD que pour hébergement.

Comparativement à la bibliographie, le pourcentage de patients du G3 sur Saint Vincent semble plus faible, l'analyse (G1+G2+G4) versus G3 met en évidence une probabilité de durée de séjour supérieure aux recommandations de manière significative ( $p=2.64e-09$ ) et une DMS supérieure aux autres groupes de la SFMU.

Ces résultats sur Saint Vincent mettent en évidence, malgré un plus faible pourcentage de patients du G3 de la SFMU, une trop longue période en UHCD par manque de lit d'aval.

Plusieurs études relèvent le fait que, des unités de post-urgence ou des structures de médecine polyvalente dédiées aux urgences ainsi que des IDE spécialisées dans la recherche de lit, aident à la diminution de l'hébergement en UHCD (58)(59)(60)(61).

L'hospitalisation programmée peut également diminuer le taux de patients du groupe 3 de la SFMU et cela a été montré par une étude de 2008 (37).

Le plus faible taux de patients G3 à Saint Vincent évoque un meilleur flux pour les lits d'aval mais, la sur-occupation et le rôle tampon de l'unité d'HCD peut évoquer :

- un manque de transfert vers des sites extérieurs ou
- une sur-hospitalisation post urgence.

Une étude de 2001 (37) montrait que la principale source d'hospitalisations non justifiées en UHCD provenaient du G3, avec des patients à pathologies clairement identifiées sans besoin de surveillance.

Dans l'étude actuelle, les patients du G3 de la SFMU sortent le plus souvent des recommandations en raison de la durée de séjour (50%) malgré une DMS de 27,6 heures (analyse multi-variées ; test du chi2 :  $p < 0.001$ ).

Ceci souligne que malgré une structure d'aval estimée efficace et une durée de séjour proche des recommandations, le G3 est pourvoyeur d'un grand nombre de prises en charge hors des recommandations (47.7 % des G3 soit 19.2 % des patients d'UHCD).

La prédominance des G1, G2 et G4 semble montrer que le site de Saint Vincent occupe ses lits d'UHCD de façon adaptée mais manque de lits portes ou de surveillance continue.

Cela pourrait être amélioré par :

- ❖ Augmentation du nombre de lits portes.
- ❖ Création d'une unité de surveillance continue ou de réanimation.

#### IV.2.2.7.2. Motif d'entrée en UHCD

L'étude actuelle retrouve :

- ❖ une très forte proportion de demande d'avis spécialisés 62% (n=263).
  - ➔ La demande d'avis spécialisé est reliée au fait de passer hors recommandations (46,7% ; n=123) et très fréquemment par le « critère temps » 91,8 %(n=113) qu'elle semble influencer, la DMS étant de 39,84 heures.  
Cette relation est significative ( $p<0.01$ ) avec le « critère temps »  
La sortie des recommandations, si on exclut le critère temps, se fait principalement en raison des gestes réanimatoires ( $p<0.05$ ). Pour 25% (n=5) des patients, la raison est une hospitalisation préalable (Figure 47).  
Cela met en évidence le manque de service de surveillance continue sur l'étude.
  
- ❖ La nécessité d'une réévaluation par un urgentiste qui correspond le plus souvent à une surveillance rapprochée (sans avis spécialisé requis)
  - ➔ Sur les 211 patients admis pour réévaluation, il y a 39,3% (n=83) de prise en charge hors recommandation.  
Là encore, le « critère temps » semble être prépondérant dans la sortie des recommandations pour 91,5% (n=76) avec une DMS de 38,88 heures.  
La réévaluation n'est, en dehors d'un critère temps, pas significative d'une prise en charge en dehors des recommandations et ne semble pas influencer cette observation.  
Cela s'explique principalement par le fait que les patients nécessitant une réévaluation par l'urgentiste sont principalement du G1 ou du G4 avec un à priori de sortie fort.

❖ La demande d'examens complémentaires

➔ 92 patients nécessitent des examens complémentaires qui seront réalisés durant l'hospitalisation en UHCD, 48 patients soit 52,17% sortent des recommandations par le « critère temps » avec 93,75% (n=45).

La demande d'examen ne semble pas à elle seule, en dehors d'un critère temps, significative d'une prise en charge en dehors des recommandations et donc ne l'influence pas.

❖ La prise en charge réanimatoire au moment du transfert dans le lit d'UHCD

Lors du relevé des dossiers, ont été séparés les gestes réanimatoires réalisés dès l'admission aux urgences et ceux réalisés après hospitalisation en UHCD.

➔ Seulement 7% (n=29) des patients nécessitent des soins réanimatoires avant le transfert mais, par la suite, 12% (n=53) auront une intervention de type réanimatoire durant leur prise en charge, soit une hausse de 54%.

➔ Si le critère temps n'est pas intégré ainsi que le critère réanimation, les patients hors recommandations semblent influencés par un autre critère de sortie de ces recommandations. Cela s'applique que la décision de soins réanimatoire soit antérieure ou postérieure à l'hospitalisation en UHCD ( $p < 0,05$ ).

Cela souligne une probable dégradation de l'état des patients.

Lors de l'élaboration du questionnaire, l'évaluation du nombre d'avis auprès d'un réanimateur n'a pas été envisagée.

❖ Les transfusions en UHCD représentent 30 patients sur lesquels 24 sont en dehors des recommandations et 24 ont une durée supérieure à 24 heures.

→ Si le critère temps est exclu, la transfusion semble influencer la sortie des recommandations de manière significative ( $p < 0,05$ ) (Figure 47).

Cela s'explique par le fait qu'à l'hôpital Saint Vincent, les transfusions ne sont pas réalisées la nuit dans les étages mais plus souvent en UHCD.

La prédominance du « critère temps », en dehors de la réévaluation par l'urgentiste, comme cause de sortie des recommandations peut être imputée aux délais d'obtention des avis spécialisés et d'examen ou encore à la vitesse d'efficacité de la prise en charge.

Si le critère temps n'est pas pris en compte, on s'aperçoit que les autres critères de sortie des recommandations s'accumulent et sont très liés. L'analyse dans le tableau Figure 46 montre que sans le critère temps, il y a très souvent deux autres facteurs de sortie des recommandations. Un critère de hors recommandation amène souvent vers un autre critère de hors recommandation : par exemple, la descente d'étage vers les soins réanimatoires.

#### IV.2.2.7.3. Patients porteurs de pathologie multiple. (poly-pathologie)

La moyenne d'âge est plus élevée chez les patients poly-pathologiques avec 74,9 ans ( $n=151$ ) contre 41,7 ans ( $n=276$ ) pour le reste de la population ( $p < 0,01$ ).

Les patients poly-pathologiques sont 68,2% ( $n=103$ ) à être hors recommandation pour deux raisons principales :

- ❖ Une DMS supérieure à 29 heures et une durée de séjour supérieure à 24 heures pour 55,6 % ( $n=84$ ) des patients.
- ❖ Une prise en charge réanimatoire pour 26,5% ( $n=40$ )

La poly-pathologie en tant que facteur de sortie des recommandations sans prendre en compte le temps est, en analyse bi-variée, significative ( $p < 0,05$ ) (Figure 47).

Cela semble principalement dû au fait que ces patients sont plus lourds et nécessitent plus souvent une prise en charge réanimatoire. Par ailleurs, la plupart des patients venant des étages sont poly-pathologiques (81% soit 17 sur 21 patients).

Les poly-pathologies semblent majorer le taux de prise en charge hors recommandation, elles seront étudiées de manière isolée par les analyses multi-variées.

#### IV.2.2.7.4. Durée moyenne de séjour (DMS)

La durée de séjour moyenne est une des recommandations les moins tenues par les différentes UHCD en France. Dans certaines unités, ils utilisent le terme de durée de séjour prolongée (DSP).

En région parisienne, en 2003, les DSP augmentaient régulièrement depuis 1997 et semblaient corrélées à l'âge des patients et améliorées par les structures gériatriques (62).

L'étude de Becker et al. sur différents CHU(Centre Hospitalier Universitaire), regroupait 3469 patients et mettait en évidence une DMS de 3,9 jours dont 696 avaient une durée de séjour strictement supérieure à 48 heures et 73 % de ces patients (509) avaient plus de 70 ans (10).

Une étude sur les patients de plus de 80 ans met en évidence le rôle tampon et la spécialisation en zones de soins palliatifs des unités d'UHCD et ce, malgré une DMS de 23h26 (63).

Pendant l'étude, la durée de séjour moyenne en hospitalisation était inférieure à 24 heures mais le « critère temps » apparaît comme le plus fréquemment responsable du non-respect des recommandations.

Le service d'UHCD de Saint Vincent reste durant l'étude avec une DMS inférieure à 24 heures et demeure donc dans les recommandations.

Les services d'aval des urgences de Saint Vincent sont probablement un des facteurs principaux de la durée de séjour moyenne avec un rôle tampon des UHCD qui est à priori moins important.

En 2001 sur Saint Philibert, le taux d'occupation de l'UHCD était de 80% avec un taux de mutations de 12,5% (8).

Sur une étude au centre hospitalier de Verdun (56), l'augmentation importante du nombre des admissions en UHCD entre 2004 et 2006, relevée par le coefficient d'occupation des lits qui passe de 72 % en 2004 à 94% en 2006, entraîne une augmentation des durées de séjour et du nombre de séjours de plus de 24 heures.

Durant la période hivernale de l'étude, le taux d'occupation était de 127% avec un taux de mutation de 9,9% en UHCD. Ce taux s'explique principalement par un nombre de lit insuffisant.

#### IV.2.2.7.5. Cheminement des patients et recommandations

Les patients passant par le déchoquage avant les lits portes sont fréquemment en dehors des recommandations avec 69,8% (n=59) des 86 patients (Figure 51) :

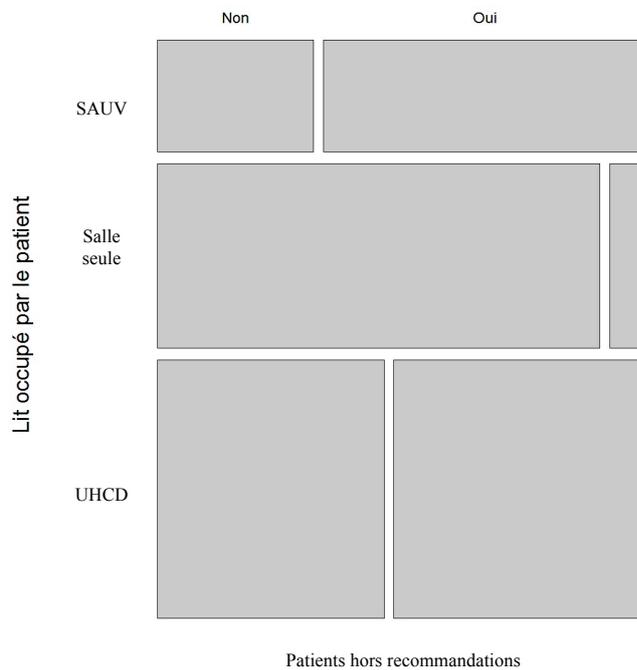
- ❖ 39,5% (n=34) pour des soins réanimatoires
- ❖ 48,8% (n=42) pour une raison de temps

La durée moyenne de séjour de ces patients est de 42,24 heures.

Sur les patients hospitalisés en salle, sans passage physique en UHCD (n=142), les prises en charge sont moins fréquemment hors recommandations (7,7%, n=11).

Si le « critère temps » intervient dans 100% (11/11) des cas, le mode d'admission de 2 patients était également en dehors des recommandations (mutation interne).

L'admission directe en UHCD entraîne fréquemment une prise en charge hors recommandations à 69% (n=9) mais le « critère de temps » avec une DMS de 24,72 heures n'en n'était l'unique cause que pour 23 % (n=3), un autre critère est impliqué directement pour 7 autres patients sur 13 soit 53%.



**Figure 51 : Mosaïque représentant le lit d'occupation et les recommandations**

Ces chiffres montrent que l'absence de service de surveillance continue pourrait obliger les médecins des étages à hospitaliser les patients en UHCD pour une surveillance accrue allant contre les recommandations.

#### **IV.2.2.8. Devenir du patient**

##### **IV.2.2.8.1. Sortie d'UHCD**

En France, le taux habituel de retour à domicile à partir de l'UHCD retrouvé varie de 30 à 59% (22)(64). Aux Etats Unis, 80% de retours à domicile sont enregistrés après passage en « observation unit » (65) de 48 heures.

Dans l'étude actuelle, ce pourcentage est de 39,5% (n=169) ce qui paraît moindre. Nous pouvons évoquer les causes suivantes :

- ❖ Les patients pris en charge semblent plus graves.
- ❖ L'absence d'équipe mobile de gériatrie pouvant aider les retours médicalisés.
- ❖ Des hospitalisations facilitées et un service de gériatrie disponible sur le site.

Les sorties d'UHCD en période de garde sont facilement explicable par la période prolongée du week-end si les hospitalisations sont organisées les vendredis et samedis ( $p < 0.01$ ).

La population considérée comme âgée présente un taux de retour au domicile après UHCD de 15,7% (n=16) ce qui est bien inférieur à la littérature où 50% des patients admis ressortent (66) mais au prix d'une évaluation globale du patient :

- ❖ Antécédent et comorbidité (rechercher les exacerbations).
- ❖ Dépendance physique, trouble cognitif, état dépressif.
- ❖ Respect de la volonté du patient.

L'évaluation pluridisciplinaire (médicale, psychique, gériatrique, sociale) est donc très importante et doit être organisée précocement.

La DMS des patients retournant au domicile est de 17,52 heures (inférieure à la DMS moyenne) et leur âge moyen est de 42,8 ans (inférieur à l'âge moyen de l'étude).

95.6% des patients classés en G1 de la SFMU rentrent à domicile après l'UHCD.

#### IV.2.2.8.2. Hospitalisation sur le site de Saint Vincent et transfert

Le taux d'hospitalisation en France après passage au service des urgences est en moyenne de 20% et ce malgré l'augmentation des consultants au SAU (64). Certains établissements en recensent parfois jusqu'à 50% (56).

Sur l'étude, le pourcentage d'hospitalisations après UHCD est de 58.1% (n=248) sur les différents sites dont 66.9% (n=166) à Saint Vincent et 33.1%(n=82) vers l'extérieur.

La moyenne d'âge est de 59,4 ans avec une DMS de 27,36 heures. 56,3%(n=144) des prises en charge sont hors recommandations. On retrouve le « critère temps » de façon non exclusive dans 87,5% (n=126) et les gestes réanimatoires pour 32,3%(n=47).

#### IV.2.2.8.3. Fin de vie et décès

L'étude différenciait trois niveaux d'évaluation :

- admission en UHCD pour fin de vie correspondant plus à une prise en charge type « soins palliatifs »,
- décès prévisibles au vu des critères de gravité présentés par le patient,
- décès inattendus au cours de la prise en charge.

L'item « fin de vie » à l'entrée de l'UHCD est relevé pour 19 patients. Seul un transfert en unité de soins palliatifs est organisé, 16 ont reçu des gestes de type réanimatoire. La DMS des patients est de 25 heures et 58 % des patients sortaient des recommandations (n=11) dont 8 par implication de « critère temps ».

Il n'est pas précisé le niveau d'information des urgentistes sur le pronostic de ces patients lors de la prise en charge initiale.

Le motif de fin de vie au moment de l'hospitalisation semble être un critère prédictif d'une sortie des recommandations. En utilisant les statistiques bi-variées, si le critère temps est

exclu, cela reste significatif ( $p < 0,05$ ). Cela s'explique probablement par la fréquence de prise en charge réanimatoire de ces patients (50%) mais aussi par le fait que la SFMU considère la pose d'une voie centrale comme un soin de service de surveillance continue.

Certains gestes pourraient être également considérés comme un soin de confort dans ce cas précis.

Les patients en fin de vie dans l'étude sont fréquemment déjà hospitalisés ce qui explique que le critère temps ne soit pas le seul responsable de la sortie des recommandations.

Lors de l'étude, 7 décès ont été relevés dont cinq étaient prévisibles avec des CCMU notées à 4 et 5 et deux inattendus malgré une CCMU à 5. Une prise en charge suivant les recommandations est retrouvée pour 2, les autres n'y répondant pas suite à des gestes de réanimation. Un seul, déjà hors recommandations, voit sa durée de séjour supérieure à 24 heures.

L'existence d'une unité de soins palliatifs sur le site de l'étude, ainsi que la présence d'une équipe mobile, devraient limiter le nombre de patient en « fin de vie » dans l'UHCD. Cependant, cette structure prend en charge les patients dans l'accompagnement global et non dans le contexte d'urgence et l'admission dans l'unité s'organise uniquement en journée.

Les patients correspondant à l'item « décès prévisible » ont tous bénéficié d'une prise en charge type réanimation et tous les patients sont décédés dans l'unité d'HCD (100%, n=7).

Une prise en charge en SAUV a été relevée pour la totalité des décès enregistrés.

Le manque d'information lors de l'adressage des patients pourrait expliquer l'admission directe en SAUV et le nombre important de gestes réanimatoires mais cela n'est pas significatif.

Une étude de 2005 (35) met en avant le rôle fréquent de l'UHCD dans la prise en charge de fin de vie au SAU et révèle déjà le manque d'information sur le caractère palliatif.

### **IV.3. Lien Ville / Hôpital**

Un des objectifs secondaires de la thèse était de montrer le lien ville-hôpital de l'UHCD.

Une étude de 2012 montre que les médecins généralistes envoyaient plus fréquemment leur patients vers les centres hospitaliers publiques (23). Ceci est probablement à mettre en rapport avec d'autres études montrant qu'ils semblent satisfaits de la prise en charge et de la communication après sortie des hôpitaux (67).

En période de garde, l'envoi des patients est très fréquent ; une étude a jugé l'envoi des patients aux urgences par SOS médecins justifié dans 83 % des cas par les urgentistes et le transport adapté dans 94 % des cas (68).

Si on compare la demande explicite d'hospitalisation par courrier dans l'étude avec un séjour en hospitalisation conventionnelle, on obtient seulement 4 retours à domicile avec courrier, pour 51 demandes explicites (92% d'hospitalisations conventionnelles après passage en UHCD).

Le test de Chi2 montre une significativité très forte entre la demande et l'hospitalisation.

Il y a 116 patients adressés par un médecin (courrier ou non) avec 55,5% (n=64) de patients en dehors des recommandations.

Si le médecin demande explicitement une hospitalisation, 32 sur 51 (soit 62,7% des patients) sortent des recommandations, le plus souvent pour une durée supérieure à 24 heures dans 87,5% des cas. Cela souligne les difficultés d'hospitalisations directes dans les services rencontrées par les médecins de ville et le passage par défaut au SAU.

Ces résultats peuvent être interprétés de différentes façons :

- ❖ Les médecins de ville connaissent mieux les patients et donc les demandes sont souvent légitimes. Ceci augmente vraisemblablement le taux d'hospitalisation.

- ❖ Il est probablement difficile pour un urgentiste de réaliser un retour au domicile si la demande est explicite.
- ❖ Le maintien à domicile impossible (MADI) empêche le retour sans aide d'urgence et donc l'hébergement (G3) est fréquent dans ce cas.
- ❖ Les médecins généralistes prennent mieux en compte le contexte social des patients, souvent non connu des urgentistes.

Le lien ville-hôpital et le lien Ville-UHCD est très fort, d'une part pour la notion d'hébergement même si elle devrait être évitée, mais également par l'organisation des retours à domicile après passage d'un gériatre ou d'une assistante sociale (69).

#### **IV.4. Interprétation des statistiques multi-variées**

L'intérêt des ces statistiques multi-variées est d'analyser un critère et de bloquer les autres critères par leurs moyennes. Contrairement à ce qui est décrit dans les statistiques descriptives, certains facteurs paraissent moins importants. Cela met en évidence des facteurs influençant le risque de prise en charge en dehors des recommandations.

##### **IV.4.1. Facteurs protecteurs d'une prise en charge hors recommandations**

###### **-odds ration <1**

Les résultats précédents mettaient en évidence un risque moins important de sortir des recommandations pour les groupes 1 et 4.

Les statistiques multi-variées confirment certaines de ces données notamment le fait qu'un patient classé dans le groupe 1 ou 4 au moment de son hospitalisation en UHCD restera très fréquemment dans les recommandations.

Cela est valable quels que soient les facteurs associés même s'il est poly-pathologique, amené par le SMUR, adressé par un médecin...

Ceci peut même paraître logique car le plus souvent les patients sont moins graves et parfois hébergés pour un problème social ou un contrôle clinique ou biologique.

Ce type de statistiques n'est pas retrouvé dans la bibliographie mais il serait intéressant de comparer de multiples facteurs.

#### **IV.4.2. Facteurs de risques d'une prise en charge hors recommandations**

##### **-odds ration >1**

Certains facteurs sont des facteurs de risque de prise en charge en dehors de recommandations de la SFMU après linéarisation par la moyenne. Pour certains, comme le passage au déchoquage, ces facteurs sont assez logiques car les patients y sont plus sévèrement « malades » et nécessitent des soins ou une surveillance plus poussée.

Le facteur isolé de passage au déchoquage multiplie très fortement la probabilité de sortie des recommandations (par 11,47) avec une significativité forte ( $p=1.16e-06$ ).

L'hospitalisation directe en UHCD se fait assez peu fréquemment et induit également une majoration du risque de prise en charge hors recommandations. Il a été vu précédemment que le temps était le critère le plus fréquent de sortie des recommandations.

Souvent l'hospitalisation en UHCD se fait suite à une descente d'étage pour une transfusion ou pour passer un cap d'une maladie chronique en décompensation.

Cela montre que la remontée de ces patients sera difficile et que même si ces patients sortent déjà des recommandations par leur descente, ils resteront très souvent longtemps et uniquement car ils passent directement en UHCD.

Si un patient accède directement aux lits portes sans passage au SAU, on sait déjà qu'il sera en dehors des recommandations et le plus souvent pour une raison de temps si on croise ces données avec les précédentes.

Les pathologies sont également testées mais uniquement celles semblant pertinentes notamment les pathologies psychiatriques et les poly-pathologies.

#### ❖ Les pathologies psychiatriques

L'analyse des statistiques descriptives fait penser que cette pathologie n'entraîne pas de sortie des recommandations notamment au niveau de la durée ( $DMS < 24H$ ) même si elle semble effectivement assez longue pour des patients du groupe 1 ou 4 de la SFMU. Il est important de noter que les chiffres précédents tenaient compte de tous les autres facteurs associés.

Si on applique des statistiques multi-variées, on se rend compte que les maladies psychiatriques sont un facteur de sortie des recommandations sans que les autres facteurs n'influencent le risque.

#### ❖ Les poly-pathologies

Les patients poly-pathologiques sont fréquemment âgés, en plus mauvais état général et donc possèdent une DMS supérieure aux autres dans l'étude.

Si on ne tient compte que du facteur poly-pathologique sans tenir compte de l'âge et du mode de transport, les statistiques multi-variées mettent en évidence que ce seul facteur multiplie par 2,95 avec un  $p < 0,05$ .

Ce chiffre est intéressant car à lui seul il modifie la prise en charge, un homme de 40 ans poly-pathologique (diabète, cardiopathie ischémique...) aura plus de risque d'hospitalisation prolongée qu'un homme de 70 ans sans antécédent.

Tous ces facteurs sont d'une probabilité forte de prise en charge hors recommandation de la SFMU prédictif sans tenir compte des autres en entraînant donc soit :

- ❖ des gestes réanimatoires
- ❖ une durée supérieure à 24 heures
- ❖ une descente d'étage

#### **IV.4.3. Facteurs sans association statistique**

Certains facteurs sont en revanche, après linéarisation par la moyenne, étonnamment non significatifs et sans risque associé.

Le fait d'être adressé par un médecin après linéarisation ne prédispose pas à une sortie des recommandations.

L'âge, sans les facteurs qui lui sont souvent associés, ne prédispose pas à une prise en charge hors des recommandations.

Curieusement, le groupe 2 de la SFMU qui semblait posséder une DMS longue et nécessiter des soins réanimatoires n'est pas un facteur prédisposant à une sortie des recommandations.

Le sexe des patients pris de manière isolé ne prédispose pas, de même que le mode de transport, sans les autres critères des patients analysés ensemble, à une prise en charge hors des recommandations de la SFMU.

#### **IV.4.4. Interprétation**

On constate que l'utilisation de statistiques multi-variées permet d'étudier séparément chaque critère en figeant les autres par leurs moyennes.

Durant l'étude, il a été constaté sur les statistiques bi-variées que le fait d'arriver en SMUR ou en ambulance était prédictif d'une prise en charge hors des recommandations ; en revanche en utilisant des statistiques multi-variées, on ne met plus en évidence de différence significative ce

qui empêcherait par exemple d'installer directement un patient arrivant en SMUR en UHCD sans tenir compte d'autres paramètres (poly-pathologie, sexe, âge...).

Le fait d'arriver au SAU en ambulance ou par le SMUR si l'on ne tient pas compte des autres critères (âge, poly-pathologie, CCMU) ne prédispose pas à une prise en charge hors des recommandations. En revanche, si toutes les caractéristiques sont interprétées ensemble alors l'étude met en évidence que l'arrivée par ces modes de transports augmente le risque de sortir des recommandations.

L'analyse des statistiques multi-variées montre donc une homogénéisation de la prise en charge par le SAU et son UHCD ce qui semble rassurant ; par exemple si un patient arrive en SMUR il ne sortira pas obligatoirement pas des recommandations uniquement par son transport médicalisé et ce, de manière significative en raison de la linéarisation à la moyenne.

Ces données pourraient être utilisées après avoir croisé d'autres critères (CCMU par exemple) sur un plus grand échantillon et après une étude multicentrique pour essayer de construire un score prédictif de sortie des recommandations.

## **V. CONCLUSION**

Plus de dix ans après l'édition des recommandations de la SFMU, des disparités persistent entre l'hôpital et son environnement.

Le nombre croissant de patients dans les SAU et le vieillissement de la population ont engendré la création d'unités spécifiques aux rôles :

- Diagnostic et thérapeutique en lien avec la médecine de ville.
- Economique en évitant certaines hospitalisations pour des pathologies aiguës de résolutions rapides.
- De régulation interne répartissant les patients dans les différents services d'aval après examen ou avis spécialisé.

Ces fonctions permettent :

- L'amélioration de la qualité des soins et de la durée de prise en charge.
- Des économies de santé.

Les recommandations de la SFMU permettent un meilleur fonctionnement des services d'urgence, mais laissent une liberté d'organisation de l'UHCD en fonction des contraintes environnementales et des services d'aval.

L'hôpital de Saint Vincent semble suivre ces recommandations. Ce centre sans service de surveillance continue ni de réanimation, compte un taux de prise en charge réanimatoire (hors recommandations) relativement important.

L'hébergement et le rôle tampon des UHCD sont des dysfonctionnements récurrents dans les études. Ils semblent moins problématiques à l'hôpital Saint Vincent, grâce aux services d'aval malgré les durées de séjours trop longues..

Pour éviter la sortie des recommandations, il pourrait être utile **d'organiser les avis spécialisés** et les examens complémentaires plus en amont.

La **création de lits de post-urgence** permettrait des sorties plus rapides de l'UHCD et recommandées par la SFMU.

Le taux faible de retour au domicile des patients âgés peut indiquer le besoin d'une **équipe mobile de gériatrie**.

Un poste ciblé pour la recherche de lits d'aval dans les différents hôpitaux de proximité ou le développement d'une informatisation globale des réseaux hospitaliers, en termes de disponibilité de lits, améliorerait, peut être, les flux.

**L'augmentation du nombre de lits d'UHCD** à l'hôpital Saint Vincent permettrait d'éviter les hospitalisations en salle d'examen en améliorant la surveillance des patients du G4 de la SFMU. Il semble, au travers de l'étude, que 3 lits suffiraient.

L'individualisation de **lits de surveillance continue** ou lits d'Unité d'Accueil et de Déchoquage Médical diminuerait le nombre de prise en charge réanimatoire hors recommandations à l'UHCD.

Dans une démarche d'amélioration, le service des urgences de l'hôpital Saint Vincent fera réaliser un audit externe par un groupe d'expert de la SFMU en novembre 2013.

## Glossaire

AEG : Altération de l'Etat Général

CAP : Centre d'Accueil Permanent

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CHRU : Centre Hospitalier Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM10 : Classification Internationale Des Maladies 10 éme version

CME : Comité Médical d'Etablissement

CNIL : Commission Nationale de L'informatique et des Libertés

DMS : Durée Moyenne de Séjour

GEMSA : Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil

GHICL : Groupe Hospitalier Catholique de Lille

HCD : Hospitalisation de Courte durée

HMI : Hospitalisations Médicalement Inappropriées

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IC : Intervalle de Confiance

IDE : Infirmier Diplômé D'état

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MADI : Maintien à domicile impossible

MG : Médecin de Garde

MT : Médecin Traitant

SAMU : Service D'aide Médicale Urgente

SATU : Service d'Accueil et de Traitement des Urgences

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile D'urgence et de Réanimation

UAMP : Unité Aide Médico-Psychologique

UHCD : Unité Hospitalisation de Courte Durée

UHTCD : Unité Hospitalisation de Très Courte Durée

USIC : Unité De Soins Intensifs Cardiologiques

VNI : Ventilation Non Invasive

VSAB : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et Blessés

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

ZSTCD : Zone de Surveillance de Très Courte Durée

# Annexes

## **Annexe 1 : Groupe patients selon la SFMU**

### *Groupe 1*

*Patient devant a priori, au terme des 24 heures, retourner à domicile. Ce groupe concerne les patients pour lesquels l'évaluation à l'accueil laisse supposer qu'après une période de soins prolongée mais inférieure à 24 heures, l'évolution sera satisfaisante, autorisant une sortie de l'hôpital. Il intègre également les patients présentant des difficultés sociales ou médico-sociales. Les pathologies concernées sont, par exemple, les traumatismes crâniens de classe II de Masters, les réactions allergiques (type œdème de Quincke) ayant répondu au traitement, les asthmes modérés améliorés, les déshydratations, les crises de paludisme sans atteinte neurologique, les hyperglycémies sans acidose, les convulsions non compliquées, les crises d'angoisse, les infections non compliquées (pyélonéphrites, pneumopathies, ...).*

### *Groupe 2*

*Patient nécessitant, au terme de l'évaluation à l'accueil, une période d'observation afin de décider, dans les 24 heures, de son orientation : retour à domicile ou hospitalisation, lieu d'hospitalisation. Ce groupe concerne des patients pour lesquels les données cliniques et paracliniques ne permettent pas initialement de prédire l'évolution ultérieure ou de décider de l'orientation. Le prototype en est la douleur de la fosse iliaque droite sans fièvre, ni élévation des globules blancs où une période d'observation permet au tableau clinique de s'enrichir des signes d'appendicite (hospitalisation en chirurgie), de colopathie inflammatoire (hospitalisation en gastro-entérologie, voire en médecine) ou de les voir disparaître (retour à domicile). Ce groupe concerne également, par exemple, les douleurs thoraciques à faible risque d'insuffisance coronarienne aiguë, les douleurs abdominales stables sans diagnostic après évaluation initiale, les acidocétoses, les intoxications médicamenteuses en surveillance et en attente d'avis psychiatrique. C'est dans ce groupe que se trouveront les patients relevant des soins continus. Il peut donc être envisagé, selon les dispositions locales, de le subdiviser en deux sous-groupes afin d'identifier dès l'admission les patients requérant ces soins continus.*

### *Groupe 3*

*Patient nécessitant une hospitalisation, mais admis en UHCD en attente de place, avant son passage dans une unité d'hospitalisation conventionnelle, pour des raisons organisationnelles. Il est recommandé de préciser dans le règlement intérieur que la fonction première de l'UHCD est l'accueil des patients des groupes 1 et 2. Il est recommandé que le groupe 3 soit clairement défini dans le règlement intérieur comme étant une modalité de gestion décidée conjointement entre le service des urgences et les autres services hospitaliers qui doivent s'engager à accueillir ces patients dans des délais fixés à l'avance. Il est recommandé que les moyens liés à cette mission soient définis et attribués au service des urgences pour l'UHCD. Par exemple, si l'établissement décide que des patients en fin de vie y sont pris en charge ou qu'il ne doit pas y avoir d'hospitalisation dans les services conventionnels la nuit, l'UHCD doit avoir les moyens matériels et humains d'accueillir ces patients. Les modalités de leur mutation intra-hospitalière doivent être fixées à l'avance, par exemple, entre 7 heures 30 et 8 heures 30 le matin. Il est recommandé que les patients qui nécessitent une hospitalisation classique ne soient pas admis ou ne séjournent pas au delà des limites établies en UHCD pour des causes relevant d'un dysfonctionnement de la structure hospitalière : absence de place ou délai d'attente de place en unité conventionnelle dans l'établissement. Ceci reflète un dysfonctionnement en aval du service d'urgences qui devra faire l'objet d'une évaluation.*

### *Groupe 4*

*Patient admis administrativement mais non couché en UHCD. Ce groupe englobe l'ensemble des patients admis à l'accueil des urgences et pour lesquels un codage en consultation n'est pas concevable par défaut de valorisation d'activité. Il regroupe les patients gardés dans la partie accueil des urgences pour des raisons structurelles : attente prolongée d'examens complémentaires, d'avis spécialisé ou de transfert, absence d'UHCD, dépassement des capacités d'accueil de l'UHCD, ainsi que les patients nécessitant un recours important au plateau technique. L'ensemble des cotations appliquées à un passage en consultation aux urgences*

*(consultations généraliste, spécialistes, AMI, K, B, Z) ne représente que 28 % du coût réel du passage pour l'établissement Cet état de fait est reconnu par les tutelles. Ces passages ne sont pas pris en compte dans l'activité décrite par le PMSI et conduisent la structure hospitalière à perdre des ressources. Le but de ce groupe 4 est de valoriser plus précisément une activité actuellement largement sous-cotée en identifiant les patients qui génèrent une forte charge de soins. Dès lors, compter un passage à l'UHCD permet de valoriser correctement, par le biais du PMSI, le coût réel du passage. Si un nouveau système de cotation des activités de l'accueil des urgences prenait en compte ces éléments d'activité, par exemple la classification en groupes de passage aux urgences (GPU) à l'étude actuellement, ce groupe serait, par souci de transparence, amené à disparaître. Ce système de cotation des prises en charge existe et est appliqué à l'heure actuelle dans certains services d'urgences*



Psychiatrie( IMV , autre...) OUI  NON   
Pathologies multiples : OUI  NON   
Examens en complémentaire en UHCD (fibro, colo, IRM) OUI  NON   
Geste réanimatoire (intubation, VNI, exsufflation pneumothorax,voie centrale ...) OUI  NON

**Motif et Diagnostic :**

- Motif IAO (initial) : \_\_\_\_\_
- UHCD entrée : \_\_\_\_\_
- UHCD sortie CH ou domicile : \_\_\_\_\_
- Hospitalisation : \_\_\_\_\_

**DEVENIR**

**-Sortie :**

RAD   
Contre avis   
Fugue

**-Hospitalisation :**

1-intra-hospitalier  Unité : \_\_\_\_\_

2-transfert  CH : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Motif (place,demande patient) : \_\_\_\_\_

**-Décès:**

OUI  NON   
Prévisible  Non prévisible

Je tiens à vous remercier pour avoir pris le temps de répondre à mes questions dans le cadre de ma thèse.

Louis DUBOIS, interne Médecine Générale.  
06 62 53 39 29

### Annexe 3 : Critères qualitatifs d'évaluation de l'UHCD (organisation) selon la SFMU.

<b>Annexe 1 : Critères qualitatifs d'évaluation de l'UHCD [28]</b>		
<b>1 – Organisation</b>		
	Critères	ESO*
1	Il existe une UHCD. Elle fait partie du service d'urgence dont elle constitue une Unité Fonctionnelle.	E
2	L'UHCD est sous la responsabilité du chef de service des urgences. Il peut la déléguer à un PH des urgences.	E
3	Le règlement intérieur du service des urgences précise les missions et les objectifs de l'UHCD. <i>Ces missions sont adaptées au mode de fonctionnement, à l'environnement et aux contraintes architecturales et fonctionnelles.</i>	E
4	Il existe une rotation du personnel entre UHCD et Accueil.	E
5	La DMS moyenne est inférieure à 24H.	E
6	La durée de séjour en UHCD n'excède pas deux nuits consécutives ou 36 heures.	E
7	La DMS est comptabilisée en heures.	S
8	Il existe une procédure écrite décrivant la nature des patients à y hospitaliser.	E
9	Il existe un tableau de bord d'activité de l'UHCD conforme aux recommandations SFMU.	E
10	Il existe un codage diagnostique des malades hospitalisés à l'UHCD conforme aux recommandations SFMU.	E
11	Il existe des possibilités de surveillance de certains patients. <i>(infirmière en permanence, « monitoring » non invasif)</i>	S
12	Le dossier infirmier de l'UHCD fait partie intégrante du dossier médical.	E
13	Il existe un compte rendu d'hospitalisation pour chaque malade hospitalisé en UHCD.	E
14	Le compte rendu d'un malade sortant est envoyé au médecin traitant le jour de sa sortie ou est remis au malade.	E
15	Il existe des procédures spécifiques d'évaluation de la qualité des soins à l'UHCD.	S
16	Il existe une procédure de facturation pour chaque passage selon les actes diagnostiques et/ou traitement réalisé pour les patients ne faisant pas l'objet d'une hospitalisation.	O
17	Il existe une procédure écrite concernant les modalités de transfert/mutation à partir de l'UHCD vers les autres services.	S
18	Les malades hospitalisés à l'UHCD donnent lieu à l'établissement d'un RUM.	E
19	Il existe une fiche de transfert/mutation remplie pour chaque malade transféré ou muté.	E
20	Le médecin traitant de chaque malade est joint par téléphone au moment de sa sortie.	S

\* Le caractère « E », « S » ou « O » signifie « Essentiel », « Souhaitable » ou « Optionnel ». Le critère Essentiel devrait être observé dans tous les services d'urgences. Le critère Souhaitable est un critère optimal de qualité. Le critère Optionnel ne s'adresse qu'à certaines structures.

## Annexe 4 : Critères qualitatifs d'évaluation de l'UHCD (locaux) selon la SFMU.

<b>Annexe 2 : Critères qualitatifs d'évaluation de l'UHCD [28]</b>		
<b>2 – Locaux</b>		
	Critères	ESO*
1	L'UHCD comporte des chambres. <i>Il s'agit de chambres, insonorisées, à un lit, avec sanitaire, équipées de fluides médicaux et de systèmes d'appel.</i>	E
2	L'unité comporte un poste infirmier de surveillance et les locaux utilitaires habituels nécessaires aux soins et à l'hospitalisation (sanitaires, office, rangement, vidoirs).	E
3	L'UHCD est équipée d'un chariot de réanimation d'urgence.	E
4	Il existe un lieu isolé pour l'entretien avec les familles.	S
5	Il existe une possibilité téléphonique dans chaque chambre de l'UHCD (prise en attente).	S
6	L'UHCD comporte 3 à 5 lits/10 000 passages pour un SAU ou 2 à 4 lits/10 000 pour une UPATOU.	S
7	Chaque chambre est équipée de fluides (air, oxygène, vide) et d'appel malade.	E
8	Il existe un équipement de monitoring non invasif (pression artérielle, SpO <sub>2</sub> , fréquence cardiaque).	S
9	La superficie de chaque chambre permet les gestes d'urgence.	E
10	La surveillance usuelle et/ou monitorée est possible depuis le poste infirmier.	S
11	Il existe une salle d'accueil pour les familles.	S
12	Il existe un bureau médical.	E
13	Il existe une salle de détente et sanitaire pour le personnel.	E
14	Il existe une chambre de garde.	O
15	L'UHCD doit être distincte architecturalement mais contiguë à l'accueil des urgences.	E
16	Le personnel paramédical en charge de l'UHCD est déchargé de l'activité d'Accueil ou de toute autre tâche.	E
17	Le personnel médical de l'UHCD est déchargé de l'activité d'Accueil aux heures ouvrables.	E

\* Le caractère « E », « S » ou « O » signifie « Essentiel », « Souhaitable » ou « Optionnel ». Le critère Essentiel devrait être observé dans tous les services d'urgences. Le critère Souhaitable est un critère optimal de qualité. Le critère Optionnel ne s'adresse qu'à certaines structures.

## Annexe 5 : Classification des patients aux urgences.

### Classification GEMSA

Groupe GEMSA	Définition
I	Patient <i>décédé à l'arrivée</i> ou avant toute réanimation
II	Patient <i>non convoqué sortant</i> après consultation ou soins
III	Patient <i>convoqué</i> pour des soins à distance de la prise en charge initiale
IV	Patient <i>non attendu</i> dans un service et <i>hospitalisé</i> après passage au SAU
V	Patient <i>attendu dans un service</i> , ne passant au SAU que pour des raisons d'organisation
VI	Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate, importante et prolongée

### Classification CCMU

Classe CCMU	Définition
I	État clinique jugé stable. Pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au SAU
II	État clinique jugé stable. Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au SAU
III	État clinique jugé susceptible de s'aggraver au SAU sans mise en jeu du pronostic vital
IV	Pronostic vital engagé et prise en charge ne comportant pas de geste de réanimation destiné à préserver le pronostic vital immédiat
V	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat

Tableau extrait de « Memo urgences » par Joël Crevoisier, François Belotte et Emmanuel Cassanas ; Wolters Kluwer France, 17 juin 2010 - 103 pages

**Annexe 6 : Accord éthique de la CNIL en date du 02/03/2013 et enregistré à la CNIL sous le numéro 1656588.**

## DEMANDE D'AUTORISATION

### D'UN TRAITEMENT AYANT POUR FINALITÉ L'ÉVALUATION OU L'ANALYSE DES PRATIQUES OU DES ACTIVITÉS DE SOINS ET DE PRÉVENTION

(Chapitre X de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

#### 1 Le demandeur (responsable du traitement)

Nom et prénom ou raison sociale : DUBOIS LOUIS	Sigle (facultatif) :
	N° SIRET :
Service :	Code APE :
Adresse : HOPITAL SAINT VINCENT 22 BOULEVARD DE BELFORT	
Code postal : 59000 - Ville : LILLE	Téléphone : 0320874509
Adresse électronique : BOUQUILLONJEAN@GHICL.FR	Fax :

#### 2 Service chargé de la mise en œuvre du traitement (lieu d'implantation)

(Veuillez préciser quel est le service ou l'organisme qui effectue, en pratique, le traitement)  
Si le traitement est assuré par un tiers (prestataire, sous-traitant) ou un service différent du déclarant, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Nom et prénom ou raison sociale : DUBOIS LOUIS	Sigle (Facultatif) :
	N° SIRET :
Service :	Code NAF :
Adresse : HOPITAL SAINT VINCENT 22 BOULEVARD DE BELFORT	
Code postal : 59000 - Ville : LILLE	Téléphone : 0320874509
Adresse électronique : BOUQUILLONJEAN@GHICL.FR	Fax :

#### 3 Finalité et objectifs de l'étude

Quelle est la finalité ou l'objectif de votre étude ?

EVALUATION DE L'UTILISATION D'UN UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE (URGENCES) FACE AUX RECOMMANDATION COLLEGIALES

**!** Veuillez joindre le descriptif de l'étude qui doit préciser, notamment, les méthodes d'analyse des données traitées, les rapprochements ou interconnexions envisagés ou toute autre forme de mise en relation des informations.

# Bibliographie

1. Carpentier F, Guignier M, Eytan V, Service d'Accueil d'Urgences Médecine. Chu Grenoble. Grenoble. FRA. L'hospitalisation de courte durée à l'urgence. THERAPIE. 2001;56(2):151-155.
2. Cash E, Cash R, Ducasse JL, Hault C, Mattheiu F, Richard T. Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2013.
3. Bellou A, de Korwin J-D, Bouget J, Carpentier F, Ledoray V, Kopferschmitt J, et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. La Revue de Médecine Interne. sept 2003;24(9):602-612.
4. Unger PF. Quels patients doit-on hospitaliser à partir d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU)? Réanimation Urgences. 1996;5(5):603-604.
5. Revue E, Papillon V, Carnet A, Delefosse F, Leclerc P, Miranda J, et al. Évaluation de la pertinence des hospitalisations dans un service d'urgence. Journal Européen des Urgences. juin 2009;22(S2):A36.
6. Journal Officiel de la République Française. Décret no 95-648 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. JO du 10 mai 1995. Sect. pp 7588-9., no 95-648 mai 10, 1995 p. pp 7588 - 9.
7. Potel G. SFMU : Référentiels SFMU Référentiels SFMU. 2005.
8. Verfaillie Garzitto A, Van Der Linden T., Begue A. Activite De L'uhcd D'un Service D'urgence: Resultats D'une Etude Prospective Portant Sur 673 Patients [Thèse d'exercice]. [Lille]: Lille 2; 2001.
9. Saintonge S, Avret S, Le Port S, Brod S, Mathieu G, Vidal P, et al. Impact de

l'ouverture de lits portes sur le fonctionnement du CHLMV. JEUR. 2003;16(S1):18-21.

10. Becker F, Billault C, Breuil N, Mathevon T, Aublet-Cuvelier B, Schmidt J. Analyse Critique De L'activité En L'an 2000 D'une Unité D'hospitalisation De Courte Durée. JEUR. avr 2003;16(HS1):13.

11. Billault C, Marsaud R. Valeur informative de la lettre d'admission d'un patient au SAU. Etude prospective avec analyse de 228 courriers au cours d'une « semaine type » reconstituée. 2003.

12. Bellou A, de Korwin J-D, Bouget J, Carpentier F, Ledoray V, Kopferschmitt J, et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. La Revue de Médecine Interne. sept 2003;24(9):602-612.

13. STEG A. L'urgence à l'hôpital. LA REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE. 1989;(423):621-631.

14. Roberts JH, Nelson CJ, Morrison PD. Defending the Beachhead: Telstra versus Optus. Business Strategy Review. 2001;12(1):19-24.

15. Graff L, Zun LS, Leikin J, Gibler B, Weinstock MS, Mathews J, et al. Emergency department observation beds improve patient care: Society for academic emergency medicine debate. Annals of Emergency Medicine. août 1992;21(8):967-975.

16. Journal Officiel de la République Française. Circulaire DH.4B/D.G.S. 3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation. mai 14, 1991.

17. Gerbeaux P, al. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. Journal Europeen des Urgences. avr 2001;vol 14(n°1-2):144-152.

18. BOUGET J, CARPENTIER F. Commission d'Évaluation de la SFUM Unités

d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Réan Urg. 1997;119-158.

19. Bazarian JJ, Schneider SM, Newman VJ, Chodosh J. Do Admitted Patients Held in the Emergency Department Impact the Throughput of Treat-and-release Patients? Academic Emergency Medicine. 1996;3(12):1113-8.
20. Recommandations du Jury. Conférence de Consensus - Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. JEUR. sept 2004;17(3-c2):183-201.
21. Bordes E, Lourenco E, Mokaddem K, Jedrecy A, Dennebouy C, Jedrecy C. Évaluation de la pertinence des hospitalisations à partir de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). JEUR. mai 2007;20(1):115.
22. Plomion O, Fraisse F, Denance AM, Guarinos A. Étude prospective des indications des hospitalisations dans une UHTCD. 1995;(4):229.
23. Reuter P-G, Kernéis S, Turbelin C, Souty C, Arena C, Gavazzi G, et al. Orientation des patients par leur médecin généraliste vers les secteurs hospitaliers publics ou privés en France : étude épidémiologique prospective du réseau Sentinelles. La Revue de Médecine Interne. déc 2012;33(12):672-677.
24. Zemmouche P, Gillet P, Stepien F, Petry S, Delmas G, Pierrard O, et al. Analyse du profil des admissions et de la charge de travail paramédical en unité d'hospitalisation de courte durée: l'UHCD victime de l'aval? JEUR. mai 2007;20(1):39.
25. Capon M, =Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2. Marseille. Permanence d'accès aux soins de santé : analyse rétrospective de l'activité en 2006 au sein de l'UHCD des urgences du centre hospitalier de Salon de Provence. 2007.
26. Bertrand F, Rastel E, Baudouy M. Comparaison des diagnostics portés à l'admission, au service porte et au terme de l'hospitalisation en médecine chez 626 patients. Paris; p. 2099-2011.
27. REFUTIN S. Ouverture de 10 lits d'UHCD : impact sur la vie des urgences. Timone;

2006.

28. Lang T, Davido A, Logerot H, Meyer L. of Admissions: the French Experience. *Int J Qual Health Care*. 9 janv 1995;7(3):233-238.
29. Loire C, Duval C-M, Hervé F, Courtois G, Bourdé A. Enquête de satisfaction des médecins généralistes sur les comptes rendus de passage aux urgences de leurs patients. *Journal Européen des Urgences*. juin 2009;22(S2):A37.
30. Sitruk F, Boulard JC, Galichon B, Braconnier S, Brun-Ney D. Apport de l'informatique dans l'analyse du concept de « couloir-porte » dans un service d'accueil des urgences adultes. *JEUR*. 7 mars 2008;17(HS 1).
31. Josseaume J, Duchateau F-X, Burnod A, Pariente D, Beaune S, Leroy C, et al. Observatoire du sujet âgé de plus de 80 ans pris en charge en urgence par le service mobile d'urgence et de réanimation. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. juill 2011;30(7-8):553-558.
32. Forest A, Ray P, Cohen-Bittan J, Boddaert J. Urgences et gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. oct 2011;11(65):205-213.
33. Wargon M, Coffre T, Hoang P. Durée d'attente des personnes âgées aux urgences et dans l'unité d'hospitalisation des urgences. *JEUR*. 7 mars 2008;17(HS 1):118-120.
34. Jacquier JM, Blancher M, Pittet A, Gauthier V, Driencourt JB. ET SI L'UHCD FERMAIT ? 7 mars 2008;17(HS1):38.
35. Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. *JEUR*. 7 mars 2008;18(1):3-9.
36. Bonnet P, Hausfater P, Ferchichi S, Delerme S, Bennaceur M, Renault R, et al. Étude des caractéristiques des décès survenus au service d'accueil des urgences et à l'UHCD en 2001 et 2002 et impact sur les pratiques professionnelles. *JEUR*. mai 2007;20(1):138.
37. Jacquier JM, Driencourt JB. L'UHCD peut-elle respecter ses objectifs ? *JEUR*. 7 mars 2008;Vol 16(N° HS 1):18.

38. Claessens Y, Kierzek G, Josseran L, Andre S, Bernas F, Pourriat J. Services d'urgence : observatoires de santé publique. Réanimation. déc 2008;17(8):807-815.
39. Sagnes-Raffy C, Boursier E, Rollet C, Ducassé J-L. Quel flux des urgences en 2030? Journal Européen des Urgences. mai 2007;20(1):110.
40. JORF. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
41. Taboulet P, Gozlan N, Braganca A, Atlan A, Mathé M, Zafrani S, et al. La classification infirmière des malades aux urgences (Cimu) et la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) sont-elles comparables ? JEUR. mars 2008;21(S1):A218.
42. Wiler JL, Ross MA, Ginde AA. National study of emergency department observation services. Acad Emerg Med. sept 2011;18(9):959-965.
43. Trinh-Duc A, Perier C, Fort P, Nicod J. Y a-t-il lieu de modifier la prise en charge des patients CCMU I et II ? 7 mars 2008;15(1):15-24.
44. Galichon B, Sitruk F, Morelon S, Courret JP, Boulard JC, Brun-Ney D. Analyse De La Prise En Charge Des Patients Âgés Dans Un Service D'urgences. Journal Europeen des Urgences. mars 2004;17(HS1).
45. Cristiano M, Cristiano A. État des lieux d'une unité d'hospitalisation de courte durée d'un hôpital général en 2008 : se base-t-on sur les recommandations de la SFMU ? Journal Européen des Urgences. juin 2009;22:A209.
46. Leveau P. La personne âgée aux urgences. EMC - Médecine d 'urgence. janv 2009;4(2):1-8.
47. Mokrani Z, Blanc C, Illi N, Peyras F, Morin K. Épidémiologie des douleurs thoraciques hospitalisées en UHCD. JEUR. juin 2009;22:A57.
48. Muriaux A. Evaluation de l'activité d'une UHCD à l'aide d'un dossier médical cible. 2007.

49. Hubin V, Thys F, Duboullay D, et al. Fonction d'une Unité d'hospitalisation de courte durée(U.H.C.D.) dans les services d'urgences. JEUR. HS1(16):103-105.
50. Bonneville S, Ecoiffier M, Fassier V, Azéma O, Lauque D. L'UHCD Du Sau Toulouse Purpan : Le Point De Vue Des Soignants. mars 2004;17(HS 1):142-143.
51. Seletti B, Launay C, Garnier B, Brun-Ney D, Boulard JC, Petitjean F. Accueil des urgences psychiatriques au sein d'un centre hospitalier universitaire. Intérêt de l'intégration dans un réseau de soin sectorisé. avr 2001;159(3):160-166.
52. Delmas G, Pierrard O, Weissenbach A, Colombo A, Zaouia S, Gillet P, et al. Prise en charge des intoxications aiguës (IA) en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD): primum non nocere. JEUR. mai 2007;20(1):103.
53. Hachelaf M, Labourey JM, Desmettre T, Capellier G. Impact d'un protocole sur le mode d'arrivée des patients graves au SAU. JEUR. mars 2004;17(HS 1).
54. Carcopino M, Carcopino X, Gerbeaux P. Évaluation du mode d'arrivée au service d'accueil des urgences comme facteur prédictif d'une hospitalisation. JEUR. sept 2008;21(3):79-85.
55. Lopez S, Pic D, Pourrat C, Schmidt J. Evaluation du fonctionnement d'une salle d'admission des urgences vitales au chru de Clermont-Ferrand. mars 2004;17(HS 1):52.
56. Duret E, Schmutz T, Colin V, Deleau J, Braun F. Évaluation de l'activité d'une UHCD selon les critères et recommandations de la SFMU : une photographie pertinente des difficultés de fonctionnement d'un centre hospitalier général. JEUR. mars 2008;21(S1):A32.
57. Masmoudi R, Sauvin G, Beaune S, Kadji R, Razazi D, Dart T, et al. CP012 - L'évaluation de la gravité des patients admis en UHCD par le score d'indice de gravité simplifié IGS2. Etude de cohorte. [Internet]. [cité 6 sept 2013]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/urgences2012/urgences2012/donnees/communications/resume/resume\\_12.htm](http://www.sfm.org/urgences2012/urgences2012/donnees/communications/resume/resume_12.htm)

58. Monneret T, Nolevaux G, Laplanche D, Lemoussu C, Hugerot A. Unité d'accueil de médecine polyvalente (UAMP): une solution performante pour l'amélioration de l'aval des structures d'urgences? *Journal Européen des Urgences*. mai 2007;20(1):113.
59. Taurel M, Fassbender V, Hadad C, Cotta D, Rosenthal E, Bernardin G, et al. Aspects médico-économiques d'une unité de post-urgence intégrée à un service de médecine interne. *La Revue de Médecine Interne*. déc 2012;33(S2):A38.
60. Grignon P, Le Page L, Lion-Daolio S, Guerin D, Picard A, Duhaut P, et al. Évaluation rétrospective sur un an du fonctionnement d'une structure d'hospitalisation de court séjour post-urgence. *La Revue de Médecine Interne*. juin 2007;28(S1):52-53.
61. Lévy M, Charmion S, Bouchou K, Cathébras P. Une unité de post-urgence originale au sein d'un service de semaine de médecine interne. *La Revue de Médecine Interne*. déc 2006;27(S3):S363.
62. Galichon B, Morelon S, Beauchet A, Boulard JC, Brun-Ney D. Utilisation d'un tableau de bord automatisé pour l'analyse des séjours > 36 heures dans la zstcd d'un SAU. mars 2003;16(HS1).
63. Delmas G, Pierrard O, Weissenbach A, Zaioua S, Zemmouche P, Gillet P, et al. Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et personnes âgées de 80 ans et plus (80+). *Journal Européen des Urgences*. mars 2008;21(S1):A149-A150.
64. Tortevoie C, Cordier E, Platonoff S, Pichon JP, Prével M. Evaluation à un an d'une zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD). *JEUR*. 7 mars 2008;16(HS 1):12.
65. Roberts R, Graff L. Economic issues in observation unit medicine. *Emerg Med Clin North*. *Emerg Med Clin*. 19:19-33.
66. Rottner J. Critères de non-hospitalisation de la personne âgée de plus de 75 ans : aspect médical. *JEUR*. 7 mars 2008;17(3 -c2):269-274.
67. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de

l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? La Presse Médicale. oct 2009;38(10):1404-1409.

68. Douplat M, Langlois R, Carpentier F, Picco C. Pertinence de l'envoi des patients aux urgences par SOS médecins Grenoble. JEUR. juin 2009;22(S2):A108.

69. Leclerc A. Les admissions appropriées : le point de vue du médecin généraliste. JEUR. 7 mars 2008;Vol 17(N° 3-c2):221-226.

## Table des figures :

FIGURE 1 : SCHEMA REPRESENTANT LE LIEN ENTRE LA VILLE, L'HOPITAL ET L'UHCD.....	23
FIGURE 2 : TABLEAU DU NOMBRE DE PRISE EN CHARGE HORS DES RECOMMANDATIONS DE LA SFMU. ....	42
FIGURE 3 : REPARTITION DES HOSPITALISATIONS.....	43
FIGURE 4 : REPARTITION HOMMES / FEMMES. ....	44
FIGURE 5 : DIAGRAMMES CIRCULAIRES DE LA REPARTITION HOMMES / FEMMES. ....	44
FIGURE 6 : HISTOGRAMME DE LA DENSITE DES AGES.....	45
FIGURE 7 : BOX PLOT DES AGES.....	45
FIGURE 8 : PYRAMIDE DES AGES.....	46
FIGURE 9 : TABLEAU DES MOTIFS DE CONSULTATION.....	47
FIGURE 10 : HISTOGRAMME DES MOTIFS DE CONSULTATION.....	47
FIGURE 11 : TABLEAU DE LA REPARTITION DE LA CLASSIFICATION CCMU.....	48
FIGURE 12 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DE LA CLASSIFICATION CCMU.....	49
FIGURE 13 : TABLEAU DE LA REPARTITION DE L'ADRESSAGE DES PATIENTS.....	49
FIGURE 14 : HISTOGRAMME DE LA REPARTITION DE L'ADRESSAGE DES PATIENTS.....	49
FIGURE 15 : TABLEAU DU TYPE DE MODE D'ACCES EN UHCD.....	50
FIGURE 16 : HISTOGRAMME DU TYPE D'ACCES EN UHCD.....	50
FIGURE 17 : TABLEAU DE LA REPARTITION DE L'OCCUPATION DES LITS.....	52
FIGURE 18 : TABLEAU DE LA REPARTITION DES GROUPES DE LA SFMU.....	53
FIGURE 19 : HISTOGRAMME DE LA REPARTITION DES GROUPES SFMU.....	54
FIGURE 20 : TABLEAU DES MOTIFS D'ENTREE EN UHCD.....	54
FIGURE 21 : HISTOGRAMME DES MOTIFS D'ENTREE EN UHCD.....	55
FIGURE 22 : DIAGRAMME CIRCULAIRE REPRESENTANT LES PATIENTS POLY-PATHOLOGIQUES.....	57
FIGURE 23 : TABLEAU REPRESENTANT LES PATIENTS POLY-PATHOLOGIQUES.....	58
FIGURE 24 : HISTOGRAMME DE LA DUREE DE SEJOUR EN UHCD EN JOURS.....	59
FIGURE 25 : TABLEAU DE LA DUREE DE SEJOUR.....	60
FIGURE 26 : TAUX HOSPITALISATION/AGE EN FONCTION DE LA PERIODE JOUR/GARDE.....	60
FIGURE 27 : BOX PLOT DE LA DUREE DE SEJOUR EN JOURS.....	61
FIGURE 28 : TABLEAU REPRESENTANT LES SERVICES D'HOSPITALISATION SUR SAINT VINCENT.....	62
FIGURE 29 : HISTOGRAMME DE LA REPARTITION DES HOSPITALISATIONS SUR SAINT VINCENT.....	62
FIGURE 30 : TABLEAU DE LA REPARTITION DES TRANSFERTS EXTERIEURS.....	63
FIGURE 31 : HISTOGRAMME DE LA REPARTITION DES TRANSFERTS EXTERIEURS.....	64
FIGURE 32 : BOX PLOTS COMPARANT L'AGE DE PATIENT DANS LES RECOMMANDATIONS OU NON.....	65
FIGURE 33 : DIAGRAMME REPRESENTANT LE TAUX DE PRISE EN CHARGE EN FONCTION DE L'AGE.....	65
FIGURE 34 : HISTOGRAMME DU LIEN ENTRE LA CLASSIFICATION CCMU ET LE MODE D'ACCES (TEST CHI2).....	67
FIGURE 35 : TABLEAU COMPARANT LE LA CCMU AVEC LE MODE D'ACCES (TEST CHI2).....	67
FIGURE 36 : TABLEAU DU LIEN ENTRE LA PRISE EN CHARGE EN DEHORS DES RECOMMANDATIONS EN FONCTION DU MODE D'ACCES (TEST CHI2).....	67
FIGURE 37 : HISTOGRAMME DU LIEN ENTRE LA PRISE EN CHARGE DANS LES RECOMMANDATIONS ET LE MODE D'ACCES (TEST CHI2).....	68
FIGURE 38 : HISTOGRAMME DE LA PRISE EN CHARGE DANS LES RECOMMANDATIONS ET LA CLASSIFICATION CCMU (TEST CHI2).....	68
FIGURE 39 : MOSAICPLOT REPRESENTANT LA REPARTITION SFMU ET LA PRISE EN CHARGE DANS LES RECOMMANDATIONS. .....	69
FIGURE 40 : REPARTITION DES GROUPES SFMU ET LA PRISE EN CHARGE DANS LES RECOMMANDATIONS.....	70
FIGURE 41 : TABLEAU COMPARANT LES VARIABLES DE DUREE DE SEJOUR DU G3 CONTRE LES TROIS AUTRES (G1+G2+G4). .....	71
FIGURE 42 : BOX -PLOT DUREE DE SEJOUR DU G3 CONTRE (G1+G2+G4).....	71
FIGURE 43 : MOSAICPLOT REPRESENTANT LA PRISE EN CHARGE DANS LES RECOMMANDATIONS AVEC OU SANS COURRIER MEDICAL.....	72
FIGURE 44 : MOSAICPLOT REPRESENTANT L'HOSPITALISATION SECONDAIRE EN FONCTION DES DEMANDES.....	73
FIGURE 45 : HISTOGRAMME COMPARANT LA PRISE EN CHARGE HORS DES RECOMMANDATIONS EN FONCTION DE LA CLASSIFICATION CCMU (HORS CRITERE TEMPS).....	74
FIGURE 46 : TABLEAU ETUDIANT LA SIGNIFICATIVITE DES MOTIFS D'HOSPITALISATIONS <u>EN DEHORS DU CRITERE TEMPS</u> POUR UNE PRISE EN CHARGE EN DEHORS DES RECOMMANDATIONS.....	75
FIGURE 47 : HISTOGRAMME REPRESENTANT LA SIGNIFICATIVITE DES MOTIFS D'HOSPITALISATIONS <u>EN DEHORS DU CRITERE</u> <u>TEMPS</u> POUR UNE PRISE EN CHARGE EN DEHORS DES RECOMMANDATIONS.....	75

FIGURE 48 : TABLEAU DE STATISTIQUE MULTI VARIEES POUR RECHERCHER DES DETERMINANTS DE LA PRISE EN CHARGE HORS RECOMMANDATION. ....	76
FIGURE 49 : MODELE DE BOUCHON .....	82
FIGURE 50 : TABLEAU REPRESENTANT LA REPARTITION DES GROUPES SFMU DANS 3 ETUDES. ....	92
FIGURE 51 : MOSAIC PLOT REPRESENTANT LE LIT D'OCCUPATION ET LES RECOMMANDATIONS .....	100

AUTEUR : Nom : DUBOIS

Prénom : Louis

Date de Soutenance : 14 novembre 2013

Titre de la Thèse : Utilisation et dysfonctionnement d'une unité d'hospitalisation de courte durée

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : DES *médecine générale* et DESC *médecine d'urgence*

Mots-clés : UHDC, SFMU, hospitalisation courte de durée, SAU, service d'urgence, recommandations

**Résumé :**

**Utilisation et dysfonctionnement d'une unité d'hospitalisation de courte durée**

**Contexte :** Les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ont été créées dans les années 90. *L'objectif de ces unités, intégrées aux services d'urgences, est diagnostique, thérapeutique et financier.*

*Les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) en fondent les bases, cependant quelques dérives sont apparues. Nous avons cherché à mettre en évidence les causes de sorties des recommandations et le lien entre la ville et l'UHCD de l'hôpital.*

**Méthode :** Etude prospective portant sur 427 patients consécutifs hospitalisés aux urgences / UHCD.

Le travail a analysé les facteurs de non respect des recommandations en utilisant les critères de la SFMU.

**Résultats :** L'étude met en évidence 41% (n=174) de patients hors des recommandations.

Il y a 35% (n=151) de patients qui restent plus de 24 heures, 12% (n=53) recevant des soins de type réanimatoire et 5% , soit 21 patients , provenant de mutations internes. L'analyse multi variée montre que certains facteurs comme le passage en salle de déchoquage ou l'hospitalisation directe en UHCD sont des facteurs de sortie des recommandations (p<0,05). Les malades atteints de troubles psychiatriques ou les patients poly-pathologiques sont également susceptibles de sortir des recommandations (p<0,05).

Le groupe 3 de la SFMU (hébergement) semble moindre que dans la littérature mais hors des recommandations pour une raison de durée de séjour (p<0.05). La décision d'hospitalisation est significativement plus fréquente si elle est demandée par un médecin (p<0.05).

**Conclusion :** - Les durées de séjour en UHCD sont la cause principale du non respect des recommandations malgré une durée moyenne de séjour < à 24heures.

- Le fort taux de remplissage de l'UHCD (127%) montre une insuffisance de lit d'UHCD avec un nombre important de patients du groupe 4 de la SFMU.

- Le site étudié ne disposant ni de réanimation ni de soins continus, l'UHCD prend en charge des patients plus lourds.

- La création de 3 lits d'UHCD, ou d'une unité de surveillance continue, associée à une réévaluation des pratiques pourrait être utile.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur WIEL

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur GLANTENET Raymond  
Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc  
Monsieur le Docteur VAN DER LINDEN Thierry

**Directeur de Thèse :** Monsieur le Docteur BOUQUILLON Jean