



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

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Revalorisation de la prise en charge longue durée dans le service
d'accueil des urgences**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 13 octobre à 18h

au Pôle Formation

Par WALLART Jérémy

JURY

Président :

Monsieur le Professeur WIEL Éric

Asseseurs :

Monsieur le Professeur DEMONDION Xavier

Monsieur le Professeur VAN DER LINDEN Thierry

Monsieur le Docteur RENARD Jean Marie

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur DUBOIS Louis

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

SERMENT D'HIPPOCRATE

" Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque."

*« J'ai décidé d'être heureux parce que c'est bon pour la
santé. »*

VOLTAIRE

Liste des Abréviations

ARH	Agences Régionales de l'Hospitalisation
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DIM	Département d'Information Médicale
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENC	Etude Nationale des Coûts
ENCC	Echelle Nationale des Coûts à méthodologie Commune
FAU	Forfait Annuel Urgences
FFM	Forfait de Petit Matériel
GHICL	Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HAD	Hospitalisation à Domicile
IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
IC95%	Intervalle de Confiance à 95%
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ISA	Indice Synthétique d'Activité
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OR	Odd-Ratio
PMCT	Poids Moyen du Cas Traité
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information

RSS	Résumé de Sortie Standardisé
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Services d'Accueil des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SE	Sécurité Environnement
SROS	Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire
T2A	Tarifcation à l'Activité
TC	Traumatisé Crânien
UCD	Unité Commune de Dispensation
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
USC	Unité de Surveillance Continue Adulte
USIC	Unité de Soins intensifs Cardiologiques
Vs	Versus
ZSTCD	Zones de Surveillance de Très Courte Durée

Résumé

Contexte: Lors de leur séjour aux urgences de nombreux patients bénéficient d'une prise en charge prolongée avec des soins similaires à ceux prodigués dans les services d'hospitalisation classique. Fréquemment ceux-ci ne bénéficient pas d'une valorisation adéquate.

Méthode: Nous avons réalisé une étude rétrospective, monocentrique aux urgences adultes de l'hôpital Saint-Vincent de Paul, de janvier à novembre 2015. Les patients inclus avaient une prise en charge de plus de 6h et des soins réalisés (surveillance, traitement, examens complémentaires). Le groupe témoin était constitué de patients correspondant aux critères du groupe 4 de la classification SFMU. L'objectif est de mettre en évidence les caractéristiques des patients pour lesquels les dossiers n'ont pas été valorisés à leur juste valeur au moment de leur passage aux urgences.

Résultats : Les patients de la population revalorisée sont plus jeunes que ceux de la population témoin (moyenne d'âge : 43.93 ans Vs 54.79 ans, $p < 0.05$) Ces patients sont majoritairement admis en période de garde (18h30 à 08h30) (OR: 2,869; IC95% [2,163 ; 3,80]) et sortent le matin (OR= 0,494, IC [0,363; 0,672] $p < 0,05$) ; chez ces patients, la réalisation d'une imagerie complémentaire spécialisée réduit la durée de passage (10.77h vs 11.68h, $p < 0.05$). Les patients présentant une pathologie somatique sortent plus rapidement que les sujets présentant une pathologie psychiatrique (10.56h Vs 12.64h, $p < 0.05$).

Conclusion : Les patients revalorisés n'ont pas de caractéristique différente de la population témoin. Les admissions en période de garde, les sorties le matin, la réalisation d'exams complémentaires, l'âge, sont des facteurs d'oubli de revalorisation.

Table des matières

I. INTRODUCTION	19
1.1. LE CONCEPT D'HEBERGEMENT DE COURTE DUREE AU SEIN DU SERVICE DES URGENCES.....	21
1.1.1. <i>Création des UHCD et ZSTCD</i>	22
1.1.2. <i>Profil des patients hospitalisés dans une UHCD</i>	23
1.2. FINANCEMENT DES SERVICES D'URGENCE.....	24
1.2.1. <i>Histoire du financement de l'hôpital : du budget global à la tarification à l'activité</i>	24
1.2.2. <i>Fonctionnement spécifique d'un service d'urgence</i>	27
1.3. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	33
II. TRAVAIL PERSONNEL	34
2.1. OBJECTIF DE L'ETUDE	35
2.2. CENTRE DE L'ETUDE.....	35
2.2.1. <i>Présentation du centre hospitalier de Saint Vincent de Paul</i>	35
2.2.2. <i>Présentation du service des urgences de Saint Vincent de Paul</i>	37
2.3. MATERIEL ET METHODE	41
2.3.1. <i>Critères d'inclusion</i>	41
2.3.2. <i>Critères d'exclusion</i>	41
2.3.3. <i>Constitution de groupes de l'étude</i>	42
2.3.3. <i>Réalisation des statistiques</i>	42
2.3.4. <i>Accord éthique de la CNIL</i>	43
III. RESULTATS	44
3.1 : ANALYSE COMPARATIVE DES POPULATIONS.....	45

3.1.1. Taux d'hospitalisation après admission aux urgences de Saint Vincent de Paul.....	45
3.1.2. Comparaison des populations revalorisée et témoin en fonction du sexe	46
3.1.3. Comparaison des populations en fonction de l'âge et du sexe	47
3.1.4. Comparaison du nombre d'entrées en fonction des jours de la semaine	49
3.1.5. Influence de la période de garde sur la cotation des séjours	50
3.1.6. Influence du Samedi après-midi sur la valorisation du passage aux urgences.....	51
3.1.7. Influence du Dimanche jour sur la valorisation des dossiers	51
3.1.8. Entrées et sorties en fonction du jour ou de la nuit	52
3.1.9. Passages multiples aux urgences.....	55
3.2. ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION REVALORISEE	56
3.2.1. Réalisation des examens complémentaires.....	56
3.2.2. Motifs de consultation de la population revalorisée.....	63
3.2.3. Durée de passage aux urgences en fonction des motifs de consultation	64
3.3. TAUX DE REEVALUATION DE LA POPULATION REVALORISEE PENDANT LEUR PASSAGE AUX URGENCES	65
3.4. SURVEILLANCE DES PATIENTS DURANT LE SEJOUR AUX URGENCES	66
3.5. TRAITEMENT ADMINISTRE AUX PATIENTS DE LA POPULATION REVALORISEE.....	66
3.6. REALISATION D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES EN CAS DE PASSAGES MULTIPLES.	67
3.7. AVIS SPECIALISES EN PERIODE DE GARDE	68
3.8. EXAMENS COMPLEMENTAIRES SELON LES PATHOLOGIES	69

3.8.1. Les actes de biologie	69
3.8.2. L'ECG	70
3.8.3. Les actes d'imagerie	70
3.8.4. Comparaison des classes d'examens complémentaires réalisés en fonction du type de pathologie.....	70
3.9. EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET APPEL D'UN MEDECIN SPECIALISTE	71
IV. DISCUSSION.....	72
4.1. ANALYSE DES STATISTIQUES.....	73
4.2. AGE DES PATIENTS DANS LES 2 POPULATIONS	73
4.3. SEXE ET AGE DANS LES 2 POPULATIONS.....	74
4.4. SAMEDI EN PERIODE DE GARDE	75
4.5. LA PERIODE DE GARDE	76
4.6. INFLUENCE DE LA REALISATION DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	78
4.7. INFLUENCE DE L'HEURE DE PRISE EN CHARGE ET DE SORTIE	80
4.8. SURVEILLANCE REEVALUATION.....	81
4.9. INFLUENCE DES CONSULTATIONS REPETITIVES AUX URGENCES	81
4.10. CLASSES DIAGNOSTIQUES ET DUREES MOYENNES D'HOSPITALISATION	82
4.11. AVIS SPECIALISES	85
4.12. INFLUENCE DES PATHOLOGIES SUR LA REALISATION DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.	86
4.13. POURQUOI REALISER UN TEL TRAVAIL DE RECHERCHE ?.....	86
4.14. BIAIS DE L'ETUDE DANS LA DISCUSSION.....	87
V. CONCLUSION.....	89
VI. BIBLIOGRAPHIE	92
VII. ANNEXES.....	96

TABLE DES ILLUSTRATIONS	97
TABLE DES TABLEAUX.....	100
DECLARATION CNIL.....	102

I. Introduction

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) constituent le premier recours aux soins de nombreux patients et la porte d'entrée principale des hôpitaux. Les patients y trouvent les ressources nécessaires à leur prise en charge et cela quel que soit le motif de consultation : médical, social ou psychologique.

En 2012, dix millions de patients ont été admis dans les services d'urgence, parfois à plusieurs reprises. Les 654 structures d'accueil et de traitement des urgences ont enregistré plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus qu'il y a dix ans. Le taux de recours est en moyenne de 220 passages pour 1 000 habitants, variant selon les régions (entre 180 et 260) (1).

Cependant, la proportion de patients admis par les services d'urgence ne représente que 40% des malades hospitalisés. Ceci s'explique par la surspécialisation des services et par l'augmentation des entrées directes et programmées dans les différentes unités de soin. Cette nouvelle dimension influe sur le mode de fonctionnement des services d'urgence (2) (3) . La diminution des places disponibles en aval impose une meilleure gestion de celles-ci et donc de limiter au maximum les hospitalisations conventionnelles si elles peuvent l'être.

En 2003, 25 à 40% des patients étaient hospitalisés après leur passage aux urgences(4). 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'hospitalisation en aval expliquent la surcharge des services d'urgence tant au niveau de la prise en charge soignante que de l'organisation du service.

Le développement des Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et des zones de surveillance de très courte durée (ZSTCD) fait suite au Décret n°95-648 du 9 mai 1995 (6). Ces zones permettent la surveillance, le suivi, le traitement

initial, et l'hébergement de patients dans l'attente d'une autre orientation et reflètent l'adaptation des services d'urgence. Cinq à dix pour cent des patients consultant aux urgences sont admis dans ces unités(2).

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) (7) a édité des recommandations de fonctionnement et d'organisation de ces unités. Cependant la réalité de terrain au sein des centres hospitaliers et les contraintes humaines et techniques rendent parfois difficiles leurs applications.

Les UHCD ou ZSTCD permettent également d'éviter certaines hospitalisations parfois délétères pour les patients et d'organiser des retours à domicile en lien direct avec le médecin traitant plus adaptés et moins onéreux. (5) (8) (9).

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 fréquente (10).

1.1. Le concept d'hébergement de courte durée au sein du service des urgences

Les unités d'hospitalisation de courte durée ou « Zone de Surveillance de Très Courte Durée » (ZSTCD) ou « Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée » (UHTCD) constituent un accueil temporaire et spécialisé pour les patients après passage dans le service d'accueil des urgences (11).

Le fonctionnement de ces « unités » n'est pourtant pas tout à fait identique en termes de moyens, d'organisation et de coût pour le service malgré les recommandations de la SFMU.

1.1.1. Création des UHCD et ZSTCD

Cette conception de prise en charge est née aux Etats-Unis dans les années 1970 avec la création d' « Observation Units » ayant pour but de diminuer le nombre d'hospitalisations dans les services hospitaliers ainsi que leurs coûts, ce qui correspond exactement à l'utilisation actuelle de l'UHCD ou des ZSTCD.

Ces unités spécifiques se sont avérées efficaces dans leurs pays (USA), avec cependant une différence majeure d'influence par rapport à la France (100 millions aux USA contre 18 millions en France) (12).

Ces unités d'observation ont permis de diminuer le nombre d'hospitalisations et de diminuer le coût de la prise en charge pour les structures d'accueil et par conséquent pour la société les finançant (13).

La première notion française de zone d'hébergement de courte durée au SAU remonte à 1973 (circulaire 1007 du 29 octobre) (14).

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, notamment avec la création de l'UHCD au niveau équipement, personnel et juridique (15).

En 1995, un décret essaie de regrouper les appellations d'unité d'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 (7). En 1998, 53 % des SAU en disposaient (16).

Conformément à l'article D 6124-22 du Code de la Santé Publique paru en 2006, tout service d'urgence doit disposer d'une unité d'hospitalisation de courte durée dans laquelle la durée de séjour doit être inférieure à 24 heures. Elle est ouverte 24 h/24 si l'activité le justifie. Le nombre de lits dépend du nombre d'entrées aux urgences : de 3 à 5 lits pour 10 000 entrées / an, avec un minimum de 4 lits et maximum 16 lits (7) (17).

1.1.2. Profil des patients hospitalisés dans une UHCD

Les patients consultants au service d'accueil des urgences présentent des caractéristiques très diverses :

Certains patients viennent pour une prise en charge diagnostique et thérapeutique immédiate. Le bilan clinique et paraclinique, si celui-ci est nécessaire, est réalisé de façon immédiate avec des résultats rapides et une poursuite des thérapeutiques possibles au domicile.

D'autres patients nécessitent une prise en charge plus complexe, avec une indication à l'hospitalisation pour diverses raisons : médicales, sociales, de protection. Ceux-ci bénéficient d'un premier contact médical au sein des urgences avant l'admission dans un service conventionnel et une prise en charge plus poussée.

Entre ces 2 catégories de patients où la ligne directrice est tracée de façon claire et consensuelle, se situe une 3^{ème} catégorie : des personnes nécessitant une surveillance clinique ou paraclinique plus prolongée : surveillance des Traumatisés Crâniens (TC), attente d'un cycle enzymatique ou d'une efficacité thérapeutique, réévaluation après disparition d'un facteur confondant (alcool, drogues, médicaments...).

Ces prises en charge ne nécessitent pas d'une hospitalisation classique dans un service de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Ces patients, au sein du service d'accueil, sont réévalués fréquemment aussi bien par les équipes médicales que paramédicales.

Cette activité, pourtant perçue comme chronophage et coûteuse tant sur le plan humain que matériel, n'est que peu valorisée au sein des urgences.

1.2. Financement des services d'urgence

1.2.1. Histoire du financement de l'hôpital : du budget global à la tarification à l'activité

1.2.1.1. D'hier à aujourd'hui

Historiquement le financement des séjours hospitaliers en France dépendait d'une dotation globale, puis d'une substitution par un prix à la journée.

Cependant à partir des années 1980/1990, la France change radicalement sa façon de percevoir ses hôpitaux. Les contraintes de financement du système de santé conduisent l'État à vouloir réformer un système jugé obsolète. Le

gouvernement engage d'importantes transformations institutionnelles et instrumentales avec la loi de 1991 portant la réforme hospitalière intégrant :

- l'enveloppe globale affectée à l'assurance maladie,
- création des ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation),
- les SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) et la contractualisation,
- le PMSI. (Projet – puis Programme – de Médicalisation du Système d'Information).

1.2.1.2. La création de la tarification à l'activité

Le sigle PMSI est apparu pour la première fois en 1982 à la direction des hôpitaux (Ministère de la Santé). L'objectif du PMSI est d'évaluer la production médico-économique des hôpitaux en analysant l'activité médicale rapportée à la consommation des ressources.

Les tarifs par séjour sont calculés de façon standardisée : chaque acte réalisé sur un patient donne lieu à un Résumé d'Unité Médicale (RUM). L'ensemble des informations recueillies est, au moment de la sortie, repris au sein du Résumé de Sortie Standardisé (RSS).

Un seul et unique RSS est émis pour chaque séjour. Celui-ci est ensuite traité selon un algorithme qui prend en compte le diagnostic principal, l'existence d'actes opératoires, et d'autres informations (par exemple l'âge et les diagnostics associés). Le séjour ainsi traité est affecté à un Groupe Homogène de Malades (GHM).

Pour la tarification, le GHM est traité pour tenir compte de la particularité de certains séjours et donne lieu à définition d'un Groupe Homogène de Séjour (GHS).

Chaque GHS fait l'objet d'une tarification forfaitaire fixée annuellement par le ministère chargé de la santé, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, tarification fondée sur l' ENCC (Echelle Nationale des Coûts à méthodologie Commune) (18).

Un indice synthétique d'activité, exprimé en point (point ISA) permet la pondération des GHM afin de les classer plus justement dans les GHS.

Le PMSI donne une consommation chiffrable en comptabilité et une estimation du coût de chaque GHM. Le rapport entre le nombre de points ISA et le nombre d'hospitalisation définit le poids moyen du cas traité (PMCT).

1.2.1.3. Application de ce modèle

En 2005, la France, comme de nombreux pays avant elle, y compris les Etats-Unis avec un système de financement très proche (MEDICARE), a introduit un système de Tarification A l'Activité (T2A) pour financer les établissements de santé.

En 2004, la T2A se substitue à la dotation globale versée aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier.

Cette nouvelle tarification a pour but de fonder le financement des établissements en fonction de leur activité, celle-ci étant décrite par le Groupe Homogène de Séjours.

Elle couvre 100 % de l'activité des établissements privés depuis 2005, tandis qu'elle a été appliquée de manière progressive jusqu'en 2008 dans le secteur public pour couvrir 100 % de l'activité de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

En France, en 2001, les informations de coûts ayant permis la construction de la T2A proviennent d'établissements publics et privés qui ont participé aux différentes versions successives de l'Étude Nationale des Coûts (ENC) (19).

En 2016, une nouvelle étude est en cours pour la réévaluation de ceux-ci.

1.2.2. Fonctionnement spécifique d'un service d'urgence

Les services d'urgence possèdent plusieurs particularités :

- La partie accueil des urgences avec un système interne de pratiques et des cotations, en dehors de la T2A « standard » incluant la cotation NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).
- La partie hospitalisation : UHCD, UHTCD, USC (Unité de Surveillance Continue) qui utilise le même système de facturation que le reste des services d'hospitalisation conventionnelle des hôpitaux avec la T2A et l'utilisation des RUM et des GHM.

1.2.2.1. Le Secteur d'accueil des urgences

La réglementation tarifaire en vigueur du SAU prévoit deux modalités de financement : une fixe et une variable.

- Une part forfaitaire dénommée "Forfait Annuel Urgences" (FAU) finançant les coûts de structure et assurant la pérennité de la structure. Celle-ci est fixée en fonction de tranches d'activité, plus précisément du nombre de passages non suivis d'hospitalisation. Elle est acquise pour une année quel que soient les aléas d'activités constatés. Elle fait l'objet d'un ajustement annuel pour suivre l'évolution de l'activité. Le seuil minimal d'activité est fixé à 5 000 passages et le forfait augmente par tranche de 2 500 passages (20).
- Une part variable rémunérant le nombre de passages sans hospitalisation. Elle se compose d'un forfait d'« Accueil et de Traitement des Urgences » (ATU) perçu pour chaque passage dès lors que des soins non programmés sont délivrés à un patient. Le forfait "Accueil et Traitement des Urgences" (ATU) vise à couvrir les dépenses résultant de l'admission et du traitement des patients accueillis dans les services d'accueil des urgences des établissements de santé autorisés à pratiquer cette activité. S'y ajoute la facturation de consultations et d'actes (imagerie, analyses biologiques...) qui peuvent y être associés.

Un ticket modérateur forfaitaire de 18 € est mis à la charge des assurés sociaux lorsque la somme des actes réalisés ont un tarif supérieur ou égal à 120 €

dans la CCAM ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60 dans la NGAP (21).

Cependant les passages aux urgences qui sont suivis d'une hospitalisation au sein du même établissement de soins, ne peuvent pas donner lieu à la facturation d'un forfait ATU. Il est non cumulable, ni avec un forfait SE (Sécurité Environnement), ni avec le forfait FFM (Forfait de Petit Matériel), ni avec un GHS.

1.2.2.2. Le secteur hospitalisation au sein des urgences

Lorsqu'à l'issue de son passage dans la zone d'examens et de soins du service des urgences, l'état de santé du patient :

- présente un caractère instable ou que le diagnostic reste incertain ;
- nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques (23) ;

il peut bénéficier d'une valorisation de facturation.

La prise en charge du patient dans une zone de surveillance de très courte durée définie par les articles D. 6124-5 et D. 6124-12 du code de la santé publique, non suivie d'une hospitalisation dans un autre service de l'établissement (de médecine, chirurgie, obstétrique), donne lieu, quelle que soit la durée de séjour dans cette zone, à facturation d'un GHS correspondant à un GHM de la catégorie majeure définie à l'annexe IV de l'arrêté du 31 décembre 2003 (22).

1.2.2.3. Les actes frontières

Une circulaire datant de 2007 définit les actes frontières. L'objet de celle-ci est de fixer la frontière, en termes de facturation, entre ce qui relève d'une prestation GHS et ce qui relève de l'activité externe, pour laquelle la prise en charge dure moins d'une journée (24).

Il s'agit des cas où les symptômes observés au service des urgences imposent de réaliser d'emblée quelques examens complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques et qui nécessitent une surveillance, ceux-ci relèvent d'une ZSTCD. Ces cas de prise en charge au sein du service des urgences donnent lieu à la constitution d'un GHS.

En cas d'hospitalisation dans une unité de médecine, chirurgie ou obstétrique de l'établissement à l'issue du passage en ZSTCD, le passage dans l'unité respecte les règles standard de facturation avec production d'un RUM, présent dans le RSS de sortie du patient (25).

Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé.

S'agissant des prises en charge médicales, la règle générale autorise la facturation d'un GHS lorsque plusieurs examens ont été réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers, avec une synthèse diagnostique ou thérapeutique réalisée par un médecin.

Dans tous les cas, il convient de respecter l'esprit de ce principe dont la finalité est de ne pas facturer indûment des GHS à l'assurance maladie, pour des prises en charge qui relèvent de l'activité "externe", et donc d'une facturation à l'acte selon les règles de la CCAM ou de la NGAP.

Le terme de zone de surveillance est inadapté car il ne souligne pas la fonction d'hospitalisation de cette unité. Selon la SFMU, les patients bénéficient de soins, d'actes diagnostiques et thérapeutiques en complément de la surveillance réalisée (26).

Les zones de très courte durée ont pour vocation, en parallèle des lits d'UHCD dédiés à une hospitalisation plus longue avec monitoring, et pour des raisons techniques d'organisation de service, de permettre une prise en charge optimale des patients par les différents membres de l'équipe soignante.

Cette activité, incluant un coup matériel et humain pour pouvoir perdurer dans des conditions optimales, se doit d'être reconnue et valorisée.

Sur le plan financier, les urgences considérées au sens large ont la particularité de pouvoir bénéficier de l'ensemble des formules de financement actuellement existantes dans la politique de soins française : dotation, forfait, tarification à l'activité (T2A), facturation directe des prestations.

Ces différents modes de financement sont applicables de manière spécifique à chaque type d'unité présente au sein de l'entité « urgences », selon leur activité et leur mode de fonctionnement (27).

1.2.2.4. *Financements annexes*

Codage des consommables

Cette cotation qui a pour terminologie : Unité Commune de Dispensation (UCD), concerne certains médicaments, les molécules onéreuses remboursables en sus, les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation, (par exemple : médicament thrombolytique utilisé dans l'accident vasculaire cérébral).

Rétrocession de budget par les services dépendant des urgences

Une dernière source de financement concerne la possibilité laissée à l'initiative de chaque établissement de reverser aux urgences une partie de la rémunération des GHS des services d'hospitalisation (27).

Cette rétrocession n'est pas en vigueur au sein du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL).

En effet, la réglementation tarifaire ne prévoit aucun financement spécifique correspondant à la prise en charge des patients hospitalisés à la suite d'une admission par les urgences. Le GHS étant un forfait global, la recette est liée au séjour complet du patient quel que soit son parcours dans l'établissement.

Pour autant, leur prise en charge a notamment mobilisé des moyens de plateaux techniques (analyses, imagerie) concourant à l'établissement du diagnostic mais dont le coût est imputé au SAU. Ce biais peut être pris en compte en imputant, en recette du compte d'exploitation de la structure d'urgence, une fraction des GHS des services cliniques bénéficiaires.

1.3. Justification de l'étude

L'analyse des résultats financiers 2015 du service des urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent de Paul montrait une différence de PMCT majeure avec celui du service des urgences de Saint Philibert, dépendant tous deux de la même administration et fonctionnant de façon identique. L'hypothèse d'un biais de codage des hospitalisés, les dossiers des patients séjournant plus de 6 heures à l'accueil des urgences ont été relu. Lors de la relecture, nous avons mis en évidence un grand nombre de dossiers dont la cotation de séjour n'était pas adaptée (« sous codage » des patients de la zone frontière). Le but était de chercher à mettre en évidence des critères permettant un repérage plus facile de cette population pour limiter les pertes financière qui en découlent.

II. Travail personnel

2.1. Objectif de l'étude

Cette étude a pour but de mettre en évidence les caractéristiques des patients dont le dossier risque de ne pas être valorisé correctement lors du passage aux urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul, et ainsi d'améliorer les prochains codages au sein du service.

2.2. Centre de l'étude

L'étude s'est déroulée sur le Centre Hospitalier de Saint Vincent de Paul – Saint Antoine qui fait partie du GHICL, qui comprend également le centre hospitalier Saint Philibert à Lomme, ainsi que la clinique Sainte Marie à Cambrai. A ces établissements s'ajoutent l'Hospitalisation à Domicile (HAD) « Synergie » à LOMME et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « l'accueil » à LILLE et Saint François de Sales à CAPINGHEM.

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

2.2.1. Présentation du centre hospitalier de Saint Vincent de Paul

L'hôpital Saint Vincent de Paul se situe au cœur de LILLE, au niveau du boulevard de Belfort, frontalier de la ligne de métro.

Il dispose de :

- Une clinique médicale regroupant :

- Médecine polyvalente
- Médecine gériatrique
- Soins de suite et réadaptation
- Oncologie/Hématologie
- Neurologie
- Pneumologie
- Dermatologie
- Soins palliatifs
- Unité médico-sociale et Psychiatrique

- Un pôle chirurgical :

- Chirurgie Viscérale
- Chirurgie Orthopédique
- Chirurgie ORL et ophtalmologique

- Un pôle mère-enfant :

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

L'hôpital Saint Vincent de Paul possède 3 services d'urgences :

- Urgences gynécologiques et obstétricales
- Urgences pédiatriques
- Urgences adultes

Il dispose également d'une unité de surveillance continue mais pas de service de réanimation ni de soins intensifs (28).

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 permettant des transferts rapides et une collaboration aisée pour les avis médicaux et pour les admissions dans les unités spécifiques :

- Réanimation.
- Unité de soins intensifs neuro-vasculaires.
- Cardiologie avec Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC).
- Chirurgie digestive, thoracique et vasculaire, Chirurgie orthopédique
- Gériatrie
- Projet d'ouverture d'une USC

2.2.2. Présentation du service des urgences de Saint Vincent de Paul

Les urgences de Saint Vincent de Paul LILLE se composent de 5 secteurs :

- L'Accueil des Urgences : service d'accueil des urgences avec 7 salles d'examens, une salle destinée à la réalisation des immobilisations (principalement plâtrées)

- La « filière courte » avec 2 bureaux de consultation permettant une prise en charge rapide des pathologies relevant de la médecine de ville.
- L'Accueil des Urgences Vitales : secteur d'accueil des urgences vitales permettant la prise en charge simultanée de 2 patients.
- L'UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée, 7 lits monitorés, permettant un accueil temporaire des patients nécessitant une surveillance, un traitement de courte durée ou dans l'attente d'une place disponible en hospitalisation conventionnelle.
- L'USC : unité de surveillance continue, 4 chambres actuellement, en cours d'expansion progressive ; celle-ci permettant une prise en charge plus technique de pathologies complexes ou nécessitant une surveillance spécifique.

La présence médicale est assurée en matinée d'un médecin dans l'unité d'accueil sauf le lundi où l'équipe est doublée, d'un médecin en UHCD et USC et de 3 médecins toutes les après-midi.

Sur les périodes de gardes (la semaine de 18h30 à 8h30 et le samedi à partir de 12h30 jusqu'au lundi 8h30) : l'équipe médicale se compose de 2 médecins seniors, gérant conjointement les 2 unités selon une répartition interne.

Il faut ajouter 4 internes en poste aux urgences pour compléter la présence médicale de jour, dont un est affecté en UHCD et USC.

Les gardes d'internes sont assurées par la totalité des internes du site (n=21), à raison de 2 internes par période de garde.

La présence paramédicale est composée de :

- 1 IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation)
- 3 IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) en secteur d'accueil
- 1 IDE d'UHCD
- 1 IDE d'USC
- 1 aide-soignant d'accueil de jour
- 1 aide-soignant d'UHCD
- 1 aide-soignant d'USC
- 1 à 3 brancardiers (3 de jour, 1 de nuit)
- 1 cadre de santé de jour assisté d'un infirmier chef

La fréquentation du service dépasse 30000 passages par an (2015), soit une moyenne de 82 patients pris en charge chaque jour.

L'imagerie standard (radiologie, scanner, échographie) est disponible 24h/24 avec une salle de radiologie se situant dans le service, permettant une réalisation rapide des imageries simples de première intention, et un manipulateur en radiologie de garde sur place.

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 les heures ouvrables.

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

Population consultant aux urgences de Saint Vincent de Paul

Le mode d'admission est très varié : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), pompiers, entrées spontanées avec une majorité de patients sans contact médical préalable à leur admission aux urgences.

Parmi l'ensemble de ces patients, il existe 4 catégories de prises en charge au sein des urgences :

- La première catégorie nécessite une consultation médicale simple avec la pose « rapide et claire » d'un diagnostic et une proposition de traitement en ambulatoire, avec un contrôle précoce et efficace de la symptomatologie.
- La seconde catégorie nécessite une prise en charge dans un service de médecine hospitalière, de la réanimation à l'hospitalisation conventionnelle.
- La troisième catégorie nécessite une surveillance rapprochée, une prise en charge spécialisée et une hospitalisation de courte durée avec un transfert en UHCD.
- La dernière catégorie se compose de patients nécessitant une prise en charge diagnostique et thérapeutique plus longue ou plus complexe ainsi que ceux requérant une réévaluation médicale et paramédicale fréquente pour une durée limitée.

Cette dernière catégorie de patients correspond à la classe 4 de la classification des patients de la SFMU.

2.3. Matériel et méthode

L'étude s'est déroulée du 01 janvier au 29 novembre 2015 de façon rétrospective. Nous avons repris les dossiers des patients ayant passé plus de 6 heures au sein du service d'accueil des urgences, sans transfert vers une autre unité d'hospitalisation. Les dossiers ont été relus pour déterminer les facteurs ayant entraîné ce délai. Il s'agit d'une étude monocentrique.

2.3.1. Critères d'inclusion

Tout patient âgé de plus de 15 ans et 3 mois ayant passé plus de 6h au sein du service des urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul, durant la période du 01 janvier 2015 au 29 novembre 2015 inclus. Et ayant un dossier codé « consultation simple aux urgences », mais dont les caractéristiques répondaient aux critères du groupe 4 de la SFMU pour une valorisation en UHCD (13)

- Patient présentant un caractère instable ou le diagnostic reste incertain ;
- Patient nécessitant une surveillance médicale et paramédicale qui ne peut être délivrée que dans le cadre d'une hospitalisation.
- Patient nécessitant la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

2.3.2. Critères d'exclusion

Les patients exclus de l'étude ne remplissaient pas les critères du groupe 4 des patients de la SFMU.

2.3.3. Constitution de groupes de l'étude

2.3.3.1 Population revalorisée

Patients présentant une durée de séjour supérieure ou égale à 6h, remplissant les critères de valorisation d'activité (groupe 4 de la classification SFMU) avec un dossier médical complet.

2.3.3.2 Population témoin

Après diffusion et sensibilisation des médecins seniors du service des urgences ainsi que des internes de garde.

Patients présentant une durée de séjour supérieure ou égale à 6h aux urgences, du 10 mars 2016 au 20 avril 2016, hospitalisés administrativement, sans passage en UHCD, ni USC correspondant aux critères du groupe 4 de la classification SFMU. Un contrôle d'exhaustivité était réalisé quotidiennement par les médecins seniors.

2.3.3. Réalisation des statistiques

L'encodage des informations et la réalisation des statistiques (EPI-INFO* et R*) ont été réalisés par le Dr. BOUQUILLON.

Le seuil de signification retenu est inférieur à 5% ($p < 0.05$) et les intervalles de confiance sont à 95% (IC95%).

Les informations relevées dans les dossiers étaient :

- date et heure d'entrée dans le service
- le motif d'admission
- le recours à l'imagerie
- Le recours à la biologie
- la réalisation d'un ECG
- la prise d'un avis spécialisé complémentaire
- la nécessité d'une surveillance rapprochée
- les traitements administrés
- date et heure de sortie du service

Un contrôle extérieur aux investigateurs de l'étude a été réalisé par le DIM (Département d'Information Médicale) pour la vérification des dossiers de chaque groupe de l'étude.

2.3.4. Accord éthique de la CNIL

L'accord éthique de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été sollicité en date du 08-09-2016 : l'enregistrement a été effectué sous le numéro 1989510.

III. Résultats

3.1 : Analyse comparative des populations

3.1.1. Taux d'hospitalisation après admission aux urgences de Saint

Vincent de Paul

Le nombre de passages aux urgences sur la période de l'étude est de 27544 passages.

Le nombre d'hospitalisations ou de transferts sur la même période est de 5951.

Le nombre de dossiers de patients présents plus de 6h dans le SAU est de 6501.

Le nombre de dossiers revalorisés est de 550 dossiers et cela représente 8% d'hospitalisations perdues.

La population témoin se compose de 515 patients.

HOSPITALISATION	Fréquence	Pourcentage	IC 95%	
OUI	5951	21.60%	18.70%	23.11%
NON	21604	78.40%	76.77%	81.76%
Total	27544	100.00%		

Tableau 1 : Taux d'hospitalisation en 2015 après passage aux urgences

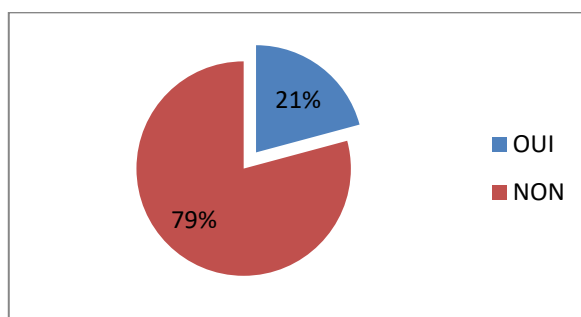


Figure 1 : Fréquences d'hospitalisation

Le taux d'hospitalisation après passage au sein du service des urgences de Saint-Vincent de Paul est de 21.60%, avant réévaluation des dossiers.

Après revalorisation de 550 dossiers, le taux d'hospitalisation est de 23.60%.

3.1.2. Comparaison des populations revalorisée et témoin en fonction du sexe

sexe	population revalorisée	population témoin	Total
Femmes	244	256	500
Hommes	306	259	565
TOTAL	550	515	1065

Tableau 2 : Répartition des sexes en fonction des populations étudiées

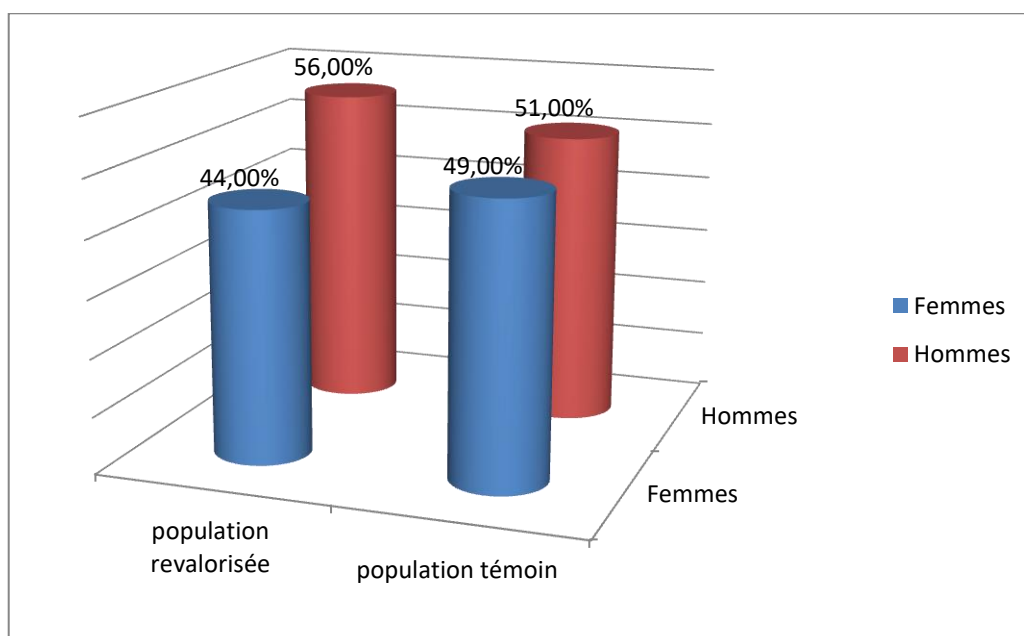


Figure 2 : Répartition des populations en fonction de leur sexe

Il n'existe pas de différence significative entre les 2 populations en fonction du sexe (Odd-Ratio (OR) : 0,81, IC95% [0,63 - 1,02] ; $p > 0.05$).

3.1.3. Comparaison des populations en fonction de l'âge et du sexe

3.1.3.1. Comparaison de l'âge dans chaque population,

Les sujets de la population revalorisée sont en moyenne significativement plus jeunes que la population témoin (moyenne d'âge en années : 43.83 Vs 51.23 ; $p < 0.05$).

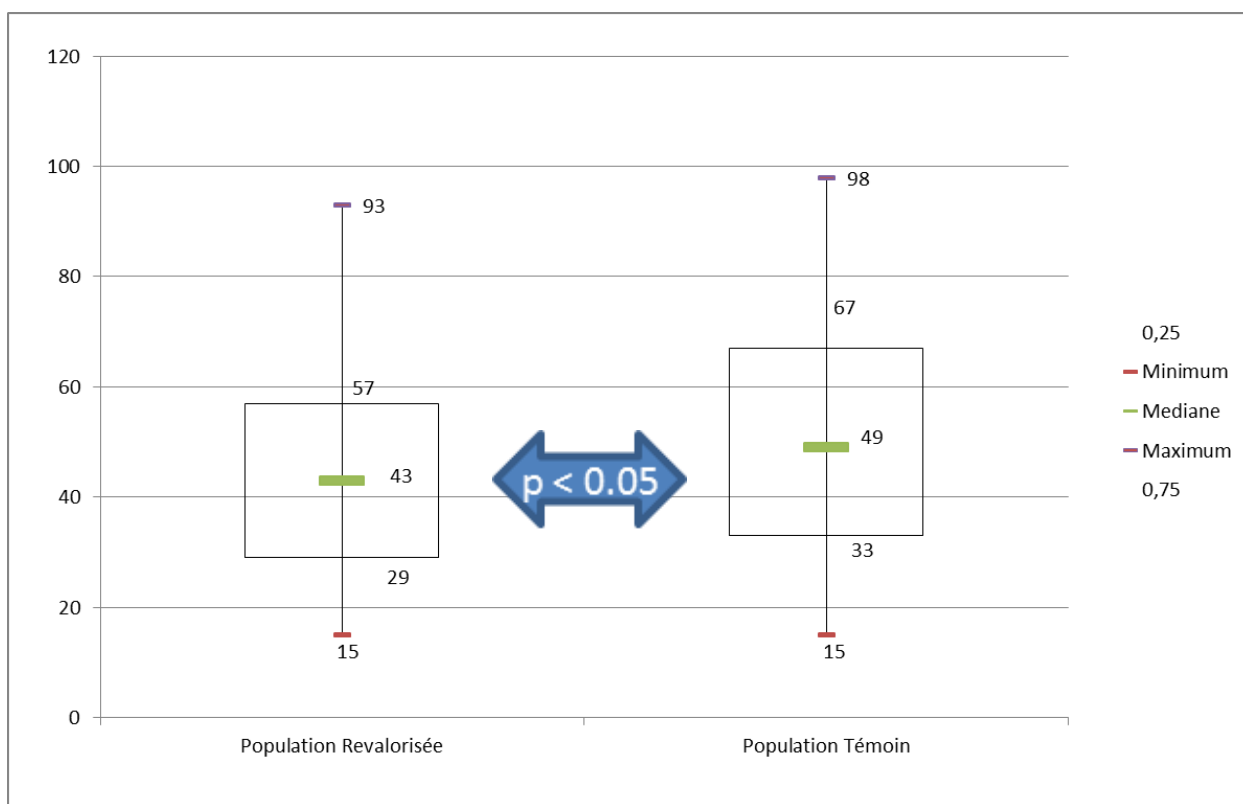


Figure 3 : Boîtes à moustaches : Age des populations revalorisées et témoin

3.1.3.2. *Comparaison de l'âge, en fonction du sexe, dans chaque population*

- Population revalorisée

Dans la population revalorisée, il n'existe pas de différence significative sur l'âge (moyenne d'âge en années : 43.93 Vs 43.75 ; $p > 0,05$).

- Population témoin

Dans la population témoin, les femmes ont un âge moyen significativement plus élevé que celui des hommes (moyenne d'âge en années : 54.79 Vs 47.42 ; $p < 0.05$).

3.1.3.3. *Comparaison de l'âge, en fonction du sexe, entre les 2 populations*

- Les femmes

Les femmes sont significativement plus jeunes dans la population revalorisée (moyenne d'âge en années : 43.93 Vs 54.79 ; $p < 0.05$).

- Les hommes

Les hommes sont significativement plus jeunes dans la population revalorisée (moyenne d'âge en années : 43.75 Vs 47.72 ; $p < 0.05$).

3.1.3.4. *Boîtes à moustaches : Age des différentes populations en fonction du sexe*

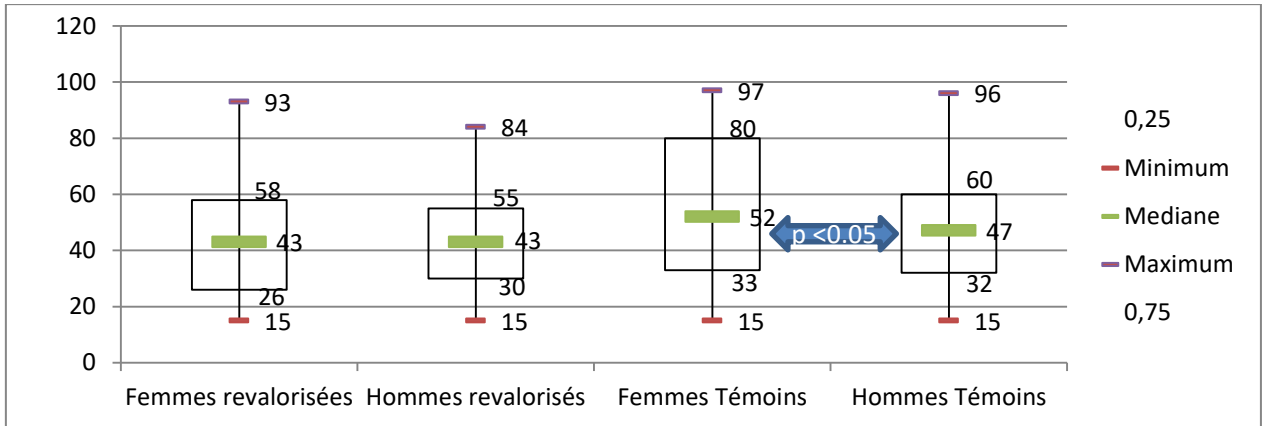


Figure 4 : Boîtes à moustaches : Age des différentes populations en fonction du sexe

3.1.4. Comparaison du nombre d'entrées en fonction des jours de la semaine

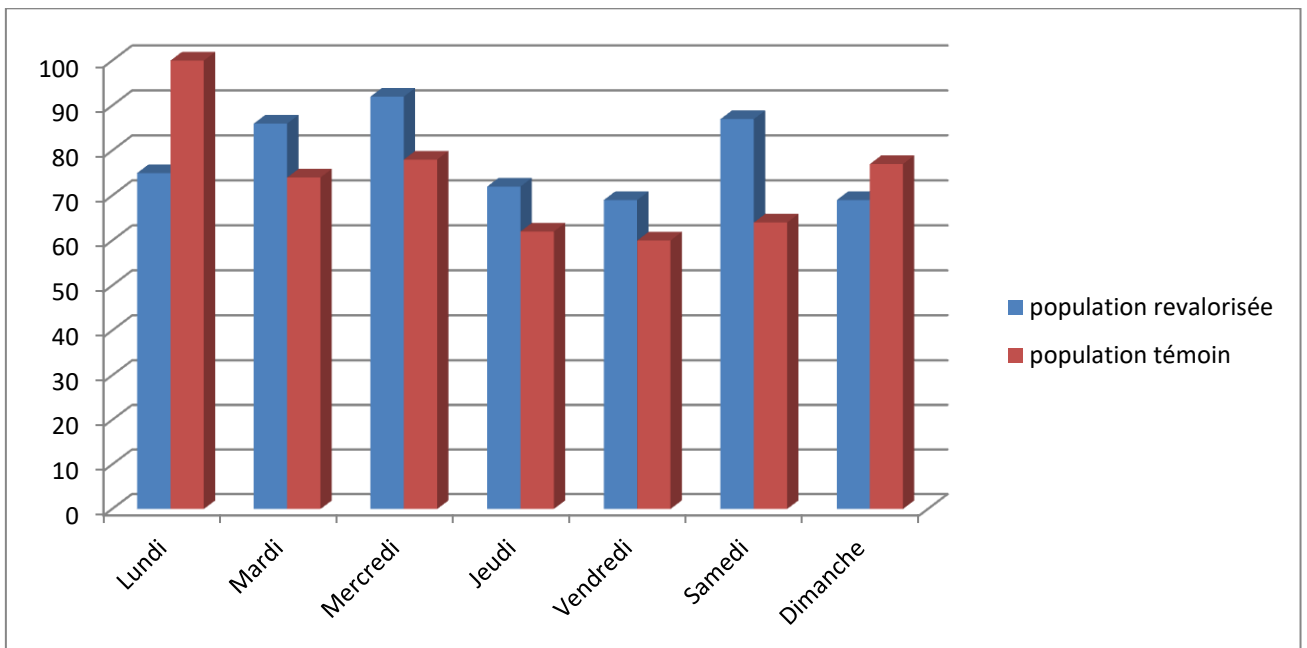


Figure 5 : Diagramme des répartitions du nombre d'entrées, en fonction des jours de la semaine, dans chaque population

Il n'existe pas de différence significative entre les jours de la semaine ($p > 0,05$).

3.1.5. Influence de la période de garde sur la cotation des séjours

Garde	Population Revalorisée	Population Témoin	Total
Oui	453	319	772
Non	97	196	293
TOTAL	550	515	1065

Tableau 3 : Répartition des entrées entre période garde et période ouvrée

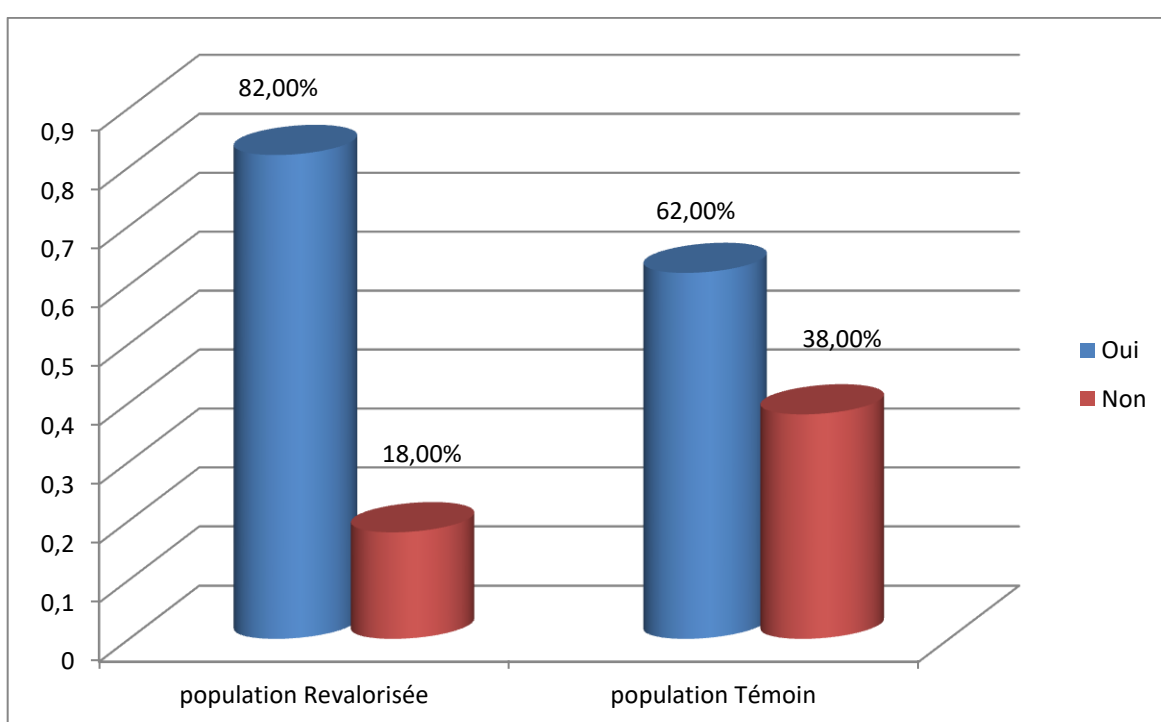


Figure 6 : Répartition en pourcentage des entrées, dans chaque population, en fonction de la période de garde

Il existe significativement plus de revalorisation de dossiers en période de garde (OR = 2,90 ; IC95% [2,16 - 3,80] ; $p < 0,05$).

3.1.6. Influence du Samedi après-midi sur la valorisation du passage aux urgences

Samedi garde	Population Revalorisée	Population Témoin	Total
Oui	44	29	73
Non	506	486	992
TOTAL	550	515	1065

Tableau 4 : Nombre d'entrées dans chaque population le samedi après midi

Il n'existe pas statistiquement plus de dossiers revalorisés en période de garde le samedi (OR =1,46 ; IC95% [0,90 - 2,37] ; $p < 0,05$).

3.1.7. Influence du Dimanche jour sur la valorisation des dossiers

Dimanche	Population Revalorisée	Population Témoin	Total
Oui	69	77	146
Non	481	438	919
TOTAL	550	515	1065

Tableau 5 : Nombre d'entrées dans chaque population le dimanche jour

Il n'existe pas significativement plus de dossiers recodés le dimanche a posteriori (OR = 0,81 ; IC95% [0,57 - 1,16] ; $p > 0,05$).

3.1.8. Entrées et sorties en fonction du jour ou de la nuit

- Entrée des patients

Période d'entrée	Population Revalorisée	Population Témoin	Total
Nuit	364	213	577
Jour	186	302	488
TOTAL	550	515	1065

Tableau 6 : Répartition des entrées des patients, de chaque population, en fonction de la période

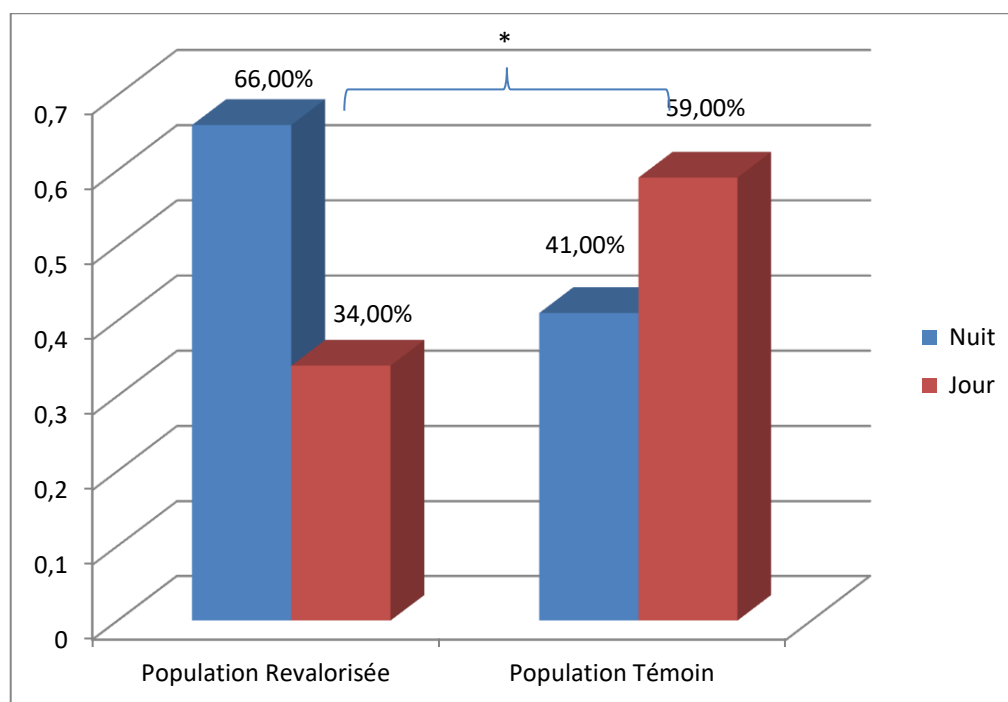


Figure 7 : Répartition des entrées des patients, de chaque population, en fonction de la période

Les dossiers de la population revalorisée sont significativement plus des entrées nocturnes que diurnes (OR = 2,77 ; IC95% [2,16 - 3,55] ; $p < 0,05$).

- Sortie des patients

	Population Revalorisée	Population Témoin	Total
Nuit	80	132	212
Jour	470	383	853
TOTAL	550	515	1065

Tableau 7 : Répartition des sorties des patients, de chaque population, en fonction de la période

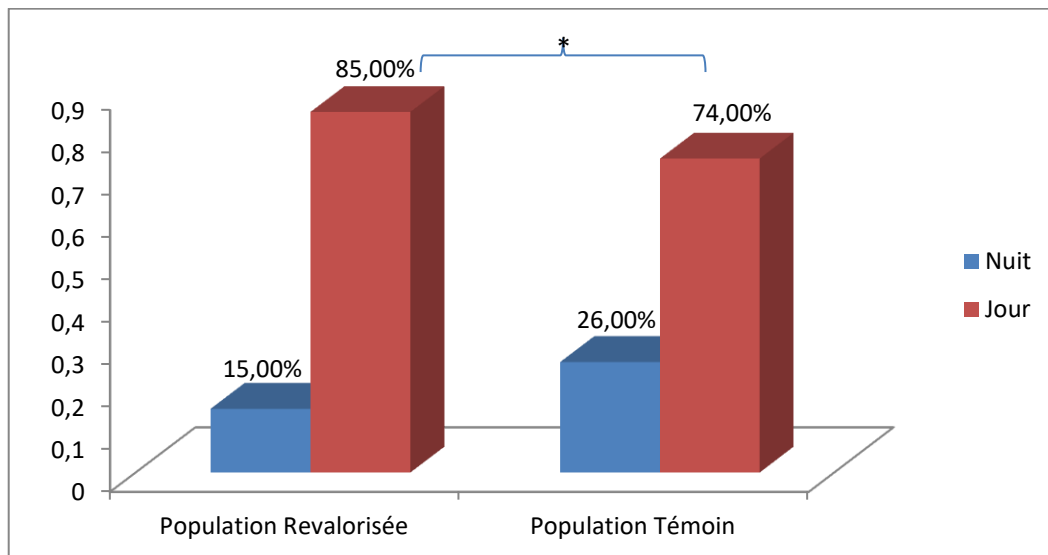


Figure 8 : Répartition des sorties des patients, de chaque population, en fonction de la période.

La majorité des dossiers revalorisés fait ressortir significativement plus des sorties diurnes que nocturnes (OR = 0,50 ; IC95% [0,36 - 0,67] ; $p < 0,05$).

	Population Revalorisée	Population Témoin	Total
Nuit profonde (0h- 6h)	31	59	90
Matinée (6h- 12h)	257	138	395
Après Midi (12h-18h30)	186	199	385
Début de Nuit (18h30- 0h)	76	119	195
TOTAL	550	515	1065

Tableau 8 : Détails des périodes de sortie dans le nyctémère des patients des 2 populations

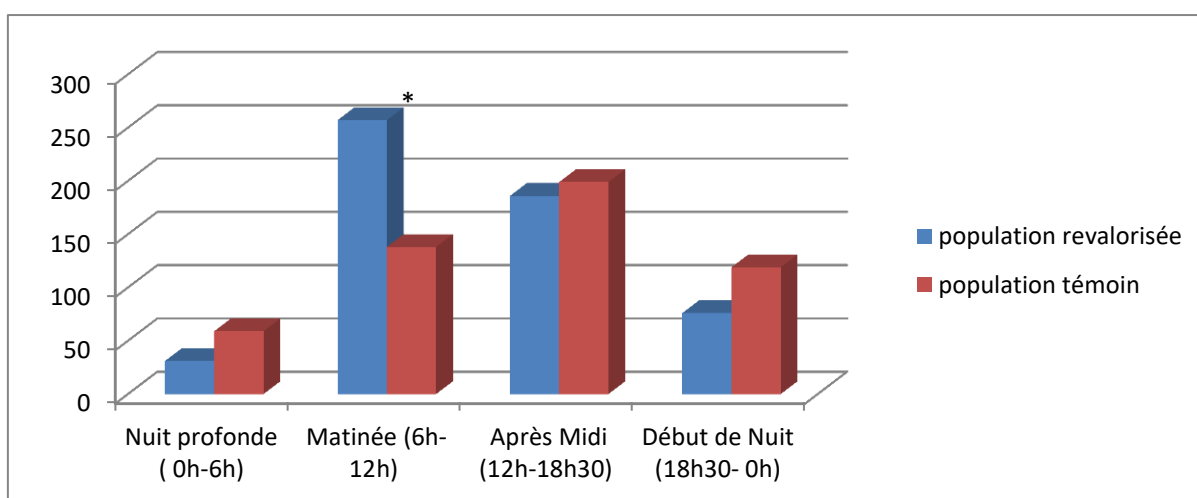


Figure 9 : Représentations de la répartition des sorties sur le nyctémère des patients

La majorité des dossiers non valorisés correspond à des sorties dans la matinée après 6h (OR = 2.39 ; IC95% [1.85 - 3.09] ; $p < 0,05$).

3.1.9. Passages multiples aux urgences

- Population témoin

Passages multiples	Fréquence	Pourcentage	IC 95%	
Non	469	91.07%	88.18%	93.32%
Oui	46	8.93%	6.68%	11.82%

Tableau 9 : Nombre de consultations multiples dans la population témoin

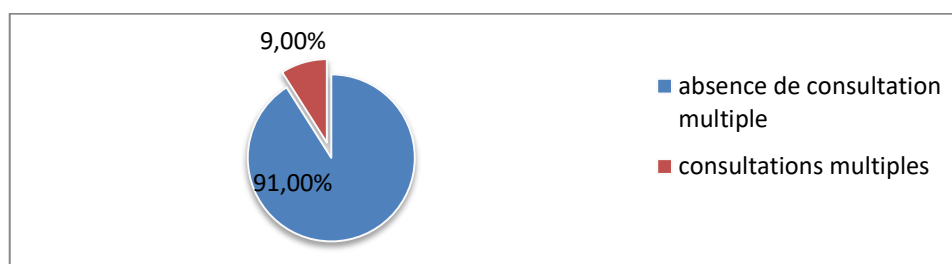


Figure 10 : Pourcentage des consultations multiples dans la population témoin

- Population revalorisée

Passages multiples	Fréquence	Pourcentage	IC 95%	
Non	429	78.00%	74.25%	81.35%
Oui	121	22.00%	18.65%	25.75%

Tableau 10 : Nombre de consultations multiples dans la population revalorisée

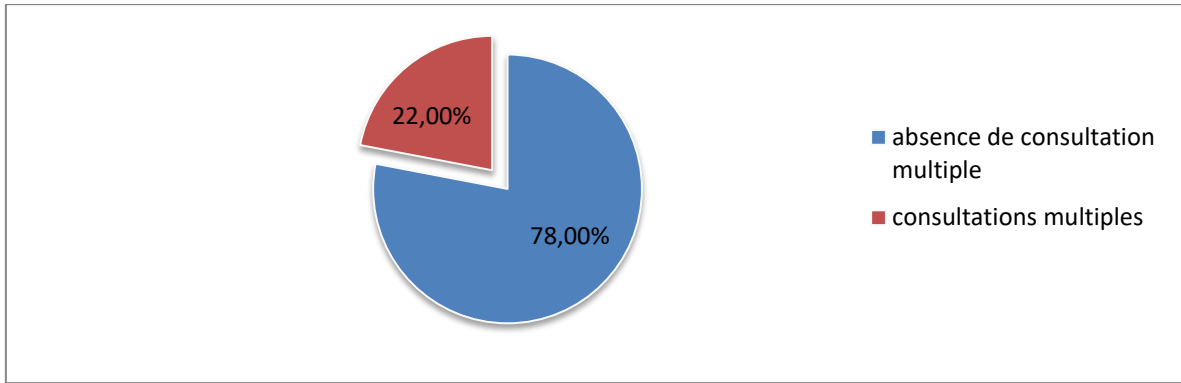


Figure 11 : Pourcentage des consultations multiples dans la population revalorisée

La durée d'inclusion des témoins et des dossiers recodés n'étant pas la même, cette distribution ne peut être statistiquement comparée.

3.2. Analyse descriptive de la population revalorisée

3.2.1. Réalisation des examens complémentaires

Examens complémentaires	Fréquence	Pourcentage	IC 95%	
Non	83	15.09%	12.26%	18.42%
Oui	467	84.91%	81.58%	87.74%

Tableau 11 : Fréquence de la réalisation des examens complémentaires dans la population revalorisée

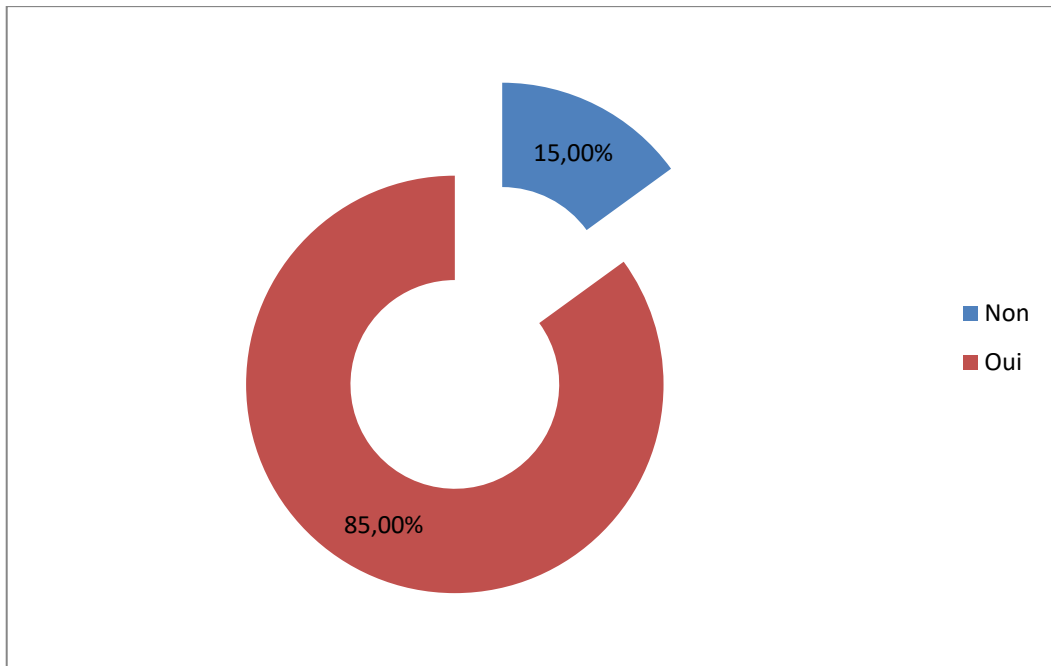


Figure 12 : Pourcentage de la réalisation d'examens complémentaires dans la population revalorisée

3.2.1.1. Actes de biologie

Biologie	Fréquence	Pourcentage	IC 95%	
Oui	401	72.91%	68.95%	76.54%
Non	149	27.09%	23.46%	31.05%

Tableau 12 : Pourcentage de réalisation d'examens de biologie dans la population revalorisée

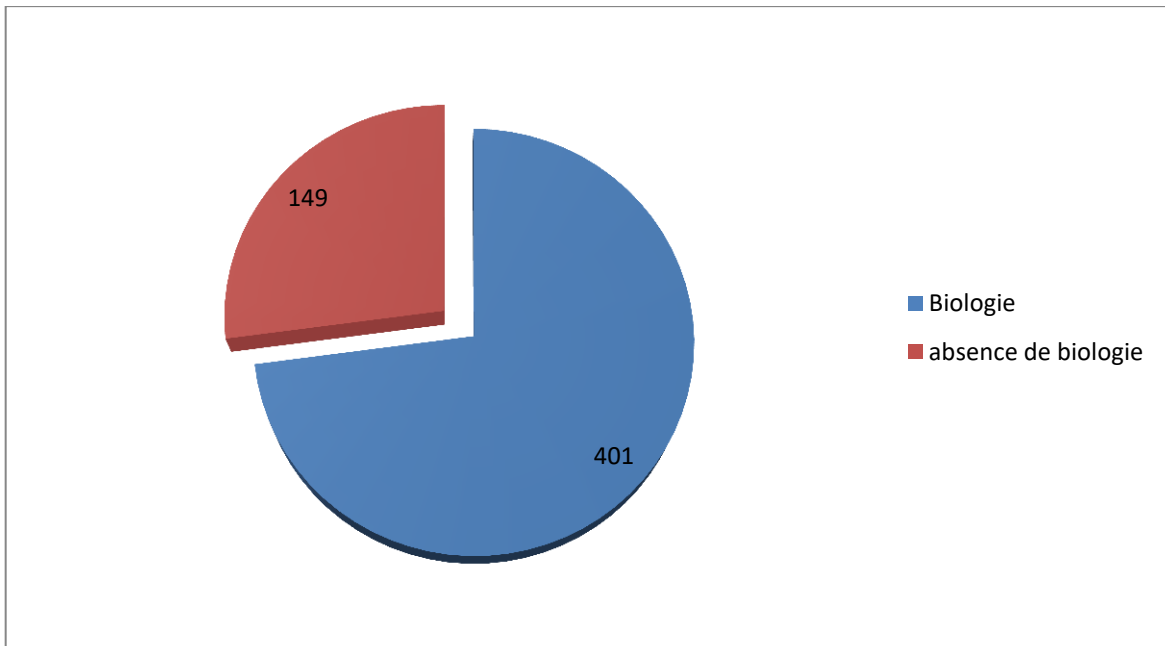


Figure 13 : Fréquence de la réalisation d'examens de biologie dans la population revalorisée

Des actes de biologie ont été réalisés chez 72.91% des patients revalorisés.

La réalisation d'actes de biologies n'influe pas significativement sur la durée de séjour (durée moyenne de séjour 11.30h Vs 11.49h ; $p > 0.05$).

3.2.1.2. ECG

ECG (Electrocardiogramme)	Fréquence	Pourcentage	IC 95%	
Oui	266	48.36%	44.12%	52.63%
Non	284	51.64%	47.37%	55.88%

Tableau 13 : Pourcentage de réalisation d'examens d'un ECG dans la population revalorisée

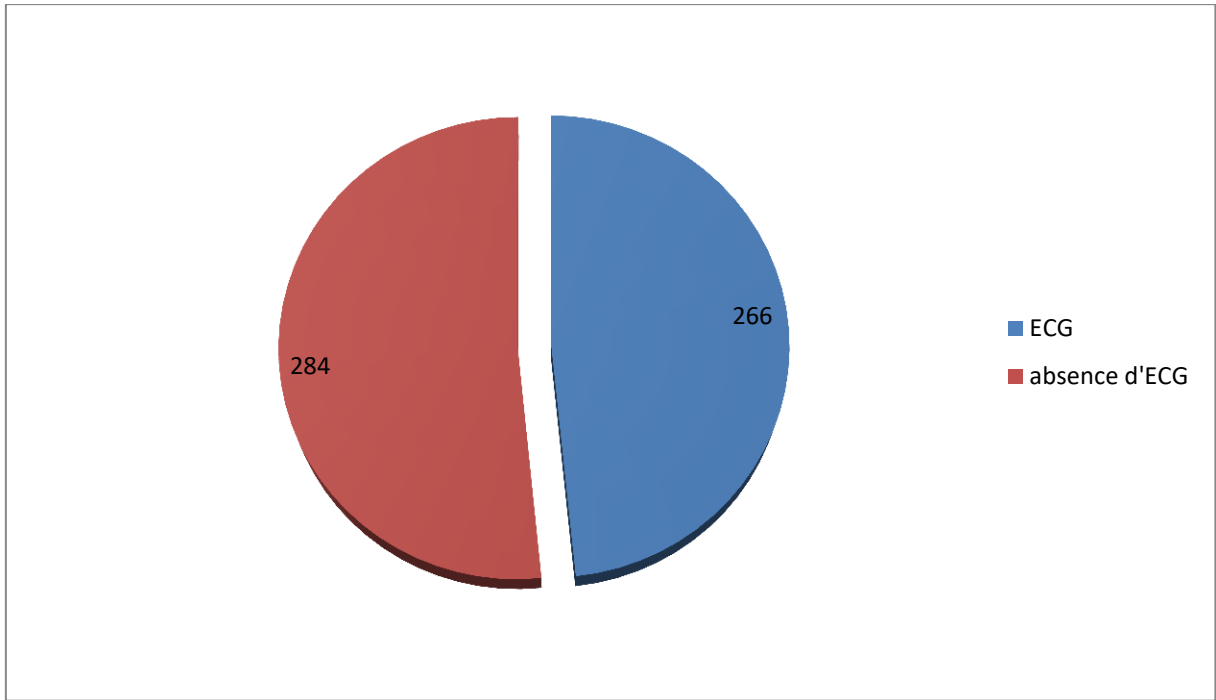


Figure 14 : Fréquence de la réalisation d'un ECG dans la population revalorisée

Au minimum, un ECG a été réalisé chez 48.36% des sujets de la population revalorisée.

La réalisation d'un ECG n'influence pas significativement la durée de séjour (durée moyenne de séjour : 10.98 h Vs 11.69 h ; $p > 0.05$).

3.2.1.3. Actes d'imagerie

Actes d'imagerie	Fréquence	Pourcentage	IC 95%	
Oui	200	36.36%	32.36%	40.56%
Non	350	63.64%	59.44%	67.64%

Tableau 14 : Pourcentage de la réalisation d'actes d'imagerie dans la population revalorisée

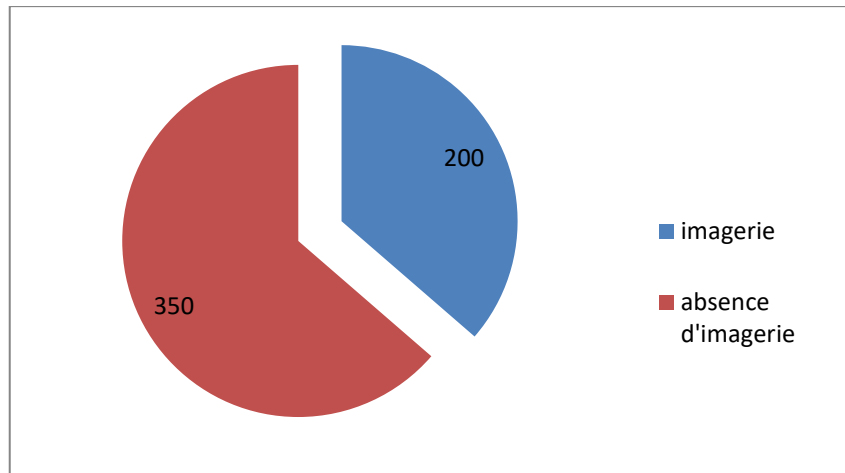


Figure 15 : Fréquence de la réalisation d'actes d'imagerie dans la population revalorisée

Des actes d'imagerie, sans distinction de leur nature (Radiologie simple, échographie, TDM etc...), ont été réalisés chez 36.36% des patients revalorisés.

La réalisation d'acte d'imagerie, sans distinction de leur nature, réduit de manière significative la durée de passage aux urgences en comparaison de la population témoin (durée moyenne 10.77 h Vs 11.68 h ; $p < 0.05$).

3.2.1.4. Influence de la réalisation d'examens complémentaires sur la durée de passage

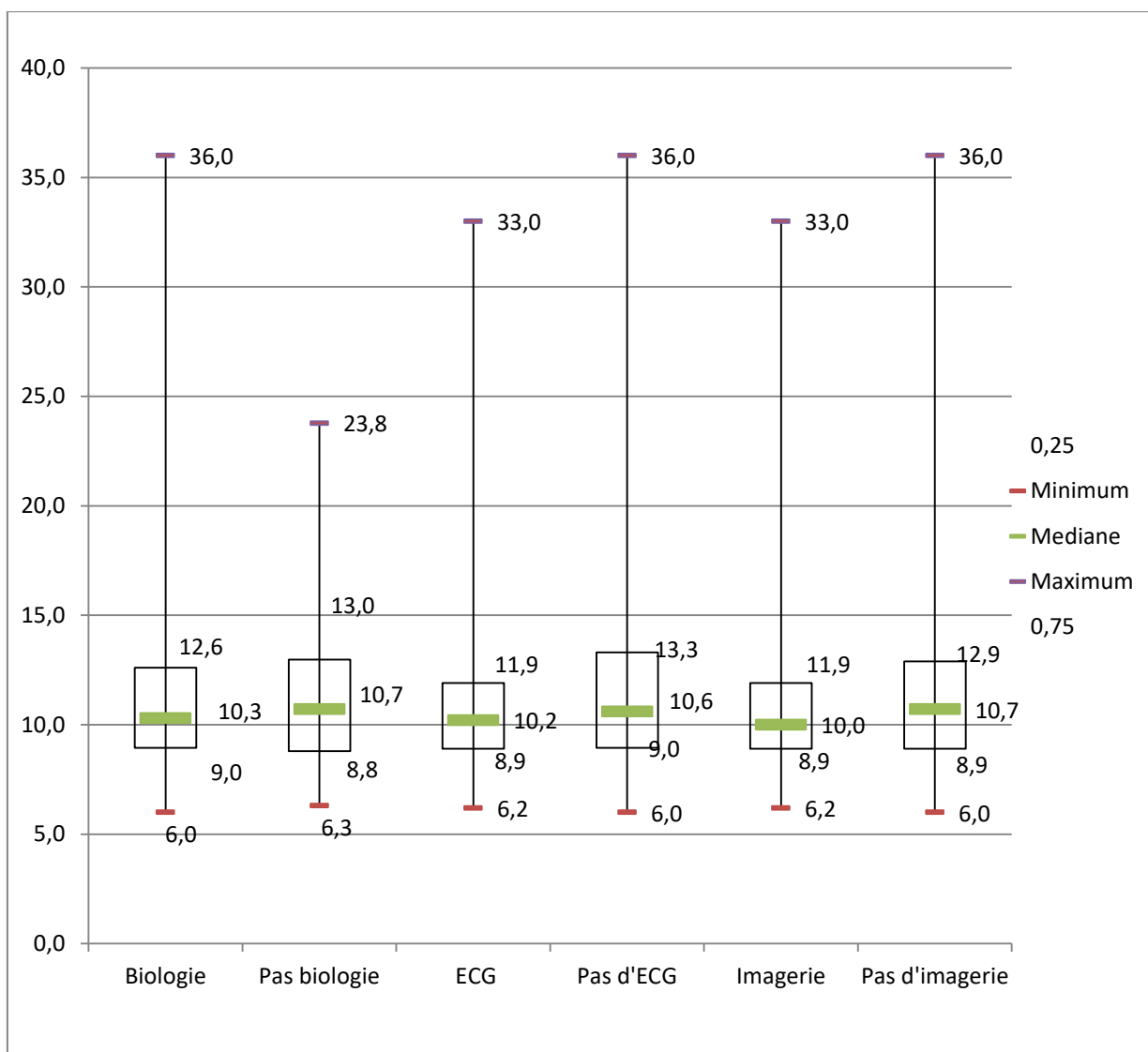
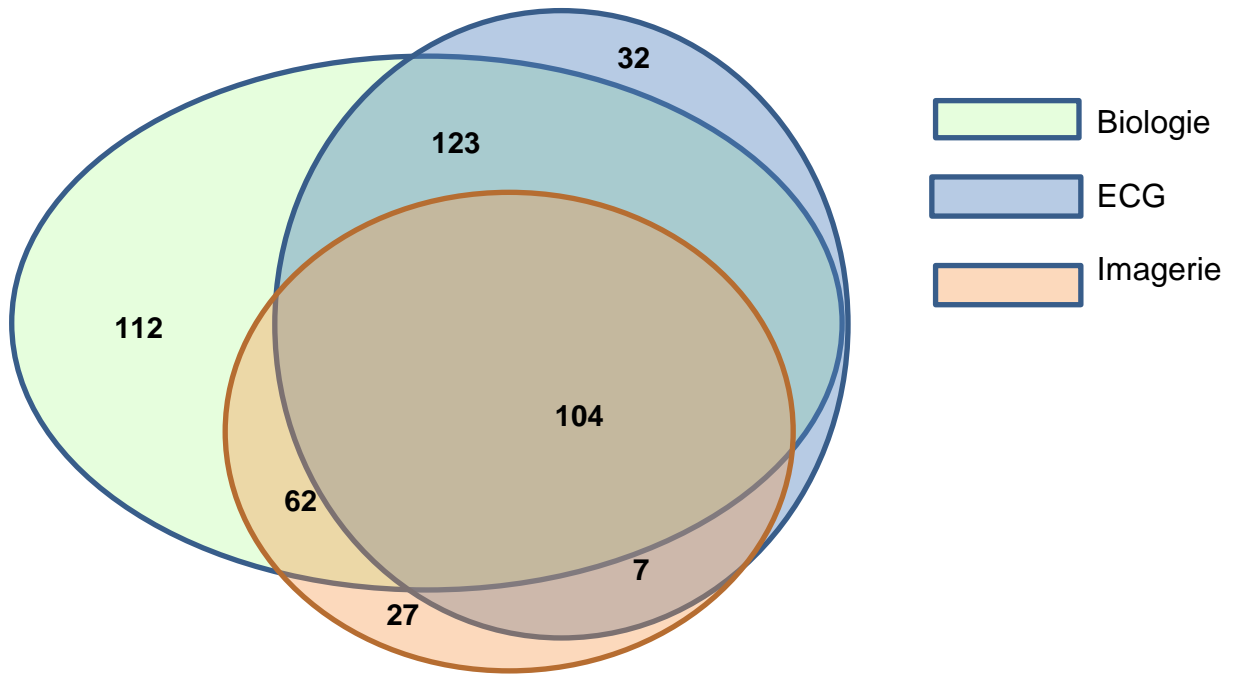


Figure 16 : Influence de la réalisation d'examens complémentaires sur la durée de passage

3.2.1.5. Combinaison des différents examens complémentaires



Examens complémentaires réalisés	Nombre de patients
Aucun examen	83
Biologie seule	112
ECG seul	32
Imagerie seule	27
Biologie et Imagerie	62
Biologie et ECG	123
ECG et Imagerie	7
Biologie, ECG et Imagerie	104

Figure 17 : Combinaison des différents examens complémentaires

3.2.2. Motifs de consultation de la population revalorisée

Classe diagnostique	Fréquence	Pourcentage	IC 95%	
Orientation abdominale	75	13.64%	10.94%	16.86%
Alcoolisation aigüe	104	18.91%	15.77%	22.49%
Orientation cardiologique	73	13.27%	10.61%	16.46%
Intoxication et pathologie psychiatrique	105	19.09%	15.94%	22.68%
Orientation neurologique	135	24.55%	21.05%	28.41%
Divers	58	10.55%	8.17%	13.49%
Total	550	100.00%		

Tableau 15 : Répartition des motifs de recours aux urgences dans la population revalorisée

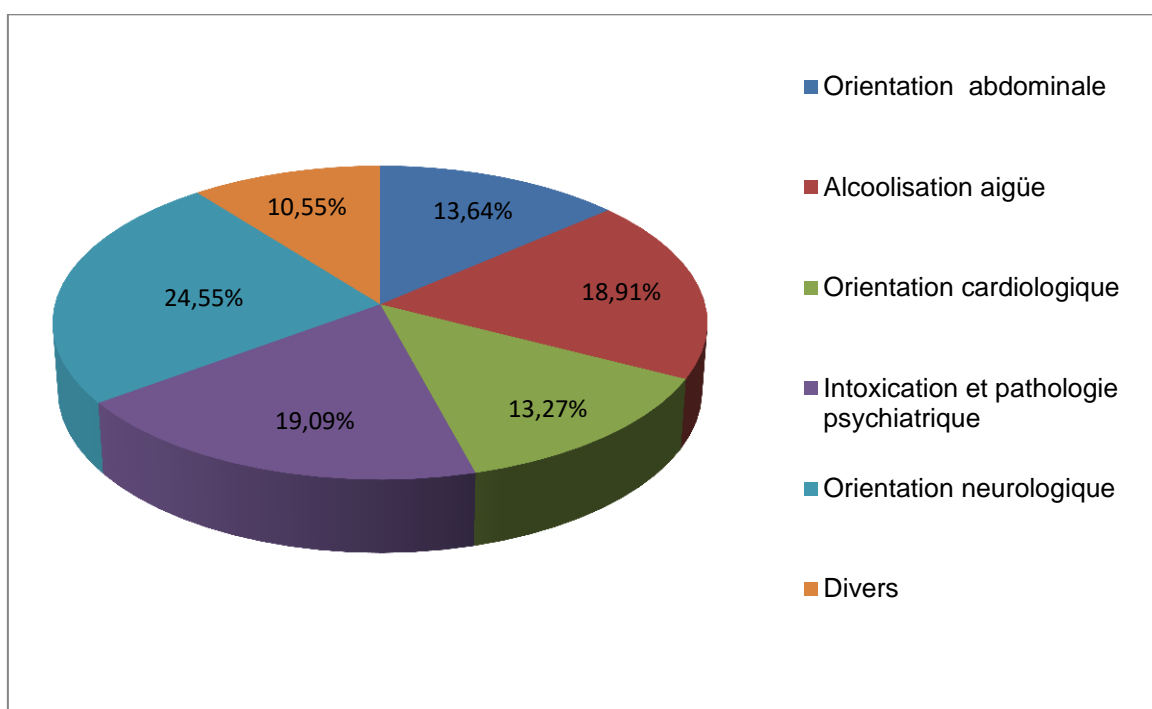


Figure 18 : Représentation des pourcentages de motifs de consultation aux urgences dans la population revalorisée

Les motifs de consultations prolongées aux urgences sont très variés avec une prédominance pour les alcoolisations aiguës, les pathologies psychiatriques et intoxications.

3.2.3. Durée de passage aux urgences en fonction des motifs de consultation

3.2.3.1. Comparaison des pathologies somatiques et psychiatriques

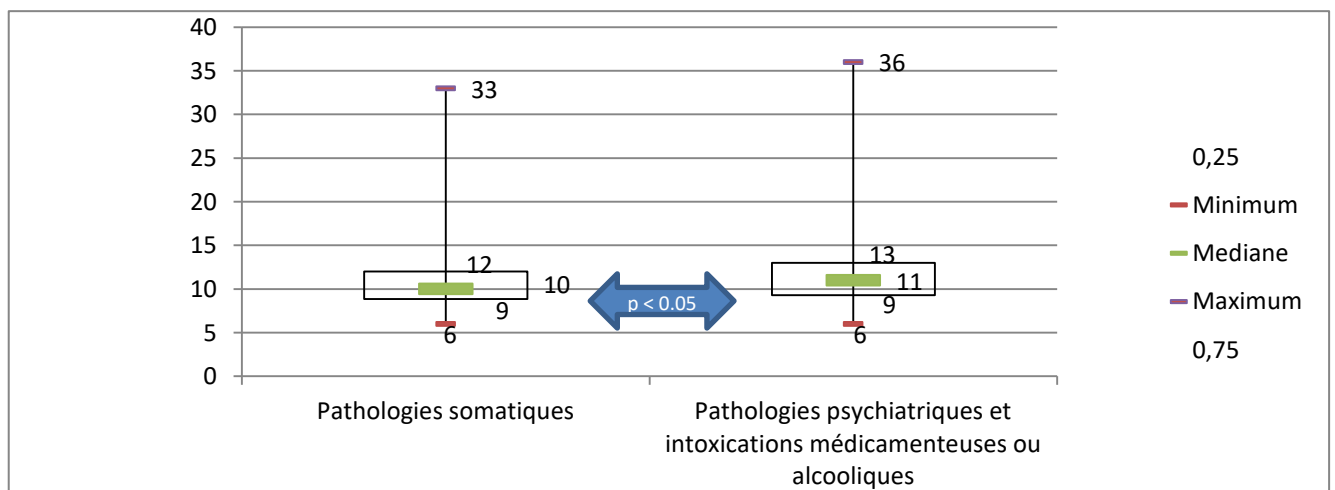


Figure 19 : Boîtes à moustaches : comparaison des durées de séjour en fonction du type de pathologies (somatiques ou psychiatriques)

Les patients présentant une pathologie somatique sortent plus rapidement que les sujets présentant une pathologie psychiatrique (Moyenne de durée de séjour 10.56h Vs 12.64h, $p < 0.05$).

3.2.3.2. Comparatif des différents diagnostics somatiques

	Effectifs	Médiane	Moyenne	Minimum	Maximum
Orientation abdominale	75	100	10.44	6	17
Orientation cardiologique	73	9	9.92	6	19
Orientation neurologique	135	10	10.57	6	18

Tableau 16 : Médiane, moyenne et durées minimales et maximales de passages aux urgences dans la population revalorisée en cas de pathologies somatiques

3.3. Taux de réévaluation de la population revalorisée pendant leur passage aux urgences

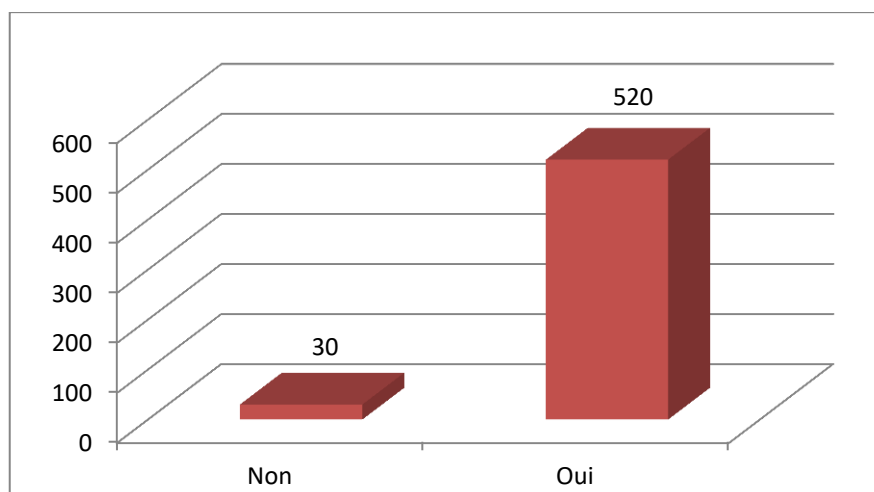


Figure 20 : Taux de réévaluation de la population revalorisée pendant leur séjour aux urgences

Une réévaluation de la symptomatologie a été réalisée chez 94,55% des patients de la population revalorisée durant leur séjour.

3.4. Surveillance des patients durant le séjour aux urgences

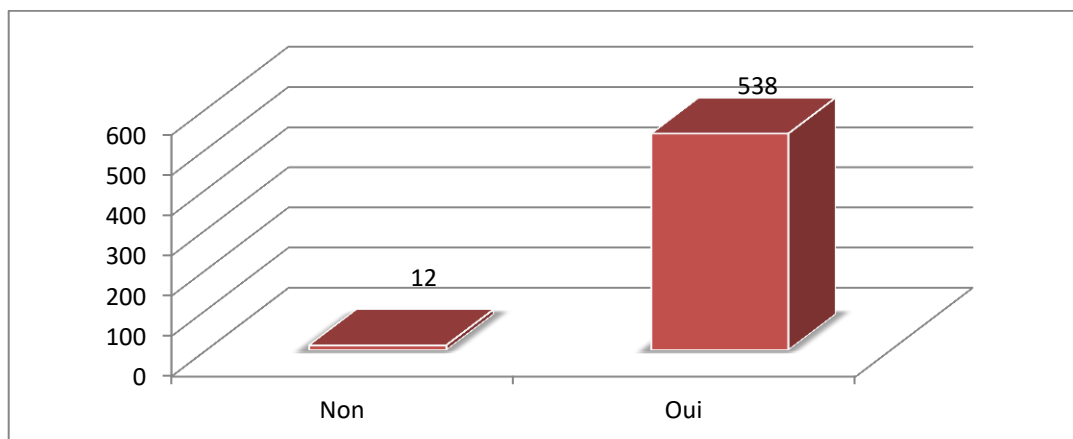


Figure 21 : Surveillance des patients de la population revalorisée pendant leur séjour aux urgences

La surveillance n'avait pas été inscrite dans les dossiers de soins, chez 2.18% des patients revalorisés.

3.5. Traitement administré aux patients de la population revalorisée

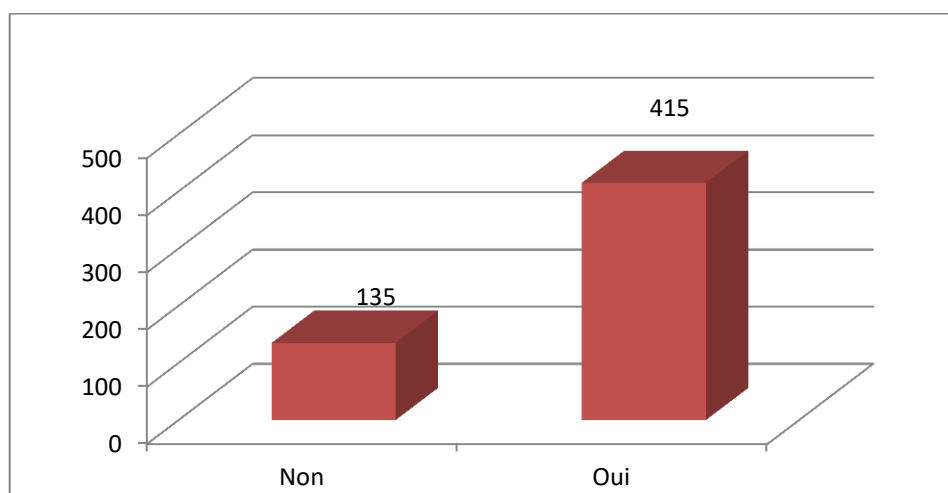


Figure 22 : Traitement administré aux patients de la population revalorisée.

Une prise en charge médicamenteuse a été mise en place chez 75.45% des patients de la population revalorisée durant leur séjour.

3.6. Réalisation d'examens complémentaires en cas de passages multiples

Examens Complémentaires	passages multiples	absence de passage multiple	Total
Non	31	52	83
Oui	90	377	467
TOTAL	121	429	550

Tableau 17 : Taux de réalisation d'examens complémentaires en cas de passages multiples ou non

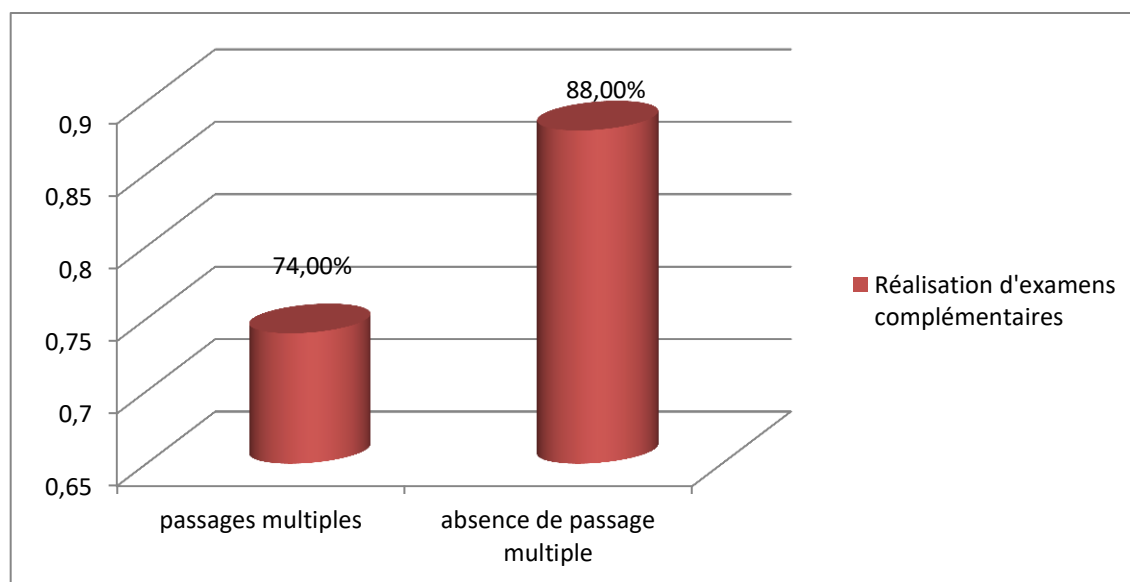


Figure 23 : Examens complémentaires réalisés selon le critère passages multiples

En cas de consultations multiples, il existe significativement moins de prescription d'examens complémentaires (OR = 2,50; IC95% [1,53 - 4,12] ; p < 0,05).

3.7. Avis spécialisés en période de garde

	Nombre d'avis spécialisés	Pourcentage	IC 95%	
Garde de semaine	109	68,13%	68.13%	100.00%
Samedi garde	6	3,75%	3.75%	100.00%
dimanche	19	11,88%	7.30%	17.92%
Total	160	100%		

Tableau 18 : Avis spécialisés aux urgences en fonction de la période dans la population revalorisée

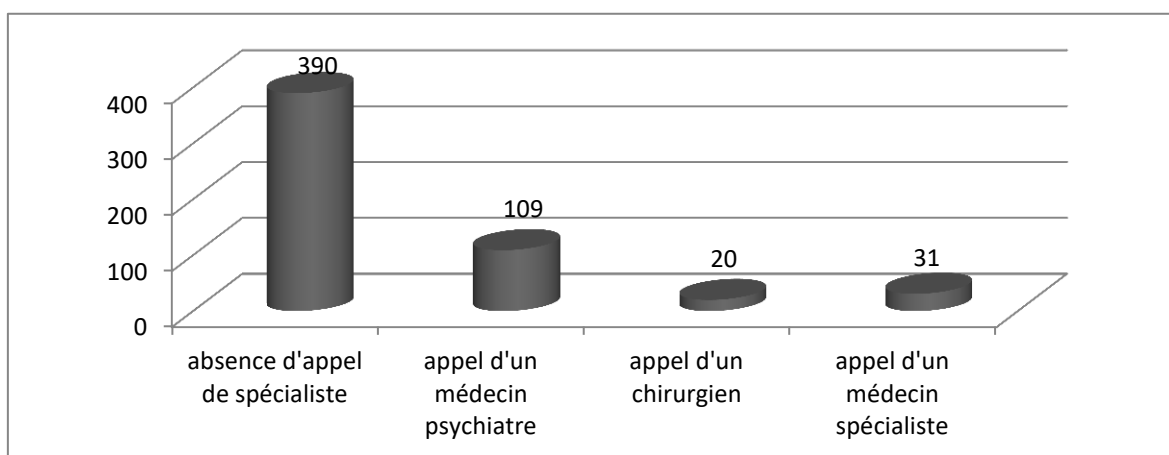


Figure 24 : Avis spécialisés selon les pathologies rencontrées

3.8. Examens complémentaires selon les pathologies

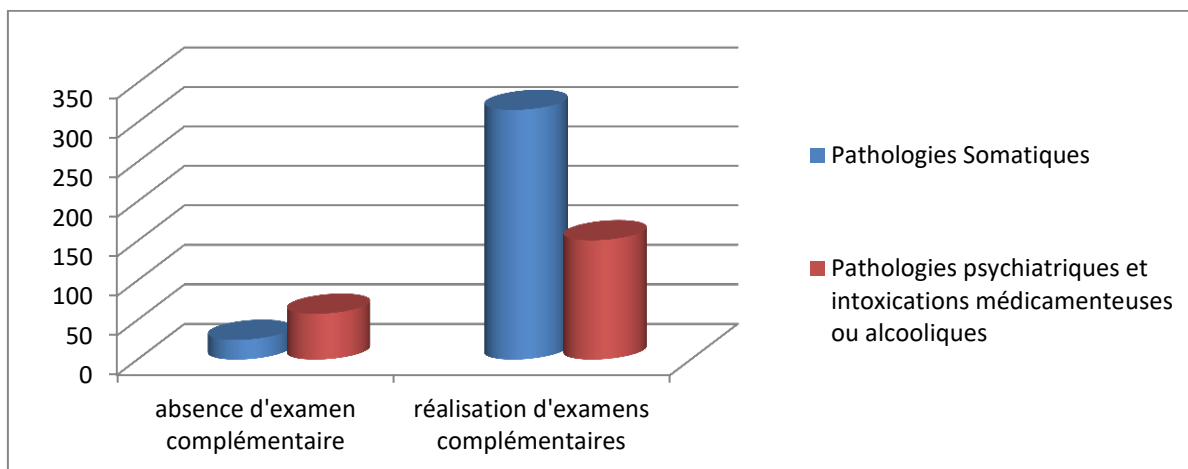


Figure 25 : Comparaison du nombre d'examens complémentaires réalisés en fonction du type de pathologie

Le nombre d'examens complémentaires réalisés dans la population revalorisée présentant des troubles psychiatriques et des intoxications alcooliques ou médicamenteuses est significativement moindre en comparaison de la population consultant dans le cadre d'une pathologie somatique (OR : 0,20 IC95% [0,124 - 0,34] ; $p < 0,05$).

3.8.1. Les actes de biologie

Les patients présentant une pathologie somatique bénéficient significativement plus de la réalisation d'actes de biologie que les patients présentant des pathologies psychiatriques et des intoxications (OR = 2,44 IC95% [2,44 - 5,35] $p < 0,05$).

3.8.2. L'ECG

La réalisation d'au moins un ECG est significativement plus fréquente dans la population consultant pour des plaintes somatiques que psychiatriques (OR = 3,07 ; IC95% [2,14 - 4,41] ; $p < 0,05$).

3.8.3. Les actes d'imagerie

Les actes d'imagerie, tous types confondus, sont significativement réalisés majoritairement chez les patients présentant des troubles somatiques contrairement aux patients présentant des troubles psychiatriques et des intoxications médicamenteuses ou éthyliques (OR : 16,71 IC95% [9,33 - 29,93] ; $p < 0,05$).

3.8.4. Comparaison des classes d'examens complémentaires réalisés en fonction du type de pathologie

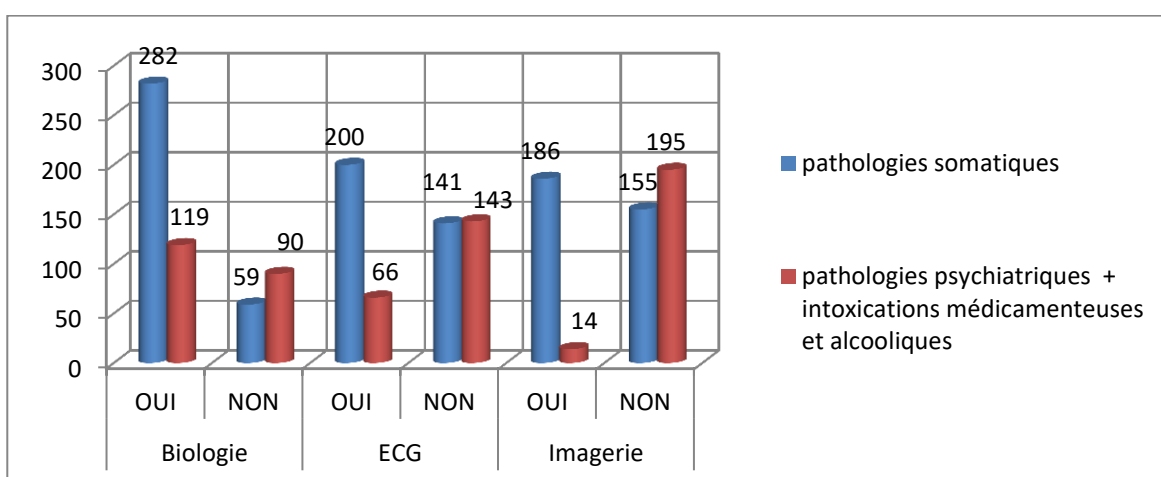


Figure 26 Comparaison des classes d'examens complémentaires réalisés en fonction du type de pathologie

3.9. Examens complémentaires et appel d'un médecin spécialiste

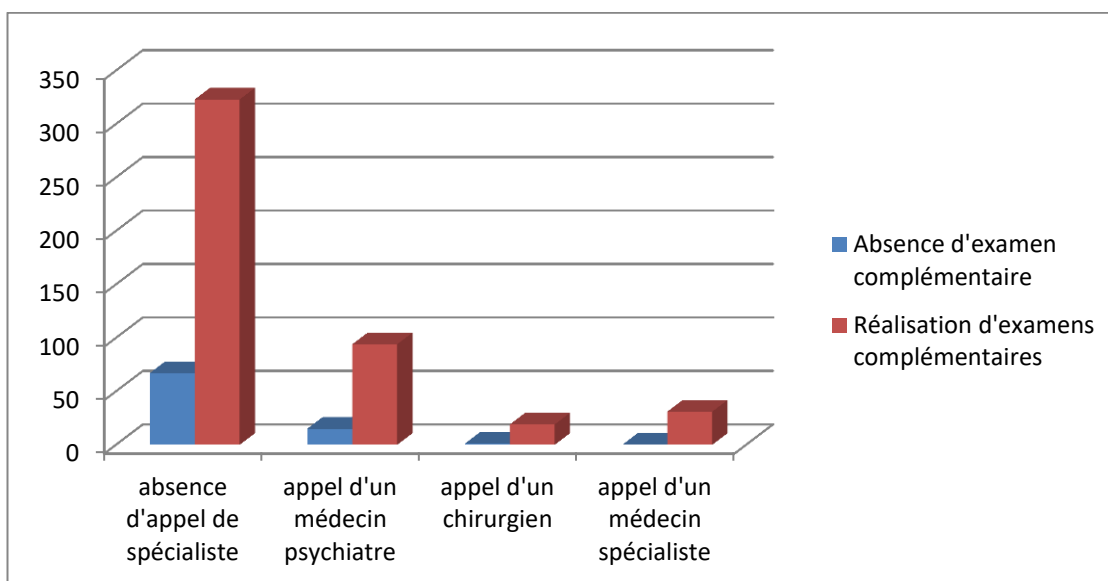


Figure 27 : Lien entre la réalisation d'examens complémentaires et l'appel d'un médecin spécialisé

Lors de la prise en charge de patients présentant une pathologie médico-chirurgicale, un bilan avec réalisation d'examens complémentaires est systématique avant la prise de contact avec un médecin spécialiste.

IV. Discussion

4.1. Analyse des statistiques

Le taux d'hospitalisation en 2015, initialement de 21.6% augmente de 2 points après revalorisation des séjours selon les critères de la SFMU. Ce taux d'hospitalisation est comparable à d'autres services d'accueil dans d'autres régions françaises (29) (30).

En moyenne il y a 80 entrées par jour dans le service d'accueil des urgences adultes durant la période de l'étude.

Les populations étaient comparables dans les 2 groupes. L'étude comprend 1065 patients répartis en 2 groupes : 550 dossiers de patients ayant bénéficié d'une revalorisation de l'activité et 515 dossiers témoins.

Il n'existe pas de différence significative de sexe (hommes / femmes) dans les 2 populations ($p < 0.05$).

4.2. Age des patients dans les 2 populations

L'âge des patients dans la population des dossiers revalorisés est plus bas que la population témoin.

Cette différence d'âge peut être expliquée par plusieurs facteurs :

- un facteur humain : de principe les patients plus âgés sont jugés plus fragiles, ils sont plus rapidement installés en lit dans le secteur d'accueil et considérés comme hospitalisés. Les sujets jeunes sont plus facilement gardés en surveillance à l'accueil dans l'attente d'une orientation définitive.

- un facteur médical : les patients plus âgés présentent fréquemment un tableau polyopathologique, avec des pathologies chroniques compliquant la prise en charge d'une situation aiguë (modèle 1+2+3 de BOUCHON), alors que les sujets jeunes, plus souvent sans critère de morbi-mortalité associé, peuvent bénéficier d'une prise en charge en ambulatoire de leur pathologie unique, sans hospitalisation initiale, là où une personne âgée sera gardée en surveillance pour prévenir une défaillance d'organe associée.
- un facteur technique : l'existence au sein de l'hôpital d'un service de gériatrie destiné par définition à recevoir des patients âgés, permettant une prise en charge spécifique, là où les places en médecine polyvalente sont parfois inexistantes pour les sujets plus jeunes, avec une orientation vers les soins ambulatoires plus fréquente.

Les différentes études retrouvées dans la bibliographie retrouvent une même tendance à l'hospitalisation des personnes âgées de façon plus systématique que les sujets jeunes, constituant une bonne partie des hospitalisations y compris en UHCD, secondairement à une saturation du système d'accueil des sujets gériatriques (10) (13) (30).

4.3. Sexe et âge dans les 2 populations

Les femmes sont plus âgées que les hommes dans la population témoins mais de même âge que les hommes dans la population revalorisée qui est plus jeune.

Cette proportion de jeune femme pourrait s'expliquer par un recours gynécologique possiblement plus fréquent avant la ménopause principalement en cas de consultation pour des douleurs abdominales avec suspicion de grossesse nécessitant une approche diagnostique spécifique et plus longue.

De plus, les jeunes femmes semblent plus soucieuses pour leur état de santé (31).

4.4. Samedi en période de garde

Le samedi représente une journée spécifique de par la présence médicale en ville : de nombreux médecins généralistes consultent le samedi matin, avec une orientation vers les urgences pour des pathologies ne pouvant attendre l'ouverture du laboratoire de ville après le week-end (troubles de la coagulation principalement), décompensation de pathologies chroniques nécessitant une surveillance renforcée en contradiction avec une absence de personnel soignant disponible en ambulatoire sur le territoire concerné.

Dès l'après-midi, les patients présentant une demande médicale, qu'elle relève des urgences ou non, ne peuvent que se retourner vers les services d'accueil et les maisons médicales de gardes encore trop peu connues et utilisées, avec saturation des systèmes de prise en charge.

Malgré cette particularité d'organisation et de motifs de recours aux services des urgences, Il n'y a pas plus de dossiers revalorisés le samedi après-midi et nuit.

Le délai d'attente avant l'évaluation médicale augmente alors, sachant que pour la cotation ZSTCD, seules les prises en charges longues justifiées après le premier contact médical, ont été prises en compte.

4.5. La période de garde

Le temps de journée (heures ouvrées) ne représente que 32.7% du temps de fonctionnement contre 67.3% en période de garde. C'est durant celle-ci que le plus de dossiers de patients ont bénéficié de la revalorisation du séjour.

La majorité des dossiers revalorisés sont, d'un point de vue des horaires de prises en charge, des dossiers de consultations nocturnes.

Cette période nocturne possède des particularités pouvant justifier un surplus de dossiers admissibles à une revalorisation :

- D'un point de vue organisationnel

Les retours à domicile, en plein cœur de la nuit, sont peu fréquents avec seulement 31 patients de la population revalorisée et 59 patients dans la population témoin sortis en nuit profonde (minuit – 6h).

Les personnes vulnérables sont surveillées jusqu'au matin dans l'attente d'un retour plus favorable : les aidants pouvant être contactés, un relais avec la médecine de ville plus organisable, les pharmacies et le personnel soignant libéral joignable.

Les personnes ne possédant pas de moyen de transport personnel doivent attendre un transport par ambulance ou VSL, moins disponibles sur cette plage horaire, sont susceptibles de rester en surveillance, ainsi que les patients dépendant des transports en commun alors arrêtés la nuit.

- D'un point de vue médical,

Nombres d'imageries ne seront pas réalisées, en dehors des urgences thérapeutiques, au milieu de la nuit. Cette latence permet de réaliser une surveillance et les premiers gestes thérapeutiques (principalement antalgiques).

Les examens complémentaires sont réalisés après l'arrivée de l'équipe de jour avec un plateau technique plus important mis à disposition du patient.

La répartition des sorties est différente entre la population témoin et la population revalorisée. Il y a plus de sorties nocturnes dans la population témoin.

Cette population plus âgée, était plus facilement considérée comme hospitalisée avant la diffusion des informations de codage. L'écart c'est réduit par la suite.

- D'un point de vue administratif

Le nombre de dossiers non correctement codés en période de garde peut également s'expliquer par une charge de travail importante avec une équipe soignante réduite par rapport aux périodes ouvrées, avec un temps médical auprès du patient privilégié vis-à-vis du temps administratif. Ce phénomène peut également se constater sur la rédaction des courriers de sortie moins étayés en période de garde (32).

4.6. Influence de la réalisation des examens complémentaires

Parmi les patients dont le séjour a été revalorisé, 81% ont bénéficié de la réalisation d'examens complémentaires, 72.51% ont eu un prélèvement biologique, 48.36% ont bénéficié de la réalisation d'au moins un ECG et 36.76% d'actes d'imagerie.

Une étude sur la permanence de soins dans le Nord-Pas-de-Calais retrouvait le même taux de réalisations d'examens complémentaires lors d'une consultation aux urgences (33).

Les examens complémentaires sont réalisés après évaluation médicale et, selon ceux demandés, le délai d'obtention est totalement différent : de l'ECG pouvant être obtenu en quelques minutes, au cycle enzymatique cardiaque plusieurs heures plus tard, en passant par les examens d'imagerie pouvant avoir des indications de réalisation seulement après un intervalle libre.

La réalisation d'une biologie ainsi que celle d'un ECG n'influencent pas la durée de prise en charge du patient de manière significative. A contrario, la nécessité d'une imagerie médicale influence la durée de prise en charge du patient en raccourcissant celle-ci.

Les tableaux cliniques typiques sont le traumatisme crânien chez une personne avec un traitement par antiagrégant plaquettaire ou le tableau de colique néphrétique hyperalgique après échec d'un premier traitement antalgique initialement bien conduit.

La réalisation d'examens complémentaires augmente la durée de prise en charge aux urgences médicales ou chirurgicales, lorsque celles-ci sont séparées,

principalement par leur délai d'obtention ou d'interprétation, d'autant plus que l'examen demandé est peu courant et difficilement réalisable (34).

Malgré ce délai d'obtention plus ou moins rapide, les examens paracliniques apportent une source d'informations, en complément de la clinique, permettant la prise de décision médicale.

Certes les examens d'imagerie dans notre pratique quotidienne entraînent un délai pour leur réalisation mais les résultats de ces explorations permettent, pour la majorité des cas, une décision médicale claire, réduisant ainsi significativement le temps de séjour.

Les actes de biologies quant à eux, nécessitent pour leur interprétation, fréquemment, une cinétique et par conséquent la réalisation de plusieurs biologies à des heures espacées ; La décision médicale est d'autant plus retardée dans l'attente des résultats biologiques pouvant mettre plusieurs heures à être disponibles.

Certaines explorations radiologiques sont reportées aux heures ouvrables lorsqu'ils ne présentent pas de caractère d'urgence vitale, comme lors de bilan préopératoire : les chirurgiens du GHICL n'interviennent de garde que pour les urgences vitales ou si le pronostic fonctionnel est en jeu. L'intérêt d'une imagerie en urgence avec un délai de prise en charge thérapeutique en différé est donc discutable.

Cependant dans cette étude, la distinction des différentes imageries n'a pas été réalisée, ne permettant pas, par conséquent, de connaître spécifiquement celles réduisant la durée de prise en charge. Par expérience clinique, les avis

convergent vers la tomodensitométrie et les échographies majoritairement, et une exploration plus poussée pourrait être envisagée pour la mettre en évidence.

4.7. Influence de l'heure de prise en charge et de sortie

La population revalorisée possède comme particularité d'entrer en période nocturne et de sortir en période diurne avec une prédominance de dossiers non valorisés correspondant à des sorties entre 6h et 12h.

Cette répartition des sorties peut s'expliquer par le retour à domicile des patients réévalués en fin de nuit se cumulant avec les séjours brefs des patients consultant le matin.

Les erreurs de cotations se situent justement, significativement plus, dans cette période de forte activité de sortie.

Ce nombre de dossiers non correctement codés d'un point de vue administratif peut s'expliquer par le fonctionnement même des urgences :

Sur ce créneau horaire, le senior de garde peut être moins disponible et les internes plus autonomes dans leur prise en charge, avec des décisions de sorties définies à l'avance avec le senior. Ces critères sont vérifiés par l'interne qui réalise alors la sortie physique du patient mais sans effectuer la revalorisation informatique adaptée.

De plus, les internes de garde essaient au maximum de réaliser la sortie des patients qu'ils connaissent avant les transmissions et la prise de poste de l'équipe de jour pour limiter au maximum les pertes d'informations liées à ce

changement d'équipe, avec un temps médical privilégié vis-à-vis des cotations informatiques assez fastidieuses.

Enfin, les internes de garde ne sont pas tous des internes du service des urgences et ne sont pas formés spécifiquement au financement et à la cotation particulière spécifique de ce mode d'activité.

4.8. Surveillance réévaluation

Lors de la vérification des dossiers, nous avons constaté l'absence de traçabilité de la surveillance ou de réévaluation des constantes par les équipes médicales et paramédicales dans 12 dossiers soit 2.18%.

Cependant, ces patients ont bénéficié de l'administration de thérapeutiques et ont donc été réévalués lors de leur de celle-ci et ont eu une lettre de sortie. Cette perte d'information pourrait être secondaire à un manque de rigueur dans la tenue du dossier médical avec une prise en charge soignante privilégiée, plus qu'à une absence totale de réévaluation et de surveillance.

4.9. Influence des consultations répétitives aux urgences

Les dossiers de patients consultant de manière répétée pour le même motif représentent 22% des dossiers revalorisés.

Des examens complémentaires sont réalisés chez 31 patients sur 83 soit 37.35% de ceux-ci. Ce taux de réalisation est significativement moindre chez les patients ne présentant pas de recours multiples.

L'hôpital Saint Vincent, de par sa position géographique et historique, est un lieu privilégié de recours pour les patients démunis, sans pathologie somatique franche, souvent présentant une intoxication œnologique associée et reconnue, nécessitant principalement une écoute et un lieu où passer un moment difficile pour eux. Ces patients consultent de façon répétée et la nécessité de la réalisation d'examens paracliniques n'est pas établie (35).

Les urgences possèdent une vocation d'accueil médical par définition mais également pour certaines populations de premier recours en cas de difficultés psychologiques ou sociales (36).

Ces patients consultant majoritairement la nuit, sont pris en charge de façon plus légère par les équipes médicales et paramédicales avec un investissement moindre et même sans avis de senior retrouvé dans le dossier.

4.10. Classes diagnostiques et durées moyennes d'hospitalisation

Les dossiers des patients ayant passé un séjour prolongé dans le service d'accueil des urgences peuvent se regrouper sous 6 grandes catégories récurrentes dans la prise en charge.

Cette classification a été réalisée en fonction des motifs médicaux retrouvés dans le courrier de sortie des patients :

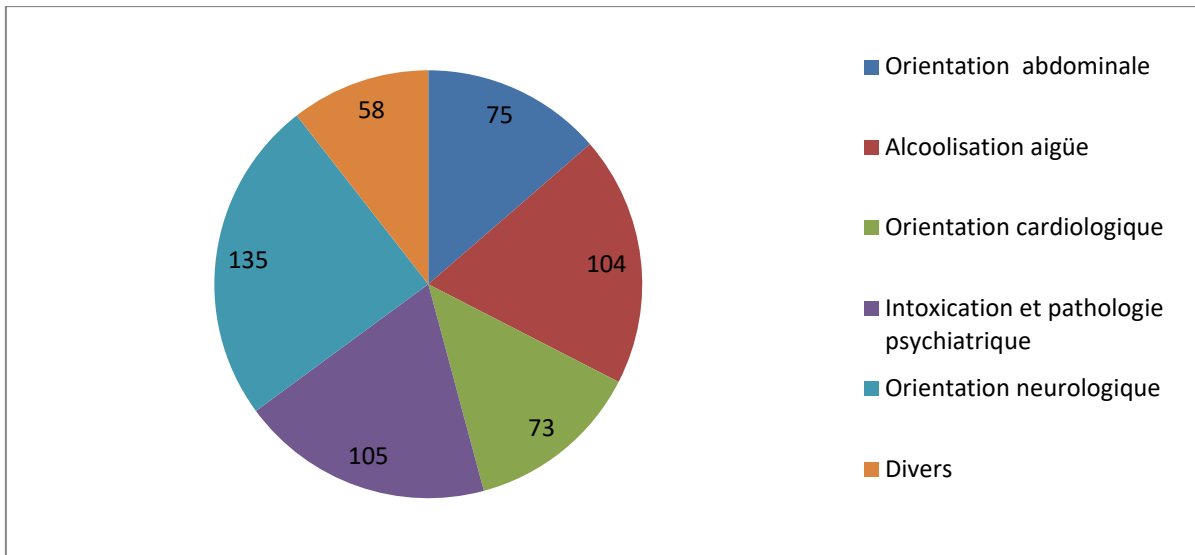


Figure 28 : Motifs de consultation des patients de la population revalorisée

Cette répartition est similaire à celle des motifs d'appel des médecins généralistes de garde la nuit avec une prédominance pour les douleurs abdominales et les détresses psychologiques (37).

La sous-représentation des catégories type des intoxications alcooliques et cardiologiques en médecine de ville peut s'expliquer :

- Pour les douleurs thoraciques : leur gravité potentielle entraîne une régulation rapide par le centre 15 suite aux campagnes de prévention et d'éducation de la population.
- Pour les intoxications alcooliques : celles qui bénéficient d'une médicalisation sont le plus souvent amenées par les pompiers ou les forces de l'ordre dans le cadre de consommation sur la voie publique et donc ne dépendent pas du service des médecins généralistes.

Les intoxications alcooliques sont une des causes fréquentes d'hospitalisation au SAU. Une étude multicentrique réalisée retrouve même chez l'ensemble des patients consultant aux urgences, un taux d'alcoolémie positive chez 22.8% de l'ensemble des patients consultant aux urgences.(38).

Pour la sortie de ces patients, certaines conditions sont nécessaires comme le maintien des fonctions supérieures et relationnelles, au moins 3 à 6 heures après la dernière ingestion d'alcool, et la présence d'un entourage fiable. Si tous les critères sont réunis, le patient peut être autorisé à quitter le service des urgences avec toutefois une contre-indication à la conduite pour au moins 24h. Dans le cas contraire, il nécessite une surveillance prolongée et une réévaluation à distance, jusqu'à l'obtention de la disparition totale des signes d'imprégnation éthylique (39).

Les intoxications médicamenteuses ou éthyliques et les urgences psychiatriques correspondent à des tableaux cliniques nécessitant une prise en charge sur le long terme, avec au final, environ 25% des patients désirant sortir contre avis médical à distance de l'évènement aigu (40).

Chaque classe diagnostique présente une durée moyenne d'hospitalisation en fonction des besoins de prise en charge :

- surveillance prolongée : TC, ivresse aiguë
- contrôle biologique à distance : douleur thoracique, colique néphrétique
- réévaluation clinique après intervalle libre
- évaluation médicale spécialisée après disparition des facteurs intercurrents : intoxication médicamenteuse volontaire, ivresse aiguë

- imagerie après correction de facteurs limitants : insuffisance rénale aiguë fonctionnelle, stabilisation du patient permettant la réalisation de l'imagerie
- avis spécialisé nécessaire

4.11. Avis spécialisés

La nécessité d'un avis d'un médecin des spécialités médico-chirurgicales est peu courante dans la population revalorisée : 390 patients sont sortis après évaluation seule de l'équipe soignante des urgences, 20 patients ont nécessité un avis chirurgical, 31 patients un avis médical complémentaire et 109 une consultation avec un médecin psychiatre.

En cas de nécessité d'un avis auprès des médecins des spécialités médico-chirurgicales, celui-ci est toujours précédé de la réalisation d'examens complémentaires avec par exemple de fréquence : une fonction rénale, une coagulation ainsi que des β HCG chez la femme en âge de procréer avant la réalisation d'une imagerie et l'interprétation de celle-ci puis l'obtention de l'avis du spécialiste, en personne, si nécessaire.

Après avis médical ou chirurgical et la décision spécialisée, celle-ci est appliquée immédiatement avec orientation rapide des patients.

Pour un avis psychiatrique, le délai d'attente est relativement long. Les médecins psychiatres sont peu nombreux en garde, voir un seul comme pour l'hôpital de Saint Vincent de Paul, avec des consultations longues et des demandes fréquentes. Avant l'évaluation et pour que celle-ci soit valide, un test d'alcoolémie est relativement fréquent et allonge le temps d'attente du patient. De

plus même après évaluation et ce principalement en cas d'intoxication volontaire, les patients dépendant d'une prise en charge psychiatrique sont surveillés au sein des urgences de manière prolongée.

4.12. Influence des pathologies sur la réalisation des examens complémentaires.

Les patients consultants dans le cadre de pathologies psychiatriques sont admis principalement en période de garde. Un examen somatique est réalisé avant l'évaluation par l'équipe de psychiatrie. Ces patients ne nécessitent, en urgence, que peu d'examens complémentaires, en dehors de ceux pouvant exclure des causes somatiques aux troubles présentés par les patients.

Les patients consultant dans le cadre de pathologies somatiques ont significativement plus d'examens complémentaires que les précédents avec une prise de décision qui en découle et une sortie du service des urgences plus rapide.

4.13. Pourquoi réaliser un tel travail de recherche ?

Le fait de valoriser à leur juste valeur les actes réalisés au sein du service d'accueil des urgences permet :

- une reconnaissance du travail effectué par les équipes

- la revalorisation permet une augmentation des moyens du service ayant pour conséquence directe des possibilités d'évolution n'ayant pu être envisagées faute de budget :
 - Emplois nouvellement créés pour être encore plus à l'écoute des demandes des patients et de leurs familles.
 - Financement de formation du personnel pour l'acquisition de nouvelles compétences : gypsothérapie, prise en charge de la douleur, échographie.
 - L'acquisition de matériel dédié à l'urgence : par exemple, l'achat par le service d'un appareil d'échographie permettant la pose de voies centrales ainsi que le drainage de pathologies pleurales échoguidées, au sein même de l'unité, dans les meilleures conditions et sans délai de disponibilité.

4.14. Biais de l'étude dans la discussion

- Sélection : l'hôpital Saint Vincent de Paul, de par sa position géographique et son caractère d'accueil, reçoit des patients pouvant ne pas être représentatifs de la population globale : nombreux étudiants, SDF, patients dépendant des transports en commun pour la consultation.
- Echantillon : l'étude a été réalisée sur 11 mois et non sur l'année complète pour des raisons de faisabilité (dossiers des archives et une masse importante de dossiers déjà relus). Les fêtes de fin d'année présentes au mois de Décembre pourraient modifier les motifs de consultation et les places disponibles dans les services pendant ces périodes. Le groupe

témoin a été réalisé sur une période différente de celle d'inclusion de la population revalorisée.

- Attrition : pertes de patients par absence de relecture de la totalité des dossiers de l'année, mais seulement d'une partie.
- Publication et confirmation : non évitables par définition.

V. Conclusion

L'attente prolongée aux urgences est une problématique connue de tous les services d'accueil, quelle que soit leur taille ou leur localisation.

Les patients qui ne nécessitent pas d'hospitalisation en première intention mais des examens complémentaires ou cliniques répétés, une réévaluation à distance ou l'attente d'un effet thérapeutique, sont fréquemment codés comme consultations externes

De plus l'installation dans une unité annexe obligerait le patient à changer de médecin responsable avec une multiplication des interlocuteurs, reprise complète du dossier et encore une fois une perte de temps de soins disponible pour tous les patients.

Les dossiers de ces patients ne sont que peu valorisés pour la prise en charge effectuée, et cela d'autant plus que le nombre de patients présents au sein du service d'accueil est important. Les équipes médicales et paramédicales consacrent plus de temps à être auprès des patients que la rédaction des parties administratives, paraissant souvent chronophages.

Les patients consultant de manière répétée aux urgences, le font souvent pour le même motif. Ils bénéficient au fur et à mesure des admissions consécutives d'un nombre décroissant d'examens complémentaires. Les motifs sont dans la majeure partie des cas une intoxication éthylique ou médicamenteuse ainsi que des pathologies d'ordre psychiatrique. Ces patients présentent un contexte social précaire associé, pouvant expliquer également le recours fréquent aux SAU, surtout la nuit et l'hiver.

.

La sortie administrative des patients sortant lors du changement d'équipe de garde représente la majorité de la perte de données administratives. Durant cette période, une vigilance accrue devrait permettre de limiter cette perte de données et une valorisation à juste titre de l'activité du service.

De cette étude semble se dégager un portrait type du patient ne bénéficiant pas de la juste valorisation de son séjour aux urgences : les patients jeunes, consultant principalement la nuit et sortant le matin. Ceux-ci bénéficient de la réalisation d'examens complémentaires. Les recours aux urgences sont des motifs principalement psychiatriques ou des intoxications. En cas de pathologies somatiques, l'avis d'un spécialiste n'est que rarement nécessaire et demandé.

VI. Bibliographie

1. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014 - Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser.
2. 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.
3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DREES. Cash ET, Cash R, Ducasse JL, Hault C, Mathieu F, Richard T. SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE N° 125 • MARS 2013;
4. 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. Rev Médecine Interne. sept 2003;24(9):602-12.
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. J Eur Urgences. juin 2009;22:A36.
6. Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 97-615 mai 30, 1997.
7. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. 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. Jeur. 2001;14:144-52.
8. Lefevre S. Démarches d'évaluation organisationnelle développées au sein de la Société Francophone de Médecine d'urgence en France depuis 1992. Nancy 1;
9. Martineau O, Martinot A, Hue V. Utilité d'une hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques. Vol 10-N° 5 P. 410-416-mai 2003(Pédiatrie).
10. Fillol C, Bourdillon F, Ittah-Desmeulles H. Durée de séjour et orientation des personnes hospitalisées âgées de 80 ans et plus dans un CHU parisien = Length of stay and orientation of hospitalized patients 80 years and over in a French university hospital. 2006, 31, NaN, p. 405-413.
11. SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence). Référentiels SFMU - Outils professionnels - Vie professionnelle [Internet]. [cité 22 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm>
12. Robert J, Nelson C, Morrison P. Defending the Beachhead: Telstra versus Optus - Roberts - 2003 - Business Strategy Review -. Volume 12, Issue 1.

13. Dubois L, Bouquillon J. Utilisation et dysfonctionnement d'une unité d'hospitalisation de courte durée [Thèse médicale, LILLE]. [Lille]; 2013.
14. APHP DAJ. Circulaire n° 66 du 28 décembre 1984 relative au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier.
15. Index des lois, décrets, arrêtés et circulaires. In: L'expertise médicale. Elsevier; 2010. p. 491-7.
16. Hue V, Bonnel C, Martinot A. Les zones de surveillance de très courte durée aux urgences : organisation et potentialités. 2005, 12, no 6(0929-693X).
17. Code de Santé Publique. Article D6124-22. Code de la santé publique.
18. Lenay O, Moisdon J. Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier. Lavoisier | Revue française de gestion;
19. Or Z, Renaud T. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) - Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères.
20. Chazard E. PMSI T2a facturation [Internet]. 2015 Aout [cité 30 juill 2016]. Disponible sur:
http://www.chazard.org/emmanuel/pdf_cours/chazard_pmsi_t2a_facturation.pdf
21. Sécurité Sociale. Forfait Accueil et Traitement des Urgences « ATU ».
22. Code de Santé Publique. Arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique | Legifrance.
23. Journal Officiel. Circulaire N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.
24. Bulletin Officiel arrêté du 27 février 2007. Règles de codage des prises en charge en ZSTCD. 2007.
25. Bruant-Bisson A, Castel P, Planel M. Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé - IGAS - Inspection générale des affaires sociales.
26. SAMU de FRANCE. Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ? 2012 sept.
27. Glevarec V. Des sources de financement multiples pour les urgences. Vol 17, N° 66-mai 2008 p. 29:Soins Cadres.

28. Thellier N. Amélioration du fonctionnement d'un service d'urgences [Thèse médicale, LILLE]. Lille 2; 2014.
29. Thomas A. Etude descriptive et retrospective des motifs d'admission et diagnostics de sortie dans un service d'urgence: profil du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de TULLE. UNIVERSITE DE LIMOGES; 1986.
30. Schwebel G, Manciaux M, Baumann C. Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement = Visits to emergency department by the elderly of homes for the aged. 2005, 30, NaN, p. 547-556.
31. Frankowski P. Évaluation du recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de Trinité - document. 2015.
32. Gervais E, Bobbia X. Courriers de sortie informatisés des patients externes adressés au médecin traitant à la sortie d'un service d'accueil des urgences (étude observationnelle prospective). [Monpellier]; 2011.
33. Delmotte S. Evaluation de la permanence des soins dans le Pas-de-Calais : étude prospective sur quatre jours des patients consultant aux urgences. 2012.
34. Franck-Soltysiak M, Court C. Délais d'attente et satisfaction des patients aux urgences chirurgicales d'un centre universitaire = Waiting time and satisfaction of patients attending the emergency surgery unit of a university hospital centre. Presse Médicale. (2, vol. 31, NaN, p. 1690-1695).
35. Neves P, Neuffer N, Yersin B. Intoxications alcooliques massives aux urgences : combien, qui, quoi et comment ? - revmed. 2011; 1445-1149.
36. Les urgences à l'hôpital = The emergency section at the hospital. Inf Soc. 1996, NaN, p. 18-29.
37. Michel P. Urgences de nuit du médecin généraliste. Réanimation Urgences. janv 1997;6(2):79-84.
38. Tempelhoff G, Tempelhoff C. L'ivresse alcoolique aigue au service d'accueil des urgences. étude multicentrique.
39. Pone J. Prise en charge des intoxications ethyliques aigues au service des urgences - sites d' ETAMPES.
40. Staikovsky F, Uzan D, Grillon N. Intoxications médicamenteuses volontaires reçues dans un service d'accueil des urgences = Voluntary drug intoxications in an emergency ward. La Presse médicale. 1995, 24, NaN, p. 1296-1300.

VII. ANNEXES

Table des illustrations

Figure 1 : Fréquences d'hospitalisation.....	45
Figure 2 : Répartition des populations en fonction de leur sexe.....	46
Figure 3 : Boîtes à moustaches : Age des populations revalorisées et témoin	47
Figure 4 : Boîtes à moustaches : Age des différentes populations en fonction du sexe.....	49
Figure 5 : Diagramme des répartitions du nombre d'entrées, en fonction des jours de la semaine, dans chaque population.....	49
Figure 6 : Répartition en pourcentage des entrées, dans chaque population, en fonction de la période de garde.....	50
Figure 7 : Répartition des entrées des patients, de chaque population, en fonction de la période.....	52
Figure 8 : Répartition des sorties des patients, de chaque population, en fonction de la période.....	53
Figure 9 : Représentations de la répartition des sorties sur le nycthémère des patients.....	54
Figure 10 : Pourcentage des consultations multiples dans la population témoin..	55
Figure 11 : Pourcentage des consultations multiples dans la population revalorisée.....	56

Figure 12 : Pourcentage de la réalisation d'examens complémentaires dans la population revalorisée	57
Figure 13 : Fréquence de la réalisation d'examens de biologie dans la population revalorisée.....	58
Figure 14 : Fréquence de la réalisation d'un ECG dans la population revalorisée	59
Figure 15 : Fréquence de la réalisation d'actes d'imagerie dans la population revalorisée.....	60
Figure 16 : Influence de la réalisation d'examens complémentaires sur la durée de passage.....	61
Figure 17 : Combinaison des différents examens complémentaires	62
Figure 18 : Représentation des pourcentages de motifs de consultations aux urgences dans la population revalorisée	63
Figure 19 : Boîtes à moustaches : comparaison des durées de séjour en fonction du type de pathologies (somatiques ou psychiatriques).....	64
Figure 20 : Taux de réévaluation de la population revalorisée pendant leur séjour aux urgences.....	65
Figure 21 : Surveillance des patients de la population revalorisée pendant leur séjour aux urgences	66
Figure 22 : Traitement administré aux patients de la population revalorisée.....	66
Figure 23 : Examens complémentaires réalisés selon le critère passages multiples	67

Figure 24 : Avis spécialisés selon les pathologies rencontrées.....	68
Figure 25 : Comparaison du nombre d'examens complémentaires réalisés en fonction du type de pathologie.....	69
Figure 26 Comparaison des classes d'examens complémentaires réalisés en fonction du type de pathologie.....	70
Figure 27 : Lien entre la réalisation d'examens complémentaires et l'appel d'un médecin spécialisé	71
Figure 28 : Motifs de consultation des patients de la population revalorisée.....	83

Table des tableaux

Tableau 1 : Taux d'hospitalisation en 2015 après passage aux urgences	45
Tableau 2 : Répartition des sexes en fonction des populations étudiées	46
Tableau 3 : Répartition des entrées entre période garde et période ouvrée	50
Tableau 4 : Nombre d'entrées dans chaque population le samedi après midi	51
Tableau 5 : Nombre d'entrées dans chaque population le dimanche jour	51
Tableau 6 : Répartition des entrées des patients, de chaque population, en fonction de la période	52
Tableau 7 : Répartition des sorties des patients, de chaque population, en fonction de la période.....	53
Tableau 8 : Détails des périodes de sortie dans le nycthémère des patients des 2 populations.....	54
Tableau 9 : Nombre de consultations multiples dans la population témoin	55
Tableau 10 : Nombre de consultations multiples dans la population revalorisée .	55
Tableau 11 : Fréquence de la réalisation des examens complémentaires dans la population revalorisée	56
Tableau 12 : Pourcentage de réalisation d'examens de biologie dans la population revalorisée.....	57
Tableau 13 : Pourcentage de réalisation d'examens d'un ECG dans la population revalorisée.....	58

Tableau 14 : Pourcentage de la réalisation d'actes d'imagerie dans la population revalorisée.....	59
Tableau 15 : Répartition des motifs de recours aux urgences dans la population revalorisée.....	63
Tableau 16 : Médiane, moyenne et durées minimales et maximales de passages aux urgences dans la population revalorisée en cas de pathologies somatiques	65
Tableau 17 : Taux de réalisation d'examens complémentaires en cas de passages multiples ou non	67
Tableau 18 : Avis spécialisés aux urgences en fonction de la période dans la population revalorisée	68

Déclaration CNIL

CNIL
8 rue Vivienne 75083 Paris cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

1989510

DÉCLARATION SIMPLIFIÉE

ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

(Articles 24-I, 25-II, 26-IV et 27-III de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : SERVICE URGENCE ADULTE **Sigle (facultatif) :** SAU
N° SIRET : 784314486 00043
Service : URGENCE ADULTE **Code APE :** 8623Z Activité des médecins et des dentistes
Adresse : BOULEVARD DE BELFORT
Code postal : 59000 Ville : LILLE **Téléphone :** 0329874848
Adresse électronique : DUBOIS.LOUIS@GHICL.NET **Fax :**

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence
NS-26 Traitements statistiques

3 Transferts de données hors de l'Union européenne

Vous transférez tout ou partie des données enregistrées dans votre traitement vers organisme (filiale, maison mère, prestataire de services, etc.) qui se trouve dans un pays situé hors de l'Union européenne

Non Oui

4 Personne à contacter

Veillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : LOUIS Dubois
Service : URGENCE ADULTE
Adresse : BOULEVARD DE BELFORT
Code postal : 59000 - Ville : LILLE **Téléphone :** 0662533929
Adresse électronique : DUBOIS.LOUIS@GHICL.NET **Fax :**

Raison sociale : SERVICE URGENCE ADULTE **N° SIRET :** 784314486 00043
Sigle (facultatif) : SAU **Code NAF :** 8623Z Activité des médecins et des dentistes
Adresse : BOULEVARD DE BELFORT
Code postal : 59000 Ville : LILLE **Téléphone :** 0329874848
Adresse électronique : DUBOIS.LOUIS@GHICL.NET **Fax :**

N° CERFA 13810*01

CNIL - FORMULAIRE ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

AUTEUR : Nom : WALLART

Prénom : Jérémy

Date de Soutenance : 13 octobre 2016

Titre de la Thèse : Revalorisation de la prise en charge longue durée dans le service d'accueil des urgences

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de médecine générale, DESC de médecine d'urgence

Mots-clés : ZSTCD, FAU, ATU, PMSI, GHM, GHS, valorisation

Contexte: Lors de leurs séjours aux urgences de nombreux patients bénéficient d'une prise en charge prolongée avec des soins similaires à ceux prodigués dans les services d'hospitalisation classique. Fréquemment ceux-ci ne bénéficient pas d'une valorisation adéquate.

Méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective, monocentrique aux urgences adultes de l'hôpital Saint-Vincent de Paul, de janvier à novembre 2015. Les patients inclus avaient une prise en charge de plus de 6h et des soins réalisés (surveillance, traitement, examens complémentaires). Le groupe témoin était constitué de patients correspondant aux critères du groupe 4 de la classification SFMU. L'objectif est de mettre en évidence les caractéristiques des patients pour lesquels les dossiers n'ont pas été valorisés à leur juste valeur au moment de leur passage aux urgences

Résultats : Les patients de la population revalorisée sont plus jeunes que ceux de la population témoin (moyenne d'âge : 43.93 ans Vs 54.79 ans, $p < 0.05$) Ces patients sont majoritairement admis en période de garde (18h30 à 08h30) (OR: 2,869; IC95% [2,163 ; 3,80]) et sortent le matin (OR= 0,494, IC [0,363; 0,672] $p < 0,05$) ; chez ces patients, la réalisation d'une imagerie complémentaire spécialisée réduit la durée de passage (10.77h vs 11.68h, $p < 0.05$). Les patients présentant une pathologie somatique sortent plus rapidement que les sujets présentant une pathologie psychiatrique (10.56h Vs 12.64h, $p < 0.05$)

Conclusion : Les patients revalorisés n'ont pas de caractéristique différente de la population témoin. Les admissions en période de garde, les sorties le matin, la réalisation d'examens complémentaires, l'âge, sont des facteurs d'oubli de revalorisation.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur WIEL Éric

Asseseurs : Monsieur le Professeur DEMONDION Xavier

Monsieur le Professeur VAN DER LINDEN Thierry

Monsieur le Docteur RENARD Jean Marie

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur DUBOIS Louis