



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
Par

WECKER Anne Cécile
(31/01/1984)

le 6 octobre 2014

**CREATION D'UNE UNITE DE POST URGENCE
POLYVALENTE AU SEIN DU CHU DE NANCY EN 2012 :
EVALUATION DE LA PREMIERE ANNEE DE
FONCTIONNEMENT**

Examineurs de la thèse :

Mr BOLLAERT Pierre- Edouard	Professeur	Président
Mr RABAUD Christian	Professeur	Juge
Mr ALLA François	Professeur	Juge
Mme THILLY Nathalie	Docteur en pharmacie	Juge
Mme VALANCE Aude	Docteur en médecine	Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
• « Gestion DU – DIU »	Professeur Bruno LEHEUP
- Plan campus :	Professeur Laurent BRESLER
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Didier MAINARD
- Recherche :	Professeur Jacques HUBERT
- Relations Internationales :	Docteur Christophe NEMOS
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Professeure Annick BARBAUD
- Réingénierie professions paramédicales :	

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre

LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -

Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-

Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT -

Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ -

Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président,

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard Bollaert,

Professeur de Réanimation

Soyez assuré de notre gratitude pour avoir accepté de présider notre travail,
et de l'intérêt que vous lui avez porté.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et vos conseils.

Nous espérons être à la hauteur de la confiance que vous nous avez apportée.

A notre Maître et juge

Monsieur le Professeur Christian Rabaud,

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Nous avons été sensibles à l'honneur que vous nous accordez en jugeant ce travail.

Puissiez vous trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et juge

Monsieur le Professeur François Alla,

Professeur d'Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

Merci d'avoir accepté de juger notre travail et de vous être rendu disponible.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge

Madame le Docteur Nathalie Thilly,

Maître de Conférence des Universités

Praticien Hospitalier au Service Epidémiologie et Evaluation Cliniques

Responsable de l'Unité d'Evaluation

Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre implication, ainsi que d'avoir su partager votre expérience en dirigeant ce travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de mes sincères et respectueux remerciements

A notre Maître et juge,

Madame le Docteur Aude Valance,

Praticien Hospitalier à l'UPUP du CHU de Nancy

Docteur en médecine

Merci pour ton dynamisme et la confiance que tu as eu en moi. Je te suis reconnaissante pour ta disponibilité et tes qualités humaines qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

Sois assurée de ma reconnaissance pérenne et de ma profonde gratitude.

A mes maîtres, et confrères,

**Pierre-Frédérique, René, Françoise, Jean-Marc
et tous les associés de SOS Médecins**

Je vous remercie pour la confiance que vous me témoigniez en me confiant vos patients. A vos côtés j'apprends encore chaque jour.

Vos qualités humaines me rappellent à quel point notre métier est passionnant, imprévisible et très enrichissant.

J'espère être à la hauteur de vos enseignements, professionnels et humains.

A ma famille,

A mon père,

Ne désespère plus, ça y est j'ai passé ma thèse !

Je te remercie pour toutes les valeurs d'honnêteté, de partage et de droiture que tu m'as transmises.

Tu m'as appris le plaisir et la fierté du travail et je t'en remercie.

A ma sœur,

On s'est beaucoup chamaillée mais toujours réconciliée. J'admire ta capacité à gérer vie personnelle et professionnelle, et souhaiterai y arriver avec autant de bonne humeur que toi.

A ma mère,

Je ne peux qu'imaginer que tu aurais été fière de mon parcours et de la femme que je suis devenue. Je regrette de n'avoir pu apprendre à te connaître. Tu m'as transmis l'amour et le respect de l'autre qui m'ont permis de grandir.

A mes grands-parents,

Vous avez toujours été présents pour moi. Merci de m'avoir soutenue dans les moments difficiles.

A Pauline et Matthieu,

Mes rayons de soleil, j'ai hâte de vous voir grandir.

A tout le reste de la famille, oncles, tantes, cousins et cousines,

Merci d'être une famille aussi soudée, dans les bons comme dans les mauvais moments.

A mes amis,

A Ivana, Alice, Thomas et Jean-Romain,

Mes indéfectibles. Merci pour votre présence au quotidien, pour vos conseils pas toujours des plus pertinents et surtout merci pour toutes ces vacances, ces fou-rires, ces idées saugrenues qui égayaient ma vie. Vous êtes mon petit grain de folie. Surtout ne changez rien !

A Clémentine, Amélie et Clarisse,

On a fait les quatre cents coups ensemble que de bons souvenirs ! Comment oublier les party zone, les pow-wow, la mousse au chocolat, les soirées interminables à refaire le monde, mais aussi les après-midi à la BM...

A Lucile et Sophie,

Mes co-internes et bien plus maintenant. On a appris à aimer les Spritz ensemble.

A Céline,

Que dire, on a traversé tellement d'épreuves ensemble. Merci de m'avoir toujours acceptée telle que je suis, sans jugement, même après avoir gravi 5416 mètres ensemble.

A Marion, Anne et Sébastien,

Les nouveaux venus pour qui le mot impossible n'existe pas. Merci de repousser les limites de l'entendement.

A Aurel, Julie et Mathieu,

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des Matières

REMERCIEMENTS.....	9
SERMENT 15	
LISTE DES ABREVIATIONS.....	19
INTRODUCTION	21
PARTIE 1 : LA SATURATION DES SERVICES D'URGENCES.....	22
I LES CAUSES.....	23
I.1 L'amont.....	23
I.2 L'Aval.....	26
II LES CONSEQUENCES.....	28
III IMPORTANCE DE LA MEDECINE POLYVALENTE.....	29
IV DES SOLUTIONS A ENVISAGER.....	30
IV.1 La création d'une commission de l'admission et des soins non programmés	31
IV.2 Le plan «hôpital en tension»	31
IV.3 La mise en place de consultations spécialisées non programmées	32
IV.4 La structuration des pôles comprenant le service d'accueil des urgences et l'aval des urgences	32
IV.5 L'incitation financière	32
IV.6 La création de lits polyvalents dans l'établissement	33
IV.7 Le dispositif de «Bed Management» ou de gestion des lits.....	33
IV.8 L'amélioration de l'accès au plateau technique	34
IV.9 La fluidification de l'aval du MCO.....	34
IV.10 L'articulation territoriale de l'aval des urgences	35
V LES ERREURS A NE PAS COMMETTRE	35
PARTIE 2 : L'EXPERIENCE NANCEIENNE.....	36
I LE PARCOURS DE SOINS AVANT LA CREATION DE L'UPUP	36
II LES SOLUTIONS PROPOSEES PAR LE RAPPORT CARLI EXISTANTES AU CHU	37
II.1 La commission de l'admission et des soins non programmés	37
II.2 Le dispositif « Hôpital en tension ».....	37
II.3 La mise en place de consultations spécialisées non programmées	37
II.4 La structuration des pôles comprenant le service d'accueil des urgences et l'aval des urgences	38
II.5 L'incitation financière	38
II.6 La création de lits polyvalents dans l'établissement	38
II.7 Le dispositif de «Bed Management» ou de gestion des lits.....	38
II.8 L'amélioration de l'accès au plateau technique	39
II.9 La fluidification de l'aval du MCO.....	39
II.10 L'articulation territoriale de l'aval des urgences	39
III L'UPUP.....	39
III.1 Création et définition.....	39
III.2 L'organisation.....	40
III.3 Le positionnement de l'UPUP dans l'offre d'hospitalisation.....	40
III.4 Les critères d'admission.....	42
III.5 Les critères d'exclusion	42
III.6 Organisation des entrées et des sorties.....	43
PARTIE 3 : MATERIEL ET METHODES.....	45
I OBJECTIF N°1 : EVALUATION DE L'IMPACT DE L'UPUP SUR LE SERVICE D'URGENCE	45
II OBJECTIF N°2 : PROFIL DES PATIENTS ORIENTES VERS L'UPUP	46
III OBJECTIF N°3 : ADMISSION DES PATIENTS ET DMS.....	47

IV	OBJECTIF N°4 : DEVENIR DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP	47
V	OBJECTIF N°5 : SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP	48
PARTIE 4 : RESULTATS		52
I	EVALUATION DE L'IMPACT DE L'UPUP SUR LE SERVICE D'URGENCE	52
I.1	Indicateur n°1: Proportion de séjours de patients en groupe 4.....	52
I.2	Indicateur n°2 : DMS en UHCD (hors groupe 4).....	52
I.3	Indicateur n°2 bis : Taux d'occupation des lits en UHCD et en PUOG	53
I.4	Indicateur n°3 : Taux d'hébergement dans les différents services de soins	53
II	PROFIL DES PATIENTS ORIENTES VERS L'UPUP.....	54
II.1	Les indicateurs	54
II.2	Revue de pertinence des hospitalisations en UPUP :.....	56
III	ADMISSION DES PATIENTS ET DMS	59
III.1	Indicateur n°5 : Jours et heures d'accueil des patients.....	59
III.2	Indicateur n°6 : Taux d'occupation des lits d'UPUP.....	59
III.3	Indicateur n°7 : DMS en UPUP.....	59
IV	DEVENIR DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP	60
IV.1	Indicateur n°8 : Orientation des patients	60
IV.2	Indicateur n°9 : Proportion de réhospitalisation pour le même motif au CHU de Nancy dans les 30 jours suivant la sortie de l'UPUP.....	60
IV.3	Indicateur n°10 et n°11 : Respectivement DMS dans les services de spécialité des patients provenant du SAU et DMS dans les services de spécialité des patients provenant de l'UPUP	61
V	SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP	61
V.1	Caractéristiques socio-démographiques des répondants.....	62
V.2	Informations générales sur le séjour hospitalier	62
V.3	Satisfaction des patients	62
PARTIE 5 : DISCUSSION		75
I	LES BIAIS ET LES LIMITES DE L'ETUDE	75
I.1	Le taux d'hébergements.....	75
I.2	La revue de pertinence	75
I.3	L'orientation.....	75
I.4	L'enquête de satisfaction	76
II	EVALUATION DE L'IMPACT DE L'UPUP SUR LE SERVICE D'URGENCE.....	76
III	PROFIL DES PATIENTS ORIENTES VERS L'UPUP.....	77
III.1	Age et sexe ratio.....	77
III.2	Polypathologie.....	77
III.3	Catégories MajeurEs de Diagnostic	78
III.4	La revue de pertinence	78
IV	ADMISSION DES PATIENTS ET DMS	80
IV.1	Accueil et taux d'occupation en UPUP.....	80
IV.2	DMS en UPUP	80
V	DEVENIR DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP	82
V.1	Orientation	82
V.2	Réhospitalisation	82
V.3	Comparaison entre les parcours : « SAU – service de spécialité » et « SAU – UPUP – service de spécialité ».....	82

VI	SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP	83
VI.1	<i>L'enquête</i>	83
VI.2	<i>Satisfaction en UPUP</i>	83
VI.3	<i>Comparaison avec l'ensemble du CHU</i>	84
VI.4	<i>Comparaison avec l'enquête nationale de satisfaction</i>	85
VII	LES PERSPECTIVES	87
VII.1	<i>La filière gériatrique</i>	87
VII.2	<i>La filière chirurgicale</i>	87
VII.3	<i>Les parcours de soins aberrants</i>	87
	CONCLUSION	89
	BIBLIOGRAPHIE	90
	ANNEXES	93
I	ANNEXE 1 : DISPOSITIF HÔPITAL EN TENSION (SATURATION SAU)	93
II	ANNEXE 2 : NOTE DE SERVICE : HOSPITALISATION DES PATIENTS SUITE À UN PASSAGE AU SERVICE DES URGENCES (DHU1405-NDS-0026).....	100
III	ANNEXE 3 : REVUE DE PERTINENCE	106
IV	ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION	107

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CACNOP	Commission des Admissions et des Consultations Non programmées
CCMU	Classification Clinique des Maladies des Urgences
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMD	Catégorie Majeur de Diagnostic
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNUH	Conseil National de l'Urgence Hospitalière
DAP	Direction d'Appui à la Performance
DES	Diplôme d'Etude Spécialisée
DESC	Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DQU	Direction de la Qualité et des Usagers
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSPH	Mesure à Distance de la Satisfaction des Patients Hospitalisés
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMLG	Equipe Mobile de Liaison Gériatrique
ES	Etablissements de Santé
HAD	Hospitalisation A Domicile

HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PAO	Plateforme d'Accueil et d'Orientation
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoire
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PUOG	Post-Urgence à Orientation Gériatrique
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SCA	Syndrome Coronarien Aigu
SOC	Secteur d'Orientation Courte
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UAUP	Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UGED	Unité Gériatrique à Entrée Directe
UHCD	Unité de Courte Durée d'Hospitalisation
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UMPPU	Unité de Médecine Polyvalente Post Urgence
UPUP	Unité de Post-Urgence Polyvalente
URM	Urgences, Réanimation Médicale
USCM	Unité de Soins Continus Médicaux

INTRODUCTION

Les situations de saturation des services d'urgences sont devenues bien trop fréquentes. Les causes en sont multiples et relèvent bien souvent d'un problème organisationnel du système de santé. Elles sont liées à l'amont des urgences, avec notamment les problèmes d'organisation de la permanence des soins ambulatoire, la venue aux urgences de patients légers dont l'expertise relève de la médecine générale libérale. En aval, le manque de lits et les difficultés rencontrées, par les urgentistes, à trouver des lits d'hospitalisation adéquats pour leurs patients, constituent également des causes importantes d'engorgement des urgences, de perte de chance pour les patients et une situation chronophage pour les urgentistes.

La ministre des affaires sociales et de la santé a confié au Professeur Carli une mission visant à aider les Agences Régionales de Santé (ARS) dans le diagnostic précis de la situation des différents services d'urgence afin d'identifier les causes de tension et les moyens d'y remédier.

Une des solutions évoquées par le Professeur Carli dans son rapport est la création d'unité de médecine polyvalente dédiée aux urgences. Depuis une dizaine d'années, les centres hospitaliers universitaires de Lille, Dijon, Clermont-Ferrand entre autres se sont dotés de services de post-urgences qui semblent être une expérience positive.

Au CHU de Nancy, la réflexion sur la fluidité du parcours de soins des patients en provenant des urgences a abouti à la création, en décembre 2012, d'une Unité de Post-Urgence Polyvalente (UPUP). Il nous est apparu intéressant de réaliser un bilan d'activité à un an de l'ouverture pour évaluer l'impact de l'UPUP sur le Service d'Accueil des Urgences (SAU), le profil et le devenir des patients orientés vers l'UPUP, le fonctionnement propre du service ainsi que la satisfaction des patients.

PARTIE 1 : LA SATURATION DES SERVICES D'URGENCES

Historiquement, les urgences étaient la principale porte d'entrée de l'hôpital, rendant quasi-obligatoire le passage par celles-ci pour accéder à un service de spécialité.

La médecine et surtout sa pratique ont évolué. Les progrès médicaux, techniques et le développement des spécialités médicales ont permis une très large augmentation des admissions directes dans les services¹. Actuellement, ces entrées sont privilégiées par les spécialistes réduisant le nombre de places disponibles pour les urgences. En effet, les patients, ayant initialement transité par le SAU, ne représentent plus que 40% des malades séjournant dans les services hospitaliers².

Parallèlement, le nombre de passage dans les SAU a largement augmenté durant ces dix dernières années, passant de 13,6 millions en 2001 à 18,5 millions en 2011 avec un pourcentage fixe d'hospitalisation d'environ 22,5% (Tableau 1). Ainsi, il existe un véritable problème de disponibilité de lits avec un nombre croissant d'hospitalisations via les urgences et une diminution du nombre de lits disponibles pour ces patients³.

Cette inadéquation entre l'offre et la demande entraine une situation bien trop fréquente de saturation des urgences.

TABEAU 4 ● Données relatives à l'activité des urgences issues des fichiers PMSI transmis par les établissements

	2009	2010	2011
Nombre d'établissements	578	587	584
Publics	416	419	414
Privés à but non lucratif	35	35	35
Privés à but lucratif	127	133	135
Nombre de passages aux urgences	16 064 851	16 780 220	18 031 004
dont avec hospitalisation au décours, en %	22,6	22,3	22,2
Distance médiane entre le domicile et le lieu de prise en charge, en km	7,3	7,4	7,4
Passages avec informations de chaînage sans erreur détectée, en %	90,5	90,5	91,3
Nombre de patients	10 425 092	10 836 110	11 578 305
dont avec plus d'un passage dans l'année, en %	24,7	25,0	25,9
Délai médian entre deux passages dans l'année, en jours	40	40	40

Note • La distance est déterminée à partir des codes géographiques du PMSI et selon une méthode « à vol d'oiseau ».

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI MCO 2008-2011, traitement DREES.

Tableau 1: Activité des urgences en France entre 2009 et 2011 (le panorama des établissements de santé 2013)

I LES CAUSES

Les causes de surcharge des urgences sont multiples et pas toujours facilement identifiables mais l'on peut tout de même distinguer les problèmes liés à l'amont avec une augmentation croissante du nombre de passages aux SAU et ceux liés à l'aval avec la disponibilité de lits.

I.1 L'AMONT

De multiples causes expliquent ce recours grandissant aux urgences : augmentation de la longévité des habitants, la technicisation de la médecine, la modification de la répartition des médecins, les attentes accrues de la population en termes de résultats et de prise en charge.

I.1.a La permanence des soins ambulatoire en médecine générale

L'objectif de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) est d'apporter une réponse adaptée aux patients qui ont besoin d'un médecin généraliste aux heures de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé, en dehors de la médecine d'urgence.

Suite aux mouvements de grève des gardes de 2002, à la démographie médicale, aux revendications du corps médical relative aux conditions de travail, l'organisation de la PDSA a été réformée. Son objectif principal est de désengorger les SAU, mais ce nouveau dispositif connaît des difficultés d'application. La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) du 21 juillet 2009 ainsi que le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010⁴ définissent le cadre réglementaire de la PDSA. Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont la responsabilité d'établir un cahier des charges régional qui définit les modalités d'exécution de la PDSA (horaires, secteurs, rémunération...). Ce cahier des charges doit être approuvé par les représentants des acteurs concernés.

La PDSA s'organise actuellement sur la base du volontariat des médecins libéraux à participer à cette «mission de service public». L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le service d'aide médicale urgente (SAMU), ou par des centres d'appel interconnectés avec le SAMU, en fonction des heures et des départements.

La sectorisation des territoires de garde a été redéfinie avec une nette diminution des secteurs. Ainsi seuls 1764 territoires de PDSA persistent en 2013 contre 1910 en 2012 et la PDSA a entièrement disparu au-delà de minuit dans 22 départements⁵. En Lorraine, un

nouveau cahier des charges est entré en vigueur le 1^{er} février 2014. La nouvelle organisation n'apporte de changement que pour les gardes de médecine générale de nuit, entre minuit et huit heures, et uniquement du lundi au vendredi. En nuit profonde, en cas de besoin attesté par le médecin régulateur, les patients seront réorientés vers les SAU sauf dans les zones situées à plus de trente minutes d'un SAU où une réponse de médecine générale est conservée en proximité⁶.

Malgré d'incontestables avancées dans l'organisation de ce dispositif, on constate un désengagement partiel de la médecine libérale qui tend à désorganiser le système.

On observe un lien entre l'organisation de la PDSA et l'activité des urgences dans deux cas de figures: une relation négative lorsque la PDSA semble désorganisée et une relation positive lorsque les deux secteurs mettent en place une organisation conjointe pouvant infléchir la courbe de passages aux urgences⁷.

1.1.b La régulation

La régulation pré-hospitalière permet de coordonner les soins et les flux de patients en pré-hospitalier. Actuellement, Deux type de régulation coexistent : la régulation SAMU conduite par les urgentistes et la régulation libérale entrant dans le cadre de la permanence des soins. Ces deux systèmes interagissent et sont très souvent localisés dans les mêmes locaux.

1.1.1.b.1 La régulation SAMU

C'est le centre d'appel 15 qui fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Son rôle est de répondre aux appels et d'orienter au mieux les patients selon leur gravité, leur pathologie, leur localisation.... Une régulation médicale est indispensable pour l'organisation pré-hospitalière. Il existe de plus en plus de filières de soins spécialisées permettant de shunter le passage par les urgences. Ainsi les filières accidents vasculaires cérébraux (AVC) et syndrome coronarien aigu (SCA) se sont multipliées permettant non seulement une meilleure prise en charge des patients mais également une diminution des admissions aux SAU.

La régulation permet également d'orienter le flux des ambulances vers d'autres structures d'urgences en cas de saturation diminuant ainsi le flux d'admission mais ce système a ses limites.

1.1.1.b.2 La régulation libérale

Elle a largement été développée depuis 2005. Elle est composée de médecins généralistes libéraux qui, durant les horaires de PDSA, répondent, conseillent et orientent les patients. Le numéro d'appel est différent de la régulation SAMU et les régulateurs ne prennent pas en charge les urgences vitales. Cette régulation est en lien direct avec le médecin effecteur et la régulation SAMU. Son rôle principal est d'organiser la médecine de ville sur les horaires de PDSA et d'éviter les consultations aux urgences pour les patients légers en délivrant un conseil téléphonique ou en les orientant vers le médecin de garde, les maisons médicales de garde.

1.1.c La prise en charge des patients légers

La gravité de l'état des patients est habituellement évaluée, par les urgentistes, à l'aide d'une échelle croissante de 1 à 5 dite classification clinique des malades des urgences (CCMU). L'enquête nationale sur les urgences réalisée en 2002 auprès d'un échantillon de patients de 150 services de France métropolitaine a montré que près de trois quart des patients (74%) ont été classés en CCMU 2 (état clinique jugé stable, décision d'actes complémentaires techniques à visée diagnostique ou thérapeutique au SAU). Les autres se répartissent, essentiellement, entre des personnes dont l'état clinique ne nécessite pas le recours à un acte complémentaire (14% des passages relevant de la CCMU 1) et des malades dont l'état est susceptible de s'aggraver au service d'urgences, sans mise en jeu du pronostic vital (11% des passages relevant de la CCMU 3). Les deux dernières classes, qui correspondent à un pronostic vital d'emblée menacé, sont rares (2% des passages sont classés en CCMU 4 et 0,4% ont nécessité des manœuvres de réanimation correspondant à la CCMU 5)⁸.

Ces patients classés CCMU 1 pourraient être en cause dans la saturation des urgences or, l'étude de Schull a clairement démontré que la prise en charge de ces patients légers n'impacte pas sur la durée d'attente globale et qu'une réorientation de ces patients hors des SAU ne règlera ni les problèmes de délai d'attente ni la suractivité des SAU⁹.

Le contrôle de l'amont en tentant d'empêcher la venue aux urgences des patients «qui n'en auraient pas besoin» est un lieu commun dont l'effet, en pratique, serait de toute façon limité. Les efforts réalisés sur la limitation des flux des patients se rendant aux urgences ont leur importance, ils sont complémentaires de la réflexion sur l'aval mais ils ne sont pas le levier principal permettant le désengorgement des urgences.

I.2 L'AVAL

I.2.a Les urgences : une activité non programmée mais prévisible

L'activité des urgences est, par définition, non programmée mais il a été montré qu'elle était, par contre, prévisible. En effet d'année en année, le flux de patients a tendance à se reproduire, comme nous le montre l'étude menée par le docteur Wagron¹⁰. A l'aide de modèles mathématiques, cette étude a estimé jour par jour l'activité de quatre SAU de la région parisienne, sur la période de janvier 2004 à décembre 2005 et comparé ces résultats aux données réelles recueillies sur la même période. La Figure 1 conclut que les variabilités du modèle sont nettement inférieures aux données réelles, mais que les admissions calculées suivent la même tendance que les données réelles.

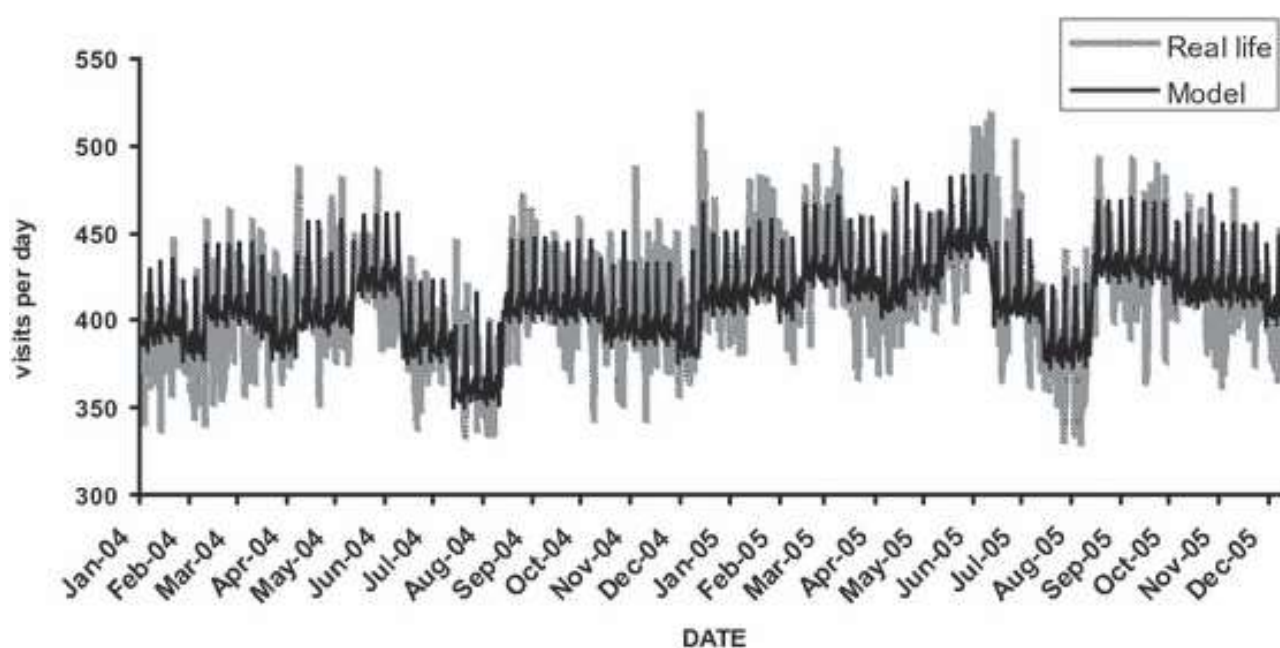


Figure 1: Comparaison entre les admissions modélisées et réelles dans 4 SAU de la région parisienne sur la période 2004/2005 selon l'étude de Wagron. From model to forecasting : a multicenter study in emergency departments.

Ce type de modélisation pourrait permettre d'anticiper l'activité des SAU et donc, de prévoir en conséquence les moyens nécessaires en aval et éviter la saturation des urgences.

I.2.b Évolution de l'offre hospitalière selon la DREES ¹¹

Entre 2001 et 2009, la capacité d'accueil des établissements de santé de France a diminué de 0,5%. Les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ont particulièrement été impactées par cette diminution du nombre de lit d'hospitalisation

complète, avec 15 000 lits en moins sur la période, soit -4,1% sur 8 ans. Le recul de l'hospitalisation complète résulte, à la fois, d'une volonté de suppression des lits excédentaires et de l'évolution structurelle des formes de prise en charge. En effet, l'hospitalisation partielle ou ambulatoire et l'hospitalisation à domicile (HAD) se sont très largement développées ces dernières années avec 13 000 lits supplémentaires soit une hausse d'activité de 27,1% en 8 ans. Ces solutions alternatives à l'hospitalisation complète sont principalement secondaires au développement de la chirurgie ambulatoire. A terme, elles ne pourront pas suppléer l'hospitalisation complète, qui reste indispensable pour la prise en charge des patients notamment en médecine.

Cette baisse de lit en MCO est en contradiction avec le vieillissement de la population qui n'a pas été anticipé. En effet, les personnes âgées sont beaucoup plus pourvoyeuses d'hospitalisations, d'examen complémentaires et posent le problème du retour à domicile et des admissions en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Durant cette dernière décennie, un véritable effort de création de lits de SSR a été observé. Entre 2001 et 2009, la capacité d'accueil en SSR a augmenté de 11 700 lits soit +12,3% en 8 ans. Or, l'activité de SSR est également en progression et suit la tendance des capacités avec une augmentation du nombre de séjours enregistrés à +53,5%. Cette augmentation reste néanmoins insuffisante. De plus, les SSR sont mal répartis sur territoire et ne correspondent pas obligatoirement aux besoins de la population locale. Par exemple, au niveau de l'agglomération nancéenne, il manque cruellement de lits de SSR alors qu'à Vittel, un SSR spécialisé en neurologie a été créé mais est jugé trop éloigné par la population nancéenne. Cette désorganisation entraîne des délais d'attente d'admission prolongés. Le manque de lit de SSR embolise les services d'hospitalisation ne permettant pas une fluidité du parcours de soins des patients.

1.2.c L'interrelation entre les services d'aval et les SAU

La première relation à évoquer entre les urgences et les services d'aval est bien sûr la disponibilité de lits et la possibilité d'hospitaliser le patient des urgences dans le service. Mais cette relation est à double sens et la gestion des services d'aval influe sur les urgences et notamment sur leurs engorgements, comme nous le montre la figure 2. En effet, plusieurs travaux ont montré qu'un hôpital plein entraîne une saturation des urgences. Ainsi une étude observationnelle a démontré que le taux d'occupation des services était directement en corrélation avec le temps d'attente aux urgences¹².

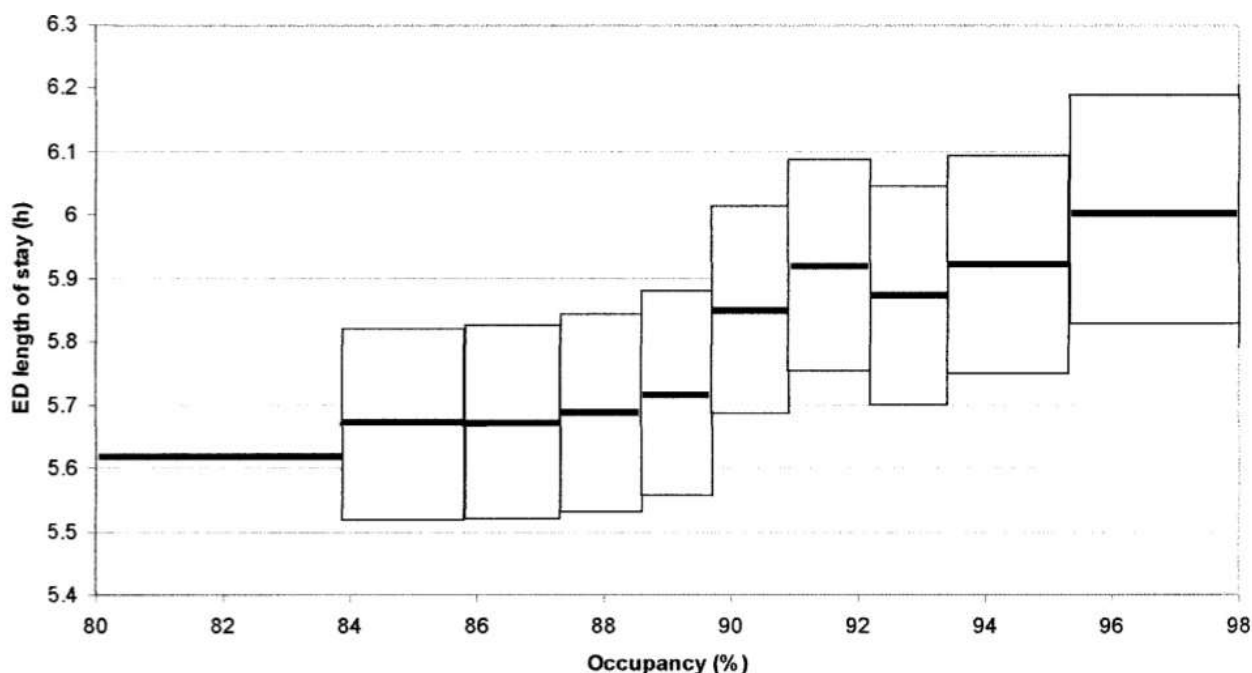


Figure 2: Relation entre le taux d'occupation de l'hôpital et le temps d'attente aux urgences issu de l'étude de Forster, The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition

Une autre étude a également montré que l'augmentation du temps d'attente aux urgences était proportionnel au rapport nombre de patients hospitalisés / nombre de sorties¹³.

II LES CONSEQUENCES

L'augmentation des temps d'attente et de prise en charge des patients est la principale conséquence de cette saturation des urgences, donnant aux urgences une mauvaise image dans la population. Les patients ne retiennent que l'attente qu'ils jugent interminable et ne voient souvent même pas le travail réalisé par les équipes médicales et paramédicales. Mais, bien plus grave qu'un problème de communication ou de méconnaissance par le grand public du travail des SAU, de nombreuses études ont montré une corrélation directe entre la surcharge des SAU et l'augmentation de la morbidité^{14,15}. Lorsque l'hôpital est lui-même saturé, la mortalité augmente également, indépendamment de l'âge et de la gravité des patients^{16,17}. La saturation des SAU expose également à un risque accru d'erreurs médicales (figure 3) et d'un retard à la prise en charge¹⁵.

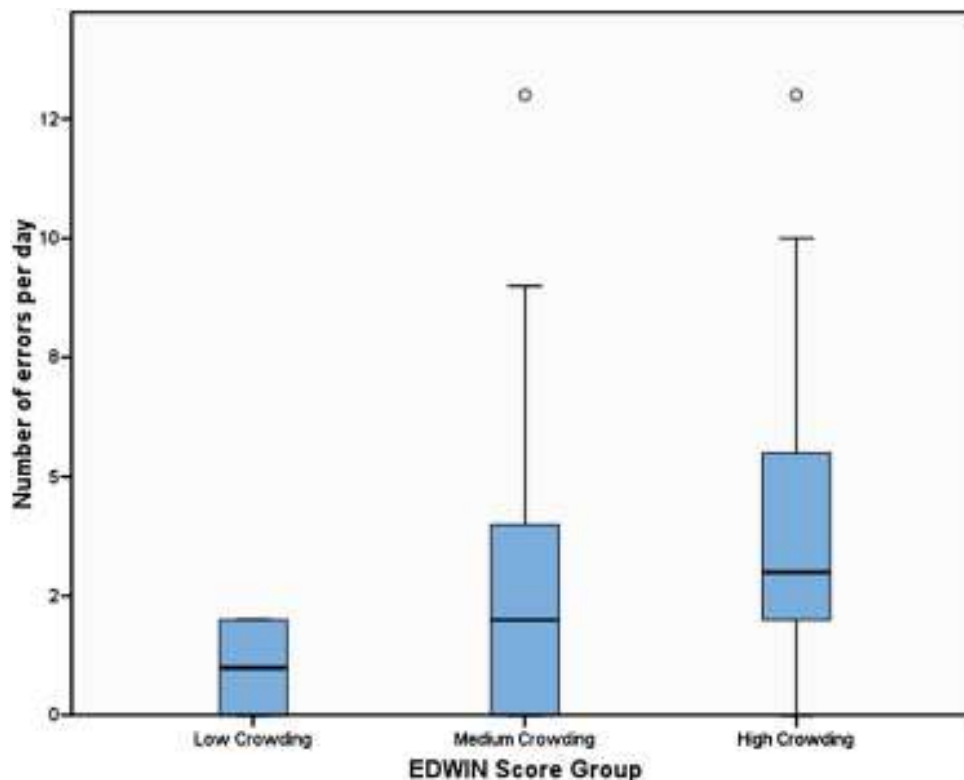


Figure 3: Relation entre le taux de saturation des urgences et la survenue d'erreurs médicales issu de l'étude de Kulstad : ED overcrowding is associated with a increased frequency of medication errors

Ces études mettent le doigt sur l'importance d'une fluidité des urgences et de leurs avals.

III IMPORTANCE DE LA MEDECINE POLYVALENTE

Il n'est pas aisé de définir la médecine polyvalente, qui ne correspond à aucune définition réglementaire, ni à une compétence médicale précise. Il n'existe pas de Diplôme d'Etudes de Spécialités (DES) ou de Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC) de médecine polyvalente. Les médecins, exerçant dans de tel service, n'ont pas de qualification ordinaire spécifique à ce jour. Dans la grande majorité, ils sont titulaires du concours de praticien hospitalier, soit en médecine générale, soit dans une spécialité médicale. La qualification des médecins ne donne finalement que peu d'indications pour définir la médecine polyvalente. Il peut être plus pertinent, pour appuyer cette définition, de s'intéresser au recrutement de patients et aux pathologies fréquemment rencontrées.

Il est possible de donner une définition «en creux» de la médecine polyvalente : correspond à la médecine polyvalente les patients dont la pathologie ne relève pas d'une spécialité ou ne nécessite pas l'intervention d'un spécialiste. Trois cas de figure principaux se rencontrent de façon récurrente : il peut s'agir de patients souffrant de symptômes d'origine indéterminée ne pouvant pas être orientés d'emblée vers un service de spécialité d'organe (exemples: malaise, céphalée). Il peut également être question de patients présentant une polypathologie, en particulier chez les personnes âgées. Enfin, sont concernés des patients présentant des problèmes psychologiques, addictifs ou sociaux qui ne peuvent être pas (ou plus) assumés par l'entourage, le médecin traitant ou les structures d'accueil.

Dans une enquête prospective réalisée au CHU de Nantes sur une cohorte de 1300 patients consécutifs admis à l'Accueil adulte non traumatique (à l'exclusion des patients de psychiatrie et de gynéco-obstétrique), plus de la moitié des patients hospitalisés relèvent d'une prise en charge non spécialisée (UHCD, Médecine Polyvalente ou Médecine Interne)¹⁸.

Actuellement, dans les grands Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), la tendance est à la sur spécialisation des services qui ne correspond pas à la prise en charge d'une population vieillissante qui demande une approche plus globale¹. Une étude chinoise a mis en exergue que le temps d'attente, pour un lit d'hospitalisation des patients en provenance de la salle de déchocage, est prolongé pour les patients âgés de plus de 65 ans, les entrées de nuit et les patients relevant de la médecine polyvalente, de la neurologie et de la neurochirurgie. Ils expliquent ce temps d'attente principalement par un manque de lit et une difficulté à hospitaliser les patients dans des services ne relevant pas du diagnostic principal¹⁹.

En France, depuis une dizaine d'années des services à vocation polyvalente, ayant des entrées uniquement en provenance du SAU et acceptant le «tout venant» se développent pour prendre en charge ces patients polypathologiques.

IV DES SOLUTIONS A ENVISAGER

Dès son arrivée au ministère de la santé et des affaires sociales, Mme Marisol Touraine a exprimé ses préoccupations sur la question de l'accès aux soins urgents en France et sur celle de la saturation des services d'urgence. En juin 2013, la ministre a confié une mission au Dr Pierre Carli, président au Conseil National de l'Urgence Hospitalière

(CNUH), afin de formuler des recommandations de bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation en provenance des services d'urgence. Certaines propositions sont novatrices comme le « bed manager » tandis que d'autres s'appuient sur des structures déjà existantes sous d'autres appellations.

Le rapport Carli²⁰ a permis d'élaborer des outils permettant une meilleure fluidité de l'aval des urgences et préconise la mise en place de plusieurs mesures.

IV.1 LA CREATION D'UNE COMMISSION DE L'ADMISSION ET DES SOINS NON PROGRAMMES

Cette commission a pour objectif de mettre en œuvre des mesures permettant d'anticiper les situations de saturation de l'hôpital et de gérer les situations de crise. Elle a été créée par la circulaire du 16 avril 2003^{1,21}. Elle est composée du Directeur de l'Etablissement, du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), des chefs de pôles et de services concernés par l'aval des urgences, des responsables du plateau technique.

Cette commission statue sur toute l'activité non programmée et édicte des règles claires, partagées par tous les protagonistes, concernant l'admission des patients dans les services en aval des urgences et éventuellement les modalités de soins des patients hébergés dans des services d'une spécialité différente de celle dont ils relèvent primitivement. Elle veille également à la bonne application de ces règles. In fine, cela doit permettre de limiter les déprogrammations de patients pour cause de manque de lits. Elle peut également demander au directeur de déclencher le plan «Hôpital plein » ou « Hôpital en tension» si la saturation de l'hôpital est complète.

IV.2 LE PLAN «HOPITAL EN TENSION»

Ce plan est la réponse à la saturation de l'établissement de soins mais c'est une arme lourde réservée à la gestion de situation grave et exceptionnelle, qui doit rester dissuasive. A ce titre, tout doit être fait pour ne pas avoir à l'utiliser mais son élaboration doit être rendue obligatoire. Il permet d'imposer aux services cliniques des mesures coercitives sur l'admission des patients. Ce plan consiste en une cellule de veille quotidienne qui analyse les indicateurs d'activité disponible, confirme les signes de tension et alerte le directeur d'établissement qui réunit une cellule de crise restreinte.

Cette cellule de crise restreinte confirme les informations, vérifie la situation sur le territoire de santé, prend connaissance de l'activité programmée, vérifie la disponibilité effective en lits, incite à organiser des sorties anticipées, communique la situation dans l'établissement et informe les autorités. Si la situation se prolonge, le directeur d'établissement réunit l'ensemble de la cellule de crise pour permettre l'ajout de lits supplémentaires, le pilotage de la déprogrammation, la gestion des moyens matériels et humains supplémentaires et la communication de la situation auprès des médecins libéraux pour contrôler l'adressage aux urgences²². Lorsque ce plan est déclenché, la déprogrammation reste souvent le seul moyen d'obtenir des lits.

IV.3 LA MISE EN PLACE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES NON PROGRAMMEES

Cette proposition entre dans le cadre du développement des parcours de soins. Il permet d'éviter les urgences et de permettre notamment aux médecins généralistes d'adresser directement leurs patients, leur permettant d'accéder à une consultation spécialisée voire à une hospitalisation à court terme sans passage par le SAU. Ce dispositif porte à la fois sur l'amont et sur l'aval.

IV.4 LA STRUCTURATION DES POLES COMPRENANT LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES ET L'AVAL DES URGENCES

Il est parfois utile que le SAU soit intégré dans le même pôle que les principaux services impliqués dans l'aval des urgences. Cette organisation permet la fluidification de l'aval des urgences en créant des lits à affectation variable en fonction des besoins. Elle permet également aux personnels médicaux et paramédicaux d'acquérir une expérience de l'ensemble du parcours de soins des patients. L'intégration dans le pôle d'un service de médecine polyvalente d'urgence est fréquente¹. Ce type de structure permet une prise en charge de qualité des patients polypathologiques par des équipes de médecins internistes et d'autres spécialités en relation directe avec le service d'urgence.

IV.5 L'INCITATION FINANCIERE

Il peut être intéressant de valoriser en termes financiers l'aval des urgences par rapport à d'autres parcours de soins pour inciter les pôles à développer cette activité. Cette mesure nécessiterait une modification des règles de tarification mais pourrait s'inscrire dans le projet de financement de la Santé basé sur les parcours de soins. En pratique, une

valorisation indirecte peut être introduite en favorisant la dotation en personnels médical et paramédical au sein des pôles des services qui inscrivent l'aval des urgences dans leur contrat d'activité.

IV.6 LA CREATION DE LITS POLYVALENTS DANS L'ETABLISSEMENT

Les situations de tension aux urgences restent prévisibles : c'est le cas des épidémies saisonnières. Cette mesure permettrait l'ouverture de lits polyvalents pour s'adapter à ces variations saisonnières. Elle peut faire partie d'un plan de prévention des situations de tension notamment lorsqu'il y a des épidémies hivernales reproductibles. Ce dispositif fonctionne déjà très bien en pédiatrie notamment pour les épidémies de bronchiolite. Par contre, cette unité spécifique doit être indépendante de la structure des urgences mais peut faire partie du même pôle.

IV.7 LE DISPOSITIF DE «BED MANAGEMENT» OU DE GESTION DES LITS

L'objectif du «Bed Management» est l'optimisation de la disponibilité des lits dans tout l'établissement pour les activités programmées comme pour les activités non programmées des structures d'urgences ou des patients adressés par des médecins correspondants pour une hospitalisation rapide. Il comporte aussi l'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire et de l'ensemble du plateau technique et tout particulièrement l'imagerie.

Le dispositif de gestion doit être indépendant du SAU et localisé dans un endroit différent. Il doit être en relation avec les urgences mais aussi avec l'ensemble des acteurs de l'activité programmée. Cette indépendance est nécessaire pour que le dispositif soit à l'usage de l'ensemble de la communauté médicale. Il est composé d'une cellule de gestion des lits qui monitorise les lits disponibles, anticipe les entrées et les sorties et s'adapte très rapidement aux évolutions. Les «Bed Manager» ont une autorité déléguée par la CME et la Direction et ont des correspondants dans tous les pôles qui fournissent quotidiennement des informations opérationnelles sur les besoins et les disponibilités en lits. La cellule coordonne l'ensemble des admissions.

Le «Bed Management» entre dans le cadre d'une amélioration du parcours de soins du patient. Dès l'admission du patient, le parcours de soins est fléché dans l'établissement et permet de prévoir son entrée mais aussi son mode de sortie et sa durée moyenne de séjour (DMS). La réduction de la DMS est un objectif primordial qui s'accompagne d'une réflexion sur la réalisation des examens complémentaires, l'accès au plateau technique et la

réalisation des traitements en cours d'hospitalisation. De plus les sorties doivent être anticipées avec une optimisation des horaires de sortie qui s'effectueraient le matin. Enfin la dimension sociale du séjour doit être intégrée dès l'entrée dans l'établissement en anticipant le devenir du patient notamment pour les personnes âgées devenues dépendantes.

Le rapport Carli préconise, pour la mise en place de ce dispositif, la création d'un guide de la gestion des lits permettant de rassembler en une seule source les informations existantes. Cela permettrait une meilleure adhésion des professionnels de santé et d'obtenir plus facilement un consensus local propre à l'établissement. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) propose un dispositif d'accompagnement pour la mise en place de ce type de dispositif.

IV.8 L'AMELIORATION DE L'ACCES AU PLATEAU TECHNIQUE

Le plateau technique comporte la biologie, le bloc opératoire et l'imagerie. L'activité des services et la durée moyenne de séjour sont fortement impactées par la possibilité et la rapidité de réalisation des examens complémentaires notamment de l'imagerie. Le dimensionnement et l'organisation des plateaux techniques des établissements assurant l'accueil des urgences doivent être optimisés pour faire face aux besoins du service d'urgence et de son aval, mais aussi à ceux des patients hospitalisés et des patients externes. L'architecture des services (imagerie et blocs opératoires) et l'utilisation d'outils informatiques performants, sont des facteurs de cette optimisation de même que la juste prescription des examens complémentaires.

IV.9 LA FLUIDIFICATION DE L'AVAL DU MCO

Cette mesure consiste à inciter les services d'urgences, les services d'aval du pôle et de l'hôpital à développer des filières hors MCO notamment dans le domaine de la gériatrie et de la psychiatrie. Ainsi, les possibilités d'hospitalisation en SSR, en HAD ou en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) doivent être anticipées et protocolisées.

Pour la gériatrie, des systèmes sont déjà en place avec la création de filières rapides vers la gériatrie aiguë. L'intégration de gériatres dans les services d'urgences et leur aval direct favorise l'admission rapide en dehors des MCO et l'anticipation de besoin en SSR.

Les patients psychiatriques peuvent bénéficier, après une évaluation clinique de courte durée au SAU, d'un parcours de soins fléché vers les structures spécialisées.

IV.10 L'ARTICULATION TERRITORIALE DE L'AVAL DES URGENCES

L'organisation au niveau du territoire de parcours fléchés permettant d'hospitaliser des patients dans des hôpitaux MCO publics ou privés différents de celui de la structure d'urgence doit être envisagée notamment dans le cadre de filières spécialisées.

V LES ERREURS A NE PAS COMMETTRE

Le Docteur Carli met également en exergue certaines erreurs qu'il est important de souligner :

- persister à croire que la saturation du SAU n'est liée qu'à un dysfonctionnement de ce service et que la résolution du problème ne dépend que de cette structure;
- confier la recherche et la gestion des lits d'aval des urgences au service d'urgence ou à une structure qui lui serait exclusivement rattachée;
- mettre au premier plan une démarche coercitive pour l'hôpital, au bénéfice des seuls patients provenant du SAU, ce qui attiserait un conflit entre les urgences et le reste de l'établissement;
- limiter la stratégie d'amélioration de l'aval des urgences au «Bed Manager».

PARTIE 2 : L'EXPERIENCE NANCEIENNE

I LE PARCOURS DE SOINS AVANT LA CREATION DE L'UPUP

Lorsqu'un patient est admis au SAU du CHU de Nancy et qu'il relève d'une hospitalisation, c'est à l'urgentiste de «trouver un lit» au patient. De ce fait, les médecins des urgences passent beaucoup de temps au téléphone pour trouver un lit d'aval^{1,23}. Plusieurs possibilités s'offrent à eux :

- Tout d'abord, le diagnostic est clairement établi par l'urgentiste et relève d'une spécialité d'organe bien définie. Le patient sera prioritairement orienté vers le service dont l'expertise est requise pour la prise en charge de la pathologie spécifique : service de médecine traditionnelle.
 - o S'il n'y a pas de lit disponible, l'urgentiste peut alors décider soit d'hospitaliser le patient à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) mais il faut que le service spécialisé puisse accepter le patient dans les trente-six heures,
 - o soit de faire un «hébergement» dans un autre service,
 - o soit si aucune de ces autres possibilités n'est accessible le patient est, à ce moment-là, «hospitalisé» en groupe 4 au sein même du SAU. L'hospitalisation en groupe 4 est une entité administrative. Administrativement les patients sont hospitalisés en UHCD mais physiquement ils restent au SAU.

Ces solutions alternatives sont bien trop fréquentes. Elles sont, comme nous l'avons déjà démontré, délétères pour le patient mais également très chronophages pour l'urgentiste.
- Si le diagnostic n'est pas établi aux urgences, il est d'autant plus difficile pour l'urgentiste de trouver un lit adapté pour son patient. L'orientation se fait, dans ce cas-là, plus volontiers en fonction des places disponibles plutôt d'en fonction des besoins du patient.

Enfin, l'évolution des services de spécialité vers des sur-spécialisations exclut complètement les patients polypathologiques qui nécessitent une prise en charge globale.

II LES SOLUTIONS PROPOSEES PAR LE RAPPORT CARLI EXISTANTES AU CHU

II.1 LA COMMISSION DE L'ADMISSION ET DES SOINS NON PROGRAMMES

Cette commission a été créée au CHU de Nancy en 2004. Au fil du temps, elle a pris différentes appellations, mais son redémarrage, sous le terme de commission de l'admission et des soins non programmés, a été acté le 24/02/2014. Elle est composée d'un représentant de la CME, d'un représentant du SAU, de plusieurs directeurs d'activités de soins, de cadres infirmiers et de médecins représentant de chaque pôle.

II.2 LE DISPOSITIF « HOPITAL EN TENSION »

Ce plan a été révisé en mars 2013. Il concerne l'organisation à mettre en place, en fonction d'un constat collectif de saturation jugée durable du SAU, les moyens exceptionnels à effet immédiat ou différé, et qui seront susceptibles de réduire, voire de supprimer la difficulté rencontrée. Il décrit l'activation du dispositif « hôpital en tension », la constitution de la cellule de veille, l'activation de la cellule de crise et les modalités de gestion des lits dédiés au dispositif « hôpital en tension ». (Annexe 1)

II.3 LA MISE EN PLACE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES NON PROGRAMMEES

Au CHU de Nancy, un recensement des activités de consultations spécialisées non programmées est en cours par un groupe de travail de la Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées (CACNOP). Le rapport Carli propose d'étendre ce concept aux hospitalisations à court terme non programmées demandées par le médecin traitant directement aux services de soins sans passage par le SAU. Dans ce cadre, depuis juin 2014, une Unité Gériatrique à Entrée Directe (UGED) a été créée en remplacement de la Post Urgence à Orientation Gériatrique (PUOG). Cette unité, composée de 15 lits, permet des entrées directes des patients venant du domicile ou une EHPAD et présentant une pathologie gériatrique aiguë. Le médecin généraliste peut donc adresser directement ses patients à UGED sans passer par le SAU.

II.4 LA STRUCTURATION DES POLES COMPRENANT LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES ET L'AVANT DES URGENCES

Au CHU de Nancy, le service d'accueil des urgences est compris dans le pôle URM qui comprend également les services de réanimation médicale, l'Unité de Soins Continus Médicaux (USCM), l'UHCD, l'UPUP, l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI), le centre anti-poison, la médecine légale et l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA).

II.5 L'INCITATION FINANCIERE

Cette solution n'est pas du ressort du CHU de Nancy mais d'une politique nationale de revalorisation du parcours de soins des patients.

II.6 LA CREATION DE LITS POLYVALENTS DANS L'ETABLISSEMENT

La note de service DHU1405-NDS-0026, datant de mars 2013, relate les modalités d'hospitalisation des patients en provenance du SAU. Elle prévoit l'ouverture de lits supplémentaires dans les services de spécialité selon certains critères : cette ouverture doit rester exceptionnelle et se faire dans un secteur d'hospitalisation complète, sur la période hivernale de novembre à mars. Cette procédure ne s'applique que pour des patients en provenance du SAU, dont la prise en charge relève d'un service de spécialité dont aucun lit n'est disponible. Enfin, le contexte général de « crise » par manque de lit sur l'ensemble du CHU doit être pris en compte.

Cette ouverture se fait sur demande du médecin sénior des urgences après validation par le directeur général ou son représentant, le directeur du pôle URM et le médecin du service de spécialité concerné.

Cette procédure permet de pallier, temporairement, en situation de tension par manque de lit, au déclenchement du plan « hôpital en tension ». (Cf. Annexe 2 : NOTE DE SERVICE : HOSPITALISATION des patients suite à un passage au Service des Urgences (DHU1405-NDS-0026))

II.7 LE DISPOSITIF DE «BED MANAGEMENT» OU DE GESTION DES LITS

Le dispositif de « Bed Management » est en cours de discussion mais aucune décision n'a été arrêtée pour le moment.

II.8 L'AMELIORATION DE L'ACCES AU PLATEAU TECHNIQUE

Au sein de l'UPUP des conventions ont été signées avec les services d'imagerie et de spécialités. En effet, lorsqu'un examen d'imagerie est demandé, le service d'imagerie s'engage à le réaliser dans les 48 heures. De même, lorsqu'un patient retourne à domicile et qu'une consultation spécialisée a été demandée, les différents spécialistes s'engagent à revoir le patient dans les 8 jours.

II.9 LA FLUIDIFICATION DE L'AVAL DU MCO

Des filières spécialisées sont déjà en place au sein du CHU. Notamment, en psychiatrie l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP) prend en charge les patients après examen somatique au SAU. En traumatologie, pour les traumatismes légers nécessitant un contrôle à distance, des plages de consultation sont disponibles auprès des services de chirurgie orthopédique. Enfin l'Equipe Mobile de Liaison Gériatrique (EMLG) peut également décider d'une hospitalisation à distance à l'UGED des patients gériatriques.

II.10 L'ARTICULATION TERRITORIALE DE L'AVAL DES URGENCES

Comme pour l'incitation financière, ce point n'est pas du ressort du CHU mais plutôt de l'ARS de Lorraine qui a pour mission l'organisation territoriale des structures de soins.

III L'UPUP

III.1 CREATION ET DEFINITION

L'UPUP est une Unité de Post-Urgence Polyvalente. Sa création résulte d'une réflexion sur l'organisation de l'aval des urgences. En effet, le CHU de Nancy est confronté de manière récurrente, et ce particulièrement en période hivernale, à un manque de lits de médecine polyvalente en aval des urgences et à une difficulté d'hospitalisation des patients dans la spécialité requise par manque de lit disponible. La conséquence de ce constat est double. Il en résulte une augmentation du délai de séjour des patients aux urgences dans l'attente d'une hospitalisation en spécialité et une augmentation des orientations non appropriées avec, comme conséquence, une perte de chances pour ces patients.

Par le biais du rapport Carli, le ministère de la santé préconise la création de structure à vocation polyvalente. De plus, depuis une dizaine d'années, des unités similaires ont été créées au sein d'autres CHU en France. La revue de la littérature semble indiquer que la création de telles structures permet une fluidification du parcours de soins.

Au CHU de Nancy, l'expérience a débuté en 2010 avec la création de la PUOG qui accueille des patients âgés dont la prise en charge relève de la gériatrie. L'UPUP vient compléter cette offre d'hospitalisation à vocation polyvalente.

III.2 L'ORGANISATION

L'UPUP, ouverte le 3 décembre 2012, est constituée de 24 lits (16 chambres seules et 4 doubles) localisés sur l'hôpital Central, au 2ème étage du pavillon Bonsecours (à proximité des urgences). Cette unité, qui dépend du pôle «Urgences, Réanimation Médicale» (URM).

L'UPUP compte, à ce jour, le personnel suivant (en équivalent temps plein) : 2 praticiens hospitaliers (dont 1 responsable de structure), 1 assistant spécialiste, 3 internes, 13 infirmières diplômées d'état, 12 aides-soignantes, 3,7 agents des services hospitaliers, 1,5 secrétaires et 0,8 assistante sociale.

Différents intervenants sont amenés à travailler en collaboration avec l'UPUP tels que les kinésithérapeutes, les diététiciennes, l'EMLG, l'équipe de soins palliatifs et l'équipe de psychiatrie de liaison.

III.3 LE POSITIONNEMENT DE L'UPUP DANS L'OFFRE D'HOSPITALISATION

L'UPUP est une unité de médecine polyvalente, qui accueille des patients issus exclusivement des urgences (SAU ou UHCD). Elle n'a pas vocation à accueillir ni des entrées directes, ni des hospitalisations programmées par contre les entrées se font 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. La durée de séjour prévisible doit se situer entre 36 heures et 6 jours.

Les patients susceptibles d'être orientés vers l'UPUP sont de tous âges et présentent exclusivement deux types de profil soit des patients présentant une pathologie médicale aiguë dont le diagnostic n'a pu être clairement défini au SAU, soit des patients dont le diagnostic a été posé au SAU mais dont l'orientation adaptée vers un service spécialisé est impossible en raison de l'absence de lit disponible dans ce service.

III.3.a Différences avec l'UHCD

L'UHCD, constituée de 8 lits, est une unité des urgences qui accueille des patients pour une durée limitée à 36 heures au maximum. Il peut s'agir de patients en attente d'un lit en service spécialisé dont on sait qu'il va se libérer dans un délai inférieur à 36 heures soit de patients nécessitant, au terme de l'évaluation à l'accueil, une période d'observation afin de décider, dans les 24 heures, de son orientation (retour à domicile ou hospitalisation, lieu d'hospitalisation). Ce groupe concerne des patients pour lesquels les données cliniques et paracliniques ne permettent pas, initialement, de prédire l'évolution ultérieure ou de décider de l'orientation.

III.3.b Différences avec la PUOG

La PUOG, constituée de 12 lits, n'accueille que des patients de plus de 75 ans et dont la pathologie relève d'une prise en charge exclusivement gériatrique. Au niveau du SAU et de l'UHCD, l'orientation gériatrique du patient est décidée par un médecin gériatre.

III.3.c Différences avec les «hébergements»

L'hébergement est une inadéquation entre la pathologie du patient et le lit d'aval, par manque de lits dans la spécialité requise. Une nouvelle procédure a été mise en place depuis mars 2013 (Annexe 2). Elle prévoit les modalités et définit les responsabilités de chacun. Deux cas de figures se présentent :

Patient nécessitant un lit de médecine mais admis dans un service de médecine autre que celui de la spécialité requise. Dans ce cas, la notion d'hébergement ne s'applique pas. En effet, les médecins et infirmières des services de médecine ont la compétence de base pour prendre en charge des pathologies médicales relevant d'une autre spécialité. Les médecins du service receveur peuvent, tout de même, prendre conseil auprès des médecins de la spécialité requise et envisager un transfert si nécessaire.

Patient nécessitant un lit de médecine et admis dans un service de chirurgie. Dans ce cas la notion d'hébergement s'applique. La prise en charge infirmière sera effectuée par les infirmières du service de chirurgie. La responsabilité médicale est assurée par le médecin de la spécialité requise. Lorsqu'un hébergement est décidé, le médecin des urgences doit prévenir le médecin de la spécialité requise qui devra prendre en charge le patient par la suite ainsi que le médecin du service d'accueil pour l'en informer. Un mail sera envoyé par la secrétaire des urgences, pour information, au chef de service du service initialement ciblé, au chef de service de l'hospitalisation, au cadre infirmier du service d'hospitalisation, aux

cadres supérieurs de santé des pôles concernés ainsi qu'au gestionnaire de lits du service initialement ciblé.

III.3.d Différences avec les hospitalisations en «groupe 4»

Le groupe 4 est une adaptation du système de codage pour valoriser l'activité du SAU. Ces patients nécessitent une hospitalisation dans un service ou en UHCD mais, par manque de lit disponible, restent dans une partie du SAU.

III.4 LES CRITERES D'ADMISSION

Les critères d'admission sont les suivants :

- issus exclusivement du service des urgences (potentiellement de l'UHCD avec critères stricts).
- sans critères d'âge sauf pédiatrie
- présentant une pathologie médicale aiguë dont le diagnostic n'a pu être clairement défini au SAU
- dont la durée de séjour est supposée > 36 heures
- et/ou nécessitant des examens complémentaires dans un délai différé > 12 heures et une hospitalisation secondaire
- dont le diagnostic a été posé au SAU mais dont l'orientation adaptée vers un service de spécialité médicale est impossible mais après s'être assuré qu'il n'y ait :
 - o pas de lit disponible dans la spécialité médicale dont relève le patient,
 - o pas de lit tampon spécifique disponible dans la spécialité médicale (lit tampon disponible uniquement si le plan hôpital en tension ou le plan lits supplémentaires sont déclenchés)
 - o pas de lit disponible dans le pôle référent de la spécialité,
 - o et avec le prérequis que ce patient devra être ensuite transféré le plus rapidement possible dans ce service cible dès le premier lit libéré.

III.5 LES CRITERES D'EXCLUSION

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Patient grave relevant d'une réanimation ou service de soins intensifs ;

- Patient nécessitant une ventilation non invasive ;
- Les patients sortant du bloc opératoire après une intervention chirurgicale.

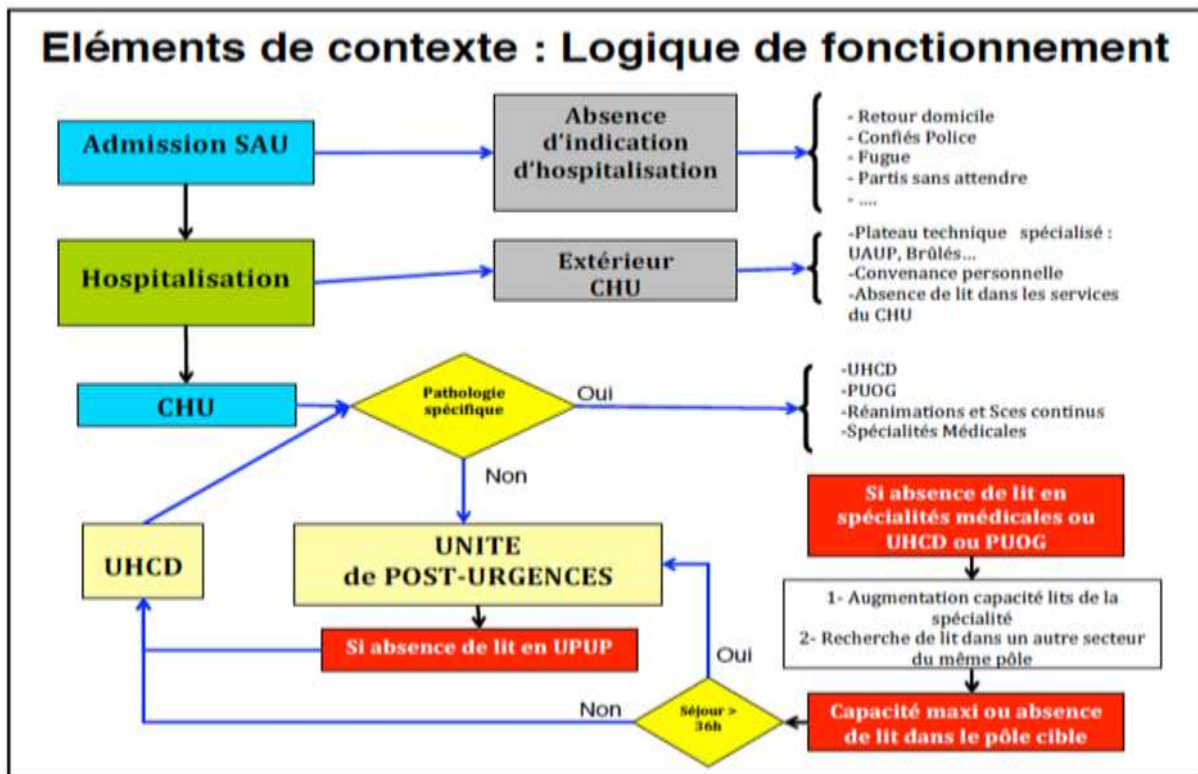


Schéma 1: Parcours de soins des patients hospitalisés via les urgences

III.6 ORGANISATION DES ENTREES ET DES SORTIES

III.6.a Les hospitalisations

En journée sept jours sur sept, de 8h30 à 18h30, c'est le médecin d'astreinte de l'UPUP qui accepte l'admission des patients. C'est lui qui vérifie que les critères d'admission et d'exclusion sont bien respectés. Il est tout à fait en droit de refuser un patient. L'accord s'obtient par simple appel téléphonique de l'urgentiste au médecin d'astreinte. Pour finaliser l'admission, l'infirmière de l'UPUP se met en relation avec celle du SAU.

Le soir, de 18h30 à 8h30, c'est le médecin des urgences qui juge seul de la pertinence de l'hospitalisation en UPUP. Le patient reste sous sa responsabilité ce qui sous-entend que le dossier des urgences doit comporter des prescriptions claires à l'intention de l'infirmière de l'UPUP.

III.6.b Les orientations

L'orientation, à partir de l'UPUP, sera réalisée vers un service de spécialité, un SSR ou le domicile. La sortie des patients le matin devra être privilégiée afin de libérer des lits le plus précocement possible et réduire la durée de séjour des patients en attente d'hospitalisation à partir du SAU.

Les différents services de spécialité s'engagent à accueillir les patients de l'UPUP nécessitant une prise en charge dans la spécialité au premier lit libéré, ainsi les patients de l'UPUP sont prioritaires sur les hospitalisations en provenant du SAU et de l'UHCD.

PARTIE 3 : MATERIEL ET METHODES

Nous avons décidé d'évaluer l'UPUP selon trois méthodes : recueil d'indicateurs d'activité (indicateurs 1 à 11), revue de pertinence et mesure de satisfaction qui nous ont permis d'étudier 5 objectifs.

I / OBJECTIF N°1 : EVALUATION DE L'IMPACT DE L'UPUP SUR LE SERVICE D'URGENCE

L'UPUP doit permettre d'améliorer la fluidité des patients aux urgences ainsi que la limitation des orientations inappropriées. Pour ce faire nous avons étudié :

- indicateur 1 : la proportion de séjour de patients en groupe 4 avec :

Nombre de séjour en groupe 4 / nombre de patients hospitalisés au CHU via le SAU pendant la même période

- indicateur 2 : la DMS de l'UHCD
- indicateur 2 bis : le taux d'occupation des lits en UHCD et en PUOG
- indicateur 3 : le taux d'hébergement dans les différents services de soins

Le nombre de séjour en groupe 4 a été obtenu à partir de la base Résurgence du SAU. Les taux d'occupation des lits sont issus des bilans d'activités réalisés par la Direction d'Appui à la Performance (DAP). Les autres données ont été transmises par le Département d'Information Médicale (DIM) à partir de la base du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI).

Ces indicateurs ont été calculés sur une période P1 avant l'ouverture de l'UPUP (du 01/01/2012 au 30/09/2012) et sur une période P2 après l'ouverture de l'UPUP (du 01/01/2013 au 30/09/2013). Les résultats sur ces deux périodes ont été comparés à l'aide d'un test Chi-2 ou d'un test t de Student et la comparaison a été réalisée par l'Unité d'Evaluation.

II OBJECTIF N°2 : PROFIL DES PATIENTS ORIENTES VERS L'UPUP

L'UPUP doit respecter ses critères d'admission. Pour cela nous avons réalisé une étude descriptive du profil des patients hospitalisés sur la période P2 ainsi qu'une revue de pertinence. Les critères retenus pour l'étude descriptive sont les suivants :

- indicateur 4 : sexe ratio, âge moyen, présence ou non d'une polypathologie, descriptif des pathologies (code CIM 10), principale pathologie relevant d'une prise en charge médicale, chirurgicale ou autre.

Ces données ont été intégralement calculées par le DIM.

Nous avons complété cette étude par une revue de pertinence (Annexe 3 : Revue de pertinence) qui permet d'évaluer si l'hospitalisation est appropriée. Pour tenir compte de l'effet saisonnier des hospitalisations, le recueil des données a été réalisé pendant deux semaines au cours de la période estivale S1 (du 19/08/13 au 01/09/13) et deux semaines au cours de la période hivernale S2 (du 06/01/14 au 19/01/14). Chaque entrée en UPUP au cours des semaines S1 et S2 a fait l'objet, de manière concomitante, d'un remplissage de la grille de pertinence. Si un même patient est entré deux fois en UPUP au cours des semaines considérées, il a fait l'objet de deux recueils. En se basant sur les données d'activités d'hospitalisation en UPUP, le nombre estimé de patients inclus dans cette revue de pertinence est de 50 / période.

La revue de pertinence a permis d'étudier :

- la provenance (SAU ou UHCD)
- le type d'hospitalisation (programmée ou non)
- les indications : patient présentant un diagnostic clairement établi au SAU mais dont l'orientation vers un service spécialisé est impossible en raison de l'absence de lit disponible ou présentant une pathologie médicale dont le diagnostic n'a pu être clairement établi.
- la différenciation avec l'UHCD : patient en attente d'un lit en service spécialisé dont la disponibilité n'est pas prévue dans les 36 heures ou patient en attente d'un lit en service spécialisé dont la disponibilité est prévue dans les 36 heures mais il n'y a pas de lit disponible en UHCD.
- la différenciation avec la filière gériatrique : âge du patient inférieur ou égal à 75 ans, âge supérieur à 75 ans mais ne relevant pas d'une orientation gériatrique,

âge supérieur à 75 ans et relève d'une orientation gériatrique mais il n'y a plus de lit disponible en PUOG ou court séjour gériatrique.

III OBJECTIF N°3 : ADMISSION DES PATIENTS ET DMS

L'UPUP doit atteindre les cibles fixées en termes d'horaires et de jour d'accueil, de taux d'occupation des lits et de DMS. Les indicateurs retenus sont :

- indicateur 5 : le pourcentage de patients hospitalisés entre 8h et 20h / le pourcentage de patients hospitalisés entre 20h et 8h, ainsi que le pourcentage de patients hospitalisés en semaine / le pourcentage de patients hospitalisés le week-end
- indicateur 6 : le taux d'occupation des lits de l'UPUP
- indicateur 7 : la DMS en UPUP

Ces indicateurs ont été fournis pour la proportion d'hospitalisation la nuit et le week-end ainsi que pour la DMS par le DIM. Le taux d'occupation des lits a été, quant à lui, issu des bilans d'activités réalisés par la DAP. Tous ces indicateurs ont été calculés sur la période P2.

IV OBJECTIF N°4 : DEVENIR DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP

L'UPUP doit permettre une meilleure fluidité du parcours des patients aux urgences sans pour autant déplacer le problème d'engorgement et alourdir la prise en charge en aval.

Nous avons donc étudié :

- indicateur 8 : l'orientation des patients à la sortie : pourcentage de retour à domicile, d'orientation vers un court séjour de médecine, vers un SSR ou autres.
- indicateur 9 : la proportion de réhospitalisation pour le même motif au CHU de Nancy dans les 30 jours suivant la sortie de l'UPUP : nombre de patients réhospitalisés en UPUP pour la même Catégorie Majeur de Diagnostic (CMD) au cours du mois m / nombre de patients hospitalisés en UPUP au cours du mois m-1 et retournés à domicile après hospitalisation en UPUP

- indicateur 10 : la DMS dans les services de spécialité des patients provenant du SAU
- indicateur 11 : la DMS dans les services de spécialité des patients provenant de l'UPUP

Toutes ces données ont été calculées sur la période P2. Elles ont été fournies par le DIM et la comparaison statistique entre les DMS réalisée par l'Unité d'Evaluation.

V OBJECTIF N°5 : SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP

Enfin la satisfaction des patients hospitalisés en UPUP a été mesurée à l'aide d'un autoquestionnaire de Mesure à Distance de la Satisfaction des Patients Hospitalisés (DSPH) (cf. Annexe 4 : Questionnaire de Satisfaction) adapté au contexte des patients hospitalisés en UPUP. Ce questionnaire est constitué de trois grandes parties :

- La première partie porte sur des informations générales à propos du séjour du patient et l'évolution de sa santé par rapport à l'entrée (questions 1 à 10 et question 64 pages 1, 2 et 11)
- la deuxième partie est constituée par le questionnaire de satisfaction proprement dit. Elle comporte soixante et une questions à réponses fermées, dont une n'explore pas directement la satisfaction (question 59 page 9), et cinq zones de commentaires libres. Ces soixante questions explorant la satisfaction sont réparties en treize dimensions :
 - Passage aux urgences (questions 11a, 11b, 12, 13, 14, 15a et 15b)
 - Accueil en UPUP (questions 16, 17, 18a et 18b)
 - Communication (questions 19 à 28 et 31)
 - Information de la famille (questions 29, 30 et 42)
 - Intimité (questions 46 à 48)
 - Equipement (questions 43 à 45, 50 et 63c)
 - Repas (questions 49a, 49b et 63d)
 - Soins fournis par les médecins (questions 34b, 35b, 37, 39, 40b, 40c, 58 et 63a)
 - Soins fournis par les infirmiers (questions 33, 34a, 35a, 36, 38, 40a, 63b)
 - Soins fournis par les autres personnels (questions 35c et 41)
 - Facilités offertes au patient et sa famille (questions 51 à 55)

- Ambulance privée (questions 59a, b et c)
- Satisfaction globale (questions 61, 62 et 63e)
- La troisième partie comporte neuf questions (question a à i, pages 13 et 14) permettant de recueillir des renseignements d'ordre sociodémographique sur le patient.

Les patients éligibles à une mesure de satisfaction ont été identifiés par les médecins du service de manière concomitante, au fur et à mesure des hospitalisations sur la période allant du 23/09/2013 au 28/02/2014 (période P3).

Les critères d'admission sont les suivants :

- patients adultes hospitalisés en UPUP sur la période P3
- durée d'hospitalisation supérieure à 24 heures
- ayant les capacités cognitives et motrices de renseigner l'autoquestionnaire ou personne de confiance ou personne de la famille venant quotidiennement dans le service et ayant les facultés requises pour remplir le questionnaire
- patients retournés à domicile
- patients acceptant de répondre au questionnaire

Chaque vendredi de la période P3, les médecins de l'UPUP ont communiqué la liste des patients éligibles (sortis d'UPUP dans la semaine précédente allant du vendredi au vendredi) à la Direction de la Qualité et des Usagers (DQU). Cette dernière a envoyé les questionnaires de satisfaction au domicile des patients dix jours après la transmission de la liste par les médecins de l'UPUP, afin que la mesure soit réalisée à environ quinze jours de la sortie d'hospitalisation. Ont été joint au questionnaire, une lettre d'accompagnement visant à motiver le patient afin d'améliorer le taux de retour, et une enveloppe T pour le renvoi du questionnaire à la DQU. Le secrétariat de la DQU a réceptionné les retours du questionnaire et les a transmis à la Plateforme d'Accueil et d'Orientation (PAO) qui s'est chargé de les saisir dans une base fournie par l'Unité d'Evaluation. Un espace informatique partagé entre l'UPUP, la PAO et l'Unité d'Evaluation a été créé pour héberger les données des patients participant à l'enquête, permettant ainsi de faciliter les échanges de données nominatives entre les structures. L'exploitation et l'interprétation des résultats ont été réalisées par l'Unité d'Evaluation.

Le nombre de sujets nécessaire dépend de la précision souhaitée des scores moyens de satisfaction. Pour obtenir une précision suffisante au niveau d'une structure (d'au moins cinq points), et en tenant compte d'une variance des scores de satisfaction de 400 et

d'un risque de première espèce fixé à 5%, il a fallu prévoir d'exploiter 100 questionnaires. Sachant que l'on peut estimer à 10% la proportion de questionnaires non exploitables et à 50% le taux de non réponse sur ce type d'enquête, il a fallu envoyer 250 questionnaires pour pouvoir en exploiter 100. En estimant que le nombre de patients éligible à cette mesure est compris entre 10 et 12 par semaine, l'enquête de satisfaction a été conduite sur une période de 23 semaines.

Les résultats de cette enquête comprennent :

- une partie descriptive des caractéristiques des patients
- une partie descriptive du séjour hospitalier
- une partie descriptive de la satisfaction des patients avec :
 - les pourcentages des modalités de réponse pour chaque question posée
 - les scores obtenus pour chaque dimension de satisfaction. Pour le calcul des scores par dimension, les règles suivantes sont appliquées :
 - i. Le score d'une dimension est calculé si le patient répond au minimum à la moitié des questions de la dimension. Dans le cas contraire, le score de la dimension est considéré comme manquant.
 - ii. Le score d'une dimension est la somme des réponses à toutes les questions de la dimension, en affectant la valeur moyenne de cette dimension aux questions manquantes
 - iii. La normalisation des scores des dimensions est réalisée de façon à rendre les différents scores calculés comparables. L'échelle utilisée dans ce cas est de 0 (insatisfaction complète) à 100 (satisfaction complète).

PARTIE 4 : RESULTATS

I EVALUATION DE L'IMPACT DE L'UPUP SUR LE SERVICE D'URGENCE

I.1 INDICATEUR N°1: PROPORTION DE SEJOURS DE PATIENTS EN GROUPE 4

Indicateur 1	Période P1	Période P2	p
Nombre de séjour en groupe 4	3681	3335	
nombre de patients hospitalisés au CHU via le SAU	11319	11569	
% de séjours en groupe 4	32,52%	28,83%	<10 ⁻⁹

Tableau 2: Indicateur 1 : Proportion de séjours en groupe 4 avant et après ouverture de l'UPUP

La proportion de séjours de groupe 4 au SAU pour adultes a très significativement diminué ($p < 10^{-9}$) au cours des 11 mois suivant l'ouverture de l'UPUP par rapport aux 11 mois la précédant.

I.2 INDICATEUR N°2 : DMS EN UHCD (HORS GROUPE 4)

Indicateur 2	Période P1	Période P2	p
DMS moyenne $\pm$ ET	1.27 $\pm$ 0.97	1.15 $\pm$ 0.68	<0.001
% de séjours > 48h	22.7 %	17.8 %	<10 ⁻⁹
	(405 / 1 781)	(358 / 2 008)	
Etendue des DMS (jours)	[0 ; 8]	[0 ; 5]	

Tableau 3: Indicateur 2 : DMS en UHCD avant et après ouverture de l'UPUP

La DMS moyenne en UHCD a significativement diminué ($p < 0.001$) au cours des 11 mois suivant l'ouverture de l'UPUP par rapport aux 11 mois la précédant, avec raccourcissement notable des durées maximales de séjours (5 jours au lieu de 8).

I.3 INDICATEUR N°2 BIS : TAUX D'OCCUPATION DES LITS EN UHCD ET EN PUOG

Indicateur 2bis	Période P1	Période P2
UHCD	208.3 %	158.3 %
PUOG	103.1 %	97.2 %

Tableau 4: Indicateur 2 bis Taux d'occupation des lits en UHCD et en PUOG avant et après ouverture de l'UPUP

Au cours des 11 mois suivant l'ouverture de l'UPUP, le taux d'occupation des lits a chuté de 240% en UHCD et de 5.7% en PUOG par rapport aux 11 mois la précédant.

I.4 INDICATEUR N°3 : TAUX D'HEBERGEMENT DANS LES DIFFERENTS SERVICES DE SOINS

Indicateur 3	Période P1	Période P2	p
Taux d'hébergement	4,43%	5,00%	<0.05
Nb d'hébergements	501	578	
nombre de patients hospitalisés au CHU via le SAU	11319	11569	

Tableau 5 : Indicateur 3: Taux d'hébergement en services de soins avant et après ouverture de l'UPUP

Au cours des 11 mois suivant l'ouverture de l'UPUP, le taux d'hébergement en services de soins a légèrement augmenté ($p < 0.05$) par rapport aux 11 mois la précédant.

II PROFIL DES PATIENTS ORIENTES VERS L'UPUP

II.1 LES INDICATEURS

II.1.a Indicateur n°4 : Principales caractéristiques des patients hospitalisés en UPUP (du 01/01/2013 au 30/11/2013)

Caractéristiques	
% hommes	39.9 % (532 / 1 334)
Age moyen (± ET)	76.3 ± 16.0 ans
Nombre de diagnostics (%)	
1	0.3 % (n = 4 RUM)
[2 ; 5]	18.8 % (n = 251)
[6 ; 10]	51.9 % (n = 692)
[11 ; 15]	24.3 % (n = 324)
15 et +	4.7 % (n = 63)
Diagnostic principal	Maladies infectieuses et parasitaires : 5.2 % (n = 70)
(par catégorie majeure	Tumeurs : 0.8 % (n = 11)
de diagnostic CIM10)	Maladies du sang et des organes hématologiques : 2.2 % (n = 29)
	Maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques : 5.6 % (n = 75)
	Troubles mentaux et du comportement : 2.5 % (n = 34)
	Maladies du système nerveux : 5.2 % (n = 69)
	Maladies de l'œil et de l'oreille : 0.7 % (n = 10)
	Maladies de l'appareil circulatoire : 14.5 % (n = 193)
	Maladies de l'appareil respiratoire : 13.0 % (174)
	Maladies de l'appareil digestif : 6.4 % (n = 85)
	Maladies de la peau et du tissu sous-cutané : 0.7 % (n = 10)
	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif : 6.0 % (n = 80)
	Maladies de l'appareil génito-urinaire : 4.0 % (n = 53)
	Symptômes, signes et résultats anormaux : 21.7 % (n = 290)
	Lésions traumatiques. empoisonnements : 10.0 % (n = 133)
	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé : 1.5 % (n = 18)

Caractéristiques	
Diagnostics principaux les plus fréquents (par code CIM10. sur 395 diagnostics différents)	Pneumopathie / bronchopneumopathie : n = 89 ; 51.1 % des maladies du système respiratoire ; 6.7 % de l'ensemble des diagnostics Insuffisance cardiaque (congestive, ventriculaire gauche, sans précision) : n = 76 ; 39.4 % des maladies de l'appareil circulatoire ; 5.7 % de l'ensemble des diagnostics Fractures : n = 62 ; 46.6 % des lésions traumatiques ; 4.6 % de l'ensemble des diagnostics Chutes à répétition : n = 54 ; 18.6% des symptômes et signes ; 4.0% de l'ensemble des diagnostics Désorientation : n = 48 ; 16.6% des symptômes et signes ; 3.6% de l'ensemble des diagnostics Altération de l'état général : n = 32 ; 11.0% des symptômes et signes ; 2.4 % de l'ensemble des diagnostics Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales : n = 32 ; 16.6% des maladies de l'appareil circulatoire ; 2.4 % de l'ensemble des diagnostics
Types de prise en charge	Prise en charge médicale : 96.9 % (n = 1 293) Prise en charge chirurgicale : 3.1 % (n = 41)

Tableau 6: Indicateur 4: Caractéristiques des patients hospitalisés en UPUP (entre le 01/01/2013 et le 30/11/2013)

Les patients hospitalisés en UPUP sont majoritairement des femmes (60.1%), vraisemblablement en raison de leur âge élevé (moyenne de 76.3 ± 16.0 ans). La population de l'UPUP est fortement polypathologique (0.3% des patients n'ont qu'un seul diagnostic), les trois quart présentant entre 6 et 15 diagnostics à l'admission. La 1^{ère} catégorie majeure de diagnostic retrouvée pour le diagnostic principal est «Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire» (21.7%), témoignant du fait que 1 patient/ 5 orienté vers l'UPUP a un diagnostic qui n'a pu être clairement établi au SAU. Les deux catégories suivantes sont : «Maladies de l'appareil circulatoire» (14.5%) et «Maladies de l'appareil respiratoire» (13.0%).

Les 3 premières pathologies motivant l'hospitalisation en UPUP sont : la pneumopathie/ bronchopneumopathie, l'insuffisance cardiaque puis les fractures. On peut constater que l'on retrouve 62 patients hospitalisés en UPUP pour fracture(s), et 3.1% des séjours en UPUP (n = 41) relève d'une prise en charge chirurgicale. Les autres pathologies fréquemment rencontrées sont des problèmes de santé plus particulièrement rencontrés dans la population âgée, avec les chutes, la désorientation et l'altération de l'état général.

II.2 REVUE DE PERTINENCE DES HOSPITALISATIONS EN UPUP :

La revue de pertinence de l'hospitalisation en UPUP a été conduite sur 2 périodes : une période estivale (S1 : du 19/08/2013 au 01/09/2013) et une période hivernale (S2 : du 06/01/2014 au 19/01/2014).

II.2.a Les caractéristiques des patients inclus

	Période S1	Période S2	p
nombre de patients	59	54	
Hommes (%)	22/59 (37.3%)	22/54 (40.7%)	NS
Ages (m ± ET)	70.1 ± 19.8 ans	77.8 ± 11.1 ans	p < 0.01

Tableau 7: Caractéristiques des patients inclus dans la revue de pertinence

II.2.b Les résultats

Les résultats de la revue de pertinence sont synthétisés dans le tableau ci-dessous:

Critère	Résultat S1 (n=59)	Résultat S2 (n=54)	Résultat Global
Critère 1 : Provenance			
Le patient provient du SAU ou de l'UHCD	100 % (59/59)	100% (54/54)	100%
Critère 2 : Type d'hospitalisation			
L'hospitalisation en UPUP est non programmée	100 % (59/59)	100% (54/54)	100%
Critère 3 : Indication	98.3 %	98.1%	98.2%
Le patient a une indication d'hospitalisation en UPUP :	(58/59)	(53/54)	
• - pathologie médicale aiguë non définie			
• - défaut de lit en service spécialisé			

Critère	Résultat S1 (n=59)	Résultat S2 (n=54)	Résultat Global
Critère 4 : différenciation / UHCD			
La disponibilité d'un lit en service spécialisé n'est pas prévue pour les 36h à venir ou pas de lit disponible en UHCD	68.3% (28/41)*	56.3% (27/48)*	61.8%
Critère 5 : différenciation / Filière gériatrique			
L'âge du patient est ≤ à 75 ans ou le patient ne relève pas d'une orientation gériatrique ou pas de lit disponible en PUOG et court séjour gériatrique	100% (58/58)	100% (53/53)	100%
<i>Sans objet : respectivement 17 et 5 séjours pour pathologie non définie et 1 hospitalisation pour détresse sociale</i>			

Tableau 8: Résultats de la pertinence de l'hospitalisation en UPUP

II.2.c Provenance et type d'hospitalisation (critères 1 et 2)

Les patients sont exclusivement en provenance de l'UHCD ou du SAU au cours des deux périodes d'étude et les hospitalisations correspondent bien à une activité non programmée.

II.2.d Indication de l'hospitalisation en UPUP (critère 3)

Au cours de chacune des 2 périodes considérées (S1 et S2), on retrouve un patient hospitalisé en UPUP pour détresse sociale (non indication), d'où un taux global de conformité au critère de 98.2%.

La répartition des patients entre les 2 indications d'hospitalisation en UPUP au cours des 2 périodes considérées est la suivante :

Indication	Période S1	Période S2	p
Pathologie non définie	17	5	
Attente de lit en service spécialisé	41	48	p < 0.01

Tableau 9: Indications de l'hospitalisation en UPUP

On peut noter une forte différence entre la période estivale (S1) où l'hospitalisation en UPUP pour attente de lit en service spécialisé représente 69.5% des séjours alors qu'elle atteint 88.9% des séjours en période hivernale (S2). Ceci confirme la tendance saisonnière du manque de lit de spécialités médicales.

En moyenne sur les 2 périodes, 19.5% des séjours concernent des patients dont le diagnostic n'a pas été clairement défini au SAU (à rapprocher de 21.7% des séjours dont la CMD est «Symptômes, signes et résultats anormaux»).

II.2.e Différentiation avec l'UHCD (critère 4)

Pour les périodes S1 et S2, on retrouve respectivement 28 et 27 patients hospitalisés en UPUP dans l'attente d'un lit en service spécialisé dont la disponibilité n'est pas prévue dans les 36 heures à venir. Quelle que soit la période, aucun patient n'est hospitalisé en UPUP par manque de lit disponible en UHCD. Pour les périodes S1 et S2, on retrouve respectivement 13 et 21 patients hospitalisés en UPUP à la suite d'une hospitalisation en UHCD.

II.2.f Différentiation avec la PUOG (critère 5)

Sur les 58 et 53 patients relevant d'une indication d'hospitalisation en UPUP au cours des périodes S1 et S2, on retrouve respectivement :

- 29 patients (50% en S1) et 17 patients (32.1% en S2) de moins de 75 ans.
- 7 patients (12.1% en S1) et 15 patients (28.3% en S2) de plus de 75 ans mais ne relevant pas d'une orientation gériatrique.
- 22 patients (37.9% en S1) et 21 patients (39.6% en S2) de plus de 75 ans, relevant d'une orientation gériatrique mais sans disponibilité de lits en filière gériatrique.

On peut noter que, pour les 2 périodes confondues, près de 40% des patients ont été orientés vers l'UPUP par manque de lit disponible en filière gériatrique.

III ADMISSION DES PATIENTS ET DMS

III.1 INDICATEUR N°5 : JOURS ET HEURES D'ACCUEIL DES PATIENTS

Indicateur 5 : Jours et heures d'accueil des patients en UPUP		
Jour d'hospitalisation :		
Semaine (lundi au vendredi)	85.6 %	(n = 1 142)
Week-end (samedi, dimanche)	14.4 %	(n = 192)
Dimanche	4.5 %	(n = 60)
Heure d'hospitalisation :		
Entre 8h et 20h	87.1 %	(n = 1 162)
Entre 20h et 8h	12.9 %	(n = 172)

Tableau 10: Indicateur 5: Jours et heures d'hospitalisation en UPUP (entre le 01/01/2013 et le 30/11/2013)

L'hospitalisation en UPUP au cours du week-end ou pendant les heures de nuit représente entre 10 et 15% des séjours.

III.2 INDICATEUR N°6 : TAUX D'OCCUPATION DES LITS D'UPUP

Entre le 01/01/2013 et le 30/11/2013, le taux d'occupation des lits en UPUP était de 94.1%.

III.3 INDICATEUR N°7 : DMS EN UPUP

Entre le 01/01/2013 et le 30/11/2013, la DMS en UPUP était de 5.8 ± 4.5 jours, avec une étendue de cette durée allant de 0 à 31 jours. Même si la DMS est effectivement inférieure aux 6 jours attendus, on note toutefois que 43 % des séjours ont une durée $\geq$ à 6 jours.

IV DEVENIR DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP

IV.1 INDICATEUR N°8 : ORIENTATION DES PATIENTS

Orientation		
Domicile	36.3 %	(n = 484)
Structure d'hébergement médico-sociale	9.1 %	(n = 122)
Unité de MCO	36.5 %	(n = 450 mutations ; 37 transferts)
Unité de SSR	14.2 %	(n = 7 mutations ; 183 transferts)
Unité de psychiatrie	0.9 %	(n = 1 mutation ; 11 transferts)
Unité de soins de longue durée	0.07 %	(n = 1 transfert)
Décès	2.8 %	(n = 38)

Tableau 11: Indicateur 8: Orientation des patients après hospitalisation en UPUP (entre le 01/01/2013 et le 30/11/2013)

Les 2 premières orientations des patients après une hospitalisation en UPUP sont le retour à domicile (36.3%), puis les unités de MCO (principalement des mutations). Près de 15% des patients sont transférés dans un autre établissement de santé en vue d'une hospitalisation dans une unité de SSR.

IV.2 INDICATEUR N°9 : PROPORTION DE REHOSPITALISATION POUR LE MEME MOTIF AU CHU DE NANCY DANS LES 30 JOURS SUIVANT LA SORTIE DE L'UPUP

Nombre de patients réhospitalisés au CHU pour la même CMD au cours du mois m / nombre de patients hospitalisés en UPUP au cours du mois m-1 et retournés à domicile après l'hospitalisation en UPUP

Entre le 01/01/2013 et le 30/11/2013 :

- nombre de patients réhospitalisés au CHU pour le même motif dans les 30 jours suivant la sortie de l'UPUP = 32

- nombre de patients hospitalisés en UPUP et retournés à domicile après l'hospitalisation = 484 (domicile) + 122 (structure hébergement médico-sociale)

Entre le 01/01/2013 et le 30/11/ 2013, le pourcentage de réhospitalisation en UPUP pour le même motif dans les 30 jours s'élève donc à 5.3 %. Ce pourcentage est vraisemblablement surestimé par le fait qu'a été considéré comme «même motif d'hospitalisation» la «même catégorie majeure de diagnostic».

IV.3 INDICATEUR N°10 ET N°11 : RESPECTIVEMENT DMS DANS LES SERVICES DE SPECIALITE DES PATIENTS PROVENANT DU SAU ET DMS DANS LES SERVICES DE SPECIALITE DES PATIENTS PROVENANT DE L'UPUP

	Provenance SAU	Provenance UPUP	p
DMS services spécialisés (jours)	10.6 ± 19.6	15.6 ± 13.8	<0.01

Tableau 12: Indicateurs 10 et 11: DMS en service de spécialité des patients provenant du SAU et des patients provenant de l'UPUP (entre le 01/01/2013 et le 30/11/2013)

Dans les services de spécialité, la DMS des patients provenant de l'UPUP est significativement plus élevée que celle des patients provenant du SAU ($p < 0.01$).

V SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP

L'enquête de satisfaction s'est déroulée du 20/09/2013 au 28/02/2014. Le nombre de patients sortis d'hospitalisation en UPUP et retournés à leur domicile pendant cette période est de 245, la majorité des patients étant des femmes (61.2%), l'âge moyen étant de 76.6 ±15.7 ans. Parmi ces patients, 154 patients (63%) sont éligibles à l'enquête de satisfaction et 108 patients (44.1%) ont donné leur accord de participation. Le taux de retour des questionnaires est de 42% et le taux exploitable est de 38.9%. Le délai de réponse au questionnaire est de 21 ±10.5 jours.

Les patients ayant donné leur accord de participation ne diffèrent pas des patients refusant en ce qui concerne l'âge, le sexe, le mode de vie, le département de résidence, la pathologie principale, les comorbidités. De même, les répondants ne diffèrent pas des non répondants sur ces critères.

V.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES REpondANTS

Plus de 58% des répondants sont des femmes, d'âge moyen de 75 ±14 ans. Près de 98% résident en Meurthe-et-Moselle, 47.2% vivent seul dans leur foyer. Plus de 77% des patients répondants sont retraités et 14.3% en exercice. La majorité des patients bénéficie d'une sécurité sociale et d'une assurance complémentaire (97.4%). Plus de 82% ont donné leur nom et leur accord pour transmettre leurs réponses de façon nominative au chef de service ; au total, 37 courriers ont été transmis au chef de service.

V.2 INFORMATIONS GENERALES SUR LE SEJOUR HOSPITALIER

Près de 57% des patients répondants ont déjà été hospitalisés et 65.1% ont déjà consulté au CHU de Nancy. 83.7% des patients estiment que le problème de santé pour lequel ils sont entrés à l'hôpital est «sérieux ou très grave». Leur état de santé à l'entrée est jugé «mauvais ou médiocre» pour 77.3% et l'évolution de leur santé à la sortie est jugé comme «bien meilleur ou plutôt meilleur qu'à l'entrée» pour 81.6% et «à peu près pareil» pour 18.4%. 80% des patients estiment avoir besoin d'une assistance partielle ou quasi complète dans leur vie, contre 20% qui déclarent ne pas en avoir besoin. Les patients ont pu obtenir un «lit ou un fauteuil d'accompagnant» et «un repas d'accompagnant» dans respectivement 55.5% et 13.6% des cas. Près de 70% des patients présentent des douleurs, parmi lesquels 85.1% les jugent «très grandes, grandes ou moyennes». Plus de 72% des patients estiment que la durée de leur séjour est correcte, contre 9.1% qui la jugent trop courte et 6.8% trop longue.

V.3 SATISFACTION DES PATIENTS

V.3.a Dimension «passage aux urgences»

Nb d'appréciations par catégories	par	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Qualité de l'accueil : Agent administratif		2.4	-	46.3	12.2	17.1	22
Qualité de l'accueil : infirmier d'accueil		2.5	2.5	42.5	17.5	30.0	5.0

Nb d'appréciations par catégories			Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Communication avec le personnel des urgences			2.5	7.5	42.5	17.5	25.0	5.0
Appréciation de la confidentialité			2.4	9.5	-	14.3	31.0	4.8
Appréciation des respects de votre intimité			-	12.5	35.0	25.0	22.5	5.0
Appréciation des délais : entre l'arrivée et le 1er contact médical			15.0	20.0	25.0	17.5	22.5	-

Tableau 13: Satisfaction des patients pour la dimension «passage aux urgences»

- Le score moyen pour cette dimension est de 62.8 points (cf. représentation graphique Figure 5)
- Les délais d'attente aux urgences (entre l'arrivée et le 1er contact médical) ont été jugés comme «pas très bons» ou «mauvais» par 35.0% des patients.
- Les patients sont plutôt mécontents (modalités «mauvais» et «pas très bon» >10%) de la confidentialité, du respect de l'intimité, et des délais aux urgences.

V.3.b Dimension « Accueil en UPUP »

Nb d'appréciations par catégories	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Entrée en UPUP : prise en compte de votre confort	4.8	7.1	35.7	21.4	31.0	-
Adaptation à vos besoins et désirs personnels	7.1	4.8	45.2	16.7	26.2	-
Transport vers l'UPUP: Habileté et compétence des brancardiers		2.4	39.0	24.4	34.1	-
Transport vers l'UPUP: Délai d'attente des brancardiers	7.7	10.3	41.0	12.8	23.1	5.1

Tableau 14: Satisfaction des patients pour la dimension "Accueil en UPUP"

- Le score moyen pour cette dimension est de 65.6 points (cf. représentation graphique Figure 5), témoignant de patients plutôt satisfaits de leur accueil en UPUP.
- Les patients sont particulièrement très satisfaits de l'habileté et la compétence des brancardiers au cours du transport vers l'UPUP.
- Les patients sont plutôt mécontents (modalités «mauvais» et «pas très bon» >10%) des aspects concernant la prise en compte du confort, l'adaptation aux besoins et désirs personnels et le délai d'attente des brancardiers.

V.3.c Dimension "communication"

Nb d'appréciations par catégories	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Installations à l'UPUP	2.4	7.3	53.7	19.5	17.1	
Efficacité médicale	4.9	2.4	51.2	14.6	26.8	
Efficacité globale	4.8	7.1	45.2	21.4	21.4	
Prise en compte de vos opinions	-	10	45	20	15	10

Nb d'appréciations par catégories	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Prise en compte de vos besoins	4.8	7.1	45.2	19	19	4.8
Facilité à obtenir de l'information	2.4	12.2	56.1	12.2	17.1	
Information reçue sur votre maladie	5	12.5	50	15	12.5	5
Information reçue sur votre traitement	5	5	57.5	20	12.5	
Information reçue pour les examens : par le médecin	4.9	4.9	51.2	17.1	19.5	2.4
Information reçue pour les examens : par les infirmiers	5	5	52.5	12.5	22.5	2.5
Coordination des soins	5.1	7.7	51.3	15.4	20.5	
Aide apportée	2.6	5.3	44.7	13.2	31.6	2.6

Tableau 15: Satisfaction des patients pour la dimension "Communication"

- Le score moyen pour cette dimension est de 61.3 points (cf. représentation graphique Figure 5), la situant dans les 5 dernières dimensions du classement.
- Les patients sont plutôt mécontents pour presque tous les items de la dimension, sauf pour les installations à l'UPUP, l'efficacité médicale, les informations reçues pour les examens par le médecin et l'aide apportée.

V.3.d Dimension "information de la famille"

Nb d'appréciations par catégories	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Information de votre famille	5.1	12.8	46.2	10.3	15.4	10.3
Implication de votre famille	2.8	8.3	52.8	8.3	13.9	13.9
Communication de l'équipe soignante avec les patients et les familles	2.5	5	37.5	20	27.5	7.5

Tableau 16: Satisfaction des patients pour la dimension « Information de la famille »

- Le score moyen pour cette dimension est de 58.3 points (cf. représentation graphique Figure 5), la situant dans les 3 dernières dimensions du classement.
- Les patients sont plutôt mécontents de l'information et de l'implication de leur famille.
- Les patients sont plutôt contents de la communication entre l'équipe soignante et les patients et leur famille.

V.3.e Dimension "intimité et tranquillité"

Nb d'appréciations par catégories	<i>Mauvais</i>	<i>Pas très bon</i>	<i>Bon</i>	<i>Très bon</i>	<i>Excellent</i>	<i>Ne me concerne pas</i>
Atmosphère : paix et tranquillité	12.8	17.9	35.9	10.3	20.5	2.6
Bruit	12.8	17.9	35.9	10.3	15.4	7.7
Intimité	2.6	15.8	34.2	21.1	23.7	2.6

Tableau 17: Satisfaction des patients pour la dimension "intimité et tranquillité"

- Le score moyen pour cette dimension est de 54.6 points (cf. représentation graphique Figure 5), la situant dans les 2 dernières dimensions du classement.
- Les patients sont mécontents pour tous les 3 items de cette dimension, la totalité des modalités «mauvais» et «pas très bon» variant de 18.4% à 30.7%.

V.3.f Dimension "équipement"

Nb d'appréciations par catégories	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Environnement hospitalier : confort	2.7	8.1	51.4	29.7	8.1	
Fournitures	-	10.5	28.9	31.6	26.3	2.6
Etat de votre chambre	-	7.7	43.6	15.4	30.8	2.6
Etat des Sanitaires	-	5.4	37.8	24.3	29.7	2.7
Globalement, vous êtes satisfait de	Très mécontent	Mécontent	Content	Très content		
Des chambres et installations communes	2.5	12.5	55.0	30.0		

Tableau 18: Satisfaction des patients pour la dimension "équipements"

- Le score moyen pour cette dimension est de 67.5 points (cf. représentation graphique Figure 5).
- De façon globale, les patients sont mécontents et très mécontents (15%) des chambres et installations communes.

V.3.g Dimension “repas”

Nb d’appréciations par catégories	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Qualité des repas : La présentation	2.6	21.1	34.2	28.9	13.2	
Qualité des repas : la saveur	5.3	26.3	39.5	21.1	7.9	
Globalement. vous êtes satisfait de	Très mécontent	Mécontent	Content	Très content		
Alimentation et repas	4.9	12.2	56.1	26.8		

Tableau 19: Satisfaction des patients pour la dimension “repas”

- Le score moyen pour cette dimension est de 58.3 points (cf. représentation graphique Figure 5), la situant dans les 4 dernières dimensions du classement.
- Plus de 15% des patients sont mécontents et très mécontents de la présentation et la saveur des repas.

V.3.h Dimension "soins fournis par les médecins"

Nb d'appréciations par catégories	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Habileté et compétences : Qualité des soins donnés par les médecins	2.6	2.6	50	15.8	26.3	2.6
Hygiène des médecins	-	2.5	42.5	27.5	25	2.5
Prise en compte de votre état par les médecins	-	9.8	43.9	17.1	26.8	2.4
Disponibilité des médecins	2.5	10	42.5	27.5	15	2.5
Courtoisie des médecins	5.4	5.4	29.7	29.7	29.7	
Courtoisie : Les médecins ont-ils écouté ce que vous aviez à dire ?	-	11.1	33.3	25	27.8	2.8
La communication d'informations entre l'hôpital et votre médecin traitant	-	5.7	48.6	22.9	14.3	8.6
Globalement. vous êtes satisfait de	Très mécontent	Mécontent	Content	Très content		
Qualité des soins : médecins	2.4	4.8	54.8	38.1		

Tableau 20: satisfaction des patients pour la dimension «soins fournis par les médecins»

- Le score moyen pour cette dimension est de 67.5 points (cf. représentation graphique Figure 5).
- Les patients sont plutôt mécontents de la disponibilité et de la courtoisie des médecins.
- Globalement, ils sont contents et très contents de la qualité des soins fournis par les médecins (92,9%).

V.3.i Dimension "soins fournis par les infirmières"

Nb d'appréciations par catégories	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Identification des soignants	-	2.6	61.5	17.9	12.8	5.1
Habileté et compétences : Qualité des soins donnés par les Infirmières	-	7.5	35	35	20	2.5
Hygiène : Infirmières et aides-soignantes	-	7.3	39	24.4	29.3	
Prise en compte de votre état par les infirmières et aides-soignantes	5	5	40	30	17.5	2.5
Réponse à vos appels	9.8	2.4	39	22	17.1	9.8
Courtoisie : Infirmières et aides-soignantes	-	5	30	32.5	32.5	
Globalement. vous êtes satisfait de	Très mécontent	Mécontent	Content	Très content		
Qualité des soins : infirmières	-	2.4	50	47.6		

Tableau 21: satisfaction des patients pour la dimension «soins fournis par les infirmières»

- Le score moyen pour cette dimension est de 68.0 points (cf. représentation graphique Figure 5).
- Les patients sont plutôt mécontents uniquement pour l'item concernant les réponses à leurs appels.
- Globalement, ils sont contents et très contents de la qualité des soins fournis par les infirmiers (97,6%).

V.3.j Dimension “soins fournis par les autres professionnels”

Nb d'appréciations par catégories	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Hygiène : Autres personnels	-	7.5	40	20	25	7.5
Agents d'entretien : Habileté et compétence	-	7.5	47.5	30	15	

Tableau 22: satisfaction des patients pour la dimension «soins fournis par les autres professionnels»

- Le score moyen pour cette dimension est de 64.9 points (cf. représentation graphique Figure 5).
- En général, les patients sont plutôt satisfaits de cette dimension.

V.3.k Dimension „facilités offertes au patient et à sa famille”

Nb d'appréciations par catégories	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Repérage	10.5	18.4	39.5	13.2	7.9	10.5
Parking	18.9	43.2	10.8	8.1	2.7	16.2
Télévision	2.7	16.2	29.7	18.9		32.4
Téléphone	6.3	12.5	28.1	6.3	3.1	43.8
Facilité pour votre famille et vos amis	-	2.6	55.3	18.4	15.8	7.9

Tableau 23: satisfaction des patients pour la dimension «facilités offertes au patient et à sa famille»

- Le score moyen pour cette dimension est de 48.3 points (cf. représentation graphique Figure 5), le situant à la dernière place dans le classement des dimensions.

- Excepté l'item concernant les facilités pour la famille et les amis, les patients sont globalement mécontents pour tous les items, et particulièrement pour le parking (62,1%).

V.3.I Dimension «transport en ambulance privée»

Nb d'appréciations par catégories	Mauvais	Pas très bon	Bon	Très bon	Excellent	Ne me concerne pas
Respect de votre choix de la compagnie	-	13.3	26.7	33.3	6.7	20.0
Habileté et compétence des ambulanciers	-	5.9	23.5	52.9	17.6	
Délai d'attente des ambulanciers	-	6.3	50	31.3	12.5	

Tableau 24: satisfaction des patients pour la dimension «transport en ambulance privée»

- Le score moyen pour cette dimension est de 63.1 points (cf. représentation graphique Figure 5).
- Les patients sont plutôt mécontents concernant le respect de leur choix de la compagnie.
- Les patients sont satisfaits des délais d'attente et de l'habileté et la compétence des ambulanciers.

V.3.m Dimension "satisfaction globale"

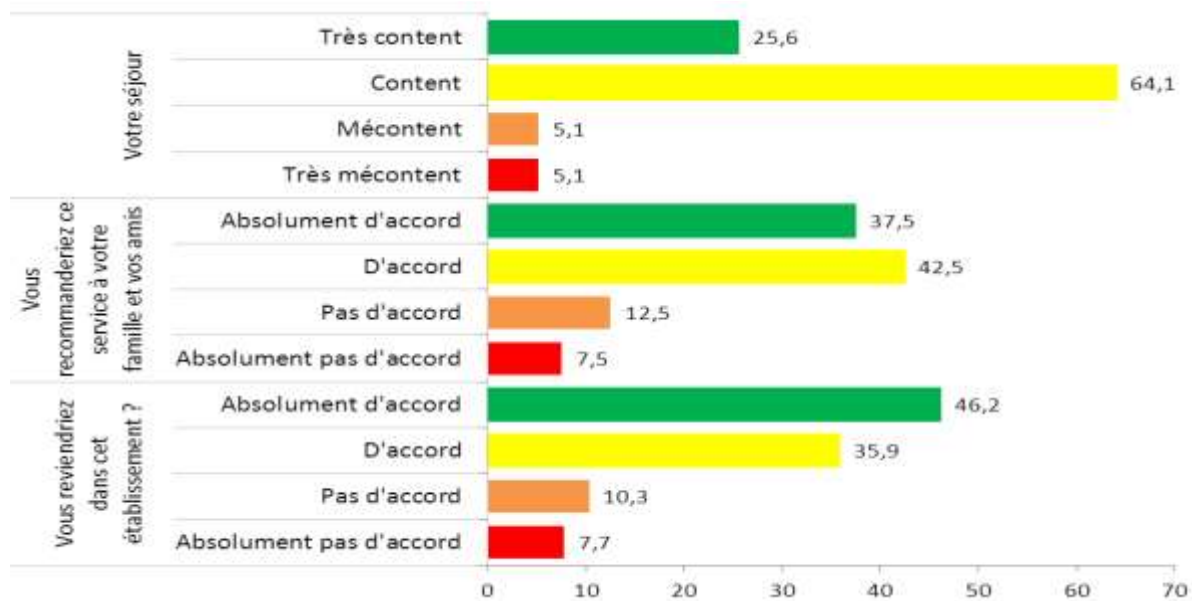


Figure 4: satisfaction globale des patients hospitalisés en UPUP

- Globalement, les patients sont contents ou très content de leur séjour (89.7%). Le score moyen pour cette dimension est de 71.1 points.
- 78% des patients sont d'accord pour recommander l'UPUP à leur famille et leurs amis s'ils en avaient besoin et 82.1% sont d'accord pour revenir en UPUP s'ils sont (ré)hospitalisés.

V.3.n Scores obtenus aux différentes dimensions de satisfaction

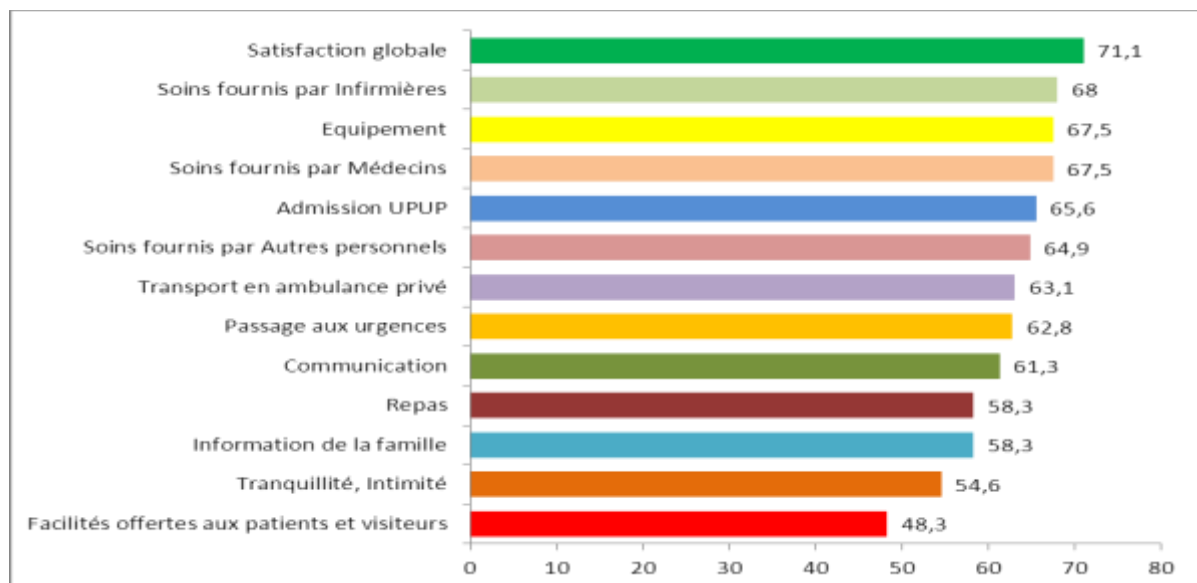


Figure 5: Scores de satisfaction / dimension des patients hospitalisés en UPUP

V.3.o Axes d'amélioration prioritaires selon les patients

L'UPUP doit améliorer en priorité	N	Pourcentage
Le niveau sonore, la protection des bruits	16	12.3%
L'information donnée à la famille	13	10.0%
Le stationnement	13	10.0%
Les délais d'attente	12	9.2%
Les repas	8	6.2%
Les contacts avec le personnel médical	7	5.4%
L'information donnée au patient	7	5.4%
La prise en charge de la douleur	7	5.4%
Les contacts avec le personnel soignant	6	4.6%
La prise en charge par l'équipe soignante	6	4.6%
L'intimité	6	4.6%
La prise en charge par l'équipe médicale	5	3.8%
La chambre	5	3.8%
Les sanitaires	4	3.1%
L'accueil	3	2.3%
Les contacts avec le personnel administratif	3	2.3%
La signalisation	2	1.5%
La confidentialité des informations	2	1.5%
Les autres prestations	2	1.5%
La sortie de l'établissement	2	1.5%
Autres améliorations	1	0.8%

Tableau 25: Axes d'amélioration en UPUP selon les patients

PARTIE 5 : DISCUSSION

I LES BIAIS ET LES LIMITES DE L'ETUDE

Au cours de cette étude, des changements organisationnels ont été réalisés au sein du CHU ne permettant pas l'interprétation de certains résultats.

I.1 LE TAUX D'HEBERGEMENTS

Le changement de procédure d'hébergement par la circulaire DHU1405-NDS-0026 (Annexe 2) a été mis en place au CHU de Nancy au cours de la période P2 du recueil de données. Le taux d'hébergements dans les différents services de soins ne peut donc être correctement évalué.

I.2 LA REVUE DE PERTINENCE

La revue de pertinence se limite à l'étude de la pertinence de « l'hospitalisation en UPUP ». Il aurait été plus intéressant d'étudier la pertinence de « l'orientation des patients dans la filière urgence ». Cette nouvelle revue aurait permis d'obtenir des informations sur le processus décisionnel d'orientation d'un patient entre l'UPUP et l'UHCD et ainsi permettre de comprendre le parcours aberrant de certains patients (SAU-UHCD-UPUP-service de spécialité).

I.3 L'ORIENTATION

Tel que l'étude a été construite, elle ne permet pas de renseigner plus précisément l'orientation des patients après hospitalisation en UPUP. Les données du PMSI donnent les grandes orientations (domicile, transfert, psychiatrie, MCO...) mais ne détaillent pas les services destinataires au sein du pôle MCO.

I.4 L'ENQUETE DE SATISFACTION

L'enquête de satisfaction possède des biais de sélection à plusieurs niveaux rendant son interprétation délicate. Elle n'est réalisable que chez les patients rentrant à domicile (35% environ), ayant les capacités intellectuelles permettant de renseigner le questionnaire ou ayant un tiers qui accepte de répondre le cas échéant (60% des patients retournés à domicile) et acceptant de participer à l'enquête (30% des patients précédemment éligibles).

Au final, l'enquête est réalisée sur un petit nombre de patients non obligatoirement représentatif de l'ensemble des patients hospitalisés en UPUP.

II EVALUATION DE L'IMPACT DE L'UPUP SUR LE SERVICE D'URGENCE

Au cours des 11 mois suivant l'ouverture de l'UPUP, comparativement aux 11 mois la précédant, les diminutions très significatives de la proportion de séjours du groupe 4 au SAU, de la DMS et du taux d'occupation des lits en UHCD témoignent d'une amélioration nette de la fluidité du parcours des patients aux urgences.

Par contre, on constate une augmentation du taux d'hébergements dans les différents services de spécialité. Ce paramètre n'est pas interprétable du fait du changement de procédure d'hébergements. En effet, une nouvelle procédure «d'hospitalisation des patients suite à un passage au SAU» a été mise en place dans l'établissement à compter du 04/03/2013 (DHU1405-NDS-0026), abrogeant la procédure de 2005. Cette nouvelle procédure vise à inciter l'hébergement des patients dans le pôle auquel appartient le service spécialisé cible, tout en facilitant les démarches administratives. Nous pouvions donc nous attendre à une augmentation du taux d'hébergements puisque l'hospitalisation en UPUP ne se fait que si aucun hébergement n'est possible, ceci montre que la procédure a été suivie.

En 2012, au CHRU de Lille, l'impact de l'ouverture d'une Unité de Médecine Polyvalente Post Urgence (UMPPU) sur le service d'urgence a été évalué de manière subjective par l'analyse de questionnaires de satisfaction remis aux urgentistes. Ces derniers se disent globalement satisfaits de la création de cette unité qui facilite les transferts intra-hospitaliers et qui diminue le temps imparti à la recherche de lits disponibles²⁴.

Ces deux approches objective et subjective se complètent et rendent compte d'une amélioration du parcours de soins des patients transitant par les urgences depuis l'ouverture d'une unité de médecine polyvalente post-urgence. Nous pourrions également proposer ce

type de questionnaire au SAU de Nancy pour connaître le ressenti des urgentistes vis-à-vis des nouvelles procédures d'hospitalisation des patients en provenance des urgences.

III PROFIL DES PATIENTS ORIENTES VERS L'UPUP

III.1 AGE ET SEXE RATIO

Les patients hospitalisés en UPUP sont de tout âge avec cependant une moyenne d'âge relativement élevée (76.3 ± 16.0 ans). Cette tendance s'observe également dans d'autres services de post-urgence notamment à Lille (moyenne d'âge égale à 63,9 ans avec tout de même 16,5% > 85 ans) et Dijon (moyenne d'âge égale à 73 ans)^{24,25}. Cela s'explique principalement par l'évolution démographique en France où l'espérance de vie est en constante augmentation²⁶.

Le sexe ratio est à prédominance féminine avec 60,1% de femmes dans notre population. Là aussi cette tendance a été observée dans d'autres services de post-urgence : 52% de femmes à Dijon²⁵, 53% de femmes à Saint-Etienne²⁷, et 59% à Clermont-Ferrand²⁸. Selon la pyramide des âges de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), le sexe ratio des + de 50 ans est en faveur des femmes à 55,1%²⁶ ce qui confirme la tendance observée dans la population de l'UPUP.

III.2 POLYPATHOLOGIE

Dans notre population les patients sont fortement polypathologiques puisque la majorité a entre 6 et 15 diagnostics à l'admission. Dans le Secteur d'Orientation Courte (SOC) de Dijon, dans 15,9% des cas, les patients avaient au moins une complication ou morbidité associée sévère et dans 18,5% des cas, la polypathologie était représentée par 5 à 16 diagnostics associés²⁵. L'UPUP a un recrutement de patients légèrement plus âgés et polypathologiques que dans les autres services de post-urgence. Cela peut s'expliquer par l'indication principale d'hospitalisation à l'UPUP représentée par des patients ayant une pathologie médicale aiguë dont le diagnostic n'a pu être clairement défini au SAU. Ces patients polypathologiques ont une nécessité de soins plus importante et leur orientation diagnostique sur quelques heures dans un service d'urgences en est rendue complexe ; ils sont donc plus fréquemment orientés vers les services de post-urgence.

III.3 CATEGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTIC

D'après la première catégorie majeure de diagnostic retrouvée (symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire), 1 patient sur 5 orienté vers l'UPUP a un diagnostic qui n'a pu être clairement établi au SAU, ce qui correspond bien à une indication d'hospitalisation dans cette structure.

A notre connaissance, il n'y a pas d'étude dans la littérature ayant étudié les diagnostics principaux retrouvés à l'admission des patients dans les services de post-urgences. Les pathologies principalement rencontrées sont similaires avec une prédominance des affections touchant les systèmes circulatoire et respiratoire^{27,28}.

Par contre, on peut s'interroger sur la pertinence de l'orientation vers l'UPUP, normalement réservée à la prise en charge des pathologies médicales aiguës, des patients hospitalisés pour fractures (n = 62, soit 4,6% de l'ensemble des diagnostics). En effet, toutes les fractures n'ont pas systématiquement une indication opératoire et ne relève donc pas d'une orientation exclusive vers un service de chirurgie. La question de l'orientation après les urgences de ces patients se pose. Ce sont souvent des patients âgés, polypathologiques, dont le retour à domicile est compromis. L'attente d'une convalescence est très souvent supérieure à six jours et impacterait la DMS de l'UPUP. Dans la littérature, aucun autre service de post-urgence ne fait mention d'hospitalisation à orientation chirurgicale.

III.4 LA REVUE DE PERTINENCE

III.4.a Indication d'hospitalisation en UPUP

La revue de pertinence confirme le fait que près de 20 % des patients sont hospitalisés en UPUP en vue de l'établissement d'un diagnostic, le complément étant des patients dans l'attente d'un lit en service spécialisé. Ceci correspond bien aux 2 indications majeures d'hospitalisation dans cette unité.

III.4.b Différentiation UHCD / UPUP

On note que plus d'un tiers des patients hospitalisés en UPUP proviennent de l'UHCD. Ces patients peuvent relever de deux situations différentes :

- un contexte polypathologique, sans prédominance d'une pathologie sur les autres, qui rend le choix d'un service spécialisé difficile.
- une attente de lit en service spécialisé dont la disponibilité était prévue dans les 36 heures ou des investigations complémentaires dont la durée prévisible était

inférieure à 36 heures et, dans les deux cas, une sous-estimation initiale de cette durée de 36 heures.

Quelle que soit la situation, la question suivante peut être posée : ces patients n'auraient-ils pas dû être orientés directement vers l'UPUP après passage au SAU? Cette question paraît d'autant plus légitime que près de 20% des séjours en UHCD sont supérieurs à 48h et que le taux d'occupation des lits en UHCD est de 158.3% contre 94.1% en UPUP. Une réflexion semble donc nécessaire concernant l'orientation vers l'UHCD ou l'UPUP après passage aux urgences.

Ces parcours aberrants relèvent de situations bien distinctes :

- Au cours du recueil de données, sur la période P2, le plan « hôpital en tension » a été déclenché. Dans cette situation, le parcours du patient « SAU – UHCD – UPUP – service de spécialité » est attendu. En effet, pour pouvoir respecter la DMS de l'UPUP, les patients de l'UPUP sont prioritaires pour accéder aux services de spécialité, l'UHCD transfère ses patients à l'UPUP et le SAU transfère les siens à l'UHCD par manque de place dans les services de spécialité et à l'UPUP. C'est le jeu des chaises musicales. Mais ces périodes de saturation des urgences sont transitoires et ne durent que quelques semaines.
- La deuxième situation, qui est la plus fréquente, est le non-respect des indications d'hospitalisation entre l'UPUP et l'UHCD.
- Enfin, il peut arriver que l'UPUP soit plein. Les patients sont, dans ce cas, orientés en UHCD.

Une nouvelle revue de pertinence, étudiant l'orientation des patients du SAU entre l'UPUP et l'UHCD apporterait des informations supplémentaires sur les facteurs influençant cette orientation.

De plus, l'équipe strasbourgeoise du Dr Bourgarit propose la mise en place d'un score médico-social prédictif de la durée de séjour en hospitalisation de médecine interne polyvalente d'aval des urgences. Ce score, établi pour chaque patient, est composé de l'évaluation du niveau de comorbidité (score de Charlson), de la probabilité de retour à domicile (score social coté de 0 à 3), de la lourdeur des soins paramédicaux et de la durée de séjour prévisible en fonction de la pathologie présentée évaluée par le sénior à l'admission²⁹. Ce score combiné, qui est encore en cours d'étude, pourrait permettre de prédire la DMS de chaque patient en attente d'hospitalisation et pourrait, dans notre cas, limiter les erreurs d'orientation vers l'UHCD de patients relevant de l'UPUP. Nous pourrions

également proposer l'instauration d'une fiche rapide permettant aux urgentistes de mieux estimer l'orientation de leurs patients.

III.4.c Différentiation PUOG / UPUP

Près de 40% des patients hospitalisés en UPUP ont plus de 75 ans et relèveraient d'une prise en charge gériatrique selon les médecins urgentistes du SAU. Leur orientation vers l'UPUP s'explique par un manque de lit disponible en filière gériatrique malgré l'ouverture d'une PUOG en 2010. Ce problème est également soulevé à Dijon où il apparaît que la prise en charge des patients âgés ayant un parcours similaire (urgences-SOC-gériatrie) n'est pas satisfaisante car source de syndrome confusionnel et de désorientation temporo-spatiale²⁵. Devant ce constat, la question du dimensionnement de la PUOG à 12 lits mérite d'être soulevée. Le CHU de Nancy a opté pour une autre solution en créant l'UGED, avec 15 lits, permettant de shunter les urgences.

IV ADMISSION DES PATIENTS ET DMS

IV.1 ACCUEIL ET TAUX D'OCCUPATION EN UPUP

L'analyse des tranches horaires et des jours d'hospitalisation entre le 01/01/2013 et le 30/11/2013 montre que l'UPUP assure bien sa vocation à accueillir des patients en hospitalisation 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Par ailleurs, le taux d'occupation des lits de 94.1% pendant cette même période est proche du 100% attendu. L'UMPPU de Lille a un taux d'occupation similaire de l'ordre de 80,1% mais leur objectif n'est que de 85% pour pouvoir être plus réactif et permettre une meilleure rotation des patients en ayant en permanence des lits disponibles²⁴.

IV.2 DMS EN UPUP

La DMS des séjours en UPUP est bien inférieure à 6 jours (5.8 jours) tel que cela était prévu. Cette DMS se situe dans la moyenne nationale observée au sein des différents services de post-urgence d'autres hôpitaux :

- CHRU Lille : DMS = 3,7 jours, pour une DMS attendue de 3 jours²⁴ ;
- CH Dijon : DMS = 3,7 jours, pour une DMS attendue de 3 jours²⁵ ;

- CH Saint-Etienne : DMS comprise entre 3 et 5 jours dans 79% des cas²⁷ pour une DMS maximale de 5 jours (cette unité de post-urgence a été développée au sein d'un service de semaine avec une fermeture du service le week-end) ;
- CHU Clermont-Ferrand : DMS = 11,2 jours, pour une DMS attendue entre 10 et 12 jours²⁸.

Cette grande variabilité des DMS peut s'expliquer par le nombre de lits dans chaque structure (18 pour Lille, 9 pour Dijon, 6 pour Saint-Etienne et 30 pour Clermont-Ferrand) mais également par le mode de fonctionnement propre de chaque service. Par exemple, le service de post-urgence d'Epinal ne prévoyait, pour ses patients, que des retours à domicile ou des transfert en SSR, allongeant ainsi la DMS du service.

A l'UPUP, on note une très grande variabilité dans les durées d'hospitalisation (écart-type = 4.5 jours) avec plus de 40% des séjours de 6 jours et plus.

L'équipe strasbourgeoise du Dr Bourgarit a analysé les causes de prolongation d'hospitalisation comparativement à une durée théorique de séjour dans leur unité d'aval des urgences. Il est retrouvé que 36% des hospitalisations prolongées étaient liées à un délai d'obtention d'examen complémentaire ou d'accès à une structure d'aval, 40% liées à une évolution médicale du patient ou à une sous-évaluation initiale de la durée d'hospitalisation liée à un diagnostic évolutif, 22% n'ont aucune cause justifiée³⁰. Pour le SOC de Dijon, la cause principale d'augmentation de la DMS est l'attente de place en SSR²⁵.

A l'UPUP, les séjours de longue durée correspondent principalement :

- à des délais d'attente importants de disponibilité de lits dans les services de spécialité, notamment lorsqu'une chambre seule est indiquée (patient en isolement, en soins palliatifs ou présentant des troubles du comportement).
- à des patients victimes de problèmes sociaux rendant leur sortie difficile tant qu'ils ne sont pas au moins en partie réglés,
- à des patients relevant d'une prise en charge chirurgicale et qui sont en attente d'un transfert en SSR ou HAD.

Les causes organisationnelles, propres à chaque structure, semblent prédominantes pour l'UPUP. Nous n'avons pas étudié l'impact que pouvaient avoir les causes inhérentes aux pathologies des patients.

V DEVENIR DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP

V.1 ORIENTATION

Un des objectifs de la création d'une unité de post-urgence est d'accueillir les malades nécessitant une hospitalisation de courte durée pour permettre ensuite un retour à domicile précoce et dans de bonnes conditions. Au sein de l'UPUP, 36,3% des patients ont pu regagner directement leur domicile, ce qui est légèrement inférieur aux données de la littérature. AU CHRU de Lille 40,5% des patients ont été orientés vers leur domicile ; 46% au CH de Dijon et 45% au CH de Saint-Etienne^{24,25,27}.

La deuxième orientation la plus fréquente à l'UPUP est le transfert en unité de MCO (36,5%). Il aurait été intéressant de vérifier que les unités MCO d'orientation sont bien des services de médecine.

On peut également noter que, quand les patients sont orientés en unité de SSR, il s'agit dans la majorité des cas (96.3%) d'un transfert dans un autre établissement. En effet, les lits disponibles dans l'unité de SSR du CHU sont réservés en priorité à la filière gériatrique.

V.2 REHOSPITALISATION

Le pourcentage de réhospitalisation pour le même motif dans l'établissement dans les 30 jours suivant la sortie d'UPUP est faible puisqu'il s'élève au maximum à 5%. Cela traduit que les pratiques de prise en charge en UPUP ne vont pas dans le sens d'une sortie prématurée d'hospitalisation.

V.3 COMPARAISON ENTRE LES PARCOURS : « SAU – SERVICE DE SPECIALITE » ET « SAU – UPUP – SERVICE DE SPECIALITE »

La DMS en spécialité des patients provenant de l'UPUP est significativement supérieure à la DMS en spécialité des patients provenant des urgences. La prise en charge médicale démarrant en UPUP, on aurait pu s'attendre à ce que les patients mutés ensuite dans un service de spécialité aient une DMS dans ce service inférieure à celle des patients provenant des urgences. Néanmoins, l'étude du profil des patients hospitalisés en UPUP montre qu'il s'agit d'une population âgée et très fortement polypathologique. Par ailleurs, le fait que 20% des patients soient orientés vers l'UPUP parce que le diagnostic n'a pu être

clairement établi aux urgences révèle la complexité évidente des situations cliniques rencontrées dans cette unité. Ces deux éléments semblent indiquer que la patientèle de l'UPUP représente une population sélectionnée et que, par conséquent, aucune conclusion ne peut être tirée quant à la DMS dans le service de spécialité d'aval.

VI SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES EN UPUP

VI.1 L'ENQUETE

Sur la durée des 23 semaines de l'enquête de satisfaction, 680 patients sont sortis d'hospitalisation en UPUP, ce qui représente 30 patients par semaine dont 10 qui retournent à leur domicile. Sur ces 10 derniers patients, 6 seulement ont les capacités de remplir un questionnaire de satisfaction (ou un tiers présent acceptant de répondre) parmi lesquels 4 acceptent de participer. Pour finir, 1 à 2 patients sur les 4 précédant renvoient un questionnaire exploitable. Ce processus de sélection a été largement sous-estimé au moment de la conception de l'enquête, ce qui aboutit à 42 patients répondants au lieu des 100 attendus. Dans l'idéal, pour atteindre la puissance voulue, l'enquête aurait dû s'étendre sur près de 1 an.

Les résultats de satisfaction doivent donc être interprétés avec prudence, en gardant en mémoire ce nombre de répondants inférieur à celui souhaité.

VI.2 SATISFACTION EN UPUP

Globalement, la satisfaction des patients hospitalisés en UPUP est plutôt bonne. La qualité des soins fournis par les infirmiers et les médecins est jugée satisfaisante. Néanmoins, des actions d'amélioration, portant sur la communication et les informations délivrées aux patients et à leur famille au sein de l'UPUP, ont été identifiées. La communication aux familles est, cependant, un sujet compliqué, notamment, lorsqu'il existe des conflits au sein de familles nombreuses. Un travail est en cours au sein de l'UPUP, en collaboration avec le service juridique et social, sur ce que le personnel peut révéler aux familles.

D'autres actions d'amélioration pourraient être envisagées par les instances et/ou partenaires concernés.

Ces actions portent sur :

- les facilités offertes au patient et à sa famille (accès au service : orientation, repérage ; parking ; télévision et téléphone) ;
- le niveau sonore et la protection contre le bruit au sein de l'UPUP ;
- la qualité des repas.

Lors de la réalisation de ce questionnaire, des items ont été ajoutés pour l'évaluation spécifique des urgences (questions 11 à 15). Les points suivants, identifiés les plus critiques ont été transmis au service concerné :

- la communication, la confidentialité et le respect de l'intimité
- les délais d'attente

VI.3 COMPARAISON AVEC L'ENSEMBLE DU CHU

Comparé à l'ensemble des patients hospitalisés au CHU (résultats 2011 sur un échantillon de 5 322 patients, issu d'une population de 28 690 sorties), la satisfaction des patients hospitalisés en UPUP est assez similaire. On retrouve les mêmes ordres de grandeur pour les scores des 13 dimensions de satisfaction, particulièrement pour les dimensions les plus mal classées (facilités offertes au patient et à sa famille, repas, intimité et tranquillité, communication, information). De la même façon, on retrouve les 5 mêmes premiers axes d'amélioration que ceux proposés par les patients de l'ensemble du CHU, avec, cependant, un classement un peu différent :

Classement des patients	de l'UPUP	du CHU
Le niveau sonore, la protection du bruit	1	4
L'information donnée à la famille	2	6
Le stationnement	3	2
Les délais d'attente	4	3
Le repas	5	1
La signalisation		5

Tableau 26: Comparaison entre l'UPUP et le CHU de Nancy des axes d'amélioration proposés par les patients

VI.4 COMPARAISON AVEC L'ENQUETE NATIONALE DE SATISFACTION

Au niveau national, en 2011, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a débuté une expérimentation sur l'indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) au sein des établissements de santé, publics et privés, exerçant une activité de MCO. En 2011, 2012 et 2013, les établissements de santé (ES), participant à cette enquête, étaient volontaires. En 2014 les enquêtes de satisfaction sont rendues obligatoires³¹ (31).

I-SATIS est un indicateur qui mesure la satisfaction des patients hospitalisés sur différentes composantes de leur prise en charge (prise en charge globale ; attitude des professionnels ; communication avec les professionnels ; information du patient ; restauration hospitalière ; commodité de la chambre ; score de satisfaction globale).

L'enquête réalisée obtient les résultats suivants :

Scores thématiques	Résultats		
	2011 : 213 ES	2012 : 124 ES	2013 : 151 ES
Prise en charge globale du patient	75.9%	76.4%	77.3%
Attitude des professionnels de santé	91.1%	90.8%	92.3%
Communication du patient avec les professionnels de santé	76.9%	78.6%	79.5%
Information du patient	91.1%	60.7%	61.7%
Restauration hospitalière	65.6%	55.1%	54.9%
Commodité de la chambre	55.2%	64.8%	74.7%
Score global de satisfaction	72.4%	72.1%	74.9%

Tableau 27: résultats de la campagne de recueil I-SATIS

La satisfaction des patients hospitalisés à l'UPUP est similaire aux ES ayant participé à I-SATIS. On retrouve un mécontentement plus marqué au niveau de la restauration hospitalière, la commodité de la chambre et l'information du patient. Le fait que la participation des ES à l'enquête I-SATIS soit sur la base du volontariat peut entraîner un biais de sélection des ES et surestimer les résultats. Le score de satisfaction de l'UPUP est de 71,1% soit équivalent au score global de satisfaction retrouvé au plan nationale ce qui est tout-à-fait encourageant.

VII LES PERSPECTIVES

VII.1 LA FILIERE GERIATRIQUE

Depuis la réalisation de notre étude, la filière gériatrique du CHU de Nancy a été réorganisée. En juin 2014, une Unité Gériatrique à Entrée Directe (UGED) a été créée en remplacement de la PUOG. Cette unité, composée de 15 lits (augmentation de 3 lits), permet des entrées directes des patients venant du domicile ou une EHPAD et présentant une pathologie gériatrique (altération de l'état général, bilan d'anémie, bilan de désorientation...). Le médecin généraliste peut donc adresser directement ses patients à UGED sans passer par le SAU. Cette nouvelle structure a pour vocation de shunter les urgences permettant de limiter les passages au SAU des personnes âgées.

Cependant, il y aura toujours des personnes âgées transitant par les urgences et nécessitant d'une prise en charge gériatrique (chute ou malaise sur la voie publique, œdème aigu pulmonaire par exemple). Dans cette situation, l'UGED accepte de faire des entrées si un lit reste disponible après 18h30, si ce n'est pas le cas ces patients seront orientés vers l'UPUP.

VII.2 LA FILIERE CHIRURGICALE

Le nombre important (3,1%) d'hospitalisation en UPUP relevant d'une prise en charge médicale de pathologie chirurgicale atteste d'un problème structurel de la filière chirurgicale.

Il faudrait, dans un premier temps, effectuer des protocoles standardisés pour la prise en charge des différentes pathologies chirurgicales rencontrées dans le service (fracture vertébrale, fracture du bassin...). Ces protocoles permettraient d'uniformiser la prise en charge et de simplifier les relations entre l'UPUP et les services de chirurgie. Il faudrait également que l'orientation de ce type de patient, en provenance du SAU, soit codifiée comme cela a été fait pour les patients de médecine.

VII.3 LES PARCOURS DE SOINS ABERRANTS

Certains patients ont un parcours de soins chaotique : « SAU–UHCD–UPUP–service de spécialité » mettant en évidence des erreurs d'orientation entre l'UHCD et l'UPUP. Une revue de pertinence, étudiant la différence entre l'orientation des patients en UPUP et en UHCD, permettrait d'évaluer les facteurs conduisant à ce choix.

Le score médico-social proposé par l'équipe strasbourgeoise nous paraît trop compliqué à instaurer au CHU de Nancy. Nous proposons la mise en place d'une grille simple, intitulée « pertinence de l'hospitalisation à l'UPUP » permettant d'identifier, rapidement, par les urgentistes, les patients relevant directement de cette unité. Un score supérieur ou égal à deux OUI indiquerait une hospitalisation en UPUP plutôt qu'en UHCD. Elle sera proposée prochainement aux responsables du SAU pour validation et mise en pratique.

CRITERES D'HOSPITALISATION	OUI	NON
AGE > 75 ANS		
PATHOLOGIE MEDICALE AIGUE OU CHIRURGICALE SANS INDICATION OPERATOIRE		
PAS DE LITS DISPONIBLES EN GERIATRIE		
VIVANT SEUL A DOMICILE		
ENTREE EN PERIODE DE NUIT OU DE WEEK END		
HOSPITALISATION À L'UPUP SI AU MOINS 2 OUI		

Tableau 28: Grille d'évaluation de la « pertinence de l'hospitalisation à l'UPUP »

CONCLUSION

Ce travail réalisé, en collaboration avec l'Unité d'Evaluation, nous a permis de pouvoir apprécier le rôle positif de cette unité mais aussi de révéler certains problèmes organisationnels.

En créant le service d'UPUP, le CHU de Nancy a permis d'améliorer la fluidité du passage aux urgences en diminuant les hospitalisations en « groupe 4 », le taux d'occupation de l'UHCD ainsi que la DMS en UHCD. Les objectifs de fonctionnement de ce service, fixés lors de sa création, ont tous été respectés.

Néanmoins, il en est ressorti des difficultés relatives au parcours patient. Ceux-ci pouvant être expliqués en partie en période de « crise », mais sont principalement dus à des erreurs d'orientation depuis le SAU. Une réflexion est en cours avec les urgentistes visant à l'élaborer d'une grille « pertinence d'hospitalisation à l'UPUP », afin d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient.

Enfin, il est apparu un nombre non négligeable d'hospitalisations relevant d'une pathologie chirurgicale. Une discussion devrait être menée avec les différents services concernés, permettant de protocoliser l'orientation et la prise en charge de ces patients.

Enfin, l'extension de cette unité est envisagée à raison de 30 lits dans un avenir proche. Il faudra cependant veiller à une pérennisation de ce fonctionnement qui, à ce jour, a fait ses preuves.

BIBLIOGRAPHIE

¹ L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions. Groupe de Travail à l'initiative de la SFMU. Mai 2005. p 18-21.
http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf

² Bellou A, De Korwin JD, Bourget J et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. La Revue de Médecine Interne 2003 ; 24 : 602-12

³ Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé, 2013; pp 12-15

⁴ République Française. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. JORF 2010 ; n°0163. p 13240.

⁵ Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2013. Janvier 2014

⁶ Agence Régionale de Santé Lorraine. Permanence des soins en médecine ambulatoire : Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. Janvier 2014

⁷ Blanchard P, Dupont M, Ollivier R (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales), Ferrier C, Prétot M (Membres de l'Inspection Générale de l'Administration). Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. 2006 mars. Rapport respectif n° 2006-029 et n° 06-007-02

⁸ Carrasco V. Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ? Actualité et Dossier en Santé Publique. 2005 septembre; (52) : 18-22

⁹ Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. Ann Emerg Med. 2007 Mar;49(3):257-64

¹⁰ Wargon M, Casalino E, Guidet B. From model to forecasting: a multicenter study in emergency departments. Acad Emerg Med. 2010 Sep;17(9):970-8.

¹¹ Kranklader E. Evolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts. Dossiers solidarité et Santé. n°25. 2012

¹² Forster AJ, Stiell I, Wells G, Lee AJ, van Walraven C. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. Acad Emerg Med. 2003 Feb;10(2):127-33.

¹³ Vermeulen MJ, Ray JG, Bell C, Cayen B, Stukel TA, Schull MJ. Disequilibrium between admitted and discharged hospitalized patients affects emergency department length of stay. Ann Emerg Med. 2009 Dec;54(6):794-804

¹⁴ Bernstein SL et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. Acad Emerg Med, 2009; 16: 1-10

¹⁵ Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. Am J Emerg Med 2010 ; 28 : 304-9

¹⁶ Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. Med J Aust, 2006 ; 184 : 213-6

¹⁷ Sprivilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. Med J Aust, 2006 ; 184 : 208-12

¹⁸ Derame G et al. Les passages non justifiés au Service d'Accueil-Urgences- Proposition d'une offre de soins différenciée. La Presse Médicale. 2004 ; 33 : pp 780-783

¹⁹ Ye L et al. Prolonged length of stay in the emergency department in high-acuity patients at a Chinese tertiary hospital. Emerg Med Australas. 2012 Dec;24(6):634-40

²⁰ Carli P. Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Groupe de travail «aval des urgences». Sept 2013. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf

²¹ Circulaire n°195/DHOS//du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

²² Groupe de travail plan blanc et gestion de crise. L'établissement de santé en tension: les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc. 2005 sept.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_l_etablissement_de_sante_en_tension.pdf

²³ Milojevic K et al. La charge de travail représentée par le téléphone dans les services d'urgences. JEUR 2003; 16 :127-31

²⁴ Barbottin E. Ouverture d'une Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgence au CHRU de Lille : bilan à 5 mois de fonctionnement. (Thèse de Doctorat d'Université, Médecine). Lille 2: Faculté de Médecine; 2012

²⁵ Berthier S, et al. Intérêt d'un secteur d'orientation courte dans un service de médecine interne. Presse Med novembre 2004;33:1319-22

²⁶ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 31/07/2014). Bilan démographique de l'année 2013, (en ligne).http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo

²⁷ Lévy M, Charmion S, Bouchou K, Cathébras P. Une unité de post-urgence originale au sein d'un service de semaine de médecine interne. La revue de médecine interne 2006 ;27:S336-S418

²⁸ Breuil N, et al. Evaluation des 6 premiers mois d'activité d'une unité de post accueil des urgences. Urgences 2004;1S38-39

²⁹ Bourgarit A, Sauleau E, Goichot B. Essai de mise en place d'un score médico-social prédictif de la durée de séjour en Service de médecine interne polyvalente d'aval des urgences : étude pilote monocentrique en CHU. La revue de médecine interne 2012;33S:A28-A89

³⁰ Bourgarit A, Vogler D, Goichot B. Médecine interne polyvalente d'aval des urgences : évaluation des causes de prolongation d'hospitalisation dans une unité de médecine interne dédiée à l'aval des urgences : évaluation des pratiques. La revue de médecine interne 2012;33S:A28-A89

³¹ Ministère de la santé et des Affaires sociales. (page consultée le 20/08/2014). Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés I-SATIS, (en ligne). <http://www.sante.gouv.fr/indicateur-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises-i-satis,11357.html>.

ANNEXES

I ANNEXE 1 : DISPOSITIF HOPITAL EN TENSION (SATURATION SAU)

 www.chu-nancy.fr	Document à valeur institutionnelle	SRRM7761-DVI-0005
	Dispositif hôpital en tension (saturation SAU)	Version 2
		Applicable le : 13/03/2013
Approbateur		
Liliane ROUX		



Dispositif hôpital en tension (saturation SAU)

Direction des Hôpitaux Urbains

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
I- ACTIVATION DU DISPOSITIF HOPITAL EN TENSION : CONSTITUTION DE LA CELLULE DE VEILLE	3
II- ACTIVATION DE LA CELLULE DE CRISE	4
III- MODALITES DE GESTION DES LITS DEDIES AU DISPOSITIF « HOPITAL EN TENSION »	5
IV- TABLEAU DE SYNTHESE	6
ANNEXE :	7

INTRODUCTION

Le présent dispositif concerne l'organisation à mettre en place, en fonction d'un constat collectif de saturation jugée durable du SAU, les moyens exceptionnels à effet immédiat ou décalé dans le temps, et qui seront susceptibles de réduire, voire de supprimer la difficulté rencontrée.

Le document qui suit, à destination de l'ensemble des pôles et services du CHU, vise à décrire les procédures et moyens à mettre en œuvre. Préparé en lien avec le Chef du service des urgences et le Président de la CACNOP, il a donné lieu à un échange avec les directeurs référents et les chefs de pôle et a été présenté en Directoire le 28 novembre 2011.

Il est à noter que ce dispositif appartient à l'ensemble des organisations de gestion de crise en vigueur au CHU, il complète les différents plans d'urgence (plan blanc, annexes spécialisées). En particulier, le Plan blanc mobilise, dans la plupart des cas, sur courte période, des moyens exceptionnels et massifs. Le dispositif hôpital en tension a vocation à être appliqué en fonction de la situation constatée, à partir de l'observation d'indicateurs convenus.

I- ACTIVATION DU DISPOSITIF HOPITAL EN TENSION : CONSTITUTION DE LA CELLULE DE VEILLE

- » En application des recommandations nationales¹, le dispositif doit pouvoir être mis en œuvre rapidement en cas de difficultés majeures dans l'hospitalisation quotidienne des patients dont le séjour n'était pas programmé. Pour ce faire, le tableau de bord journalier tenu par le SAU constituera une base objective pour l'analyse.

Les indicateurs intégrés dans ce tableau de bord ont vocation à pouvoir être extraits du logiciel Résurgences et consultables par la Direction et le service des urgences en direct. Il s'agit des points suivants :

- Le nombre total de patients hospitalisés au SAU faute de lits (patients dits « groupe 4 ») à 8 heures 30,
 - Dont le pourcentage de patients de plus de 75 ans, présents à 8h30 au SAU et devant être hospitalisés
 - Le nombre de patients accueillis sur les 24 heures au SAU en référence à la moyenne mobile mensuelle
 - A partir du SAU, le taux d'hospitalisation, interne et externe (par manque de lits)
- » A ces données factuelles doivent s'ajouter des considérations qui permettent d'inscrire ou non, la problématique dans la durée, notamment :
 - Période de l'année où la situation est observée (fêtes, ponts, longs week-ends, périodes de vacances...)
 - Existence de phénomènes épisodiques identifiés : pandémie grippale, virus signalés (pneumocoques...), gastro entérites, bronchiolites
 - Particularité ou dysfonctionnement de la permanence des soins de ville : tableaux PDS non remplis, fermeture d'une structure médicale...
 - Difficulté ou dysfonctionnement interne au CHU
 - Autres données
 - » A partir des données collectées, la direction décide d'activer ou non le dispositif spécifique « hôpital en tension ».
 - » Cette décision, arrêtée par le Directeur Général, engage l'ensemble des acteurs hospitaliers. Elle est prise sur proposition commune du Directeur Référent du Pôle URM, du chef de service du SAU SAMU SMUR et du Président de la CACNOP ou d'un représentant de la CME désigné par le Président de cette instance.
 - » L'activation du dispositif « Hôpital en tension » entraîne l'activation de la cellule de veille.
 - Cette cellule est composée du directeur référent du pôle URM, du directeur de garde, du chef de service du SAU SAMU SMUR, du Président de la CACNOP ou du représentant de la CME désigné par le Président de cette instance, d'un directeur des soins et le cadre supérieur du pôle URM.
 - La cellule se réunit quotidiennement : pour faciliter les échanges, cette réunion pourra se tenir en conférence téléphonique.
 - Les relevés de conclusion de chaque réunion sont diffusés à la Direction Générale, aux directeurs référents de pôle, au directeur de la Qualité et des Usagers, à la direction de la Communication, au directeur des services économiques, à l'ensemble de l'équipe de direction, aux chefs de pôle et aux cadres supérieurs de pôle, au Président de la CME, à la Coordinatrice Générale des Soins.
 - » Le plan d'actions suivant est mis en œuvre dans le cadre de l'activation du dispositif :
 - Message d'alerte en interne signé du Directeur Général et du Président de la CME informant l'ensemble du personnel de l'activation du dispositif ayant pour objet d'informer le personnel de la situation de tension et d'attirer l'attention des secteurs d'hospitalisation et des secteurs logistiques et médico-techniques concernés sur les mesures à prendre (anticipation des sorties, priorisation des examens demandés par les urgences, etc. Ce message est préparé par le Directeur référent du pôle URM, sur la base du message type. *(cf. Annexe au présent document)*.

¹ Guide Plan Blanc et gestion de crise de la DGOS, guide sur l'établissement de santé en tension

- Incitation à l'anticipation des sorties des patients sur le matin plutôt que l'après-midi, à la priorisation des examens d'imagerie demandés par les urgences pour permettre l'évacuation des patients du SAU, le suivi en lien avec la D.S.E de tous les transports d'un délai de plus d'une heure par rapport à la demande initiale.
- Un point de situation est opéré quotidiennement, qui permet de connaître :
 - Le nombre de patients présents en circuit classique au SAU à 8h et 17h, dont le nombre de plus de 75 ans
 - Le nombre de patients à hospitaliser à 17h
 - L'état précis des lits disponibles :
 - Il est réalisé par chaque cadre d'unité d'hospitalisation sous couvert des cadres supérieurs de santé de pôles à 12 heures et à 17 heures chaque jour.
 - Il comporte l'indication des lits libres, ceux qui vont se libérer avec des sorties décidées, avec précision du sexe (Homme ou Femme)
 - Il mentionne les lits réservés, avec indication de la date programmée d'utilisation de chaque lit réservé à J +1, J +2 et J +3
 - Il est communiqué directement au cadre du SAU ou son représentant qui est chargé de centraliser toutes les données reçues sur le tableau récapitulatif en vigueur au SAU. Ces données sont diffusées en temps réel à la Direction Générale et au Directeur de Garde.
 - Le directeur de garde peut être amené, si nécessaire, à relayer et renforcer les cadres soignants sur le terrain afin de vérifier, ponctuellement et en cas de doute, la situation réelle de disponibilité des lits.
- Conjointement, une information de l'ARS est réalisée via la plateforme de veille et d'alerte de l'ARS Lorraine. L'information de la plateforme est assurée par le directeur référent du pôle URM, qui prévient le Directeur de la Qualité et des Usagers, référent du Plan Blanc.

II- ACTIVATION DE LA CELLULE DE CRISE

Le dispositif mis en place par le CHU, à partir de l'observation des indicateurs journaliers comporte trois seuils d'activation :

- Dès que 12 patients hospitalisés en « groupe 4 » sont présents à 8 heures 30 du matin : la cellule de crise est activée et développe les actions de niveau 1
- Dès que 17 patients hospitalisés en « groupe 4 » sont présents à 8 heures 30 du matin : la cellule de crise est activée et développe les actions de niveau 2
- En cas d'aggravation de la situation, et sur décision du Directeur Général en lien avec la cellule de crise, les actions prévues dans le plan de continuité d'activité sont déclenchées.
- La cellule de crise est constituée par le DG et le Président de la CME, le directeur référent du pôle URM et le directeur de garde, le chef de service du SAU, le Président de la CACNOP, le Coordonnateur Général des Soins ou son représentant, un représentant médical par pôle. Les relevés de conclusion de chaque réunion sont diffusés à la Direction Générale, aux directeurs référents de pôle, au directeur de la Qualité et des Usagers, à la Direction de la Communication, au directeur des services économiques, aux chefs de pôle et aux cadres supérieurs de pôle, au Président de la CME, à la Coordinatrice Générale des Soins, au Directeur de la Qualité et des Usagers, référent du Plan Blanc. En cas de mobilisation de personnel supplémentaire, la DRH est intégrée à la cellule de crise.
- La cellule de crise se réunit dans la salle de cellule de crise du SAMU SMUR, pavillon Chainot.

Les plans d'actions mobilisables lors de la constitution de la cellule de crise sont les suivants :

Actions de niveau 1	Actions de niveau 2	Actions du plan de continuité d'activité
➤ Rajout de 7 lits supplémentaires sur les services identifiés dans le tableau ci-dessous ➤ Accélération des décisions de sortie ou le transfert des patients déjà hospitalisés, en veillant à libérer les lits, autant que faire se peut, avant le Week-End de préférence, ou le lundi matin, et en privilégiant le matin. ➤ Signalement au service transport de tout délai de plus d'une heure dans l'arrivée du transport demandé pour la sortie ou le transfert du patient. Le service transport prend toutes les mesures nécessaires pour permettre la sortie du patient dans les plus brefs délais. ➤ Désignation et présence d'un cadre	➤ Rajout de 9 lits supplémentaires sur les services identifiés dans le tableau ci-dessous ➤ Accélération des décisions de sortie ou le transfert des patients déjà hospitalisés, en veillant à libérer les lits, autant que faire se peut, avant le Week-End de préférence, ou le lundi matin, et en privilégiant le matin. ➤ Signalement au service transport de tout délai de plus d'une heure dans l'arrivée du transport demandé pour la sortie ou le transfert du patient. Le service transport prend toutes les mesures nécessaires pour permettre la sortie du patient dans les plus brefs délais.	➤ Allègement ou limitation de la programmation dans tous les services, pour restaurer les capacités d'accueil pour les patients venant des urgences ➤ Déprogrammation des patients programmés : cette mesure ne s'applique qu'avec un délai de déprogrammation égal ou supérieur à 48 heures, pour permettre au patient ses propres dispositions, et au service d'annuler les différents actes et rendez-vous qu'il avait organisés pour le patient ➤ Réduction du nombre de lits programmés quand le service réserve géographiquement des lits pour les séjours programmés. Ces lits redeviennent des lits « tout venant » et sont donc mobilisables

« Seule la version électronique du document est valide » SRRM7761-DVI-0005

Page 4 sur 7

IV- TABLEAU DE SYNTHESE

	Situation de veille	Situation de tension de niveau 1	Situation de tension de niveau 2	Déclenchement du plan de continuité d'activité
Indicateurs	Dégradation des indicateurs du tableau de bord	Plus de 12 patients en groupe 4 à 8h au SAU	Plus de 17 patients en groupe 4 à 8h au SAU	Aggravation de la situation
Décision d'entrée dans le dispositif	Décision du Directeur Général sur proposition commune du Directeur référent du pôle URM, du chef de service du SAU SAMU SMUR et du Président de la CACNOP.	Décision du Directeur Général sur proposition de la cellule de crise	Décision du Directeur Général sur proposition de la cellule de crise	Décision du Directeur Général sur proposition de la cellule de crise
Cellule de suivi	Cellule de veille	Cellule de crise	Cellule de crise	Cellule de crise
Composition	- directeur référent pôle URM - Directeur de garde - Chef du service SAU SAMU SMUR - Directeur des soins - Cadre sup du pôle URM - Président de la CACNOP ou un représentant de la CME	- Directeur Général - Président de la CME - Chef du service SAU SAMU SMUR - Directeur référent du pôle URM - Directeur de garde - Président de la CACNOP - Coordonnateur Général des soins ou son représentant - un représentant médical par pôle		Intégration du Directeur Plan Blanc
Plan d'actions mobilisé	• Réalisation d'un état des lits par les cadres des secteurs 2 fois par jour • Incitation à l'anticipation de sortie ou le transfert. Incitation à la réalisation des examens en urgence dans le délai le plus court possible Suivi des retards de transports en lien avec le service transport	• Mesures de veille Mobilisation de 7 lits tampons	• Mesures de veille Mobilisation de 9 lits tampons	Adaptation des mesures prévues dans le PCA • Déprogrammations en chirurgie pour libérer des lits de réanimation si un besoin de lits de réanimation est identifié Déprogrammations et sorties accélérées en médecine.
Communication interne	Mail à destination des chefs de pôle, des cadres supérieurs de pôle, des directeurs référents de pôle.	Flash spécial sur la situation de tension Indication du nombre de lits tampons mobilisés	Flash spécial sur la situation de tension Indication du nombre de lits tampons mobilisés	Flash spécial sur la situation de tension Indication du niveau de déprogrammation par secteur
Communication externe	Signalement par le directeur référent du pôle URM à la plateforme de veille et d'alerte sanitaire de l'ARS :	Signalement à la plateforme de veille et d'alerte sanitaire de l'ARS	Signalement à la plateforme de veille et d'alerte sanitaire de l'ARS	Signalement à la plateforme de veille et d'alerte sanitaire de l'ARS Communication patients / correspondants / point presse : mesures du Plan Blanc

de santé de garde dédié aux Urgences pour les week-ends pressenti à risques (par exemple : Noël et jour de l'an)	» Désignation et présence d'un cadre de santé de garde dédié aux Urgences pour les week-ends pressenti à risques (par exemple : Noël et jour de l'an)	pour les urgences
» Désigner un Médecin Urgentiste sénior chargé d'assurer le rôle de chef d'orchestre afin d'avoir la visibilité globale sur le SAU, à tous moments de la journée	» Désigner un Médecin Urgentiste sénior chargé d'assurer le rôle de chef d'orchestre afin d'avoir la visibilité globale sur le SAU, à tous moments de la journée	» A terme, réflexion pour créer, au sein des services de chirurgie, une unité de type médico-chirurgicale destinée à accueillir et regrouper les patients hébergés « hors discipline ». La prise en charge médicale de cette unité sera assurée par l'équipe médicale de chaque pôle selon une rotation hebdomadaire.

La liste des lits supplémentaires est présentée ci-dessous :

Lits	Services concernés	Pôle	n° chambre	UF
2	Secteur 2	Hémato	7233	1042
1	Endocrino secteur 1	Digestif	n° Z108 lit C	1001
1	Diabète secteur 2	Digestif	N° A230 lit B	1561
1	Néphrologie Secteur 4	Digestif	Z318 C	1092
1	ORL 1er HC	NTC	E109 lit B	2112
1	MAXILLO 3ème HC	NTC	E312 lit B	2402
1	PUOG	GSP	Chambre 6108 lit B	1274
1	Secteur 1	GSP	Chambre 8102 lit B	1241

- » L'utilisation des lits supplémentaires installés est soumise aux conditions suivantes :
 - Seuls les patients adressés par le SAU ont vocation à y être accueillis, à l'exclusion de toute occupation au titre de l'HDJ, d'une programmation ou d'un surcroît d'activité propre au service.
 - Tous les services d'hospitalisation sans exception doivent étudier la possibilité d'installer un ou plusieurs lits supplémentaires, en veillant notamment à la possibilité d'accès aux fluides médicaux (O2 et autres) à partir du réseau fixe de distribution des gaz médicaux.
- » Elargissement de la notion de spécialité pour permettre la mobilisation des lits disponibles effectivement, en veillant, si possible au respect des contraintes d'hygiène (patients infectés ou non)
 - Affectation prioritaire de malades de la spécialité dans la spécialité.
 - Affectation des malades de la spécialité dans une spécialité proche
 - Affectation de patients « médicaux » dans des services de chirurgie, par exemple :
 - Chirurgie viscérale et urologique pour des patients relevant de l'Hépatogastro-Entérologie.
 - Chirurgie orthopédique et maxillo faciale pour les patients relevant de neurologie

III- MODALITES DE GESTION DES LITS DEDIES AU DISPOSITIF « HOPITAL EN TENSION »

Les lits dédiés du dispositif à activer dans les services des pôles Digestif, GSP et Hématologie sont actuellement stockés (lit + table de nuit + adaptable + matelas) au sein du secteur 3 d'Hématologie, 7ème étage, chambres 8 et 9 (7 lits).

Lors du déclenchement du dispositif, la direction de site contacte le service intérieur des Hôpitaux de Brabois pour procéder à l'installation des lits dans les services selon le tableau ci-dessus.

Le cadre de santé informe son équipe :

- du dispositif et de ses modalités (cf Info du jour et note dans 'Mesdocs')
- du lieu de positionnement du lit hors dispositif
- de l'identification du matériel
- de la chambre dédiée au lit en cas de déclenchement du dispositif
- de l'intégration de ce ou ces lits dans le logiciel GML

Le cadre de santé précise que :

- le lit ne doit pas servir en dehors du déclenchement du dispositif
- le lit n'est pas un lit supplémentaire pour la spécificité du service, ne rentre pas dans la gestion quotidienne des lits
- le lit est positionné en dehors de la chambre lorsqu'il n'est pas activé dans le cadre de cette gestion de crise.

Annexe :

Message d'Alerte

Déclenchement du dispositif « HOPITAL EN TENSION »

Au vu du nombre important de patients contraints de passer la nuit au Service d'Urgences depuis plusieurs jours, le directeur Général a déclenché le dispositif spécifique « Hôpital en tension » (pour plus d'informations, se reporter à la procédure disponible dans MESDOCS)

En application du dispositif, et selon le niveau d'alerte l'activation de 7 à 9 lits tampons a été décidée par la cellule de crise.

En complément de cette décision, nous vous remercions de prendre les mesures suivantes :

- Anticiper les sorties de patients sur le matin plutôt que l'après midi
- Prioriser les examens d'imagerie demandés par les urgences
- Faire un retour à la Direction des Services Economiques pour tout transport dont le délai est de plus d'une heure par rapport à la demande initiale

Vous serez informés de la levée du dispositif par un nouveau message d'alerte.

Le président de la CME
Premier Vice-président du Directoire

Michel CLAUDON

Le Directeur Général
Président du Directoire

Bernard DUPONT

II ANNEXE 2 : NOTE DE SERVICE : HOSPITALISATION DES PATIENTS SUITE A UN PASSAGE AU SERVICE DES URGENCES (DHU1405-NDS-0026)

	NOTE DE SERVICE		DHU1405-NDS-0026
	Hospitalisation des patients suite à un passage au Service des Urgences		Nos Références : DHU/LR/DO
			Date de mise en application : 04/03/2013
Direction des Hôpitaux Urbains		Suivi par : L. ROUX Téléphone : 51235 Courrier électronique : l.roux@chu-nancy.fr	
Abroge et remplace Degré de confidentialité :		note de service n°24/2005 du 23 novembre 2005 Tout public concerné	

Objet : Hospitalisation des patients suite à un passage au Service des Urgences

Références : Note de Service n° 24/2005 du 23 novembre 2005

L'admission des patients est prononcée par le médecin senior des urgences dans le service correspondant aux soins nécessaires aux patients.

Le patient relevant d'une discipline médicale ou chirurgicale est hospitalisé en priorité dans la spécialité concernée.

S'agissant « des lits réservés » :

Il est rappelé qu'en cas d'urgence, la programmation d'une entrée le lendemain ne peut faire obstacle à l'hospitalisation en urgence d'un patient. Néanmoins, si la possibilité existe, il convient d'admettre ce patient de préférence dans une unité qui éviterait de mettre en échec une programmation prévue.

☒ Manque de lits d'hospitalisation dans les spécialités concernées



I. OUVERTURE TEMPORAIRE DE LITS SUPPLEMENTAIRES DANS LES SERVICES DE SPECIALITES

1- Critères de sélection et d'ouverture du lit :

- ☒ Dans un secteur d'hospitalisation complète
- ☒ En priorité dans une chambre à doubler (si pas de chambre à doubler dans l'unité alors dans une chambre à tripler)
- ☒ Un lit par secteur d'hospitalisation de 10 à 12 lits
- ☒ Sur une période de l'année donnée (la période hivernale: de Novembre à Mars) à noter que la période sera revue chaque année.
- ☒ Un jour de semaine, (pour l'ouverture administrative)
 - ☐ du lundi au vendredi, de 9h à 16h et hors jour férié
- ☒ Pas de lit dans la spécialité concernée
- ☒ Patients aux urgences nécessitant la spécialité
- ☒ Contexte à prendre en compte (période de crise, etc.)

2- Localisation des lits supplémentaires

- ☒ 6 lits dans le pôle DIGESTIF sur le site de Brabois Adultes (services concernés : Chirurgie Digestive (2) / Néphrologie (1) / Diabétologie (1) / HGE (2))
- ☒ 2 lits dans le pôle MCC sur le site de Brabois Adultes (service concerné : Rhumatologie)
- ☒ 1 lit dans le pôle GSP sur le site de Brabois Adultes (service concerné : PUOG)

« Seule la version électronique du document est valide »

DHU1405-NDS-0026

Page 1 sur 6

3- Organisation pratique

Validation de l'ouverture par le directeur Général ou son représentant, le Directeur du Pôle URM, sur **proposition** du médecin senior des urgences et après **validation** du médecin de la spécialité concernée.

a. Information par mèl de l'ouverture du lit (ou des lits) aux personnes suivantes :

- ☒ Directeur Générale
- ☒ Président de la CME
- ☒ Directeurs référents des pôles concernés
- ☒ Directeur de garde
- ☒ Directeur des soins
- ☒ Trio du pôle concerné
- ☒ Chef du service concerné
- ☒ Cadres de santé des services concernés

b. Ouverture administrative du lit auprès de la direction du contrôle de gestion : service statistique et analyse de gestion (réalisée par l'Attachée d'Administration de la Direction des Hôpitaux Urbains)

c. Demande d'installation du ou des lits auprès du service intérieur de Braboïs (réalisée par l'Attachée d'Administration de la Direction des Hôpitaux Urbains)

II. HOSPITALISATION D'UN PATIENT DANS UN AUTRE SERVICE, FAUTE DE PLACE DANS LA SPECIALITE CONCERNEE.

Pôle	Services des pôles	Services d'admission de préférence
HEMATOLOGIE	Services d'Hématologie	Services d'Hématologie
DIGESTIF	Endocrinologie Hépat-Gastro-Entéro Diabétologie Néphrologie Urologie Chirurgie Digestive et Générale	Service du pôle DIGESTIF
MCC	Rhumatologie	Rhumatologie + service de proximité géographique : - Département d'Ophthalmologie - Chirurgie Digestive et Générale - Urologie
	CGUT Médecine H COT ATOL	Services du pôle MCC sur le site de Central
URM	UHCD UPUP	UHCD UPUP
SM	MIMOS MIICA Maladies Respiratoires Maladies Infectieuses et Tropicales Dermatologie Pneumologie USIR	Service du pôle SM + Service de proximité géographique : - Médecine L
GSP	Unité Gériatrie A Unité Gériatrie B PUOG	Services du pôle GSP sur Brabois + Services de proximité géographique : - Endocrinologie - Rhumatologie
	Soins Palliatifs	Soins Palliatifs + SSR
Services de réanimation	Réanimation Neurochirurgicale	Réanimation Neurochirurgicale + Réanimation Médicale de Central + Réanimation Chirurgicale de Central
	Réanimation Médicale de Central Réanimation Chirurgicale de Central Réanimation Picard Réanimation médicale de Brabois	Services de réanimation chirurgicale et médicale (hors service de réanimation Neurochirurgicale)
NTC	Ophthalmologie Médecine L	Ophthalmologie Médecine L + Services de proximité géographique : - Endocrinologie - Chirurgie Digestive
	Psychiatrie	Psychiatrie
	Neurochirurgie ORL MAXILLO	Services du pôle NTC de Central + services de proximité géographique : - COT/ATOL - CGUT
	Neurologie Neuroradiologie	Service du pôle NTC de Central
CCVT + MCVRM	Services des pôles CCVT + MCVRM	Services des pôles CCVT + MCVRM

1. Hypothèse 1 : patient nécessitant un lit de médecine et admis dans un service de médecine autre que la spécialité requise

☒ Responsabilité médicale et IDE

Tous les services de médecine ont la compétence infirmière et médicale pour la prise en charge de base d'un patient médical ne relevant pas de leur spécialité.

La notion d'hébergement ne s'applique pas. Les médecins de ces services peuvent néanmoins s'entourer des conseils du praticien senior du service adapté et envisager le transférer du patient dans ce service si une place se libère.

Pendant les heures normales de service :

- ☛ Le médecin senior du service d'hospitalisation

Hors période normale de service :

CENTRAL

- ☛ Pour la 1ère nuit : Médecin Senior des Urgences puis le médecin senior de garde ou d'astreinte du service

BRABOIS

- ☛ Interne de garde qui peut faire appel au médecin senior d'astreinte ou de garde du service d'hospitalisation (qui pourra à son tour appeler le médecin de la spécialité, s'il l'estime nécessaire).

2. Hypothèse 2 : patient nécessitant un lit de médecine et admis dans un service de chirurgie

☒ Responsabilité médicale et IDE

La notion d'hébergement s'applique. La prise en charge infirmière est assurée par le personnel du service d'hospitalisation. La prise en charge médicale est assurée comme suit :

Pendant les heures normales de service :

- ☛ Le médecin senior du service initialement ciblé par le senior des urgences où le patient aurait été hospitalisé si une place avait été disponible.

Hors période normale de service :

CENTRAL

- ☛ Pour la 1ère nuit : Médecin Senior des Urgences puis le médecin senior de garde ou d'astreinte du service de la spécialité concernée.

BRABOIS

- ☛ Interne de garde qui peut faire appel au médecin senior de garde ou d'astreinte du service de la spécialité concernée.

☒ Les modalités pratiques et l'information sur le patient hospitalisé en cas d'hébergement

Le médecin senior des urgences prévient par téléphone :

Pendant les périodes de service normales de jour :

- ☛ Le médecin senior du service initialement ciblé dont le médecin va assurer la responsabilité médicale du patient en cas d'hébergement (*pour prise en charge du patient*)
- ☛ Le médecin senior du service d'hospitalisation (*pour information*).

En dehors des périodes normales de service:

- ☛ L'interne de garde (en ce qui concerne Brabois),
- ☛ L'infirmière du service d'hospitalisation
- ☛ Le médecin responsable du service initialement ciblé qui devra assurer la couverture médicale dès le lendemain (selon organisation retenue par l'équipe médicale du Pôle).

Pour sécuriser les conditions d'hospitalisation et clarifier les responsabilités, le médecin senior des urgences précise dans le dossier qui suit le patient outre les premiers diagnostics et prescriptions :

- ☛ Le service d'hospitalisation qui héberge le patient
- ☛ Le service initialement ciblé dont le médecin va assurer la responsabilité médicale du patient en cas d'hébergement

Le dossier est remis au personnel accompagnant le patient.

En outre, une information (nom du patient / lieu d'hospitalisation / date et heure d'hospitalisation / 1^{er} diagnostic et prescriptions) est envoyée par mail par la secrétaire des urgences immédiatement si c'est en cours de journée ou le lendemain (à 8 heures) si l'admission est réalisée la nuit :

- ☛ Au chef de service, du service initialement ciblé par le biais du secrétariat du service,
- ☛ Au chef de service, du service d'hospitalisation par le biais du secrétariat du service,
- ☛ Au cadre infirmier du service d'hospitalisation,
- ☛ Au cadre supérieur de santé du (ou des) pôle(s) concerné(s),
- ☛ Au gestionnaire de lit du service initialement ciblé

3. Rôle du directeur de Garde

Le directeur n'intervient pas, en première intention, dans le choix du service d'hospitalisation qui relève de l'appréciation médicale du médecin senior du service des urgences

En cas de difficultés particulières le médecin des urgences saisit le directeur de garde. C'est le directeur de garde qui reste responsable de l'admission des patients dans l'établissement. Il confirmera les décisions d'admission prises conformément à la note de service.

Le directeur est compétent et sera appelé notamment pour régler les points suivants :

- ☛ Décision de réouverture de lits
- ☛ Problème de couverture en personnel ou difficultés matérielles, lorsque celles-ci n'auront pas pu être réglées en première approche par les cadres soignants et les praticiens

*** Seule la version électronique du document est valide ***

DHU1405-NDS-0026

Page 4 sur 6

III. DISPOSITIF « HÔPITAL EN TENSION »

Lits mis à disposition dans le cadre d'Hôpital en Tension

Pôle	Service
GSP	1 lit en PUOG 1 lit secteur 2
Digestif	1 lit en Endocrinologie secteur 1 1 lit en Diabétologie secteur 2 1 lit en Néphrologie
Hémato	1 lit en secteur 1 1 lit en secteur 2
NTC	1 lit en ORL 1 lit en Maxillo-facial
Total	9

IV. SYNTHÈSE DES LITS MOBILISABLES

PÔLE	Procédure d'augmentation temporaire de lits dans les services		Procédure "Hôpital en Tension"		TOTAL
	Localisation	Nombre total de lits	Localisation	Nombre total de lits	
GSP	PUOG	1	PUOG Gériatrie Secteur 1	2	3
DIGESTIF	Chir digestive Sect. 3 HGE Secteur 2 HGE Secteur 3 Néphrologie Hospit. Diabétologie sect. 3	6	Endocrinologie Sect. 1 Diabétologie Sect. 2 Néphrologie Hospit.	3	9
MCC	Rhumatologie Sect. 2	2	-	-	2
NTC	-	-	ORL 1er étage HC Maxillo-facial 3ème étage HC	2	2
HEMATO	-	-	Hématologie Sect. 1 Hématologie Sect. 2	2	2
TOTAL		9		9	18

Fait à Nancy, le DATE

Eliane TOUSSAINT
Directrice Générale Adjointe
Directrice Générale par intérim



Professeur Michel CLAUDON
Président de la CME



DESTINATAIRES

Pour exécution :

<i>Personnel Médical et Paramédical des services de médecine et de chirurgie du CHU (tout site confondu)</i>
--

<i>Equipe de Direction</i>

<i>Direction des soins</i>

<i>Direction des Finances, du Contrôle de Gestion et de la Facturation</i>
--

<i>Secrétariat de site</i>

III ANNEXE 3 : REVUE DE PERTINENCE

Critère	Réponse
Critère 1 : Provenance	
Le patient provient du SAU ou de l'UHCD	☐ oui ☐ non
Si non, précisez la provenance :	
Critère 2 : Type d'hospitalisation	
L'hospitalisation en UPUP est une hospitalisation non programmée	☐ oui ☐ non
Critère 3 : Indication	
Le patient présente une pathologie médicale aiguë dont le diagnostic n'a pu être clairement défini à ce jour	☐ oui ☐ non
Le patient présente une pathologie dont le diagnostic a été posé au SAU mais dont l'orientation adaptée vers un service spécialisé est impossible en raison de l'absence de lit disponible dans ce service	☐ oui ☐ non
Si non aux 2 questions ci-dessus, précisez :	
Critère 4 : différenciation / UHCD	
Le patient est en attente d'un lit en service spécialisé dont la disponibilité n'est pas prévue pour les 36h à venir	☐ oui ☐ non ☐ SO*
Le patient est en attente d'un lit en service spécialisé dont la disponibilité est prévue pour les 36h à venir, mais il n'y a pas de lit disponible en UHCD	☐ oui ☐ non ☐ SO
Si non aux 2 questions ci-dessus, précisez :	
Critère 5 : différenciation / Filière gériatrique	
L'âge du patient est ≤ à 75 ans	☐ oui ☐ non
Le patient a un âge > 75 ans mais ne relève pas d'une orientation gériatrique (selon avis du médecin gériatre)	☐ oui ☐ non
Le patient a un âge > 75 ans et relève d'une orientation gériatrique. mais il n'y a pas de lit disponible en PUOG et court séjour gériatrique	☐ oui ☐ non

IV ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

INFORMATIONS GENERALES SUR VOTRE SEJOUR

1) Avant cette hospitalisation, combien de fois avez-vous été admis à l'hôpital et êtes resté(e) une nuit ou plus au cours des 2 derniers mois ?

Jamais c'était la première ☐ Deux fois ☐
Une fois ☐ Trois fois ou plus ☐

2) Etes-vous déjà venu(e) en consultation dans cet hôpital ?

Oui ☐ Non ☐

3) Comment jugez-vous le problème pour lequel vous êtes entré(e) à l'hôpital ?

Mineur ☐ Sérieux ☐
Modéré ☐ Très grave ☐

4) Dans l'ensemble, pensez-vous que votre état de santé à l'entrée était ?

Excellent ☐ Médiocre ☐
Très bon ☐ Mauvais ☐
Bon ☐

5) Durant votre séjour de quelle assistance avez-vous eu besoin pour vos activités de la vie quotidienne (manger, se laver, s'habiller, se lever et se coucher) ?

Une assistance quasi complète ☐ Un peu d'assistance ☐
Beaucoup d'assistance ☐ Pas d'assistance du tout ☐
Une assistance modérée ☐

6) Lors de votre hospitalisation aviez-vous des biens en votre possession ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, ont-ils fait l'objet d'une procédure particulière de protection ?

Oui ☐ Non ☐

7) Pensez-vous que la durée de votre séjour à l'hôpital était ?

Correcte ☐ Trop longue ☐
Trop courte ☐ Je ne sais pas ☐

8) Si vous le désiriez, avez-vous pu profiter d'un lit ou d'un fauteuil d'accompagnant ?

Oui ☐ Non ☐
Je ne le désirais pas ☐

9) Si vous le désiriez, avez-vous pu profiter d'un repas d'accompagnant ?

Oui ☐

Non ☐

Je ne le désirais pas..... ☐

10) Au cours de votre séjour avez-vous eu des douleurs ?

Oui ☐

Non ☐

Si OUI, quelle en a été l'intensité ?

Très faible..... ☐

Moyenne..... ☐

Faible..... ☐

Grande..... ☐

Très grande..... ☐

Maintenant nous aimerions évoquer avec vous certains aspects de votre séjour hospitalier :
étaient-ils excellents, très bons, bons, pas très bons ou mauvais ?

ADMISSION - ENTREE A L'HOPITAL



Merci de cocher une seule case pour chaque proposition. Si la proposition correspond à une situation que vous n'avez pas vécue, vous devez impérativement cocher la case « ne me concerne pas »

Excellent Très bon Bon Pas très bon Mauvais Ne me concerne pas

Votre passage au Service d'Accueil des Urgences

11) Qualité de l'accueil aux urgences à votre arrivé

a) Qualité du contact avec l'Agent administratif ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

b) Qualité du contact avec l'Infirmier d'accueil..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

12) Communication avec le personnel des urgences ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13) Appréciation de la confidentialité ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14) Appréciation des respects de votre intimité..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15) Appréciation des délais d'attente aux urgences

a) Entre votre arrivée et le premier contact médical ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

b) Entre votre arrivée et le transfert à l'Unité de Post Urgences Polyvalente (UPUP) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Votre arrivé à l'Unité de Post Urgences Polyvalente (UPUP)

16) Aide de l'équipe à l'entrée dans l'UPUP
Prise en compte de votre confort ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

17) Attention à vos besoins
Adaptation à vos besoins et désirs personnels ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

18) Transport du service d'accueil des urgences vers l'UPUP ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

i a) Habileté et compétence des brancardiers ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

i b) Délai d'attente des brancardiers ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Avez-vous d'autres remarques concernant votre admission

.....

.....

LES SOINS RECUS



Merci de cocher **une seule case** pour chaque proposition. Si la proposition correspond à une situation que vous n'avez pas vécue, vous devez **impérativement** cocher la case « ne me concerne pas »

	Excellent	Très bon	Bon	Pas très bon	Mauvais	Ne me concerne pas
19) Installations à l'UPUP						
L'équipement vous a semblé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20) Efficacité médicale						
Votre confiance dans les soins reçus était	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21) Efficacité globale						
Comment avez-vous trouvé le fonctionnement général du service	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22) Prise en compte de vos opinions						
La prise en compte de votre opinion était	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23) Prise en compte de vos besoins						
La prise en compte de vos besoins était	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24) Facilité à obtenir de l'information						
La volonté de l'équipe à répondre à vos questions.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25) Information reçue						
La qualité des informations reçues sur votre maladie était	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26) Information reçue						
La qualité des informations reçues sur votre traitement était.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27) Informations reçues sur les examens						
a) par les médecins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) par les infirmiers	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Excellent	Très bon	Bon	Pas très bon	Mauvais	Ne me concerne pas
28) Coordination des soins Comment était la coordination entre les équipes qui vous ont pris en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29) Information de votre famille ou personne de confiance Comment ont-ils été tenus informés de votre état de santé et de vos besoins dans le respect de la confidentialité.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30) Implication de votre famille ou de personne de confiance Les possibilités offertes à votre famille et à personne de confiance pour vous aider dans vos soins étaient	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31) Aide apportée Aptitude de l'équipe à vous mettre à l'aise, à vous rassurer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32) Douleurs (si vous en aviez) Votre satisfaction vis à vis de la prise en charge de vos douleurs était	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous d'autres remarques concernant les soins reçus

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'EQUIPE QUI VOUS A PRIS EN CHARGE



Merci de cocher **une seule case** pour chaque proposition. Si la proposition correspond à une situation que vous n'avez pas vécue, vous devez **impérativement** cocher la case « ne me concerne pas »

	Excellent	Très bon	Bon	Pas très bon	Mauvais	Ne me concerne pas
33) Identification des soignants						
La distinction entre les fonctions des différents personnels soignants était	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34) Habileté et compétence						
a) Qualité des soins donnés par les infirmières et aides-soignantes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Qualité des soins donnés par les médecins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35) Respect des règles d'hygiène						
a) Infirmières et aides-soignantes.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Médecins.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Autres personnels.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36) Prise en compte de votre état par les infirmières et les aides-soignantes						
Comment ont-elles suivi votre état et pris soin de vous ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37) Prise en compte de votre état par les médecins						
Comment ont-ils suivi votre état et pris soin de vous.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38) Réponse à vos appels						
Le délai d'attente en réponse à un appel était.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39) Disponibilité						
La disponibilité du médecin en réponse à votre demande était	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CONDITIONS HOTELIERES



Merci de cocher une seule case pour chaque proposition. Si la proposition correspond à une situation que vous n'avez pas vécue, vous devez impérativement cocher la case « ne me concerne pas »

	Excellent	Très bon	Bon	Pas très bon	Mauvais	Ne me concerne pas
43) Etat de votre chambre Propreté, confort, éclairage, température	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44) Etat des Sanitaires	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45) Fournitures (draps, linges, etc...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46) Atmosphère Paix et tranquillité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47) Bruit La lutte contre le bruit était.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48) Intimité Le respect de votre intimité était	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49) Qualité des repas a) La présentation du repas et la température de service étaient.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) La " saveur " des repas était.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50) Environnement hospitalier Le confort était.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51) Repérage Facilité à savoir pour votre famille où vous étiez et pour s'orienter dans l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52) Parking Disponibilité des places, accessibilité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
53) Télévision Facilité pour obtenir une TV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54) Téléphone Facilité pour utiliser le téléphone (disposition, tarifs)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55) Facilité pour votre famille et vos amis Heures de visite adéquates, facilités offertes, accueil	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous d'autres remarques concernant les conditions hôtelières

.....

.....

.....

SORTIE DE L'ETABLISSEMENT



Merci de cocher **une seule case** pour chaque proposition. Si la proposition correspond à une situation que vous n'avez pas vécue, vous devez **impérativement** cocher la case « ne me concerne pas »

	Excellent	Très bon	Bon	Pas très bon	Mauvais	Ne me concerne pas
56) L'administration						
Le déroulement des modalités administratives de sortie était	☐	☐	☐	☐	☐	☐
57) Sécurité						
Les modalités de restitution de vos biens se sont déroulées de façon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
58) Après votre sortie						
La communication d'informations entre l'hôpital et votre médecin traitant a été	☐	☐	☐	☐	☐	☐
59) Etes vous sorti(e) de l'hôpital en ambulance privée						
Oui ☐ Non ☐						

Si OUI pouvez-vous nous donner votre avis sur les points suivants

	Excellent	Très bon	Bon	Pas très bon	Mauvais	Ne me concerne pas
a) Respect de votre choix de la compagnie d'ambulance	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Habileté et compétence des ambulanciers	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Délai d'attente des ambulanciers	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous d'autres remarques concernant la sortie de l'établissement

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SATISFACTION GLOBALE

Voici quelques phrases que l'on entend parfois à propos de l'hôpital. Pouvez-vous nous dire si vous êtes absolument d'accord, d'accord, pas d'accord, absolument pas d'accord avec chacune d'elles.

60) Certaines choses auraient pu mieux se passer

Absolument d'accord..... ☐	Pas d'accord ☐
D'accord ☐	Absolument pas d'accord ☐

61) Si vous deviez être réhospitalisé, vous reviendriez dans cet établissement

Absolument d'accord..... ☐	Pas d'accord ☐
D'accord ☐	Absolument pas d'accord ☐

62) S'ils en avaient besoin, vous recommanderiez ce service à votre famille et vos amis

Absolument d'accord..... ☐	Pas d'accord ☐
D'accord ☐	Absolument pas d'accord ☐

63) Globalement êtes-vous satisfait de

	très content	content	mécontent	très mécontent
a) La qualité des soins donnés par les médecins	☐	☐	☐	☐
b) La qualité des soins donnés par les infirmières.....	☐	☐	☐	☐
c) Des chambres et installations communes.....	☐	☐	☐	☐
d) Alimentation et repas	☐	☐	☐	☐
e) Votre séjour.....	☐	☐	☐	☐

64) Evolution de votre état de santé

a) Par rapport à votre entrée à l'hôpital, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

Bien meilleur qu'à l'entrée..... ☐

Plutôt moins bon ☐

Plutôt meilleur ☐

Beaucoup moins bon ☐

A peu près pareil ☐

b) Si votre état s'est amélioré grâce à votre passage à l'UPUP (si vous avez coché les cases 'bien meilleur' ou 'plutôt meilleur'), à quoi l'attribuez-vous plus particulièrement ?

.....

.....

.....

.....

.....

c) Si votre état ne s'est pas amélioré malgré votre passage à l'UPUP (si vous avez coché les cases : 'à peu près pareil', 'plutôt moins bon' ou 'beaucoup moins bon'), à quoi l'attribuez-vous plus particulièrement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

65) Qu'est-ce que l'UPUP doit améliorer en priorité ?
(Cocher les 5 critères les plus importants pour vous)

- | | |
|---|---|
| a) L'accueil à l'entrée..... ☐ | l) La prise en charge de la douleur..... ☐ |
| b) Les délais d'attente..... ☐ | m) Les repas..... ☐ |
| c) La signalisation..... ☐ | n) Les sanitaires..... ☐ |
| d) Les contacts avec le personnel médical..... ☐ | o) La chambre..... ☐ |
| e) Les contacts avec le personnel soignant..... ☐ | p) L'intimité..... ☐ |
| f) Les contacts avec le personnel administratif..... ☐ | q) Le stationnement..... ☐ |
| g) L'information donnée au patient..... ☐ | r) Les autres prestations (téléphone, TV...)..... ☐ |
| h) L'information donnée à la famille..... ☐ | s) La sortie de l'établissement..... ☐ |
| i) La confidentialité des informations..... ☐ | t) Le niveau sonore, la protection des bruits..... ☐ |
| j) La prise en charge par l'équipe médicale..... ☐ | u) Autres, précisez :..... ☐ |
| k) La prise en charge par l'équipe soignante..... ☐ | |

Avez-vous d'autres remarques concernant votre séjour en général

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Nous vous remercions d'avoir accepté de remplir ce questionnaire de satisfaction.
Afin de pouvoir analyser vos réponses, nous avons besoin de certaines informations vous concernant*

Bénéficiez-vous de la Sécurité Sociale ?

Oui ☐ Non ☐

Bénéficiez-vous d'une assurance complémentaire (mutuelle...) ?

Oui ☐ Non ☐

Exercez-vous une activité professionnelle ?

1. J'exerce une activité professionnelle et :
 - a. j'étais en arrêt de travail avant mon hospitalisation
 - b. je n'étais pas en arrêt de travail avant mon hospitalisation
2. Je suis retraité (e)
3. Je suis demandeur (se) d'emploi
4. Je suis étudiant (e)
5. Je ne peux pas travailler et bénéficie d'une pension d'invalidité
6. Je suis dans une autre situation, précisez

Diriez vous que vous êtes (ou étiez) plutôt: (entourez une seule réponse)

1. Un agriculteur
2. Un artisan, commerçant
3. Un cadre supérieur, profession libérale
4. Une profession intermédiaire
5. Un employé
6. Un ouvrier
7. Une femme au foyer
8. Dans une autre situation, précisez :

Actuellement vivez-vous seul dans votre foyer ?

Oui ☐ Non ☐

Si vous souhaitez nous donner vos nom, prénom et date de naissance, merci de les indiquer ci-dessous :

NOM : **Prénom** :

Date de Naissance : / __ / __ / __ / __ / __ /

Vos réponses au questionnaire de satisfaction sont strictement confidentielles et ne peuvent en aucun cas être remises nominativement au service sauf si vous le souhaitez expressément, dans ce cas merci de l'indiquer ci-dessous :

Je souhaite que mes réponses soient transmises de façon nominative au chef de service

Oui ☐ Non ☐

Si vous avez accepté de nous donner votre nom, il est inutile de répondre aux questions suivantes.

Si vous ne souhaitez pas nous donner votre nom, nous sommes contraints de vous demander certaines informations vous concernant et concernant votre séjour, afin de pouvoir analyser vos réponses au questionnaire de satisfaction.

Vous êtes :

Un homme ☐ Une femme ☐

Vous êtes âgé de : / __ / __ / ans

Il y a environ 15 jours, vous êtes sorti(e) de l'UPUP (CHU de Nancy). Pouvez-vous nous indiquer

- Le mois de votre sortie : / __ / __ /

- La durée de votre séjour : / __ / __ / __ / jours

Nous vous remercions de votre collaboration et restons à votre disposition pour toute autre information.

Date de saisie : / __ / __ / __ / __ / __ /

RESUME DE LA THESE

Une des causes d'engorgement des urgences est la conséquence d'une inadaptation de l'aval à l'évolution de la démographie de la population et de ses besoins. Le CHU de Nancy a créé en décembre 2012 l'Unité de Post Urgence Polyvalente (UPUP) anticipant l'une des solutions proposées par le ministère via le rapport Carli d'ouverture d'unité de médecine polyvalente.

Il est décidé d'évaluer l'UPUP, après un an de fonctionnement, en collaboration avec l'Unité d'Evaluation, selon trois méthodes : recueil d'indicateurs d'activités, revue de pertinence et mesure de satisfaction.

Les résultats observés au cours des onze mois suivants l'ouverture sont positifs et montrent que les objectifs en terme de taux d'occupation : 94% (objectif 100%), de DMS : 5,8 jours (objectif 6 jours), d'accueil sept jours sur sept et 24 heures sur 24 ont été respectés. La création de l'UPUP a également permis une fluidité du parcours de soins des patients aux urgences, en diminuant la DMS de l'UHCD ($p < 0,001$) et les hospitalisations en « groupe 4 » ($p < 10^{-9}$). Ce travail a soulevé des interrogations concernant le parcours patient « SAU/UHCD/UPUP/spécialité » et l'hospitalisation de patients relevant de pathologie chirurgicale. La satisfaction des patients est globalement bonne et superposable aux données nationales.

Ces résultats encourageants, incitent à pérenniser, voire à développer, cette structure mais ils mettent également en exergue des axes d'amélioration possible concernant la filière gériatrique, le parcours de certains patients et la filière chirurgicale.

TITRE EN ANGLAIS

Creation of a post emergency unit in the University Hospital of Nancy in 2012: first year of operation evaluation

THESE: MEDECINE GENERALE – ANNEE 2014

MOTS CLEFS

Post-urgence, médecine polyvalente, revue de pertinence, indicateurs d'activités, parcours de soins

INTITULE ET ADRESSE

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX
