

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année: 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**État des lieux de l'activité de l'Unité d'Hospitalisation de
Courte Durée du CHU de Lille : analyse comparative entre les
mois de février 2020 et février 2021**

Présentée et soutenue publiquement le 28 septembre à 16h
au Pôle Formation
par **Lucie ARNOULET**

JURY

Président :
Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseur :
Monsieur le Docteur Pierre GOSSELIN

Directrice de thèse :
Madame la Docteure Amélie VROMANT

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation sur les opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

SIGLES ET ABBRÉVIATIONS

AS	Aide-Soignant·e
ASH	Agent de Surface et d'Hygiène
CCMU	Classification Clinique Médecine d'Urgence
CHU	Centre hospitalier universitaire
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EDM	Endocrinologie
EMG	Équipe Mobile de Gériatrie
ETP	Équivalent Temps Plein
IAO	Infirmier·e d'Accueil et d'Orientation
IDE	Infirmier·e Diplomé·e d'État
IGSA	Indice de Gravité Simplifié Ambulatoire
MAD	Maladie de l'Appareil Digestif
MPPU	Médecine Polyvalente Post-Urgence
PIA	Pneumologie et Immuno-Allergologie
qSOFA	quick Sepsis related Organ Failure Assessment
SAU	Service d'Accueil et d'Urgence
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
UADM	Unité d'Accueil de Déchoquage Médical
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
URO	Chirurgie urologique
USC	Unité de Surveillance Continue
VISCÉRALE	Chirurgie viscérale

Table des matières

1	INTRODUCTION.....	8
1.1	Contexte.....	8
1.2	Objectifs de l'étude.....	10
2	PRÉSENTATION	11
2.1	Histoire de l'UHCD.....	11
2.2	Rôles	11
2.3	Fonctionnement	13
2.4	L'exemple de l'UHCD du CHU de Lille.....	16
2.4.1	Organisation et effectifs	16
2.4.2	Activité	17
2.4.3	2021 : la Charte du patient hospitalisé à l'UHCD des Urgences Adultes de Salengro.....	19
3	MATÉRIEL ET MÉTHODE	21
3.1	Population.....	21
3.1.1	Les critères d'inclusion	21
3.1.2	Les critères d'exclusion.....	21
3.2	Variables	21
3.3	Analyses statistiques.....	23
4	RÉSULTATS	24
4.1	Épidémiologie et répartition de la population	24
4.2	Durée Moyenne de Séjour	26
4.3	Indice de Gravité IGSA	28
4.4	Orientation et avis spécialisés.....	30
4.4.1	Différentes orientations	30
4.4.2	Détails des transferts internes.....	31
4.4.3	Les avis spécialisés.....	32
4.5	Répartition de la population entre les groupes de prise en charge 1, 2 et 3.....	33
4.6	Répartition des destinations selon les groupes de prise en charge 1, 2 et 3	35
4.7	Le groupe 3 : détails sur la fonction d'hébergement	37
5	DISCUSSION	39
5.1	Répartition de la population et taux d'occupation du service.....	39
5.2	Amélioration de la durée moyenne de séjour	40
5.3	Absence de critère de gravité clinique des patients en UHCD.....	42
5.4	L'activité de l'UHCD : les différents groupes de prise en charge.....	45
5.4.1	Groupe 1 (G1)	45
5.4.2	Groupe 2 (G2)	46
5.4.3	Groupe 3 (G3)	48
5.5	Forces et limites de l'étude	49
5.5.1	Les points forts de l'étude	49
5.5.2	Les limites	50
5.6	Ouverture	51
6	CONCLUSION	52
7	BIBLIOGRAPHIE	53
8	ANNEXES	57
8.1	Charte du patient hospitalisé à l'UHCD des Urgences Adultes de SALENGRO	57

8.2	Le score IGSA	60
8.3	Patients de plus de 75 ans	60
9	TABLE DES ILLUSTRATIONS	61

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte

Le Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) est défini par le décret de n° 95-647 du 9 mai 1995(1). Il est énoncé que « *Le SAU doit accueillir, sans sélection, vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales.* ». Chaque patient bénéficie d'une prise en charge précoce avec l'annonce d'un diagnostic, la mise en place d'un traitement et une surveillance quel que soit le motif de consultation : médical, social ou psychologique.

Le SAU est au cœur du système de soin, faisant le lien entre la médecine de ville et les centres hospitaliers. Il est soumis à des contraintes comme la gestion du flux des patients, des effectifs du personnel et des moyens matériels. Les problématiques organisationnelles des urgences sont d'ailleurs le reflet des tensions du système de soin dans son ensemble.

Aux urgences chaque année, selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, il y a 21 millions d'entrées et de consultations (2). Ce qui représente près de 10 millions de personnes, soit 1 Français sur 10 chaque année. Depuis 1996, le nombre de passages aux urgences est en augmentation de 3,5% par an toujours selon la DREES. Parallèlement à l'augmentation du flux de patients, les SAU font face à un manque de places d'hospitalisation, aussi appelées « lits d'aval ». Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), en France entre 2000 et 2015, le nombre de lits d'hospitalisation a diminué de 15% (3). En 2018, pour dénoncer ce manque de places, le Syndicat SAMU-Urgences a lancé le « No Bed Challenge » durant lequel le nombre de patients aux urgences ayant passé la nuit sur un brancard était recensé quotidiennement (4). Chaque

matin, un Centre Hospitalier participant était ironiquement vainqueur s'il avait recensé le plus de patients ayant passé la nuit sur un brancard aux urgences.

De fait, la restriction des lits d'hospitalisation entraîne une compétition entre les admissions programmées accueillies directement dans les services conventionnels et non programmées arrivant par les urgences vers les services conventionnels. Or, les hospitalisations non programmées représentent 40% des patients hospitalisés..

Dès lors, le cumul des deux phénomènes, hausse des consultations aux urgences et saturation des filières de soin d'aval, aboutit à un engorgement croissant des services d'urgence.

De nombreuses solutions existent néanmoins pour améliorer l'adaptation, la gestion du flux des consultations aux urgences et l'orientation des patients. En intra-hospitalier, la généralisation des circuits courts, la prise en charge spécialisée précoce de certaines pathologies graves (comme les AVC ou les infarctus du myocarde), les hospitalisations par réquisition, l'ouverture de services d'hospitalisation de post-urgences et enfin la création des Unités d'Hospitalisation Courte Durée (UHCD) sont des exemples d'adaptation à cette situation d'engorgement.

Pour ce qui est des UHCD, elles font partie intégrante des SAU et relèvent du même personnel soignant. Leur développement, à partir du décret n° 95-647 du 9 mai 1995, permet l'hospitalisation, le traitement d'urgence et la surveillance des patients éligibles. Leur fonctionnement et leur organisation ont été décrits par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) dans les recommandations de 2001. Entre 2020 et 2021, au sein de CHU de Lille, de nouveaux critères de bonnes pratiques ont également été édités pour la prise en charge des patients à UHCD. Ils reprennent les principes généraux des recommandations de la SFMU tout en adaptant ces critères à un fonctionnement local.

1.2 Objectifs de l'étude

Cette étude est la première évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'UHCD du CHU de Lille après la mise en place de nouveaux critères.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'évolution de la qualité des hospitalisations médicales de l'UHCD du CHU de Lille suite aux nouveaux critères édités en 2021. Dans ce but, nous avons étudié l'évolution de la durée moyenne de séjour et de la gravité clinique des patients.

L'objectif secondaire est de comparer les groupes de prise en charge définis par la SFMU, et d'analyser leur évolution.

2 PRÉSENTATION

2.1 Histoire de l'UHCD

C'est aux États-Unis dans les années 1970 qu'apparaît le concept d'*Observation Unit* (unité d'observation). Il conduit le service d'urgence à élargir son champ de compétences. En effet, les patients transitent directement des urgences vers les *Observations Units*, elles-mêmes gérées par les médecins urgentistes. Les patients y sont pris en charge pour une durée de séjour *a priori* courte et jusqu'à leur sortie d'hospitalisation. Une revue de la littérature de 2011 aux États-Unis confirme l'importance de ces unités où elles s'avèrent efficaces et permettent de baisser le nombre d'hospitalisations conventionnelles (5).

En France, le concept s'est progressivement développé à partir des années 1990. L'organisation définitive des urgences se met en place à la suite des deux rapports du Professeur Adolphe Steg (6)(7). Et c'est en 1991 que la circulaire du 14 mai 1991, relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale, rend obligatoire la création d'UHCD dans chaque service d'urgences (8). Un décret édité en 1995 remplace l'appellation UHCD en « Zone de Surveillance de Très Courte Durée ». Néanmoins, ce nom apparaît limitant car il ne souligne pas le caractère primordial de la fonction d'hospitalisation. À ce jour, les deux appellations persistent de fait, même si les deux types de services n'ont pas exactement les mêmes rôles, la même organisation et donc le même impact dans la cotation d'activité du service d'urgence. Selon la SFMU, il est ainsi préférable de privilégier le nom d'UHCD (9).

2.2 Rôles

Les UHCD sont une des réponses apportées à la saturation du système de soin et, précisément, à la problématique du manque de lits d'hospitalisations non programmées. Leur création s'intègre dans une volonté globale de réduction de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) des patients à l'hôpital. Ces unités répondent à deux objectifs généraux : offrir des lits pour un

séjour hospitalier de courte durée, et ainsi améliorer de la démarche diagnostique et thérapeutique médicale aux urgences.

De façon plus détaillée, les différents rôles de ces unités peuvent être résumés ainsi :

- Amélioration et précision du diagnostic et des thérapeutiques aux urgences
- Courte surveillance en vue de favoriser un retour à domicile précoce et sécurisé
- Diminution des coûts liés à des hospitalisations en service conventionnel
- Valorisation d'activité pour le service des urgences.

Selon la SFMU, les UHCD en France permettraient d'éviter 150 000 à 1 million d'hospitalisations conventionnelles par an (9). Selon une étude nationale publiée par la DREES en 2016, les hospitalisations en UHCD représentent seulement 3% des hospitalisations après un passage aux urgences (10). Pourtant à l'hôpital de Verdun, une étude réalisée sur 2 ans d'hospitalisation en UHCD montre un taux d'occupation exponentiel des lits, ainsi qu'une augmentation des patients en attente de lits dans cette unité et un allongement de leur temps de séjour (11). Deux études menées à Grenoble mettent en évidence l'impact de l'ouverture d'une UHCD. En 2005 l'étude rétrospective du CHU de Grenoble montrait que 29% des patients considérés comme mal orientés après leur passage aux urgences étaient éligibles à une place en UHCD (12). L'auteur de cette étude souligne l'importance de l'ouverture d'une UHCD individualisée au sein du CHU de Grenoble. Une seconde étude réalisée au sein des Hôpitaux du Léman à Thonon parue en 2006 montre l'impact de l'ouverture d'une UHCD avec la diminution de 20% des hospitalisations en service de médecine (13). Dans cette étude, 60% des patients hospitalisés en UHCD retournaient à leur domicile après 24h en moyenne.

L'importance de ces unités devient indiscutable après leur création.

2.3 Fonctionnement

Les caractéristiques des patients hospitalisés en UHCD ainsi que les moyens structurels et matériels de ces services sont décrits dans les recommandations de la SFMU éditées en 2001(9). Les UHCD sont des unités d'hospitalisation non programmées au sein des SAU. Ce sont des unités non conventionnelles, pouvant fonctionner en surveillance continue et 24h/24. Il est recommandé que la DMS des patients y soit inférieure à 24h. Les patients doivent être installés dans des lits et dans des chambres individuelles. La surveillance peut être réalisée par monitoring continu mais non invasif.

Les patients admissibles en UHCD sont répartis 4 groupes :

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

Les patients relevant du groupe 1 sont a priori de retour au domicile sous 24 heures. Ce groupe intègre les patients stables nécessitant une courte surveillance. Il peut aussi intégrer les patients aux problématiques médico-sociales, avec la possibilité d'une prise en charge par l'assistante sociale du service.

Le groupe 2 concerne les patients admis pour observation, dans l'attente d'examen complémentaires obtenus dans les prochaines 24 heures, afin de préciser leur orientation : une hospitalisation ou un retour à domicile. La SFMU recommande d'être vigilant à la non-admission de patients relevant d'une Unité de Soins Continus.

Le groupe 3 reflète une extension d'activité de l'UHCD : l'hébergement de patients en attente de lits d'aval. En effet, les recommandations de la SFMU rappellent que « *la fonction principale d'une UHCD est l'accueil des patients relevant des groupes 1 et 2* ». Le bilan et les traitements de ces patients sont initiés en UHCD. Ils sont ensuite transférés en services conventionnels dès qu'une place se libère. Toujours selon les recommandations de la SFMU, le temps d'hébergement et les conditions doivent être clairement établis en concertation avec les différents services.

Le 4eme groupe concerne les patients relevant de l'UHCD mais ne pouvant pas y accéder par manque de place. Par manque de moyens structurels, en raison du dépassement des capacités de l'UHCD, ces patients doivent attendre la suite de leur prise en charge sur un brancard. Le plus souvent, ce brancard se situe dans les couloirs du SAU. Les patients sont donc administrativement transférés en G4 : ils sont hospitalisés en UHCD mais sont physiquement sur un brancard du SAU. Les soins sont assurés par les soignants du SAU, et non de l'UHCD. En effet, en absence d'une cotation en groupe 4 (activité UHCD) ces séjours sont pris en compte comme de simple consultation aux urgences alors qu'ils représentent des soins plus complexes. Et la tarification d'activité est bien évidemment différente entre une consultation aux urgences et une hospitalisation en UHCD. Ainsi avec la création du G4, la cotation des soins d'urgence tend à refléter l'activité réelle du service même en cas de dépassement des capacités de l'UHCD.

En parallèle de ces critères d'admission, la SFMU recense des caractéristiques limitantes à l'entrée dans une UHCD. Ce sont les critères de non-admission des patients :

- Patients compris dans les hospitalisations programmées, ne pouvant transiter par les urgences
- Patients sortant du bloc opératoire pour une prise en charge post-opératoire

- Patients graves relevant de soins intensifs et de réanimation
- Patients clairement identifiés dès l'accueil comme relevant d'un service de spécialité
- Patients déjà hospitalisés devenus instables.

Les recommandations du Samu Urgences de France établissent, quant à elles, les moyens humains nécessaires au bon fonctionnement des UHCD (14).

Les effectifs médicaux sont calculés en fonction du nombre de lits en UHCD. En période diurne, il est recommandé que le médecin soit entièrement dédié à l'activité de l'UHCD.

Les effectifs paramédicaux sont calculés, quant à eux, en fonction du nombre de passages en UHCD, du nombre total de lits et du nombre de lits monitorés. Il convient de respecter au minimum un·e infirmier·e diplômé·e d'État (IDE) et un·e aide-soignant·e (AS) et un agent des services hospitaliers (ASH) dédiés à l'UHCD chaque jour.

Les soignants exerçant en UHCD doivent donc être polyvalents et exercer des tâches très variées. Au cours de la crise sanitaire liée à la Covid19, les UHCD ont été souvent transformées en zone d'accueil spécifiques pour les patients atteints de la Covid-19 ou suspectés et en attente de diagnostic. Ce changement d'activité est révélateur d'une tension toujours forte dans le système de soin et du manque de lit pour accueillir les patients en période de forte affluence.

2.4 L'exemple de l'UHCD du CHU de Lille

L'UHCD du CHU de Lille fait partie intégrante du service des urgences. Pour rappel, les urgences du CHU de Lille représentent plus de 135 000 passages de patients par an (15).

2.4.1 Organisation et effectifs

L'UHCD du CHU de Lille se situe au rez-de-chaussée de l'hôpital Roger Salengro, accolée aux urgences adultes. Le service est composé de 24 lits qui ont tous été transformés en chambres individuelles depuis la crise sanitaire liée à la Covid19. On compte aujourd'hui 15 lits accueillant des patients relevant de services de médecine, soit 60% de la capacité totale de l'UHCD, et 9 chambres de chirurgie. Quand le nombre de patients hospitalisés en UHCD-médecine est plus élevé que les 15 lits réservés, les patients sont hébergés sur les lits de chirurgie (40% restants). On parle d'hébergement sur les lits de chirurgie.

Les effectifs humains comptent :

- 2 équivalents temps plein (ETP) médecins urgentistes séniors, et 1 ETP interne des urgences
- 3 IDE le matin, 2 IDE l'après-midi et la nuit
- 4 AS le matin, puis 3 l'après-midi et la nuit
- 1 anesthésiste et 1 chirurgien ; et internes
- L'équipe d'assistantes sociales des urgences, les jours ouvrés
- 1 kinésithérapeute aux heures ouvrables
- L'équipe Mobile de Gériatrie se déplace aux urgences et à l'UHCD, soit un médecin et un·e infirmier·e.

2.4.2 Activité

L'activité de l'UHCD du CHU de Lille est divisée entre les hospitalisations pour soins relevant de la chirurgie et de la médecine. Notre étude ne porte que sur les lits de médecine. Ainsi, les données présentées ci-après ne prennent pas en compte les entrées pour une hospitalisation en chirurgie.

graphiques issus de PSMI pilot

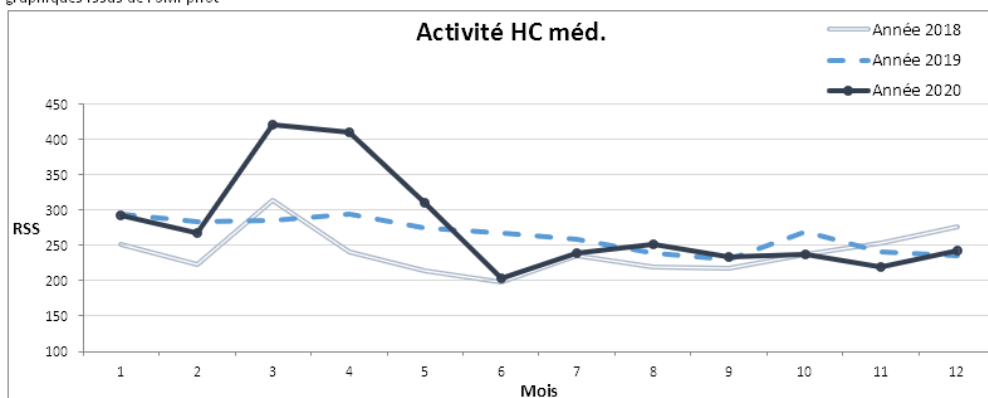


Figure 1 Evolution mensuelle de l'activité UHCD de Médecine 2018 à 2020

En moyenne, de 2018 à 2020, l'UHCD a accueilli plus de 2 900 patients par an. Durant ces trois années, on observe une cinétique annuelle similaire : le pic de patients est atteint au cours du mois de mars, puis reste stable le reste de l'année.

Cependant, l'impact de la pandémie de la Covid19 sur l'année 2020 rend difficile la comparaison avec les années précédentes. En effet, 2020 est marquée par des variations de flux importantes. Au cours du mois de février 2020, le volume de patients est croissant, passant de 268 mi-février à 422 à mi-mars. Les mois de mars et avril 2020 constituent les mois de plus forte affluence, le service d'UHCD a été transformé pendant ces deux mois en service accueillant exclusivement des malades atteints de la Covid19.

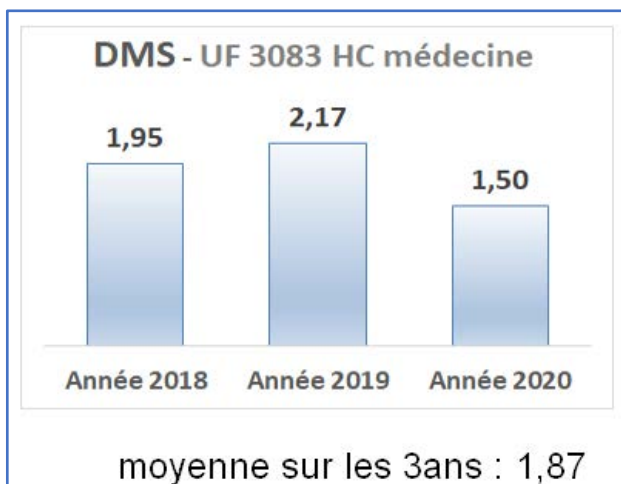


Figure 2 Evolution de la DMS UHCD Médecine de 2018 à 2020

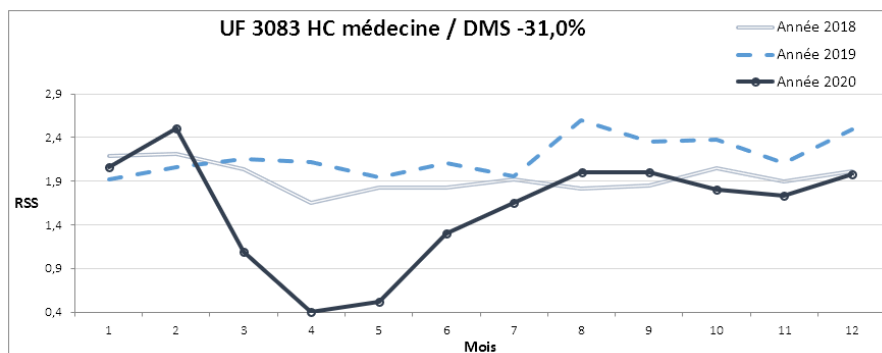


Figure 3 Evolution de la DMS UHCD Médecine de 2018 à 2020

Dans un contexte de transformation totale de l'activité de l'UHCD en service d'hospitalisation pour patients atteints de la Covid19, il est difficile d'analyser la DMS des patients au regard des autres années. En 2020, et à l'inverse des autres années, la répartition de la DMS n'est pas homogène sur l'ensemble de l'année. Elle est maximale en février, atteignant une durée de 2,4 jours. En avril et en mai, elle est minimale et rejoint ensuite les valeurs des autres années à partir du mois d'août 2020.

En fonction des données épidémiologiques, le volume de patients hospitalisés à l'UHCD et la grande variation de la DMS, le mois de février semble être une période d'intérêt dans l'activité annuelle de l'UHCD. Le flux de patients trop important entrant à l'hôpital par les urgences augmente le nombre d'admissions non programmées pour les services

conventionnels. Cela aboutit progressivement à une situation « 'hôpital sous tension » : il est nécessaire de libérer une place occupée par un malade pour pouvoir accueillir un nouveau malade. Mais les urgentistes se heurtent à un manque de places d'aval pour accueillir les malades. Cette situation reflète la saturation du système de soin actuel. L'UHCD ayant un rôle d'intermédiaire entre les urgences et les services de médecine d'aval, on peut s'interroger sur la nature des répercussions d'une situation « d'hôpital sous tension » sur l'activité de ce service. Enfin, la comparaison entre l'année 2020 et 2021 nous permet d'évaluer l'impact de la mise en place des nouveaux critères d'hospitalisation en UHCD.

2.4.3 2021 : la Charte du patient hospitalisé à l'UHCD des Urgences Adultes de Salengro

Les recommandations de la SFMU éditées il y a 20 ans laissent une relative souplesse sur l'application des critères de qualité. Ainsi, chaque centre hospitalier a pu librement définir des axes d'amélioration et des protocoles dédiés.

En 2021, la nouvelle Charte du patient hospitalisé en UHCD est appliquée au CHU de Lille afin d'améliorer la qualité des séjours en UHCD (Annexe 8.1 *Charte du patient hospitalisé à l'UHCD des Urgences Adultes de SALENGRO*).

Ces critères préconisent :

- que le patient ne nécessite pas une hospitalisation en USC
- une réévaluation précoce du malade stable
- une DMS cible entre 24 heures et 48 heures
- un accord préalable avec le médecin de spécialité du service concerné en cas d'hébergement
- le respect de la proportion des lits médicaux et chirurgicaux
- de réduire le nombre d'hospitalisations en attente d'un SSR uniquement
- de réduire le nombre d'hospitalisations pour un problème social isolé

Notre étude comparative des mois de février 2020 et de février 2021 s'intéresse aux changements des pratiques professionnelles après l'édition de ces critères.

À partir des recommandations nationales de la SFMU, des critères de qualité du CHU, et de nos lectures des différentes études sur le sujet, il a été retenu des critères d'intérêt à étudier :

- La DMS < 24h est le critère principal de bon fonctionnement d'un UHCD
- Le score IGSA qui reflète la gravité des patients à l'entrée du service
- L'évolution des différents groupes de prise en charge 1, 2 ou 3
- La destination des patients après passage en UHCD

Il a été retenu une DMS cible < 24h comme critère principal de bon fonctionnement de l'UHCD.

Le score IGSA (Indice de Gravité Simplifié Ambulatoire) a été préféré au score IGSII (Indice de Gravité Simplifié II). Ce dernier est habituellement utilisé dans les services de réanimation. L'IGSII permet de classer les patients en groupes homogènes et ainsi de déterminer le niveau de mortalité à court terme. Les données cliniques et biologiques retrouvées dans les dossiers des patients hospitalisés en UHCD étaient insuffisantes pour le calcul d'un score IGSII fiable car les patients ne bénéficient pas fréquemment d'un bilan très étendu. L'IGSA, dérivé de l'IGSII, ne comporte que six variables cliniques, ce qui en fait un score plus adapté à la prise en charge au SAU et en UHCD. Il est calculé à partir des constantes des patients à l'entrée du SAU. Un score IGSA > 8 définit un patient instable (*Annexe 8.2 Le score IGSA*)

3 MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective, épidémiologique descriptive afin d'évaluer les pratiques professionnelles au sein de l'UHCD du CHU de Lille.

3.1 Population

Notre étude ne porte que sur les patients accueillis sur les places d'hospitalisation en secteur médical. Les patients relevant de la chirurgie sont, en effet, pris en charge par les infirmiers d'UHCD mais c'est l'équipe médicale de chirurgie qui coordonne le séjour. Cette étude a porté sur la totalité des patients hospitalisés dans le service de l'UHCD du CHU de Lille, en secteur médical, pendant les mois de février 2020 (n=310) et de février 2021(n=259). On compte 569 patients.

3.1.1 Les critères d'inclusion

La population étudiée regroupe les patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois, ayant été hospitalisés dans le secteur médical de l'UHCD du CHU de Lille pendant les mois de février 2020 et de février 2021.

3.1.2 Les critères d'exclusion

Les patients ayant bénéficié d'une hospitalisation en UHCD chirurgicale sur cette période ne sont pas inclus dans l'étude. De plus, nous avons extrait les données des patients à partir du registre de patients déjà hospitalisés dans un lit en UHCD, ainsi les patients relevant du groupe 4 ne sont pas inclus dans l'étude.

3.2 Variables

Le relevé des éléments de démarches diagnostiques, des données biologiques et des durées de séjour a été réalisé à partir des dossiers patients.

Initialement, les variables ont été extraites automatiquement à partir du logiciel Résurgence . Elles comprennent : les dates d'hospitalisation, l'âge, le sexe, le motif d'entrée à l'accueil des urgences, la classification en hospitalisation de médecine ou chirurgie au sein de l'UHCD et l'orientation finale du patient.

Ensuite, à partir des dossiers de patients un relevé manuel a été réalisé pour définir :

- un tri fiable entre patients de médecine et patients de chirurgie
- les variables suivantes :
 - o Le groupe de prise en charge,
 - o Les avis de spécialistes,
 - o Les examens complémentaires,
 - o Les gestes d'urgences vitales,
 - o L'avis d'assistante sociale,
 - o La conclusion aux urgences,
 - o Le diagnostic de fin d'hospitalisation en UHCD,
 - o Le nombre de décès attendus.

L'étude des variables cliniques a permis d'évaluer manuellement le calcul des scores de Glasgow et IGSA et de classer les patients en groupes de prise en charge de 1 à 3 selon les critères de la SFMU.

La DMS est le résultat de l'ensemble des durées de séjour divisé par le nombre de patients hospitalisés.

Le taux d'occupation est calculé sur une capacité de 15 lits de médecine. Seuls les patients entrés sur le mois sont pris en compte. Aussi, le taux d'occupation calculé sur les premiers jours n'est pas exact car il n'analyse pas les patients déjà présents. L'occupation d'un lit par un patient

est calculée au prorata de sa présence : 14h s'il est entré à 10h (24-10), 8h s'il est sorti à 8h, 24h s'il est présent toute la journée.

Exemple du calcul d'occupation des lits de la journée du 20 février pour 3 patients :

- Si le patient A est entré le 19 février et sorti le 21
 - o Le lit est occupé pendant 24h, nous comptons un lit occupé
- Si le patient B est entré le 20 février à 10h
 - o Le lit est occupé pendant 14h. La formule $(24-10)/24$ donne 0,58% d'un lit
- Si le patient C est sorti le 20 février à 10h
 - o Le lit est occupé pendant 10h. La formule $(10/24)$ donne 0,42% d'un lit

Ainsi pour ces seuls 3 patients, 2 lits sont occupés le 20 février.

3.3 Analyses statistiques

L'encodage des informations et la réalisation des statistiques étaient réalisés sous ePI – INFO, R et RStudio.

Pour les analyses bivariées nous avons utilisé un test du Chi Deux lorsque les deux variables sont qualitatives (ou de Fisher si les effectifs théoriques étaient trop petits).

Lorsque nous croisons une variable qualitative et une quantitative, pour comparer les médianes nous avons utilisé un test non paramétrique de comparaison des médianes avec correction de Yates.

Le seuil de signification retenu est inférieur à 5 % ($p < 0,05$) et les intervalles de confiance sont à 95 %.

4 RÉSULTATS

4.1 Épidémiologie et répartition de la population

La population totale de l'étude comprend 569 patients.

L'âge des patients hospitalisés en UHCD ne varie pas significativement sur ces deux périodes ($p=0,29$). L'âge moyen est élevé : 66 ans et 67 ans respectivement en 2020 et 2021. Les patients âgés de plus de 75 ans représentent 42% de la population en 2021 (*Voir Annexe 8.3 Patients de plus de 75 ans*).

De plus, la répartition femme/homme est la même en février 2020 et en février 2021 ($p=0,98$).

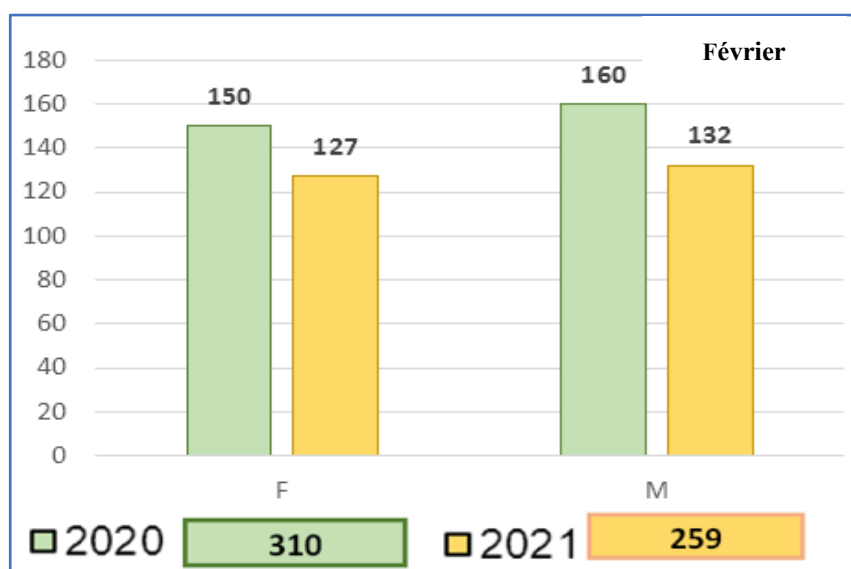


Figure 4 : Répartition des patients de février 2020 et 2021 par sexe

L'année 2021 marque une diminution dans le flux des patients hospitalisés en UHCD. Cependant, le taux d'occupation est encore supérieur pendant 3 jours en février 2021 par rapport à février 2020.

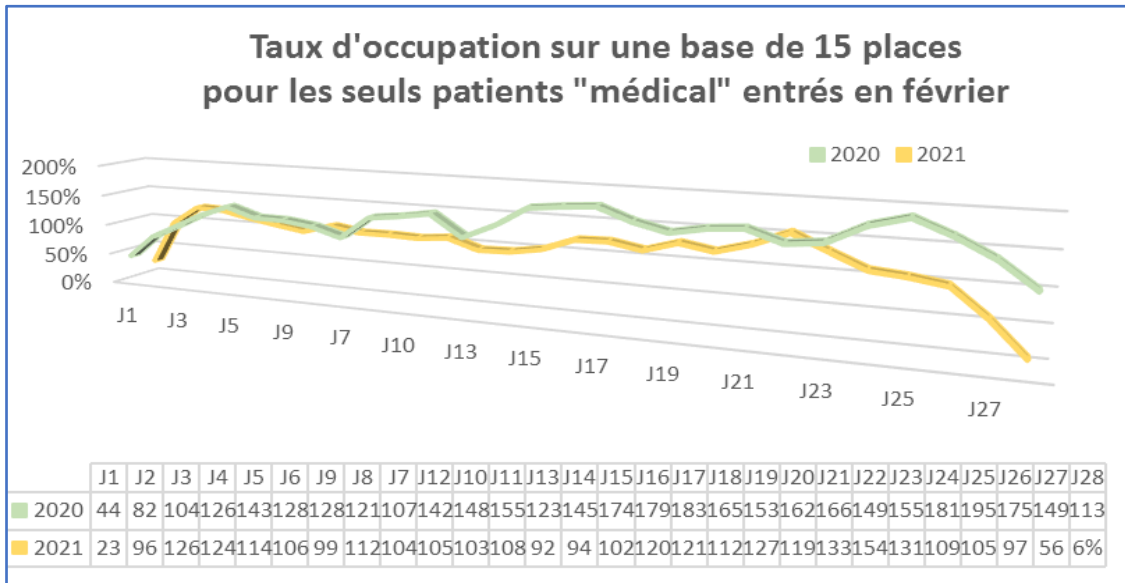


Figure 5 : Taux d'occupation « sur une base de 15 lits » Médical des patients entrés en février 2020 et 2021

En février 2021, pendant 19 jours, dont 11 jours consécutifs, le taux d'occupation a dépassé 100%. Le maximum est atteint le 25 février 2020 avec 195% d'occupation des lits de médecine.

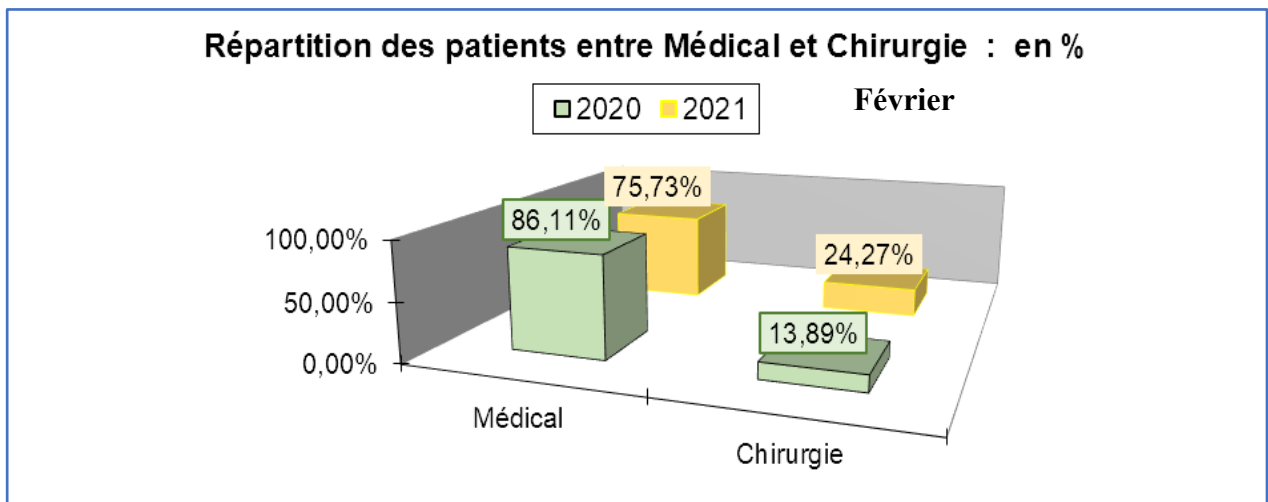


Figure 6 : Répartition des patients entre Médical et Chirurgie en % (février 2020 et février 2021)

En 2021, sur le pool total de patients en UHCD, la proportion de patients hospitalisés en chirurgie augmente passant de 13,89% à 24,27%.

4.2 Durée Moyenne de Séjour

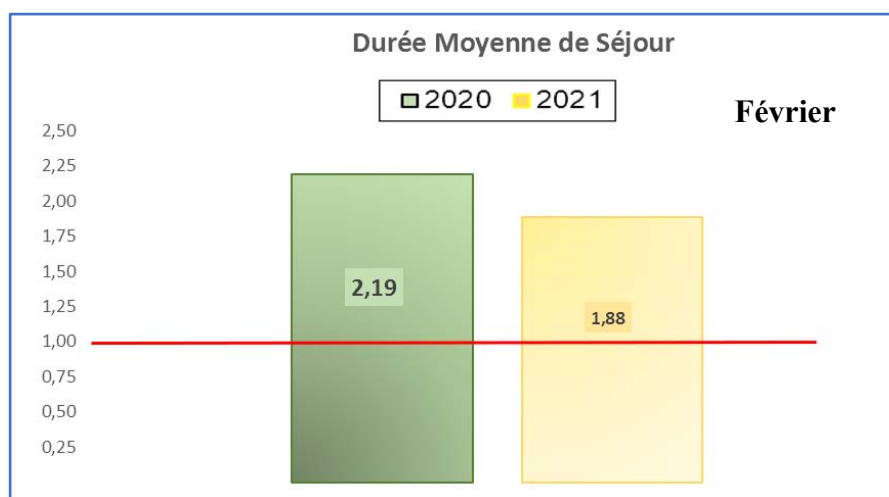


Figure 7 : Evolution de la DMS de février 2021 et février 2020

La durée moyenne de séjour globale en UHCD est supérieure à 24h pour les deux populations. On note une diminution faiblement significative de la DMS globale ($p=0,046$) : elle varie de 2,19 jours en 2020 à 1,88 jour en 2021.

La majorité des patients restent hospitalisés entre un et deux jours.

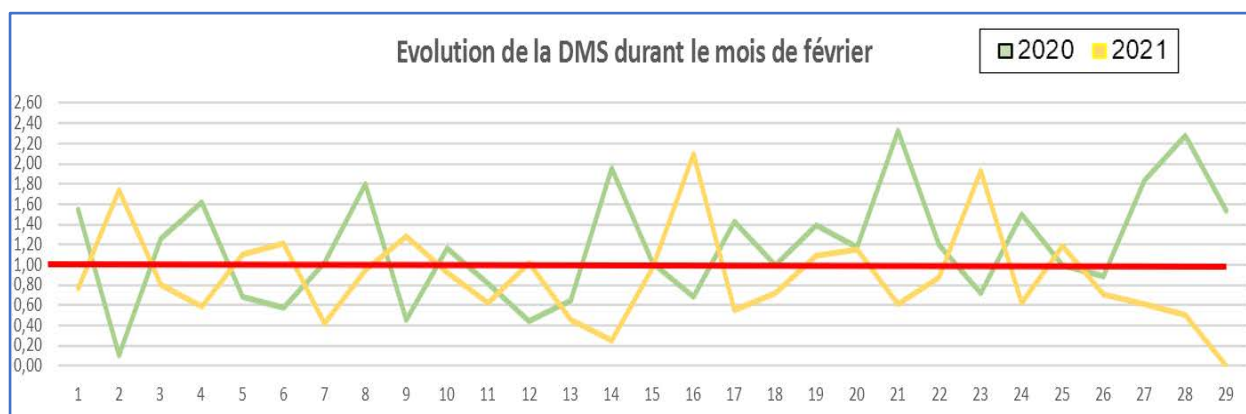


Figure 8 : Evolution de la DMS durant le mois de février, 2020 et 2021

L'objectif de durée de séjour <24h est atteint pour 18,15% de la population totale en février 2021 ; soit seulement 3 patients de plus qu'en 2020.

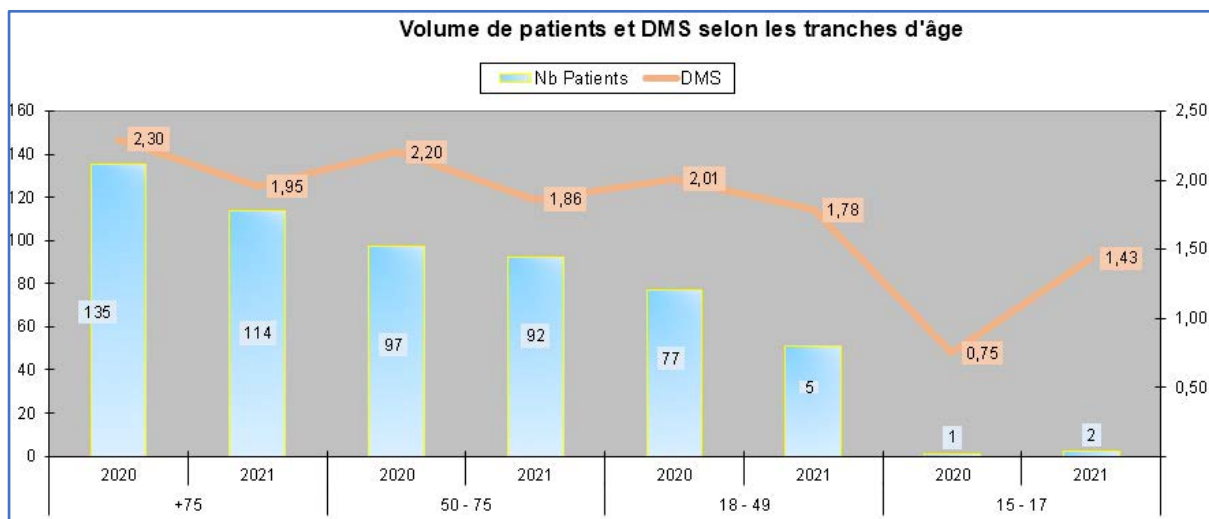


Figure 9 : Volume de patients et DMS selon les tranches d'âge pour le mois de février, 2020 et 2021

La DMS des patients de plus de 75 ans est la plus élevée en 2020 et atteint 2,30 jours. On note une diminution en 2021, elle est de 1,95 jour.

Cependant, par rapport à l'ensemble de la population étudiée, un âge plus élevé n'est pas significativement associé à une DMS allongée ($p=0,11$).

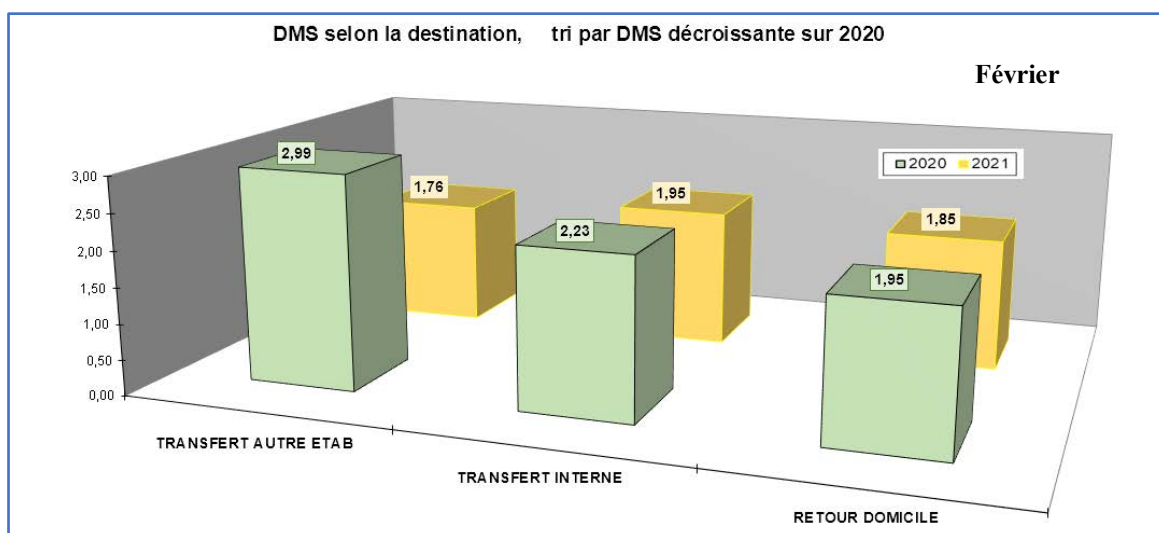


Figure 10 : DMS selon la destination (février 2020 et 2021), tri par DMS décroissante sur février 2021

Pour chaque orientation, la DMS diminue entre février 2020 et février 2021.

En février 2020 ce sont les transferts vers d'autres établissements qui représentent la plus élevée, soit une DMS de 2,99 jours.

En février 2021, la DMS des patients transférés au sein du CHU de Lille diminue et passe en-dessous des 2 jours, soit une DMS de 1,95 jour. Cependant, la DMS des patients orientés au sein du CHU reste la plus importante pour le mois de février 2021.

La DMS des patients orientés vers un retour à domicile reste stable, passant de 1,95jour à 1,85 jour.

4.3 Indice de Gravité IGSA

Le score de gravité clinique IGSA a été calculé pour 565 patients seulement, car après le recueil des données, 4 dossiers étaient incomplets et ne permettaient pas le calcul.

Sur la totalité de la période étudiée, il n'a pas été réalisé de geste d'urgence vitale et aucun patient n'a bénéficié d'un monitoring invasif des constantes vitales.

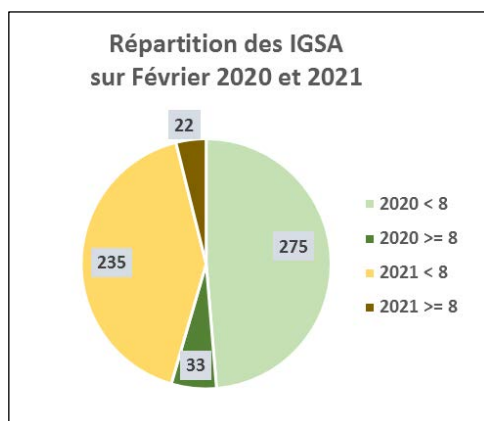


Figure 11: Répartition des IGSA sur février 2020 et 2021

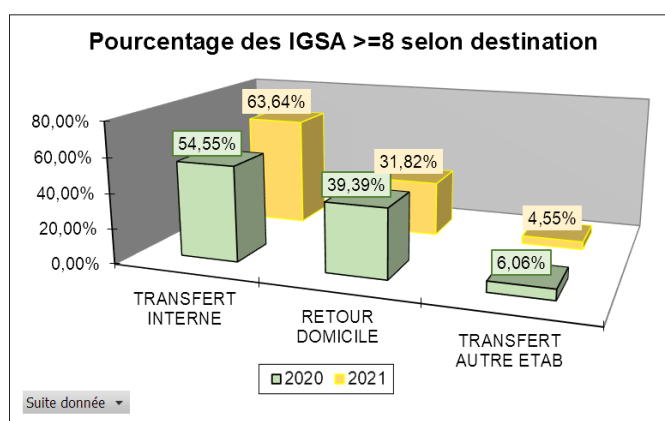


Figure 12 : Pourcentage des IGSA >= 8 selon destination en février 2020 et 2021

Les patients ayant un score >8 représentent respectivement 9% et 12% sur les deux périodes. Ainsi, le score de gravité clinique ne varie pas de façon significative entre les deux périodes (p=0,38).

Sur les deux périodes, il n'existe pas de différence significative de destination des patients initialement instables ($p=0,89$). La majorité des patients avec un score de gravité élevé ont finalement été transféré au sein du CHU de Lille.

Service du Transfert Interne		IGSA Su Valeurs			
		< 8 Février		>= 8 Février	
		Nb Pat 2020	Nb Pat 2021	Nb Pat 2020	Nb Pat 2021
SOINS INTENSIFS UADM (5349/CAC)		3	0	1	0
SOINS INTENSIFS NEUROVASCULAIRES (3303/CAC)		0	2		
SOINS INTENSIFS NÉPHROLOGIQUE (5081/CAC)		1	0		
SOINS INTENSIFS GASTRO (1454/CAC)		1	2	0	1
Total général		5	4	1	1

Figure 13 Répartition des patient instables transférés en interne (février 2020 et 2021)

Depuis l'UHCD, les patients instables peuvent être transférés dans le service de l'UADM, en soins intensifs néphrologiques, gastroentérologiques ou neuro-vasculaires. Cinq patients en 2020 et quatre patients en 2021 initialement stables (score IGSA<8) ont été transférés en soins intensifs. Parmi les patients graves (IGSA>=8), un patient pour chaque période a été transféré en soins intensifs.

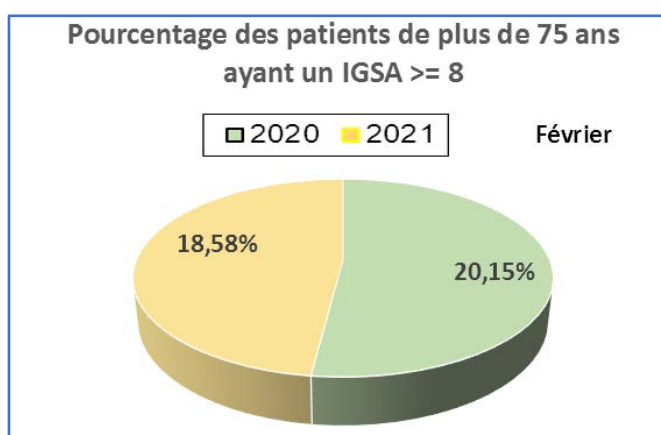


Figure 14 Pourcentage des patients de plus de 75 ans ayant un IGSA >= 8

Parmi les patients jugés instables à l'entrée (score IGSA>=8), il y avait respectivement 20,15% et 18,58% de patients âgés de plus de 75 ans.

4.4 Orientation et avis spécialisés

4.4.1 Différentes orientations

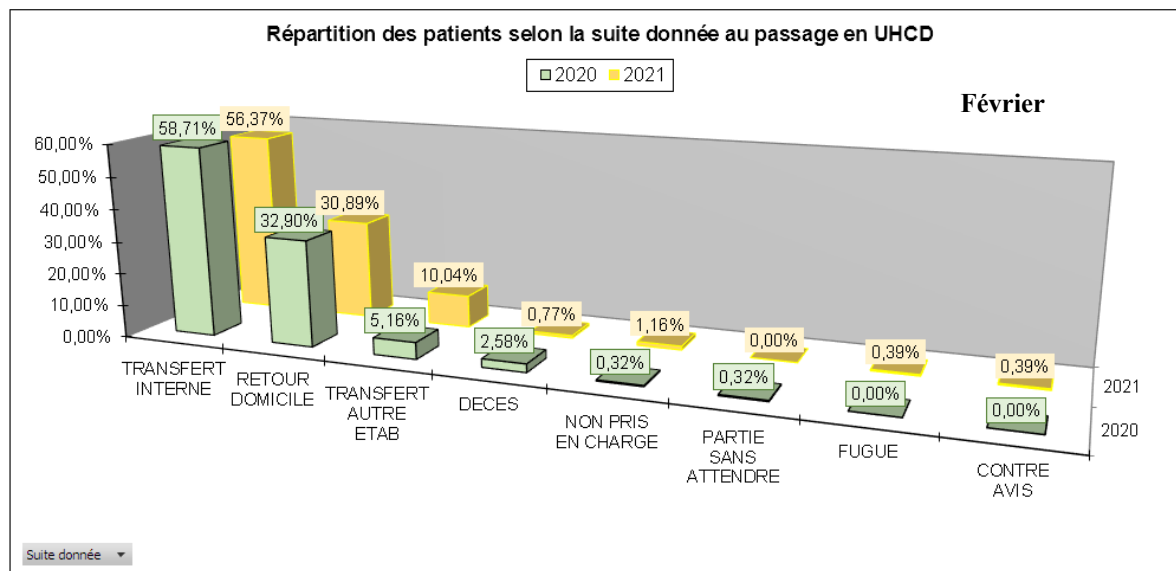


Figure 15 Répartition des patients selon la suite donnée au passage en UHCD (février 2020 et 2021)

Après leur hospitalisation en UHCD, les patients sont orientés pour un retour à domicile, un transfert interne ou une sortie vers un service hors du CHU.

Les transferts internes représentent la majorité des sorties post-UHCD, leur proportion est stable entre les deux années pour 58,71% et 56,37%, et il n'y a pas de différence significative entre les 2 périodes ($p=0,82$).

La proportion de retour à domicile est également stable entre les deux périodes, sans différence statistiquement significative ($p=0,72$).

Les autres situations sont rares :

- La totalité des décès survenus en UHCD étaient attendus à l'entrée dans le service.
- En février 2020, on compte un patient enregistré mais non pris en charge et un patient sorti sans attendre une prise en charge.
- En février 2021, un patient a fugué et un autre est sorti contre-avis médical.

Ainsi le CHU est la principale destination des patients à la sortie de l'UHCD. Bien que les transferts vers d'autres établissements aient doublé en 2021, ils ne représentent que 10% des destinations.

4.4.2 Détails des transferts internes

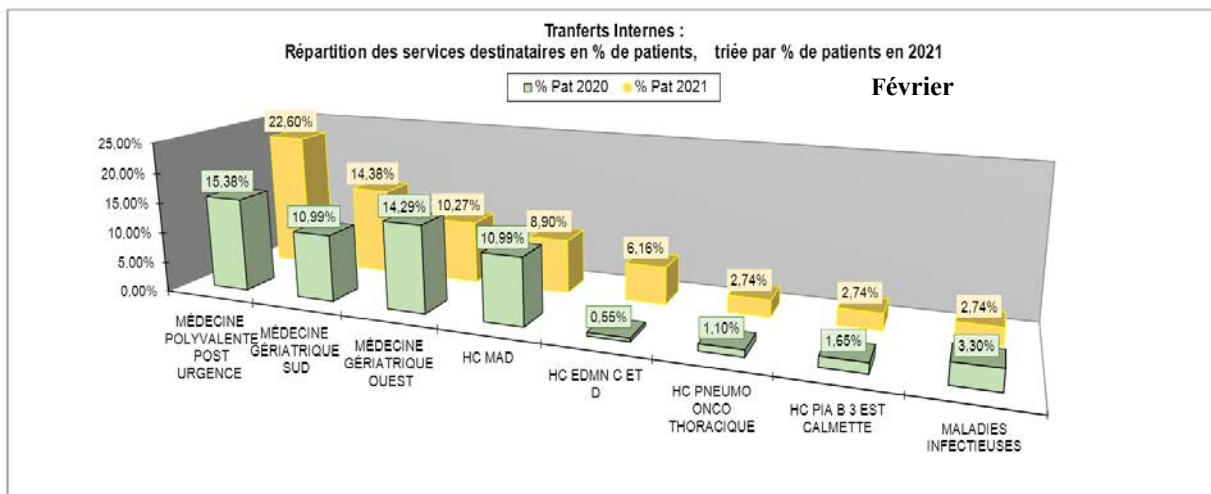


Figure 16 : Transferts internes : Répartition des services destinataires en % de patients de février 2020 et 2021

Sur les deux périodes, les transferts internes au CHU sont majoritairement ceux vers la médecine gériatrique (services SUD et OUEST), la médecine de post-urgence et le service de gastro-entérologie. En 2020 et en 2021, ces quatre services représentent plus de la moitié (51,65% puis 56,15%) de tous les transferts internes.

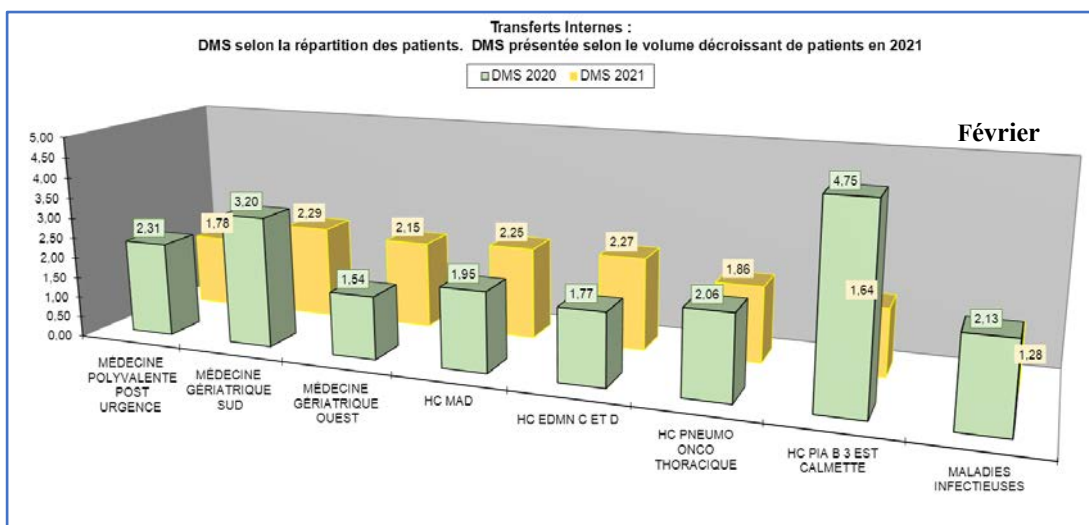


Figure 17 Erreur ! Signet non défini. Transferts internes : DMS selon la répartition des patients de février 2020 et 2021

En 2020, ce sont les patients transférés en Pneumologie-Calmette-Est qui attendent le plus longtemps dans le service d'UHCD (DMS 4,75jours).

En 2021, les DMS les plus longues concernent les services de médecine gériatrique Sud, gastro-entérologie et d'endocrinologie, DMS respectives à 2.29 jours ; 2.25 jours et 2.27 jours.

Enfin, alors que le service de médecine polyvalente reçoit le plus grand nombre de patients de l'UHCD, la DMS diminue en 2021. Elle passe de 2,31 jours à 1,78 jour.

4.4.3 Les avis spécialisés

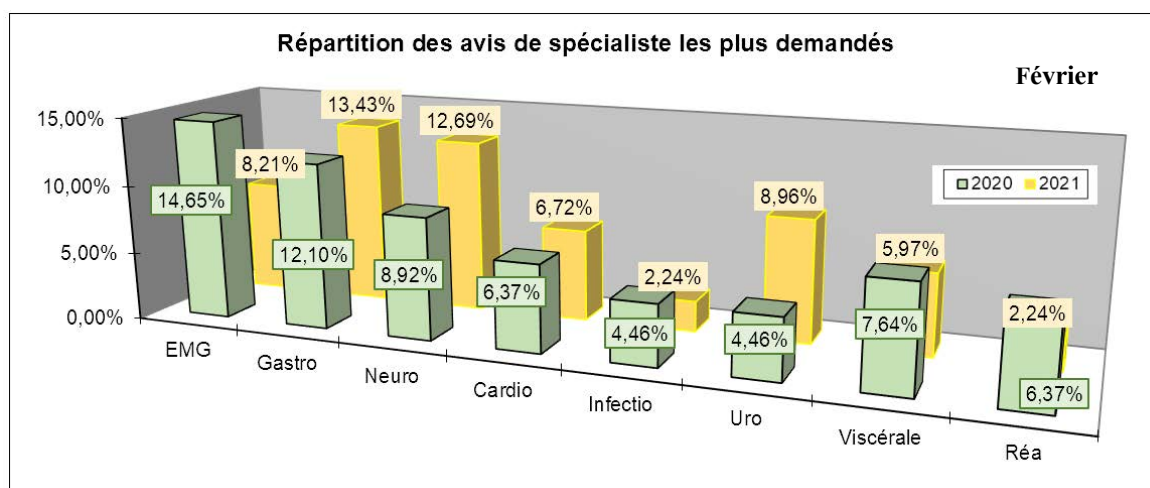


Figure 17 Répartition des avis de spécialiste les plus demandés en février 2020 et 2021

Au mois de février 2020, les avis de spécialistes se concentrent majoritairement sur la gériatrie (14,65%) et sur la gastro-entérologie (12,10%) .

En 2021, la gastro-entérologie reste quasiment autant sollicitée (13,43%), mais la gériatrie l'est nettement moins (8,21%).

Par ailleurs les avis de chirurgie (urologie et viscérale) sont majorés en 2021 et représentent 14,93% au lieu de 8,92%. Ainsi, il persiste des patients dans les lits de médecine pouvant relever de soins chirurgicaux.

On ne note pas de différence significative dans la répartition des demandes d'avis entre 2020 et 2021.

4.5 Répartition de la population entre les groupes de prise en charge 1, 2 et 3

À l'aide de l'étude des dossiers et selon les recommandations de la SFMU, les patients ont été répartis dans les groupes 1, 2 ou 3. Le praticien juge *a priori*, au début de l'hospitalisation, de l'orientation finale et du parcours de soin du patient.

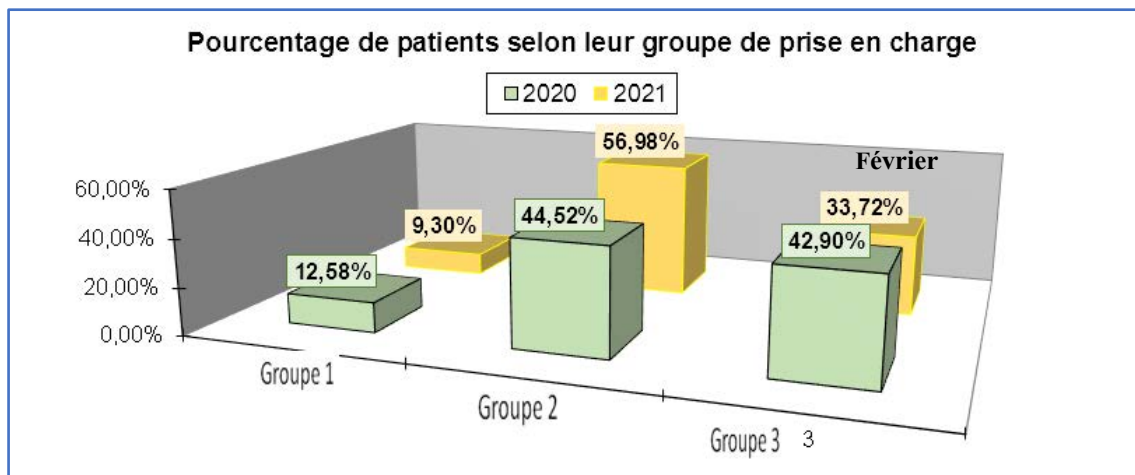


Figure 18 Pourcentage de patients selon leur groupe de prise en charge en février 2020 et 2021

La population de patients n'est pas répartie de façon homogène entre les groupes.

Le groupe 2 reste le plus volumineux sur les deux années. Il regroupe 44,52% des patients en février 2020, puis il comprend plus de la moitié des patients en février 2021 (56,98%).

Le groupe 1 et 3 diminueront en proportion de 2020 à 2021, passant respectivement de 12,58% à 9,30% et de 42,90% à 33,72%.

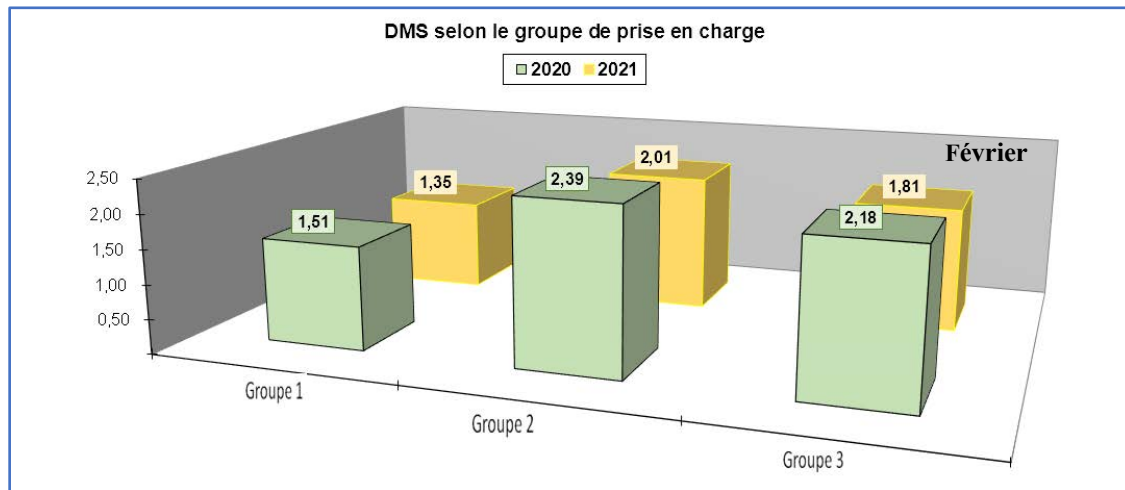


Figure 19 DMS selon le groupe de prise en charge, en février 2020 et 2021

Pour chaque groupe, la durée de séjour diminue en 2021.

C'est dans les groupes 2 et 3 que la DMS varie le plus, passant de 2,39 jours à 2,01 jours dans le groupe 2 et de 2,18 jours à 1,81 jour pour le groupe 3. Cette diminution est statistiquement significative pour les groupes G2 et G3. ($p < 0,05$ dans les deux cas).

Le groupe 1 représente systématiquement les patients avec une DMS la moins importante : 1,51 jour en 2020 et 1,35 jour en 2021, sans différence statistiquement significative sur les deux périodes ($p > 0,05$).

4.6 Répartition des destinations selon les groupes de prise en charge 1, 2 et 3

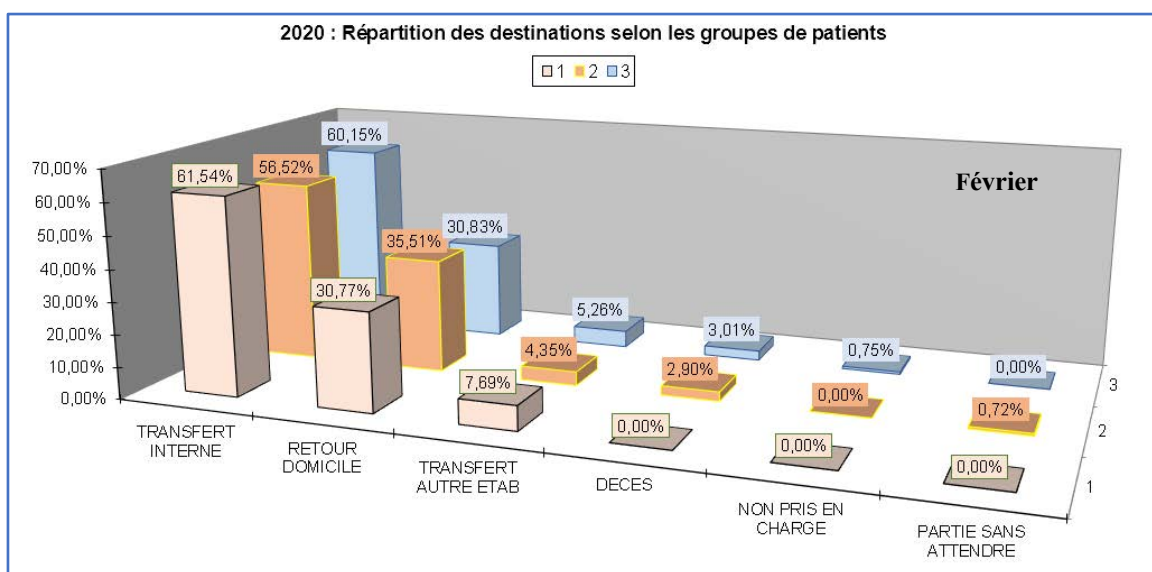


Figure 20 : Répartition des destinations selon les groupes de patients de février 2020

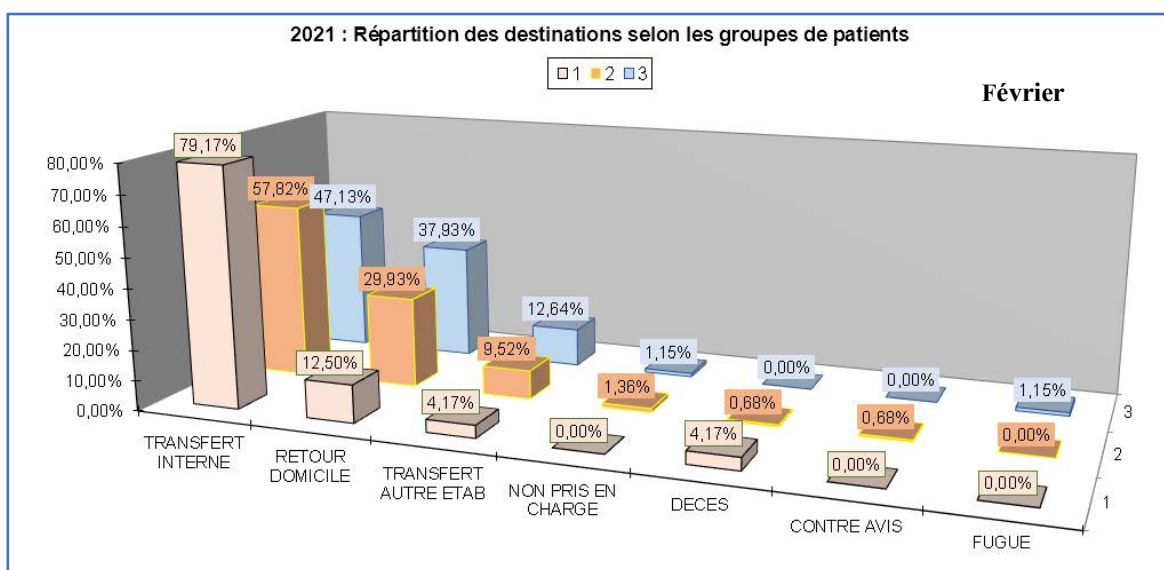


Figure 21 : Répartition des destinations selon les groupes de patients de février 2021

En 2021, ce sont 79,17% des patients du **groupe 1** qui sont ensuite hospitalisés au sein du CHU, pour 61,54% en 2020. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux périodes étudiées ($p=0,78$).

Parmi les patients nécessitant une réévaluation et une surveillance pour décider d'une orientation (**groupe 2**), la proportion d'hospitalisation en interne reste stable (56,52% en 2020 et 57,82% en 2021). Il n'existe pas de différence significative entre les deux périodes ($p=0,73$).

Le retour à domicile variant peu entre 2020 (35,51%) et 2021 (29,93%), il n'y a pas de différence significative ($p=0,67$).

A l'inverse en février 2021, ce sont seulement 47% des patients hébergés en attente d'hospitalisation (**groupe 3**) qui sont effectivement hospitalisés au CHU, contre 60,13% en 2020. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les deux périodes ($p=0,56$).

Le pourcentage de retour à domicile au sein du G3 varie peu, passant de 30,83% en 2020 à 37,93% en 2021, cette différence n'étant pas statistiquement significative ($p=0,52$).

Les transferts dans les autres établissements augmentent, passant de 5,26% à 12,64% en février 2021, et sans différence statistiquement significative entre les deux périodes ($p < 0,05$).

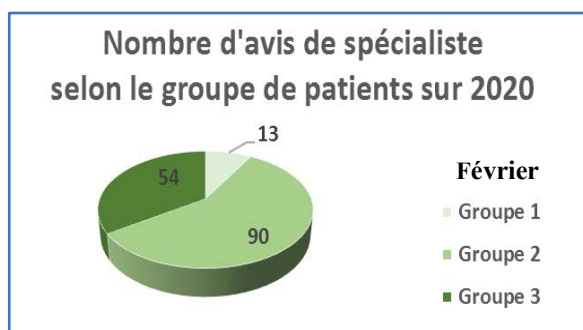


Figure 22 : Nbre d'avis de spécialiste selon le groupe de patients de février 2020

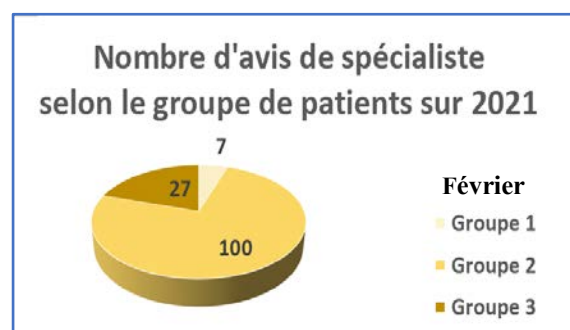


Figure 23 : Nbre d'avis de spécialiste selon le groupe de patients de février 2021

Tous les avis spécialisés ont été comptabilisés qu'ils soient donnés à distance par téléphone ou à l'UHCD (équipe mobile, avis chirurgical). Ces avis n'incluent pas un simple appel de l'urgentiste au spécialiste pour connaître les disponibilités de places dans le service. Pour février 2020 ou pour février 2021, le **groupe 2** est celui qui a nécessité, de loin, le plus d'avis concentrant 57,32% des demandes en 2020 et même 74,63% de celles de 2021.

Le deuxième groupe sollicitant le plus de demandes d'avis est celui des patients en hébergements (**groupe 3**).



Figure 25 : Nbre d'examens complémentaires par groupe pour les patients de février 2020

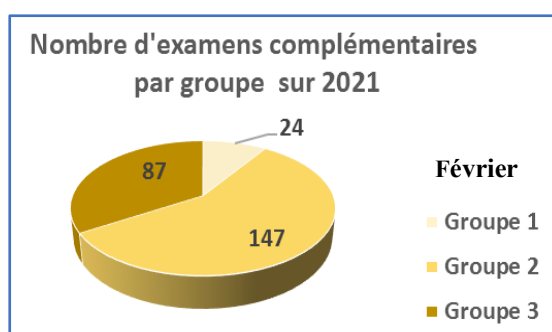


Figure 24 : Nbre d'examens complémentaires par groupe pour les patients de février 2021

Les examens complémentaires demandés par groupes ont pu être comptabilisés.

Le **groupe 1** a nécessité le moins d'avis et d'examens complémentaires soit 12,58% en 2020 puis 9,30% en 2021.

Le **groupe 2** a représenté 44,52% de ceux-ci en 2020 puis 33,72% en 2021.

Le **groupe 3** des hébergés passe en première position des groupes les plus demandeurs d'examens complémentaires en 2021 avec une progression de 42,9% à 56,98%.

Il n'existe pas de différence significative entre les deux années.

4.7 Le groupe 3 : détails sur la fonction d'hébergement

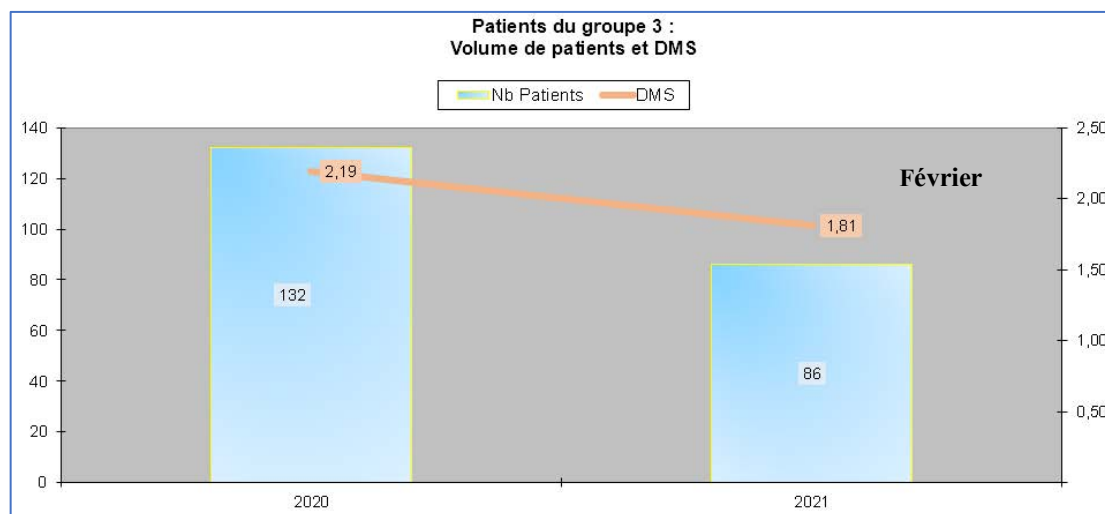


Figure 25 Patients du groupe 3 : Volume de patients et DMS en février 2020 et 2021

Au total, en 2021, la DMS marque une baisse de 17,35% et le volume de patients hébergés en UHCD diminue de 34,85%.

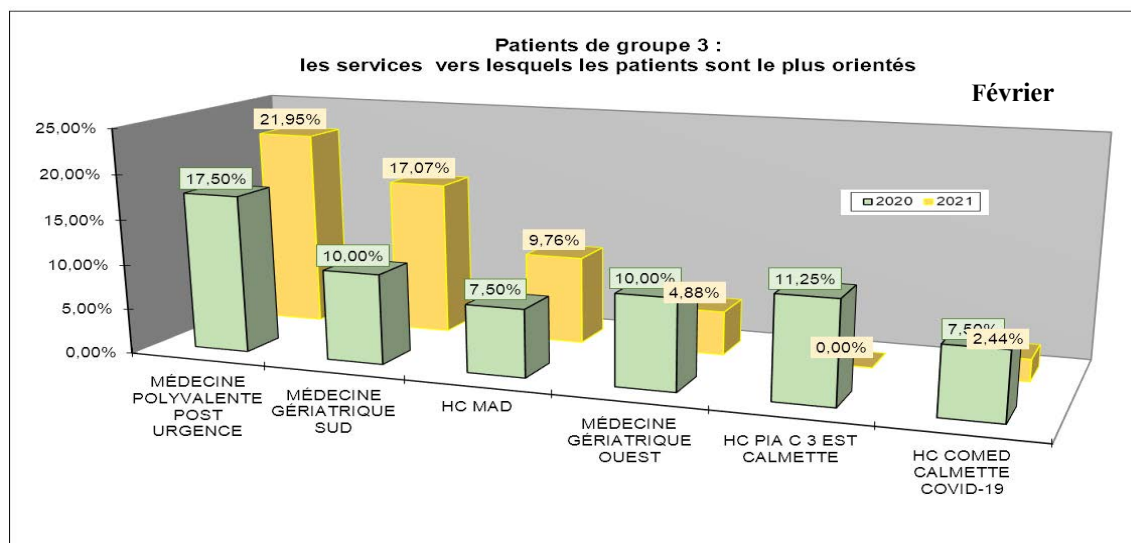


Figure 26 Patients de groupe 3 : les services vers lesquels les patients sont le plus orientés en février 2020 et 2021

Pour rappel, en 2021, ce sont 47% des patients hébergés qui sont hospitalisés au CHU. Les principales destinations entre 2020 et 2021 sont la médecine post-urgence (17,50% en 2020 et 21,95% en 2021), la médecine gériatrique (14,88% en 2020 puis 27,07% en 2021) et la gastro-entérologie (7,50% en 2020 et 9,76% en 2021).

En 2020, dans le contexte de la pandémie, les hospitalisations en service de pneumologie conventionnelle (HC PIA C3 EST CALMETTE) et en service d'unité Covid (HC COMED CALMETTE COVID-19) sont respectivement de 11,25% et 7,50%.

En 2021, les hébergements pour les services de pneumologie diminuent.

5 DISCUSSION

5.1 Répartition de la population et taux d'occupation du service

L'âge moyen de la population accueillie à l'UHCD du CHU de Lille étant plus élevé que la population générale des français (16), soit 66,5 ans sur les deux périodes, nous avons investigué le rôle joué par cette variable. Or, bien que l'âge soit un critère reconnu d'allongement du temps de passage aux urgences (17), il n'a pas d'influence sur la DMS des patients à l'UHCD du CHU de Lille dans notre étude.

En UHCD, l'hébergement sur les lits de chirurgie des patients relevant des soins médicaux est fréquent. On étend ainsi les capacités d'accueil du service UHCD médecine, aux dépends du secteur chirurgical.

En février 2020, l'hébergement sur les lits de chirurgie est important car les patients relevant de la médecine représentent 86,11% des patients hospitalisés sur tout le mois. Et le taux d'occupation des lits de médecine dépasse 100% sur les deux tiers du mois de février 2020.

En février 2021 cette tendance diminue : le taux d'occupation atteint moins souvent 100%. De plus, la répartition des patients entre lits de médecine et lits de chirurgie tend à s'équilibrer modestement vers les 60% de lits médicaux et 40% de lits chirurgicaux théoriques (figure 6) : pour atteindre 75% de patients de médecine.

Nous constatons donc qu'en février 2021 **le nombre de patients et le taux d'occupation diminuent par rapport à l'année 2020**. Il serait intéressant d'approfondir ce résultat et de rechercher si cette tendance persiste sur une période plus longue et ultérieure. L'année 2020 étant marquée par le début de la crise sanitaire due à la Covid19, il semble difficile d'affirmer une réelle amélioration du taux d'occupation de l'UHCD uniquement par comparaison avec cette période.

5.2 Amélioration de la durée moyenne de séjour

La Durée Moyenne de Séjour apparait dans la littérature et dans les recommandations de la SFMU comme le critère de qualité principal.

Dans l'étude réalisée sur le fonctionnement de l'UHCD de Verdun de 2004 à 2006, la DMS était inférieure à 24h mais elle augmentait progressivement au cours des 2 années. En 2006, 11% des patients étaient hospitalisés plus de 24h. Plus récemment, en 2013, au sein de l'UHCD de l'hôpital de Saint-Vincent à Lille, la DMS globale reste également inférieure à 24h (18). Cette étude s'est intéressée aux dysfonctionnements du service de l'UHCD de l'hôpital Saint-Vincent. Ainsi, il a été démontré que la DMS joue un rôle principal dans le non-respect des recommandations de la SFMU malgré une DMS globale inférieure à 24h. En 2018, pour illustrer l'attente prolongée des patients aux urgences, et ainsi l'allongement de la DMS globale, le Syndicat Samu-Urgences avait lancé le « No Bed Challenge ». Chaque matin, un Centre Hospitalier participant était ironiquement vainqueur s'il avait recensé le plus de patients ayant passé la nuit sur un brancard aux urgences.

Or, au terme de notre étude, il semble que la situation du CHU de Lille diffère de celle des sites étudiés jusqu'ici. A l'UHCD du CHU de Lille, au contraire, la DMS globale est plus préoccupante (largement supérieure à 24h) mais évolue de façon favorable : en 2021, elle passe en dessous des 2 jours d'hospitalisation et le nombre de patients hospitalisés moins de 24h augmente. Si la DMS reste malgré tout élevée, cela s'explique sûrement en partie du fait de la caractéristique de notre service : un service intégré au sein d'un CHU. Le CHU est soumis à toujours plus de tension sur les lits d'aval du fait du recrutement départemental et régional des patients, caractérisé par un nombre plus important de patients et aux pathologies potentiellement plus complexes relevant de soins très spécialisés. De plus, la période étudiée

est différente. La population française vieillissant, l'UHCD de Lille est confrontée à une population différente de celle de Verdun ou de Saint-Vincent.

Dans notre étude nous constatons que c'est effectivement l'orientation vers d'autres soins qui crée l'attente, car la DMS des patients orientés vers un retour à domicile reste stable, voire diminue légèrement. En février 2021, la DMS de tous les patients transférés a diminué. Ce sont les patients transférés vers d'autres établissements qui restent le plus longtemps en UHCD au CHU de Lille. Sur la même période, les transferts vers la médecine polyvalente et la médecine gériatrique ont augmenté.

Ainsi, dans notre étude, la mise en place de nouveaux critères a influencé positivement la DMS. On note une claire collaboration avec les services d'aval (comme la gériatrie et la médecine polyvalente) pour faire diminuer le séjour des patients. Cependant, les transferts vers d'autres établissements restent un frein au respect des recommandations.

L'objectif de DMS inférieure à 24h s'inscrit dans une recherche de qualité de soins globale au-delà de l'UHCD. Aussi, il serait intéressant d'étudier l'influence de la diminution de la DMS en UHCD sur la DMS globale du séjour du patient au sein du CHU de Lille.

L'objectif de DMS inférieure à 24h fait partie intégrante de la qualité de soins des patients au sein de l'UHCD. C'est un indicateur multifactoriel du fonctionnement d'un service. Comme le rappellent Jean de Kervasdoué, ancien directeur général des hôpitaux au sein du ministère de la Santé, et Elie Arié, cardiologue et ancien enseignant d'économie de la santé au CNAM, la valeur finale de la DMS est au carrefour entre les décisions purement médicales, l'environnement d'un service et les caractéristiques sociales des patients hospitalisés (19). Aussi, la DMS est soumise à la tarification à l'acte et donc la rémunération du service et du

CHU dans son ensemble. L'objectif d'une DMS inférieure à 24h représente donc un enjeu de soins et un enjeu financier. Or, on peut se demander si un séjour plus court en hospitalisation est toujours bénéfique pour le patient. Est-ce qu'une DMS fortement diminuée en UHCD permettrait de diminuer la mortalité des patients au cours de leur hospitalisation globale ? Est-ce qu'elle éviterait par exemple des retours trop précoces pour une nouvelle hospitalisation ? Par ailleurs, les études sur les patients gériatriques ont montré qu'ils ont besoin de soins prolongés (17). La DMS en UHCD pourrait alors atteindre une durée incompressible ; et la recherche de sa réduction pourrait entraîner un effet délétère pour les patients.

La DMS est un critère de qualité du soin. Il est multifactoriel et donc il convient de l'analyser au regard du profil d'hospitalisation dans son ensemble.

5.3 Absence de critère de gravité clinique des patients en UHCD

En UHCD, les patients doivent être stables à l'entrée dans le service. Aux urgences, la stabilité clinique des patients est évaluée au travers de scores (IGSA, qSOFA), de classification clinique à l'entrée (CCMU) et de l'orientation finale (soins intensifs, déchoquage médical, secteur conventionnel).

Or, selon une étude parue en 2013 au CHU d'Angers, 43% des patients hospitalisés en UHCD étaient mal orientés et relevaient d'une Unité de Surveillance Continue, et donc de soins intensifs (20). De même, en 2011, l'étude de R. Masmoudi et al. rapporte un nombre élevé de patients instables en UHCD (score IGSII élevé) qui seraient susceptibles de transfert en USC (21). Une des raisons, évoquée par les deux auteurs, serait le manque de lits d'aval disponibles en USC.

Dans notre étude sur l'UHCD de Lille, au contraire, la proportion de patients instables initialement est largement inférieure à la proportion retrouvée au cours de l'étude du CHU

d'Angers, et elle est très proche sur les deux années (9% en février 2020 et 12% en février 2021). De plus, sur les deux années étudiées, il n'a été relevé aucun geste d'urgence vitale et de monitoring invasif dans le service. Aussi, la proportion de patients hospitalisés transférés secondairement dans les services de soins intensifs est faible et elle reste stable comparativement pour les mois de février 2020 et février 2021. Enfin, la totalité des décès survenus en UHCD étaient attendus.

Selon une étude portant sur le tri IAO, réalisée en 2008, la classification CCMU pourrait apporter un éclairage objectif sur l'évolution de la gravité clinique des patients du SAU à UHCD (22). Malheureusement, la classification CCMU, réalisée à l'accueil des urgences, n'est pas répertoriée dans notre étude. Néanmoins, il semble que le tri pertinent des patients à l'accueil du SAU (tri IAO) puisse être attribué à l'environnement du service du SAU de Lille. En effet, l'unité d'accueil de déchoquage médicale (UADM) et les USC sont externes au SAU et ne sont pas sous la responsabilité du médecin urgentiste. Ainsi le recrutement des patients graves se fait en amont du SAU. Les nombreuses autres unités de soins intensifs du CHU de Lille (UADM, néphrologie, neurologie, gastro-entérologie) favorisent l'entrée directe d'un patient grave depuis le SAU, évitant le risque d'hébergement en UHCD.

Qui sont les patients jugés instables à l'UHCD du CHU de Lille ?

Dans notre étude, ce sont principalement des patients stables (IGSA < 8) au début d'hospitalisation qui sont ensuite orientés vers la réanimation. En UHCD, le risque d'aggravation secondaire est faible mais reste donc présent pendant l'hospitalisation. L'évaluation précoce des patients par le médecin de l'UHCD est donc primordiale. Elle est, d'ailleurs, inscrite dans la *Charte du patient hospitalisé en UHCD*.

Par ailleurs, le score IGSA utilisé au SAU présente des limites d'interprétation. Dans notre étude, au sein des patients jugés instables à l'arrivée (IGSA > 8) un cinquième des patients avaient plus de 75 ans. Or, l'âge est un critère majeur dans le calcul du score IGSA : à partir de 75 ans, il faut ajouter 4 points au score. Ainsi, le caractère gériatrique de notre population pourrait majorer le nombre de patients jugés instables à l'entrée au dépend des autres critères cliniques du score IGSA.

Au total, une faible proportion de patients hospitalisés en UHCD depuis le SAU présente des critères de gravité clinique. La principale limite ici semble être la non prise en compte de la fréquence respiratoire des patients dans le score IGSA. Elle ne figure pas dans les dossiers d'entrée au SAU ni à l'UHCD. En 2020, une revue des bonnes pratiques sur l'orientation des patients atteints des exacerbations de BPCO est réalisée au sein du SAU de Lille (23). Cette étude fait le même constat. La fréquence respiratoire est relevée pour seulement 33% des patients inclus dans l'étude, et ce pour des patients présentant effectivement une pathologie respiratoire. Pourtant, la fréquence respiratoire fait partie des critères cliniques de détresse respiratoire. Dans notre étude, on peut donc craindre une sous-estimation du nombre de patients graves par manque de données cliniques. Le relevé plus rigoureux de la fréquence respiratoire semble être un réel axe d'amélioration dans la prise en charge des patients, et notamment dans le contexte pandémique actuel causé par la Covid19 qui peut se compliquer d'une détresse respiratoire.

Bien que le score IGSA soit discutable, notre étude montre que les patients admis à l'UHCD de Lille sont stables et le restent sur février 2020 et février 2021. Cela est lié à un tri de qualité en amont des urgences avec plusieurs services de réanimation et de soins intensifs dans ce CHU. La réévaluation systématique de la gravité du patient au cours de l'hospitalisation

en UHCD reste primordiale pour adapter au mieux la prise en charge et le parcours de soin du patient.

5.4 L'activité de l'UHCD : les différents groupes de prise en charge

Les recommandations de la SFMU laissent une grande souplesse d'interprétation des objectifs de qualité de soin. Dans la littérature, on retrouve peu de travaux portant sur l'activité des UHCD et sur l'étude des profils d'hospitalisation en fonction des recommandations de la SFMU. Nous avons souhaité analyser l'activité de l'UHCD de Lille en différenciant les groupes de patients selon les recommandations de la SFMU.

5.4.1 Groupe 1 (G1)

Les patients relevant du G1 sont a priori de retour à leur domicile en 24h. Ce groupe intègre les patients stables nécessitant une courte surveillance. Il peut aussi intégrer les patients aux problématiques médico-sociales, avec la possibilité d'une prise en charge par l'assistante sociale du service.

Dans l'UHCD de Verdun, de 2004 à 2006, le G1 représente 33% des patients. C'est le deuxième groupe, après le G2, en volume de patients(11). À Saint-Vincent en 2013, cette tendance se confirme (18). Le G1 est également le deuxième en volume de patients, après le G2 toujours positionné en premier.

Dans notre étude, en février 2020 et en février 2021 le G1 comprend toujours le plus petit volume de patients soit 12,58% en 2020 et 9,30% des patients en 2021.

Entre 2020 et 2021, la DMS des patients hospitalisés en G1 ne diminue pas de façon significative. De plus, les patients du G1 ne nécessitent pas de prise en charge complexe au

regard du faible taux de demande d'avis spécialisés et d'examens complémentaires qui est stable sur les deux années. Ainsi, leur prise en charge en UHCD semble également être moins lourde que celle du G2 et G3. Cependant, la majorité des patients du groupe 1 poursuivent leur hospitalisation après l'UHCD (plus de 80% en février 2021).

Ainsi, le G1 ne semble pas totalement évoluer dans le sens des recommandations de la SFMU :

- La DMS n'est pas modifiée de façon significative, dépassant toujours 24h
- Les patients ne sont pas orientés vers le domicile mais transférés en interne.

Tout d'abord, une sous-évaluation de la nécessité d'hospitalisation de ces patients peut être en cause lors de leur admission en UHCD. Cela pourrait alors provenir d'erreurs de diagnostic ou encore d'une mauvaise évaluation du potentiel de dégradation de ces patients. Par ailleurs, si les patients sont stables et qu'ils ne nécessitent pas beaucoup d'examens complémentaires en UHCD, alors une problématique sociale pourrait ralentir le retour au domicile.

Le groupe 1, censé représenter les patients rentrant à domicile après une courte période d'observation, est le plus faiblement représenté dans cette étude. La DMS dans ce groupe est longue et les patients y sont probablement mal orientés car la majorité d'entre eux sont hospitalisés au lieu de rentrer à domicile.

5.4.2 Groupe 2 (G2)

Selon les recommandations de la SFMU, le G2 inclut les patients dont les données cliniques et paracliniques ne permettent pas de déterminer une orientation au SAU. Ils sont donc mis en observation à l'UHCD et réévalués pour une sortie dans les 24h.

Entre février 2020 et février 2021, le volume de patients inclus dans le G2 augmente tandis que l'objectif principal (DMS < 24h) diminue de façon significative, pour atteindre en février 2021 une DMS de 2 jours. Toutefois, en février 2021, les patients inclus dans le G2 sont encore les plus nombreux et sont ceux qui restent hospitalisés le plus longtemps.

Ces patients nécessitent le plus d'avis spécialisés et le plus d'examen complémentaires, sur les deux périodes confondues. La complexité des soins de ces patients peut être un facteur d'allongement de la DMS. Or, malgré la spécificité de leur prise en charge, des outils diagnostiques adaptés à l'activité des urgences existent. Une étude réalisée en 2016 à l'UHCD du CHU de Bordeaux a par exemple montré que le questionnaire Pallia-10 permettait le repérage précoce des patients en situation de soins palliatifs dès l'entrée aux urgences (24). Une étude réalisée en 2013 au Centre Hospitalier de Metz-Thionville montre que les patients gériatriques sont le plus souvent hospitalisés sur les périodes de garde (la nuit et jour férié) et fréquemment sans diagnostic précis (25). Ainsi, le renforcement de la collaboration entre spécialistes et la venue d'équipe dédiée, comme l'EMG ou l'équipe mobile de soins palliatifs, pourraient être des axes d'amélioration de la prise en charge de ces patients au UHCD du CHU de Lille.

Les orientations de patients ne varient pas entre 2020 et 2021. La majorité des patients sont hospitalisés (transferts internes ou autres établissements) et seulement un tiers des patients regagnent directement leur domicile. De plus, les avis les plus demandés correspondent aux spécialités vers lesquelles sont organisés les transferts internes les plus nombreux.

Au total en 2021, le G2 représente toujours un gros volume de patients aux séjours prolongés, aux soins complexes et qui sont majoritairement hospitalisés après l'UHCD. Comme les recommandations de la SFMU permettent une certaine souplesse dans le recrutement des

patients hospitalisés du G2, ce groupe représente un pool de patients très hétérogènes dont on ne connaît pas *a priori* le diagnostic ni l'orientation, qui bénéficient de nombreux examens complémentaires et d'avis de spécialistes. Le séjour en UHCD devient ici une hospitalisation équivalente à celle d'un service conventionnel. On peut donc penser qu'il pallie un manque de places d'aval au moment de la prise en charge au SAU : il représente alors surtout une zone d'hébergement, ou zone tampon, en attente d'une hospitalisation en service conventionnel.

5.4.3 Groupe 3 (G3)

Le G3 représente la fonction d'hébergement de l'UHCD. Selon les critères de 2021, le médecin spécialiste du service concerné doit donner son accord pour un hébergement.

Il reste le deuxième en volume de patients hospitalisés, derrière le G2, et représente un tiers des patients de l'UHCD (figure19). Entre 2020 et 2021, toutefois, la DMS du G3 diminue de façon significative (figure20).

Au sein du G3, **l'amélioration de la DMS est un critère majeur de la qualité des soins.** Les patients rejoignent leur service de spécialité plus rapidement. En 2020 comme en 2021, la multitude de spécialistes sollicités reflète l'activité polyvalente de l'UHCD et sa fonction d'hébergement pour un grand nombre de services d'aval. Avec le service de MPPU, l'équipe mobile de gériatrie est le principal interlocuteur pour les patients en hébergement en UHCD. Ce résultat est cohérent avec la démographie de la population et le volume de patients qui est transféré depuis l'hébergement jusqu'en gériatrie (figures 27 et 28).

Alors, une hospitalisation en G3 en UHCD apporte-t-elle une plus-value aux patients ?

On sait que les patients bénéficient de nombreux examens complémentaires en UHCD (figures 23 et 24) avant leur hospitalisation en service spécialisé. Or, la multiplicité des lieux

d'hospitalisation et des soins peut être une source de confusion pour les patients, en particulier gériatriques (26). Pourtant, une solution claire existe pour éviter l'effet « zone tampon » de l'UHCD : les hospitalisations programmées en service de médecine conventionnelle. Les patients au suivi chronique, souvent polypathologiques et âgés, ne transiteraient alors plus par les urgences et l'UHCD. Ce système de « contournement de l'accueil » est recommandé pour faire face à l'engorgement des SAU (27). De nombreuses études montrent aussi que les médecins de ville ne sont pas opposés à la réalisation d'admission directe. Une étude récente, réalisée au sein de l'hôpital généraliste de périphérie de Trévoux (Ain), montre que le principal frein est le manque de connaissance d'un interlocuteur direct en hospitalier(28).

À Lille en 2021, au contraire, la proportion de retours à domicile au sein du G3 augmente. Ainsi, on peut se demander si les patients hébergés en UHCD ont bénéficié d'un accord préalable avec un spécialiste. Et, le cas échéant, si les effectifs des services d'aval permettaient réellement un transfert. Dès lors, les patients ne pourraient pas bénéficier d'une hospitalisation en service spécialisé par manque de places disponibles. Ce phénomène au sein de l'UHCD nous rappelle l'importance d'accroître le nombre de lits disponibles à l'hôpital de façon générale. De fait, en orientant plus souvent les patients vers un retour à domicile, le G3 de l'UHCD perd sa fonction première. À long terme, cette tendance pourrait remettre en question l'existence d'un G3 en UHCD et donc la fonction d'hébergement de ce service.

5.5 Forces et limites de l'étude

5.5.1 Les points forts de l'étude

Notre étude inclut une population totale de 569 patients, ce qui a constitué une cohorte confortable pour l'étude des données cliniques et l'application des tests statistiques.

De plus, elle s'appuie sur des critères fiables et reconnus de qualité de prise en charge aux urgences : la gravité clinique évaluée par le score IGSA, la demande d'accord préalable pour le transfert en service spécialisé, l'évolution de la DMS comme critère principal de jugement de l'étude.

5.5.2 Les limites

En étudiant le mois février 2020, nous nous exposons à ce que les équipes aient une faible connaissance des nouveaux critères récemment édités. Une étude complémentaire pourrait analyser le niveau de diffusion de ces critères et leur connaissance par les équipes paramédicales et médicales. Ainsi, l'application en conditions réelles pourrait être évaluée.

Par son caractère rétrospectif épidémiologique, notre étude semble difficilement généralisable et exportable à d'autres centres hospitaliers. Elle consiste en un état des lieux qui pourrait être enrichi par une étude complémentaire comportant des analyses multivariées à la recherche de facteurs confondant de non-respect des recommandations de la SFMU.

Enfin, notre étude n'a pas inclus les patients relevant du Groupe 4 des recommandations de la SFMU. Or, l'étude du groupe 4 permet d'évaluer le temps d'attente sur un brancard au SAU et d'apprécier les pics de saturation du service. Ainsi, l'étude du groupe 4 pourrait apporter des indicateurs complémentaires sur la qualité des soins réalisés à l'UHCD et au SAU dans son ensemble. Le G4 est également un outil de revalorisation financière de l'activité des UHCD. L'analyse du profil des patients du G4 pourrait permettre de quantifier le coût financier exact des patients ne pouvant pas accéder à une place en UHCD.

5.6 Ouverture

Proche des 2 jours d'hospitalisation en moyenne, la DMS globale en UHCD au CHU de Lille reste éloignée des recommandations nationales de la SFMU. Dans un système de soin sous tension, l'allongement du temps d'hospitalisation des patients semble être le reflet d'un manque de moyens structurels hospitaliers. Pourtant, il existe des axes d'amélioration dans l'organisation des centres hospitaliers. Par exemple, une organisation de flux en amont de l'UHCD pourrait permettre à ce service de se désengorger et d'accéder à des critères de qualité de soin encore mieux remplis. La mise en place d'un gestionnaire de flux aux urgences et en aval est parfois une solution utilisée pour l'adaptation rapide des besoins. Dans les services conventionnels, la restauration du nombre de lits et l'ouverture de nouvelles places permettraient aux patients d'accéder à des soins spécialisés en temps voulu. Et enfin, les admissions directes et programmées en service conventionnel permettraient d'éviter le phénomène de « zone tampon » en UHCD.

En février 2021, le transfert des patients vers un service conventionnel reste la principale orientation après un séjour en UHCD. L'hébergement semble être la principale fonction de l'UHCD dans notre étude. Aussi, une large diffusion des recommandations de la SFMU et de la Charte du patients hospitalisés à l'UHCD pourrait permettre à ce service de se concentrer sur ses fonctions principales, et de limiter son activité d'hébergement.

6 CONCLUSION

Notre étude s'est intéressée à un service faisant partie intégrante du SAU du CHU de Lille : l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. Dans le parcours des admissions non programmées, ce service a le rôle d'intermédiaire entre la toute première prise en charge du patient aux urgences et les services de médecine conventionnelle. Au cours de ces vingt dernières années, face au flux croissant de patients entrant par les urgences et à la réduction constante du nombre de lits disponibles en aval, l'UHCD s'est trouvée au cœur du système de soin sous tension.

En 2021, une *Charte du patient hospitalisé en UHCD* est éditée au sein du CHU de Lille. Elle reprend des critères de qualité de soin des recommandations de la SFMU publiées en 2001, et les adapte à un fonctionnement local.

En février 2021, et comparativement au mois de février 2020, l'activité de l'UHCD de Lille se rapproche de ces deux objectifs principaux : le renouvellement complet du pool de patients toutes les 24h, et l'absence d'aggravation significative des patients en UHCD. Le nombre de patients diminuant, le taux d'occupation des lits d'UHCD est également allégé.

Au travers de l'étude des groupes de prise en charge des patients, il apparaît que leur activité initiale n'est pas respectée (retour à domicile précoce, réorientation < 24h) et que la fonction d'hébergement est prédominante en UHCD.

Les capacités d'accueil de l'UHCD restent dépassées au cours du mois de février 2021, et la DMS globale proche des 2jours d'hospitalisation. L'augmentation des moyens structurels du service, la connaissance claire et la diffusion de La Charte du patient hospitalisé en UHCD du CHU de Lille semblent être des axes d'amélioration accessibles.

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Journal Officiel - Décret no 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) - Légifrance. mai, 1995 p. 112.
2. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. Les établissements de santé : la médecine d'urgence. 2018.
3. Organisation de Coopération et de Développement Economique. Équipements de santé - Lits d'hôpitaux [Internet]. theOECD. [cité 24 juill 2021]. Disponible sur: <http://data.oecd.org/fr/healthqt/lits-d-hopitaux.htm>
4. Samu Urgences de France. No bed Challenge [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://nbc.samu-urgences-de-france.fr/default/index/a-propos>
5. Baugh CW, Venkatesh AK, Bohan JS. Emergency department observation units: A clinical and financial benefit for hospitals. Health Care Manage Rev. mars 2011;36(1):28-37.
6. Adolphe Steg. L'urgence à l'hôpital, Conseil Economique et Social. 1989.
7. Adolphe Steg. Rapport sur la médicalisation des urgences, Commission Nationale de Restructuration des Urgences. 1993.
8. Journal Officiel de la République Française. Circulaire DH.4B/D.G.S. 3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation. mai, 1991.
9. Gerbeaux et al. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. 2001.
10. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers. sept 2016; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/trouver-un-lit-apres-les-urgences-une-tache-plus-facile-pour-les>


11. Eric Duret. Évaluation de l'activité d'une UHCD selon les critères et recommandations de la SFMU : une photographie pertinente des difficultés de fonctionnement d'un centre hospitalier général [Internet]. EM-Consulte. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/164801/evaluation-de-lactivite-dune-uhcd-selon-les-criter>
12. Marie-Astrid Gailliard-Virgone. Nécessité de créer une unité d'hospitalisation de courte durée pour le service d'accueil et d'urgences du CHU de Grenoble: résultats d'une enquête descriptive et rétrospective [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2005.
13. Marie JAMMES. Impact de la mise en place d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée sur les hospitalisations conventionnelles dans un établissement de santé français [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2006.
14. Samu Urgences de France. Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD). 2011.
15. Rapport d'activité CHU de Lille 2019 [Internet]. calameo.com. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0060149315a8e3087ff5a>
16. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Âge moyen et âge médian de la population | Insee [Internet]. 2021 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
17. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>
18. Louis Dubois. Utilisation et dysfonctionnement d'une unité d'hospitalisation de courte durée. 2013.

19. Jean de Kervasdoué, Elie Arié. Peut-on juger la qualité d'un hôpital d'après ses résultats ? :14.
20. Boyeau-Desmarres C, Roy C, Roy P. Les patients admis en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée peuvent-ils relever de qualification en surveillance continue? Etude prospective sur 1000 patients. 2013; Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/communications/resume/resume_57.htm
21. Rafik Masmoudi. Evaluation de la gravité des patients admis en UHCD par le score IGS 2. 2021.
22. Pierre Taboulet et al. La classification infirmière des malades aux urgences (Cimu) et la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) sont-elles comparables ? JEUR. juin 2008;
23. Loan Malec. Revue des bonnes pratiques sur l'orientation des patients présentant une exacerbation de BPCO aux urgences de Lille. [Université de Lille]; 2020.
24. Pamini PANHAREN. Pallia-10, un outil de repérage des situations palliatives en UHCD: enquête préliminaire prospective pendant six semaines consécutives [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01421726/document>
25. Delmas G, Pierrard O, Weissenbach A, Zaioua S, Zemmouche Ph, Gillet P, et al. Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et personnes âgées de 80 ans et plus (80+). Journal Européen des Urgences. mars 2008;21:A149-50.
26. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. 2017.
27. Société Francophone de Médecine d'Urgence. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions [Internet]. SFMU; 2005 mai p. 34. Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf
28. Charlotte Cuny. Comment favoriser les admissions directes en service hospitalier de

proximité afin d'améliorer le lien ville-hôpital ? État des lieux et perspectives d'amélioration de l'organisation des admissions directes par les médecins généralistes à l'hôpital de Trévoux. 2021.

8 ANNEXES

8.1 Charte du patient hospitalisé à l'UHCD des Urgences Adultes de SALENGRO

 <p>Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille Pôle de l'Urgence UHCD</p>	<p>CHARTE</p> <p>Charte du patient hospitalisé à l'UHCD des Urgences Adultes de l'Hôpital Roger Salengro</p>	<p>PR/URG- UHCD/001</p>
		<p>Date 29/11/2017 Version 1</p>

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
<p>Nom : Dr Gosselin Fonction : Chef service UHCD Visa :</p>	<p>Nom : Dr Marc Fonction : Chef UF UHCD</p> <p>Nom : Dr Blondé Fonction : Chef UF UHCD péri- opératoire</p> <p>Nom : Dr Nzamusche Fonction : Chef du service de chirurgie d'urgence</p> <p>Nom : Dr Plénier Fonction : Chirurgie de l'urgence</p> <p>Nom : Mme Carpentier Fonction : Cadre de santé UHCD</p> <p>Nom : Dr Garrigue Fonction : Chef de Pôle adjoint</p> <p>Nom : Pr Wiel Fonction : Chef de pôle adjoint</p>	<p>Nom : Dr Goldstein Fonction : Chef de pôle</p> <p>Nom : Mme Carlier Fonction : Cadre Supérieure de santé –Cadre de Pôle Visa :</p>

Fonctionnement

L'hébergement des urgences (UHCD) est un service du pôle de l'urgence. Celui-ci comprend actuellement 24 lits dont 16 en chambre simple et 8 en chambre double.

La DMS cible ne doit pas excéder 48h.

Les entrées et sorties peuvent se faire à toute heure de la journée et de la nuit, tous les jours même en période de week-end ou de jour férié.

Le service est sous la responsabilité d'un médecin urgentiste (TSI en commande en journée, TSI **** en garde) et d'un cadre soignant pour les patients ayant une pathologie médicale, d'un médecin anesthésiste réanimateur (TSI *****) et d'un chirurgien(e) pour les patients ayant une pathologie chirurgicale ainsi que de deux IDE (TSI : ****).

Un patient ne peut être hospitalisé à l'UHCD sans leur accord préalable

Les prescriptions sont faites de manière quotidienne sur une feuille de prescription en version papier par le médecin responsable du dossier.

Evaluation quotidienne par l'équipe soignante avec transmission à l'équipe paramédicale à l'issue de la visite du matin.

Les Critères d'admission

- Patients de plus de 15 ans et 3 mois,
- Patients stables ne nécessitant pas une unité de surveillance continue,
- Patients admis initialement aux urgences et nécessitant une hospitalisation en urgence,
- Patients dont le retour à domicile est prévu dans les 24 à 48 heures après la prise en charge initiale aux urgences,
- Patients nécessitant une surveillance en hospitalisation de courte durée,
- Patients en attente de place dans un service conventionnel (identification du secteur d'aval et du médecin spécialiste référent du dossier et accord préalable nécessaire),
- Patients en attente d'une chirurgie urgente,
- Patients chirurgicaux dans l'expectative d'une chirurgie en urgence,
- Patients aux durées post-opératoires courtes (48 heures maximum).

Les Critères de sortie

- Si un patient présente des difficultés de retour au domicile liés à son contexte socio-économique ou à son autonomie, il faut solliciter l'aide de l'assistante sociale (TSI : 31467) afin d'instaurer des aides au domicile ou réaliser une demande de SSR. En cas de retour impossible, il conviendra de solliciter le directeur de garde pour trouver un lit d'aval pour le patient.
- Retour à domicile possible : équipe soignante et hôtesse prévenue, préparation du « pack de sortie ».
- Transfert vers un service d'aval possible : équipe soignante et hôtesse prévenue, organisation du transfert.
- Concernant les patients chirurgicaux, les transferts des patients vers Huriez se feront préférentiellement vers les services chirurgicaux affiliés au praticien ayant en charge le patient.
- Pour les patients non opérés et /ou ceux pris en charge par des chirurgiens non affiliés aux services viscéraux d'Huriez (Chirurgiens pédiatriques, Urologues...), les transferts se feront en fonction d'un calendrier préalablement établi répartissant équitablement les jours de réception

de ces patients en fonction des trois services chirurgicaux viscéraux de l'hôpital Huriez.

- Retour à domicile impossible et place non disponible vers le service d'aval : cadre de l'hébergement prévenu. Contact médical entre les deux services et transmission entre cadres.
- En cas de transfert impossible : proposition de « solutions » lors des réunions « hôpital plein » (outil de traçabilité à créer).
- Avant tout transfert ou retour au domicile, il conviendra de vérifier que le dossier médical soit complet et que la famille en soit informée.
- Avant tout transfert ou retour à domicile, les courriers de sorties sont rédigés par le médecin responsable du dossier médical selon les règles de l'institution.
- En ce qui concerne les retours à domicile ainsi que certains transferts, les médecins s'assureront d'un accueil sécurisé pour le patient et tout particulièrement en nuit profonde. Si cette sécurité de l'accueil n'est pas garantie, la sortie du patient sera reportée à la matinée suivante.
- Le cadre du secteur ou le cadre de garde doit être informé en cas de difficulté de transfert.
- Charte de l'hébergement des urgences à intégrer dans la charte du patient hospitalisé

Bibliographie

P.Gerbeaux, P.Bourrier, G.Chéron, V.Fourestié, M.Goralski, T.Jacquet-Francillon.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, Société Francophone de Médecine d'Urgence(SFMU). JEUR, 2001,14, 144-152 Masson, Paris, 2001.

8.2 Le score IGSA

IGSA : Indice de Gravité Simplifié Ambulatoire									
Points :	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Variables :									
Age (année)					≤ 45	45-55	56-69	66-75	>75
Pouls	≥180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	<40
Pression artérielle systolique (mmHg)	≥190		150-189		80-149		55-79		<55
Température	≥41	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30
Fréquence respiratoire Ou VM	>50	35-49		25-34	12-34	10-11	6-9	oui	<6
Glasgow Score					13-15	10-12	7-9	4-6	3
TOTAL des points =									

Figure 27 Variables liées à l'IGSA Indice de Gravité Simplifié Ambulatoire

8.3 Patients de plus de 75 ans

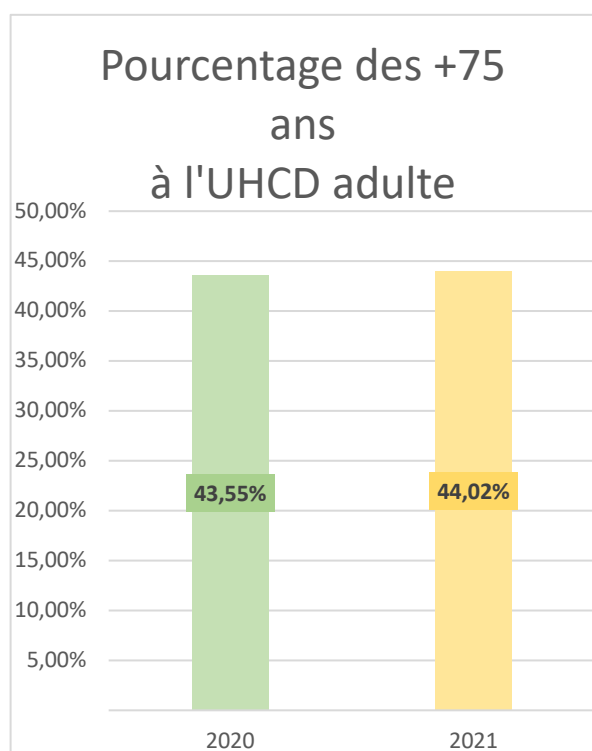


Figure 28 Pourcentage de patients de plus de 75 ans à l'UHCD

9 TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 Evolution mensuelle de l'activité UHCD de Médecine 2018 à 2020	17
Figure 2 Evolution de la DMS UHCD Médecine de 2018 à 2020	18
Figure 3 Evolution de la DMS UHCD Médecine de 2018 à 2020	18
Figure 4 : Répartition des patients de février 2020 et 2021 par sexe	24
Figure 5 : Taux d'occupation « sur une base de 15 lits » Médical ‘ ’ des patients entrés en février 2020 et 2021	25
Figure 6 : Répartition des patients entre Médical et Chirurgie en % (février 2020 et février 2021)	25
Figure 7 : Evolution de la DMS de février 2021 et février 2020	26
Figure 8 : Evolution de la DMS durant le mois de février, 2020 et 2021	26
Figure 9 : Volume de patients et DMS selon les tranches d'âge pour le mois de février, 2020 et 2021	27
Figure 10 : DMS selon la destination (février 2020 et 2021), tri par DMS décroissante sur février 2021	27
Figure 11: Répartition des IGSA sur février 2020 et 2021	28
Figure 12 : Pourcentage des IGSA ≥ 8 selon destination en février 2020 et 2021	28
Figure 13 Répartition du patient instables transférés en interne (février 2020 et 2021) .29	
Figure 14 Pourcentage des patients de plus de 75 ans ayant un IGSA ≥ 8	29
Figure 15 Répartition des patients selon la suite donnée au passage en UHCD (février 2020 et 2021)	30
Figure 16 : Transferts internes : Répartition des services destinataires en % de patients de février 2020 et 2021	31
Figure Transferts internes : DMS selon la répartition des patients de février 2020 et 2021	31
Figure 18 Répartition des avis de spécialiste les plus demandés en février 2020 et 2021 32	
Figure 19 Pourcentage de patients selon leur groupe de prise en charge en février 2020 et 2021	33
Figure 20 DMS selon le groupe de prise en charge, en février 2020 et 2021	34
Figure 21: Répartition des destinations selon les groupes de patients de février 2020	35
Figure 22 : Répartition des destinations selon les groupes de patients de février 2021 ... 35	
Figure 24 : Nbre d'avis de spécialiste selon le groupe de patients de février 2020	36
Figure 25 : Nbre d'avis de spécialiste selon le groupe de patients de février 2021	36
Figure 26 : Nbre d'examens complémentaires par groupe pour les patients de février 2021	37
Figure 27 Patients du groupe 3 : Volume de patients et DMS en février 2020 et 2021	37
Figure 28 Patients de groupe 3 : les services vers lesquels les patients sont le plus orientés en février 2020 et 2021	38
Figure 29 Variables liées à l'IGSA Indice de Gravité Simplifié Ambulatoire	60
Figure 30 Pourcentage de patients de plus de 75 ans à l'UHCD	60

AUTEURE : Nom : ARNOULET

Prénom : Lucie

Date de soutenance : 28 septembre 2021

**Titre de la thèse : État des lieux de l'activité de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée du
CHU de Lille : analyse comparative entre les mois de février 2020 et février 2021**

Thèse - Médecine - Lille « 2021 »

DES + spécialité : DES Médecine d'Urgence

Mots-clés : services d'urgence, UHCD, DMS, IGSA, recommandations SFMU 2001

Résumé :

Contexte : Afin de faire face aux flux de patients toujours croissants et aux contraintes matérielles dans les SAU, les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée ont été créées. En 2021, une *Charte du patient hospitalisé en UHCD* est éditée au CHU de Lille. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact de ces critères sur la DMS et la gravité des patients hospitalisés. Parallèlement, nous avons étudié le profil des hospitalisations en classant les patients selon les groupes de prise en charge édités par les recommandations de la SFMU.

Méthode: Réalisation d'une étude monocentrique rétrospective, observationnelle, épidémiologique et descriptive incluant l'ensemble des patients médicaux admis à l'UHCD du CHU de Lille au cours des mois de février 2020 et de février 2021.

Résultats : La DMS globale des patients diminue de façon significative, passant de 2,18 jours à 1,88 jour. Les patients initialement instables représentent 9% et 12% sans différence significative entre les deux années. Aucun geste d'urgence n'est réalisé au sein de l'UHCD et tous les décès sont attendus. En 2021, le taux d'occupation diminue et est supérieur à celui de l'année précédente seulement pendant 3 jours. Le (groupe 2) G2 représente le plus gros volume de patients sur les 2 années (56,98%), suivi du G3 (33,72%) et enfin G1 (9,30%). Les orientations sont stables en proportion sur les deux années. En 2021 les transferts internes représentent 56,37% des orientations, majoritairement vers la médecine post-urgence et les services de gériatrie. Les retours à domicile représentent 30,89% et les transferts vers d'autres établissements 10,04%.

Conclusion : En février 2021, la DMS globale diminue mais reste supérieure à l'objectif de 24h maximum. Donc le nombre de patients hospitalisés moins de 24h augmente. Les patients en UHCD ne sont pas instables et ne s'aggravent pas au cours de l'hospitalisation. Le retour à domicile ne peut pas être privilégié pour les patients, et ils sont toujours majoritairement transférés au sein du CHU après un séjour en UHCD. Ainsi, l'UHCD est principalement utilisée pour sa fonction d'hébergement et d'attente de lits d'aval. Un renforcement de la collaboration entre services, l'augmentation de moyens structurels des services, et la diffusion de la Charte pourraient permettre une amélioration de la prise en charge.

Composition du Jury :

Président : Pr Éric WIEL

Assesseur : Dr Pierre GOSSELIN

Directrice de thèse : Dr Amélie VROMANT