



MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
ET DE LA PROTECTION SOCIALE



MISSION NATIONALE D'EXPERTISE et D'AUDIT HOSPITALIERS

*Rapport de fin de mission
« Temps d'attente et de passage aux Urgences »
Juillet 2003 – mars 2005*

Ce document comporte	44 pages
Auteurs	David Le Spégagne Maxime Cauterman
Contacts	david.lespegagne@sante.gouv.fr maxime.cauterman@sante.gouv.fr
<p>Résumé : de juillet 2003 à avril 2005, la MeaH a accompagné 8 services d'Urgences volontaires pour s'engager dans une démarche de réduction des temps de prise en charge des patients.</p> <p>Le diagnostic organisationnel a mis en évidence des performances (en terme de temps de passage des patients) variables d'un site à l'autre et selon les profils de patients. Si le niveau de ressources n'est pas un déterminant du niveau de performance, l'analyse qualitative des organisations a permis en revanche d'expliquer des temps de prise en charge plus ou moins longs.</p> <p>L'analyse approfondie de l'organisation de chaque service et la comparaison entre les sites ont permis aux professionnels d'élaborer des plans d'actions dans l'objectif de diminuer les temps de passage des patients. Ces plans d'actions, plus ou moins en adéquation avec le diagnostic et mis en œuvre à des degrés divers, ont donné des résultats variables selon les sites : si la majorité des services a réussi à diminuer le nombre de patients pris en charge dans un délai jugé excessif, seuls quatre sites sur huit sont parvenus à diminuer leur temps de passage moyen.</p>	
Mots-Clés	Urgences, organisation, réduction des temps de passage

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	5
1. Le diagnostic organisationnel (phase 1 et 2).....	7
1.1. Mesure et analyse des délais d'attente et de passage (phase 1)	7
1.2. Description et analyse des organisations (phase 2)	13
2. Les plans d'actions : mise en œuvre et résultats (phases 3 et 4)17	
2.1. Les plans d'actions proposés par les services.....	17
2.2. Evaluation de la mise en œuvre des plans d'actions	19
2.3. L'impact des actions mises en oeuvre sur les temps de passage	23
3. Evaluation du dispositif proposé par la MeaH.....	36
3.1. L'évolution des « temps de passage des patients »	36
3.2. Le ressenti des professionnels.....	39
3.3. La conduite du chantier.....	40
4. Conclusion	44
5. Les prochaines étapes.....	46

Synthèse

Dans les huit sites observés en 2003, les temps de passage moyens mesurés en population générale varient de 1h56 à 4h39.

Ces moyennes recouvrent des distributions parfois étendues (dans certains sites, 30% des patients n'ont toujours pas quitté les Urgences après 6 heures passées dans le service) et des différences en fonction des caractéristiques des populations considérées (le temps de prise en charge des patients hospitalisés et des personnes âgées étant compris entre 5 et 10 heures en moyenne).

Dans tous les services, les étapes les plus longues sont la réalisation des examens complémentaires (entre 1 et 2 heures en moyenne selon les sites) et l'hospitalisation (de 1 à 4 heures en moyenne selon les sites). L'analyse comparative a mis en évidence d'autres goulots d'étranglements spécifiques de certains sites (mise en box des patients, attente d'ambulances...).

Lorsque l'on pondère le temps de réalisation des différentes étapes par le pourcentage de patients concernés, les étapes générant le plus de temps de passage sont, dans l'ordre décroissant, celles de réalisation d'examens complémentaires, de mise en box, de consultation médicale, d'hospitalisation et de prise de décision médicale.

L'étude du lien entre niveau de ressources et niveau de performance ne révèle une corrélation qu'entre taux de séniorisation élevé de l'équipe médicale et temps de passage réduits des patients. En revanche, l'étude approfondie des organisations a mis en évidence des modalités de prise en charge qui influent sur les temps de prise en charge.

Suite au diagnostic de leur organisation, les chefs de services des Urgences ont proposé et mis en œuvre des plans d'actions visant à diminuer les temps de passage des patients et à fluidifier leur prise en charge. Parmi les actions proposées, celles pour lesquelles la responsabilité incombait aux professionnels des Urgences (mise en place d'un coordinateur de flux, réorganisation de l'accueil et de la mise en box, nouvelles modalités de fonctionnement de l'UHCD...) ou à un nombre restreint de partenaires (nouvelles modalités de coopération avec les laboratoires, avec l'imagerie...) ont généré des résultats significatifs. En revanche, les actions plus institutionnelles et de long terme (création d'une centrale de gestion des lits, nouveaux partenariats avec les établissements d'aval...) n'ont pas permis d'atteindre les résultats attendus dans les délais du chantier.

Au final, outre la satisfaction des équipes engagées dans la démarche, 4 services sur huit ont diminué leurs temps de passage moyens (de -3 à -23%, -2,2% sur l'ensemble des huit sites) et une majorité des sites est parvenue à diminuer le nombre de patients ayant un temps de prise en charge très long (par exemple, le nombre de patients pris en charge en plus de 10 heures a diminué de plus de 50% dans un site).

En outre, l'expérience tirée de cette première démarche aura permis de valider l'objectif de réduction des temps de passage, de confirmer l'hypothèse selon laquelle il existe des marges de progression à l'intérieur même des services des Urgences et non pas seulement dans leur interface avec les services d'hospitalisation, de bénéficier d'un retour d'expérience (recueil de bonnes pratiques et d'actions d'améliorations) permettant de mettre à la disposition des prochains services volontaires, un dispositif d'accompagnement amélioré.

Introduction

Les services des Urgences font face à une augmentation continue de leur activité dont la cause tient à la fois à des changements de comportement des usagers et à une évolution de l'organisation des soins de ville¹ et dont les conséquences sont un engorgement des services et un allongement des temps d'attente et de passage des patients. Les moyens supplémentaires alloués aux services d'Urgences depuis des années n'ont pas permis d'apporter une réponse suffisante à une situation qui engendre l'insatisfaction des patients, dégrade les conditions de travail des professionnels et qui est parfois responsable d'une moindre qualité des soins et d'une recrudescence des actes violents².

A l'occasion de son premier programme de travail, la MeaH s'est vu confier par son comité de pilotage, le thème des « temps d'attente aux Urgences », avec comme objectif d'aider les services à « fluidifier » la prise en charge des patients.

La démarche proposée, combinant collaboration entre établissements et appui-conseil délivré par des sociétés, offre un soutien aux équipes hospitalières dans l'objectivation et l'analyse des dysfonctionnements qu'ils ressentent et dans la proposition et la mise en œuvre de solutions organisationnelles concrètes. La MeaH finance le dispositif et synthétise les résultats pour les mettre à la disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière.

Bien que l'activité des services des Urgences soit largement dépendante en amont, de l'organisation de l'offre de soins de ville (permanence des soins) et des comportements des usagers et en aval, des services d'hospitalisation et de l'offre alternative à l'hospitalisation, le périmètre du chantier a été volontairement limité au parcours du patient dans le service des Urgences stricto sensu.

Lancée en juillet 2003, la mission s'est déroulée en quatre phases :

- Mesurer les temps de passage totaux et des différentes étapes de la prise en charge du patient aux Urgences, recueillir les indicateurs de ressources et de moyens et décrire l'organisation des services ;
- Rechercher les liens entre les temps de passage mesurés et les ressources consacrées d'une part et les modalités d'organisation d'autre part ;
- Proposer un plan d'actions d'amélioration sur la base des résultats des étapes précédentes ;
- Mettre en place les actions et les évaluer.

¹ Baubeau D, Deville A, Joubert M, Fibaz C, Girard I, Le Laidier S. *Les passages aux Urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés*. Etudes et Résultats, DREES, n°72, Juillet 2002.

² Cf bibliographie, [Rapport d'étape phase 2 - temps d'attente aux Urgences](#)

49 établissements s'étaient portés candidats pour s'engager dans cette démarche. 8 ont été retenus par la MEAH :

Etablissements	Statut	Nombre de passages en 2003
Hôpital Ambroise Paré (92)	Public, AP-HP	33 254
CHU de Nice	Public	69 600
CH de St Malo	Public	30 050
CH de Montreuil-sur-Mer	Public	19 019
Hôpital Privé de l'Ouest Parisien (Trappes)	Privé	53 667
CH d'Argenteuil	Public	60 431
CH de Dunkerque	Public	44 058
Hôpital St-Joseph-St-Luc (Lyon)	PSPH	38 772

Pour appuyer les professionnels dans la conduite de ces travaux, la Commission d'Appel d'Offres de la MEAH a sélectionné deux cabinets conseil : Agéal et Optimove. Chacun d'entre eux a accompagné 4 établissements. Le chantier a été jalonné par 9 Comités Techniques Nationaux (CTN) réunissant les consultants, les établissements et la MEAH.

Ce rapport de fin de chantier synthétise les travaux conduits dans les 8 établissements et fait suite à deux rapports d'étape produits par la MeaH en octobre 2003³ et en juin 2004⁴.

Il rappelle, dans une première partie, les points saillants et les constats relevés dans le cadre des deux premières phases de ce chantier (« diagnostic organisationnel ») et qui ont servi de base à l'identification d'axes de progression et à la définition des plans d'actions.

La seconde partie de ce rapport est consacrée à la présentation des plans d'actions définis par chaque service en juillet 2004. Les actions choisies, leur mise en œuvre et leur impact sur les temps de passage sont présentés.

Enfin, une évaluation du dispositif dans son ensemble est exposée dans la troisième partie de ce document en s'appuyant sur l'évolution mesurée des temps de passage, sur le point de vue des équipes hospitalières et des chargés de projet de la MeaH.

La MeaH souhaite remercier les équipes des 8 services d'Urgences qui ont participé à ces travaux et salue leur implication dans ce chantier.

³ Rapport d'étape de fin de phase 1 portant sur les temps d'attente et de passage : http://www.meah.sante.gouv.fr/Documents/rapport_etape_tps.pdf

⁴ Rapport d'étape de fin de phase 2 portant sur les travaux consacrés à l'analyse organisationnelle : <http://www.meah.sante.gouv.fr/documents/Rapport%20d'etape%20phase%202%20-%20temps%20d'attente%20aux%20Urgences.zip>

1. Le diagnostic organisationnel (phase 1 et 2)

1.1. Mesure et analyse des délais d'attente et de passage (phase 1)⁵

Au cours de deux semaines de recueil incluant nuits et week-ends⁶, les équipes de consultants ont constitué une base de données des temps de passage. La prise en charge de 250 patients par site (soit plus de 2071 sur les 8 sites) a fait l'objet d'un suivi et d'un recueil systématique des temps d'attente et de réalisation des étapes suivantes : accueil et orientation, mise en box, première consultation médicale, réalisation d'examens biologiques, et/ou radiologiques, obtention d'avis spécialisés, sortie (retour à domicile, hospitalisation, transfert).

Outre le parcours du patient dans les Urgences, d'autres informations ont été prises en compte afin de parvenir à trois typologies de patients, selon :

- la gravité clinique : classification CCMU de 1 (« léger ») à 5 (risque vital engagé) ;
- le parcours de soins : non hospitalisé sans acte, non hospitalisé avec acte, hospitalisé ;
- la classe d'âge : <15ans, 15 à 75 ans, >75ans.

Deux méthodes de recueil des temps ont été utilisées : celle des « *temps critiques* » (la durée d'un événement n'est mesurée qu'à partir du moment où l'événement « bloque » l'avancement de la prise en charge du patient) et celle des « *temps à plat* » (la durée d'une étape commence à être mesurée dès que la décision de la réaliser a été prise). La première concerne les services de H1 à H4 et la seconde les services H5 à H8.

Dans un premier temps, cette base de données a permis à chaque service de connaître son niveau de performance, d'analyser l'organisation de son processus de prise en charge et ses relations avec les services partenaires et enfin de prioriser ses axes d'amélioration. Dans un second temps, cette mesure de référence a été utile pour suivre et évaluer les plans d'actions.

Dans le présent document, cette première phase fait l'objet d'une synthèse en quatre points :

- description de la population étudiée ;
- les temps de passage totaux ;
- les temps de passage pour les différentes sous populations ;
- les temps de passage aux différentes étapes de la prise en charge.

⁵ Ces travaux ont fait l'objet d'un rapport, publié sur le site internet de la MeaH : http://www.meah.sante.gouv.fr/Documents/rapport_etape_tps.pdf

⁶ 2 semaines en septembre 2003 et janvier 2004

1.1.1. La population étudiée : comparaison aux données de la littérature et entre services inclus dans la démarche

Dans l'échantillon MeaH, par rapport à ceux de l'ORUMIP⁷ et de la DREES⁸, le groupe des moins de 15 ans est sous représenté tandis que les patients âgés de 15 à 75 ans sont plus nombreux (les Urgences pédiatriques sont exclues du périmètre de l'étude dans deux des huit services).

Classe d'âge	% dans l'échantillon MeaH	% dans la population ORUMIP	% de l'échantillon DREES
> 75 ans	15 %	24.4% (> 60ans)	14% (> 70ans)
< 15 ans	15%	23.4%	25%
15-75 ans	70 %	52.2% (15-60ans)	61% (15-70ans)

Tableau 1.1 : comparaison par classe d'âge des échantillons MeaH, ORUMIP et DREES

Les taux d'hospitalisation sont différents d'un échantillon à l'autre.

Parcours du patient	% de l'échantillon total MeaH	% de la population ORUMIP	% de l'échantillon DREES
Hospitalisé	30%	23.6%	19%
Non-hospitalisé avec actes	55%	76.4%	47%
Non-hospitalisé sans acte	15%		34%

Tableau 1.2 : comparaison des parcours des patients des échantillons MeaH, ORUMIP et DREES

La répartition selon la classification CCMU est comparable entre les trois échantillons.

Classification CCMU	% de l'échantillon total MeaH	% de la population ORUMIP	% de l'échantillon DREES
CCMU 1	12%	16%	14%
CCMU 2	69%	68%	72.6%
CCMU 3	15%	13%	11%
CCMU 4-5	3%	3%	2.4%

Tableau 1.3 : comparaison de la répartition selon la classification CCMU des échantillons MeaH, ORUMIP et DREES

La répartition de la population par classe d'âge, gravité clinique et parcours de soins varie d'un site à l'autre. Cette variation peut s'expliquer par des différences de case-mix, de pratiques locales et de périmètres étudiés.

Catégorie de patients	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	Orumip	Drees
> 75 ans	17%	13%	20%	26%	17%	8%	3%	20%	24%	14%
< 15 ans	23%	19%	5%	0%	17%	33%	23%	0%	23%	25%
CCMU3	16%	13%	8%	33%	27%	9%	3%	9%	13%	11%
hospitalisés	48%	34%	23%	42%	41%	18%	7%	27%	25%	19%

Tableau 1.4 : caractéristiques des populations suivies dans chaque service

⁷ ORUMIP. Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées 2002. ORUMIP, juin 2003

⁸ CARRASCO V, BAUBEAU D. Les usagers des Urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats, DREES, n°212, janvier 2003

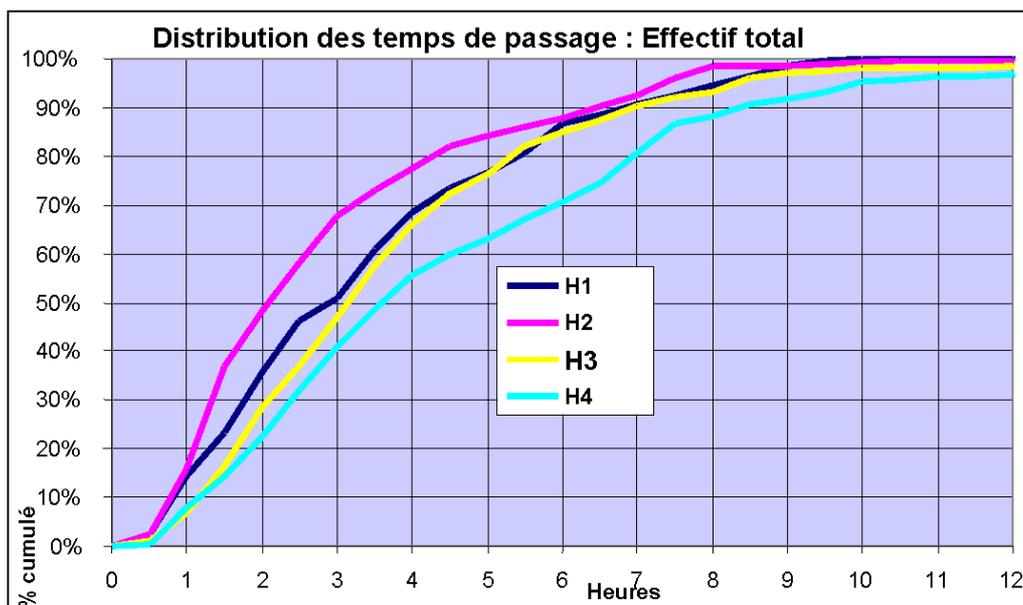
1.1.2. Les temps de passage totaux : comparaison aux données de la littérature et entre services inclus dans la démarche

Les temps de passage moyens aux Urgences en population générale vont de 116 à 279 mn. Ces temps sont comparables aux données de la littérature (217 à 255 mn en Californie⁹, 186 à Denver¹⁰, 271mn à Alberta¹¹, 175mn à Waikato¹²...).

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Temps passage total - moyenne tous patients confondus (en mn)	201	168	223	275	192	279	116	176

Tableau 1.5 : temps de passage total moyen dans les huit services des Urgences candidats

La courbe de distribution des temps de passage par service révèle des disparités importantes d'un site à l'autre (70% des patients sont pris en charge en 3 heures dans le service H2, contre seulement 40% chez H4) et des temps de passage qui excèdent 5 heures pour une proportion non négligeable de patients (entre 15 et 37% des patients).



Graphique 1.1 : distribution des temps de passage pour les services H1-4 (fréquence cumulée)

Cette vision des temps de passage interroge sur l'objectif de l'intervention : faut-il réduire le temps moyen, augmenter le pourcentage de patients pris en charge en moins de X heures, diminuer le pourcentage de patients pris en charge en plus de X heures ?

⁹ LAMBE S, WASHINGTON DL, FINK A, LAOURI M et coll. *Waiting times in California's emergency departments*. Ann Emer Med. 2003 Jan;41(1):35-44

¹⁰ HOFFENBERG S, HILL MB, HOURLY D. *Does sharing process differences reduce patient length of stay in the emergency department?* Ann Emer Med.2001 nov;238(5)

¹¹ YOON P, STEINER I, REINHARDT G. *Analysis of the factors influencing length of stay emergency department*. Can J Emer. Med 2003;5(3) :155-61

¹² HAVILL JH, VAN ALPHEN S, FAIRWEATHER S, VAN DER PYL M. *Waiting in the emergency department*. N Z Med J. 1996 May10;109(1021):159-61.

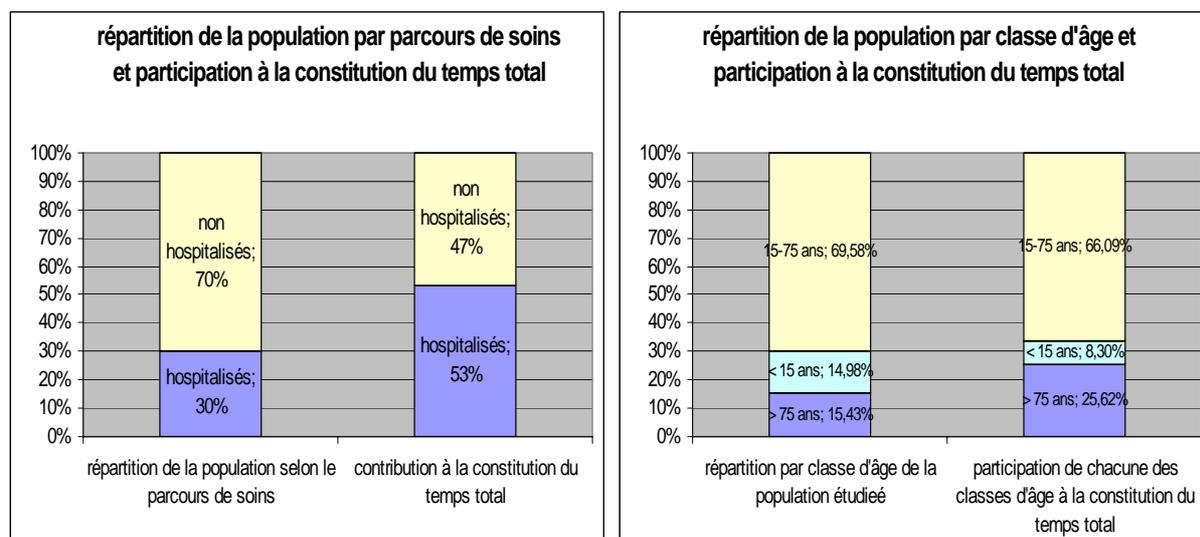
1.1.3. Les temps de passage pour les différentes sous populations

Corroborant les constats des professionnels, les temps de passage les plus longs sont constatés pour les patients âgés, les patients hospitalisés et les patients présentant un tableau clinique de gravité intermédiaire (CCMU3). Les patients présentant un risque vital ou au contraire, les patients « légers » et non hospitalisés sans acte ont les temps de passage les plus courts.

		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Facteurs liés à un temps de passage moyen long	>75 ans	5h18	5h11	4h30	6h40	5h43	11h18	2h25	4h06
	CCMU3	4h42	4h42	5h25	5h	5h20	1h	2h	5h26
	Hospitalisés	4h16	3h57	5h48	6h11	5h09	10h32	2h18	4h38
Facteurs liés à un temps de passage moyen court	<15 ans	1h43	1h30	2h05	-	1h52	2h17	1h47	-
	CCMU1	1h28	2h17	2h43	2h05	1h22	2h04	1h14	1h36
	Non hospitalisés sans actes	1h01	1h07	2h07	1h19	1h28	2h11	1h23	1h42

Tableau 1.6 : les temps de passage par sous population

Les graphiques ci-dessous illustrent l'impact de certaines populations sur l'engorgement des services d'Urgences : bien que ne représentant que 30% des patients suivis, les patients hospitalisés contribuent pour 53% à la constitution du « temps total de prise en charge »¹³. Il en va de même pour les patients de plus de 75 ans.



Graphiques 1.2 et 1.3 : répartition de la population par classe d'âge et contribution au temps total, répartition de la population par parcours de soins et contribution au temps total

L'analyse comparative de la performance des services et l'objectivation de l'impact de certaines populations sur l'engorgement des services permettent de prioriser les axes d'amélioration.

¹³ Le temps total de prise en charge est la somme des temps de passage de tous les patients inclus dans l'échantillon.

1.1.4. Les temps de passage pour les différentes étapes de la prise en charge

Au cours du recueil des temps de passage, le processus de prise en charge des patients a été segmenté en étapes. Cela a permis de confirmer l'existence de goulots d'étranglement communs aux 8 services (réalisation d'un examen complémentaire et délai d'attente d'un lit) et d'autres, spécifiques à certains services (mise en box à H3, interprétation des examens complémentaires à H6).

Sites	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	
Méthode	Temps critiques				Temps à plat				
Temps passage total - moyenne (mn)	201	168	223	275	192	279	116	176	
Durée de chaque étape en (mn)	Enregistrement + Triage	6	9	14	10	6	14	2	2
	Mise en box	28	17	66	20	19	46	43	28
	Consultation médecin	41	33	32	37	13	14	11	11
	Examens complément.	82	59	58	133	-	-	-	-
	- imagerie	44	33	30	53	70	142	61	67
	- labo	49	39	49	59	105	248	78	105
	Interprétation médecin	34	30	39	33	20	68	23	9
	Avis spécialiste	52	42	45	46	43	126	39	59
	Traitement	30	32	26	26	9	38	5	5
	Attente d'un lit	31	61	78	62	146	230	34	117
	- lit porte	24	60	91	89	147	SO	6	132
	- hospitalisation interne	33	63	69	59	140	242	28	122
	- hospitalisation externe	60	27	50	12	213	127	86	82
	Formalités de sortie	10	12	16	20	10	12	7	8
Transport ambulance	13	68	47	71	57	71	43	54	

Tableau 1.7 : les délais d'attente aux différentes étapes de la prise en charge

La différence de méthodologie de recueil des temps de passage (« critique » pour H1-4, « à plat » pour H5-8) permet de mettre en évidence l'existence de temps masqués : la réalisation d'examens de biologie par exemple, est une étape longue, mais qui génère une attente réelle beaucoup moins importante que son temps de réalisation : d'autres étapes peuvent être réalisées pendant l'attente des résultats (imagerie, avis spécialisé...).

Dans le graphique suivant, les temps de réalisation de chaque étape ont été pondérés par la proportion de patients concernés afin d'identifier les étapes générant le plus de temps de prise en charge.

Il s'agit en premier lieu, comme les professionnels l'attendaient, des étapes de mise en box, de réalisation des examens complémentaires et d'attente d'un lit qui « participent » respectivement à 17,4%, 25% et 12,6% à la constitution du temps de passage total. Par ailleurs, les étapes de consultation médicale et d'interprétation des résultats génèrent respectivement 13,5 et 11,9% du temps total de prise en charge aux Urgences.

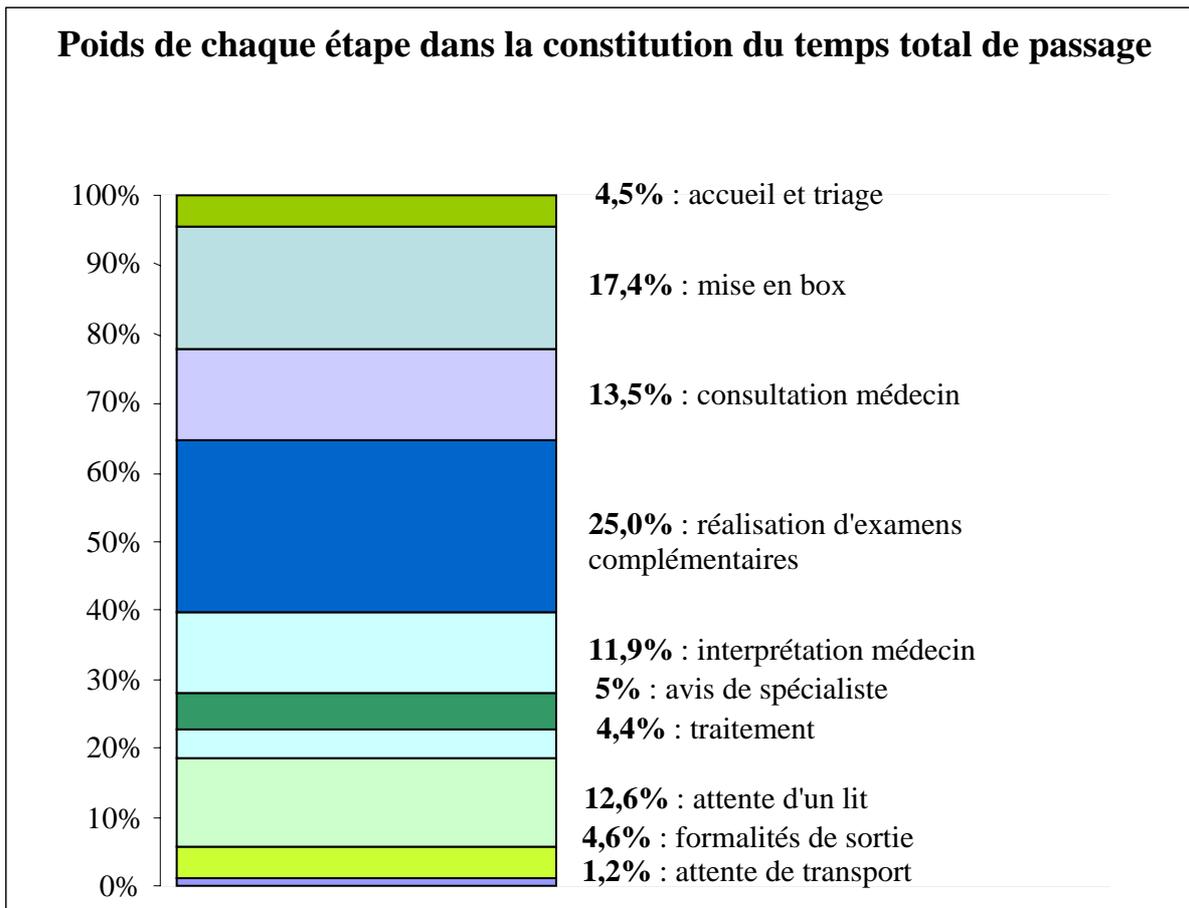


Tableau 1.8 : participation de chaque étape à la constitution du temps total

L'objectivation des goulots d'étranglement permet aux urgentistes de disposer d'une base de discussion solide avec leurs partenaires (services cliniques, imagerie, biologie) tandis que la mise en évidence de « temps masqués » met en lumière l'importance de l'ordonnancement des tâches.

La comparaison inter-établissements et la connaissance de la contribution de chaque étape à la constitution du temps total permettent à chaque service de prioriser ses axes de progression afin de cibler les étapes dont l'amélioration aura le plus gros impact sur le temps de passage moyen. Notons que ce dernier angle d'analyse met en évidence qu'il existe des marges de progression significatives entre les mains des urgentistes eux-mêmes (mise en box, consultation médicale et interprétation des résultats).

1.2. Description et analyse des organisations (phase 2)¹⁴

De janvier à juillet 2004, l'organisation de chaque service a fait l'objet d'une analyse approfondie (recueil d'information, entretiens individuels avec les chefs de service, les cadres, les équipes et les représentants des Directions, animation de groupes de travail, observations sur le terrain).

Les principaux constats produits par ces travaux sont synthétisés en 4 points :

- confrontation des temps de passages aux ressources allouées ;
- confrontation des temps de passage à l'organisation de la prise en charge des patients ;
- analyse des temps estimés « perdus » par les professionnels ;
- analyse des données DIM.

1.2.1. Temps de passage et ressources

En premier lieu, l'effectif total rapporté à 10 000 passages annuels est homogène entre sites : il se situe dans une fourchette allant de 23,75 à 28,0 ETP.

Concernant les liens entre niveau de ressources et temps de passage, on observe que plus le taux de seniorisation¹⁵ de l'équipe médicale est élevé, plus le temps de passage est court¹⁶. Si l'on conduit l'analyse en excluant H7, on note aussi une corrélation entre temps de passage et effectif paramédical¹⁷.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Temps de passage moyen (mn)	201	168	223	275	192	279	116	176
ETP total / 10.000 NPA	24,81	27,10	23,75	24,33	28,09	14,35	5,96	25,84
ETP médecins / 10.000 NPA	7,36	5,06	5,13	4,17	5,18	3,18	1,68	5,04
ETP junior / 10.000 NPA	1,58	1,13	1,55	1,01	1,85	1,49	/	1,80
ETP senior / 10.000 NPA	5,78	3,93	3,59	3,16	3,33	1,69	1,68	3,24
% de médecins senior	78%	78%	70%	76%	64%	53%	100%	64%
ETP paramédical / 10.000 NPA	14,01	17,92	14,29	9,79	21,28	8,69	3,17	18,73
ETP administratif / 10.000 NPA	3,68	/	/	4,31	2,16	1,77	0,93	2,01

Tableau 1.9 : effectifs rémunérés en ETP rapportés au nombre de passages annuels (NPA)

Concernant l'impact sur les temps de passage des locaux (surface, nombre de box, pondéré ou non par le nombre de passages) et des équipements (pneumatique, système d'information...), aucun lien n'a pu être démontré.

Ces résultats semblent confirmer l'impact primordial des facteurs organisationnels sur les temps d'attente et de passage des patients aux Urgences.

¹⁴ Ces travaux ont fait l'objet d'un rapport, disponible sur le site internet de la MeaH :

<http://www.meah.sante.gouv.fr/documents/Rapport%20d'etape%20phase%202%20-%20temps%20d'attente%20aux%20Urgences.zip>

¹⁵ Le taux de seniorisation est le nombre de médecin senior rapporté à l'effectif médical total

¹⁶ Coefficient de corrélation : 0,8, p=0,001

¹⁷ Coefficient de corrélation : -0,64, p=0,08

1.2.2. Temps de passage et organisation de la prise en charge

La confrontation des diverses organisations aux temps mesurés a permis d'identifier des modalités organisationnelles générant des temps de passage plus ou moins longs. Ce second angle d'analyse a mis en évidence les points suivants :

- la proximité physique et la polyvalence des personnels réalisant l'enregistrement administratif et le triage, l'utilisation d'une classification simple des patients, un interfaçage entre les logiciels administratifs et les logiciels Urgences et une visibilité des patients en salle d'attente contribuent à réduire les délais d'attente de l'étape d'enregistrement et de triage des patients ;
- la visibilité de la salle d'attente par les soignants et la non utilisation des box comme salle d'attente de résultats d'examen paraissent raccourcir les délais de mise en box ;
- l'envoi des prélèvements à mesure qu'ils sont effectués (et non par lots), la possibilité pour le laboratoire de distinguer les prélèvements des Urgences et la mise à disposition précoce des résultats semblent être liés à des délais d'attente moindres à cette étape ;
- l'existence de moyens dédiés en radiologie conventionnelle, la numérisation des clichés, un accès prioritaire au scanner lors de son utilisation programmée, la proximité du service d'imagerie contribuent à réduire les délais d'attente de cette étape. La maîtrise du brancardage des patients par les Urgences semble également favoriser des délais courts ;
- l'obtention d'avis spécialisés dans de moindres délais semble avant tout reposer sur de bonnes relations interpersonnelles ;
- une gestion des lits « transparente » et l'existence d'une UHCD participent à la réduction des temps de passage des patients hospitalisés.

Afin d'étudier leur impact sur les temps de passage aux Urgences, les modalités de prise en charge spécifiques des patients « légers » et des plus de 75 ans ont fait l'objet d'observations détaillées. Elles ont notamment mis en évidence les points suivants :

- la sectorisation des prise en charge (lourd / léger ou médecine / chirurgie) doit s'accompagner d'une solidarité renforcée entre équipes ;
- pour les patients « légers », l'existence dans l'établissement d'une consultation médicale non programmée semble délester le service de ces patients et permettre une diminution des temps de prise en charge des autres patients durant ses périodes d'ouverture ;
- une équipe mobile de gériatrie semble générer un raccourcissement des temps de passage des patients âgés, de même que l'existence d'un service post-porte à orientation gériatrique.

A chaque étape du processus de prise en charge et pour certaines sous populations, il existe des modalités organisationnelles qui paraissent générer des temps de passage et des délais d'attente plus courts.

1.2.3. Temps de passage et temps estimés « perdus » par les professionnels

Au sein de chaque service, les professionnels ont identifié les dysfonctionnements pouvant leur faire perdre du temps et en ont estimé la durée. Ils ont ensuite noté pendant plusieurs semaines le nombre d'occurrences de chaque dysfonctionnement. Le caractère déclaratif et subjectif du relevé et la faible participation des médecins constituent des limites à ce focus. Son intérêt est cependant d'identifier des axes d'amélioration dans l'organisation du travail.

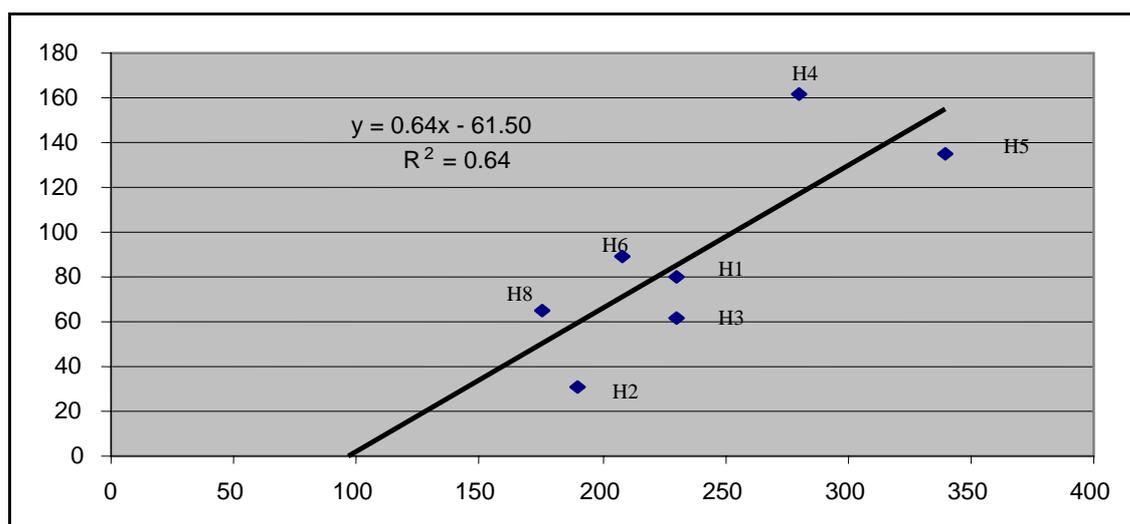
Bien plus que la recherche de lits d'hospitalisation (qui incombe généralement aux cadres), les dysfonctionnements organisationnels pointés par les professionnels concernent en premier lieu les modalités d'information des accompagnants, les appels téléphoniques et le temps à rechercher des dossiers, documents, produits...

% des citations au sein de chaque établissement (XXX>20%; XX10-20%; X<10%)	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Information patient et famille	XXX	XXX	XXX	XXX	XX	X	X	XX
Appels téléphoniques	XXX							
Recherche lits	X	X	X	X	XX	X	X	X
Recherche (documents, produits personne,...)	XX	XXX	XXX	XX	XX	XXX	XX	XXX
Perte de temps liée au matériel (pannes, manque de matériel, ...)	X	X	X	X	X	XX	X	X
Perte de temps liée au personnel (manque de personnel, brancardage...)	X	X	X	X	XX	X	XX	X
Autres (glissement de tâches...)	XX	X	X	X	X	XX	X	X

Tableau 1.10 : les temps estimés « perdus » dans les 8 services

D'après les professionnels, ces « pertes de temps » se traduisent par un volume de temps – toutes catégories professionnelles confondues – équivalent à 90 minutes par ETP et par jour.

L'analyse statistique (régression linéaire) retrouve un lien entre durée moyenne de passage aux Urgences et temps perdus par les personnels :



Graphique 1.4 : droite de régression entre temps de passage des patients (en abscisse) et temps perdus moyen par ETP (en ordonnée)

Au-delà de 96 minutes de temps de passage moyen, temps estimés perdus par les professionnels et temps de passage moyen des patients sont linéairement liés : chaque augmentation de 25 minutes du temps de passage moyen des patients génère 15 minutes de temps « perdu » par etp.

1.2.4. Analyse des données portant sur l'hospitalisation des patients

Lancée en mars 2004 avec les DIM des 8 établissements, cette étude visait à évaluer l'impact des modalités d'utilisation des lits sur le délai d'hospitalisation des patients depuis les Urgences.

L'analyse comparative des données mobilisées par les DIM a mis en évidence que :

- ni un nombre élevé de lits dans un établissement, ni leur disponibilité (taux d'occupation bas) ne sont liés à des délais d'hospitalisation courts : l'augmentation du nombre de lits ne semble donc pas être une réponse satisfaisante au problème d'aval des Urgences ;
- les établissements dont les services présentent des écarts importants de taux d'occupation annuels sont ceux dont le délai d'hospitalisation est le plus long : la répartition des lits en interne doit tendre vers une égalisation des taux d'occupation d'un service à l'autre ;
- les établissements dont le flux de patients programmés est le plus variable d'un jour à l'autre sont ceux dont les délais d'hospitalisation depuis les Urgences sont les plus longs : une plus grande maîtrise du flux programmé pourrait permettre d'améliorer la situation des Urgences ;
- plus les délais d'hospitalisation sont courts, plus les services des Urgences ont un taux d'hospitalisation élevé : si le sens du lien de causalité ne peut être affirmé avec certitude, il semble néanmoins que l'amélioration des modalités d'hospitalisation des patients depuis les Urgences puisse faire peser un risque inflationniste ;
- la nature des lits d'un établissement est un élément déterminant du délai d'hospitalisation des patients depuis les Urgences, dans la mesure où les lits nécessaires pour les patients des Urgences sont avant tout polyvalents et médicaux : plus les lits d'un établissement sont spécialisés, plus les délais d'hospitalisation sont longs ;

L'analyse des données a en outre mis en évidence un phénomène paradoxal : le flux de patients hospitalisés depuis les Urgences est moins irrégulier que le flux de patients hospitalisés directement dans les services.

Ces éléments mettent en évidence l'impact des modalités de gestion des lits (maîtrise des flux programmé, répartition des lits en interne...) sur les temps de passage aux Urgences.

2. Les plans d'actions : mise en œuvre et résultats (phases 3 et 4)

Les résultats du diagnostic ont été restitués aux équipes de chaque service, à la Direction et, pour la majorité des établissements publics, à la Commission Médicale d'Etablissement (CME). Partagés et discutés au sein des services, les constats des phases précédentes ont été traduits en axes d'amélioration puis en plans d'actions. Ces derniers ont été exposés par chaque chef de service au Comité Technique National du 9 juillet 2004, marquant le lancement de la troisième phase du chantier.

Ces phases 3 et 4 du chantier, pour lesquelles 40% des ressources ont été allouées (soit 24 journées d'intervention des consultants par site), représentent un deuxième temps bien distinct du chantier : la mise en œuvre du changement.

Cette seconde partie du document s'attache dans un premier temps à analyser les plans d'actions retenus par les professionnels.

Ce premier niveau d'analyse est suivi par une évaluation du degré de mise en œuvre de ces plans d'actions et par une présentation des actions qui n'ont pas pu être mises en œuvre dans les délais impartis au chantier.

Enfin, dans un dernier temps, sont présentés les actions mises en œuvre et leur impact sur les temps de passage.

2.1. Les plans d'actions proposés par les services

2.1.1. Les axes d'amélioration choisis

Une majorité d'établissements a ciblé la réduction des délais liés à l'hospitalisation des patients et à la réalisation d'examen complémentaires. La moitié d'entre eux (H2, H3, H4 et H8) a souhaité orienter ses efforts vers la réduction des temps de passage des patients les plus âgés. L'ensemble des services a également prévu de mettre en œuvre des actions transversales et managériales.

Axes d'amélioration retenus par les services		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Selon les étapes de la prise en charge	Accueil						X	X	
	Mise en box			X					
	Imagerie	X			X		X	X	
	Laboratoire	X				X	X	X	X
	Hospitalisation		X	X		X	X		X
Selon les types de populations	Plus de 75 ans		X		X	X			X
	Traumatiques					X	X		
Autres actions transversales et managériales		X							

Tableau 2.1 : typologie des axes d'amélioration retenus par chaque service

Plusieurs approches coexistent dans ce choix d'axes d'amélioration :

- une approche centrée sur les étapes de la prise en charge (H1, H3, H6) et/ou une approche centrée sur des populations cibles (H2, H4, H5, H8) ;
- une approche visant à réduire les temps de passage moyens et ciblant la majorité des usagers des Urgences (H1, H6, H7) et/ou une approche visant à réduire les temps de passage les plus longs en ciblant les personnes âgées et les patients hospitalisés (H2, H5, H8).

2.1.2. L'adéquation des plans d'actions au diagnostic

La cohérence entre les deux temps du chantier (diagnostic et conduite du changement) est un élément important de la réussite de l'intervention. Deux indicateurs permettent d'approcher cette adéquation :

- le taux d'étapes prioritaires d'après le diagnostic¹⁸ et ciblées par le plan d'actions ;
- le taux d'actions ciblant des étapes ou des populations prioritaires d'après le diagnostic organisationnel¹⁹.

Exprimé en pourcentage, le taux de couverture des étapes prioritaires par les plans d'actions va de 14 à 92%, le taux d'actions ciblant des étapes prioritaires n'étant jamais inférieur à 86%.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Taux d'étapes prioritaires ciblées par le plan d'actions	22%	33%	40%	14%	50%	92%	67%	50%
Taux d'actions ciblant une étape ou une population prioritaire	100%	90%	100%	100%	86%	92%	100%	90%

Tableau 2.2 : adéquation du plan d'action au diagnostic

La variation des valeurs du premier indicateur illustre les différences d'approches d'un service à l'autre : concentrer ses efforts sur certaines étapes ou essayer de cibler l'ensemble des priorités.

Les taux élevés du deuxième indicateur permettent de conclure à une absence de « déperdition d'énergie » : les services se sont focalisés uniquement sur des priorités identifiées par le diagnostic.

¹⁸ Une population ou une étape de la prise en charge est prioritaire lorsque l'analyse comparative des temps de passage indique une moindre performance d'un service par rapport à la moyenne, ou lorsque l'étape considérée présente des marges de progression importante d'après l'analyse qualitative, ou encore lorsqu'elle fait partie des étapes générant le plus de temps de passage du service. Il ne s'agit donc pas d'une vraie priorisation par potentiel de gain, en conséquence, plus un service a une performance inférieure à la moyenne, plus il aura d' « étapes prioritaires ».

¹⁹ Id. 16

2.2. Evaluation de la mise en œuvre des plans d'actions

2.2.1. Taux de mise en œuvre des plans d'actions

Le nombre d'actions figurant dans les plans d'actions initiaux est relativement variable (de 4 à 24 actions), de même que le taux de mise en œuvre des actions (de 25 à 100%).

La variabilité du nombre d'actions mises en œuvres est moindre : de 4 à 9 actions ont été effectivement conduites à leur terme dans les huit sites.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Nombre d'actions décidées	13	12	7	9	14	24	4	11
Nombre d'actions mises en oeuvre	8	6	5	5	6	6	4	9
Taux de mise en œuvre des actions	62%	50%	71%	57%	43%	25%	100%	80%

Tableau 2.3 : taux de mise en œuvre des actions

Avant de d'exposer les actions mises en œuvre et leur impact sur les temps de passage (cf. 2.3.), la partie suivante présente certaines actions non mises en œuvre mais prometteuses.

2.2.2. Les actions non mises en œuvre

A l'exception de H7, dont le plan d'action, restreint, a été intégralement mis en œuvre, on constate qu'un certains nombre d'actions décidées en juillet 2004 n'ont été que très partiellement mises en œuvre voir abandonnées 8 mois plus tard. Nous les classerons en deux catégories :

- la première concerne les actions dont le délai de mise en œuvre excède la durée de la mission ;
- la seconde, qui traite plus particulièrement de l'étape d'hospitalisation des patients, concerne les actions dont la mise en oeuvre implique une mobilisation de l'établissement dans son ensemble (Urgences, direction, services cliniques).

2.2.2.1. Des actions à moyen et long terme

- **Contractualisation et partenariat** : prise en charge des patients âgés et des patients relevant de la psychiatrie

La prise en charge des patients relevant de troubles psychiatriques a été inscrite dans les plans d'actions de **H5** et **H8** :

- pour réduire la DMS de ces patients dans son UHTCD (4 à 5 jours en moyenne), **H5** a décidé, dans le cadre de la Nouvelle Gouvernance, d'intégrer l'Unité d'Accueil des Malades Psychiatriques dans le pôle « Urgences et réanimation ». Cette décision permettra au SAU de disposer d'un aval dédié à ces patients et de pérenniser les améliorations obtenues dans l'organisation de son UHTCD.
- la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie est assurée par un infirmier psychiatrique et un médecin psychiatre mis à disposition par un centre hospitalier spécialisé (CHS) voisin du lundi au vendredi jusqu'à 24h00. **H8** a proposé de réactualiser les termes de la convention qui le lie au CHS pour disposer fin 2005 d'une prise en charge psychiatrique 7 jours sur 7.

De la même façon, la prise en charge des patients âgés a été abordée par **H2** sous l'angle de la contractualisation avec ses partenaires externes. Cette action a été planifiée en deux temps : recensement des établissements et des acteurs assurant la prise en charge des personnes âgées sur le territoire de santé, formalisation d'un partenariat possible avec chacun d'entre eux (profils de patients pris en charge, modalités de recours, attentes des moyens séjours en matière de ré hospitalisation en aigu...). Cette action, dont le bénéfice n'est pas immédiat, est soutenue par le chef d'établissement mais doit être dorénavant portée par un chef de projet opérationnel ayant la volonté de s'engager sur un calendrier de réalisation.

➤ Investissements et octroi de moyens

Dans le but de diminuer le délai entre la disponibilité des résultats au laboratoire et leur disponibilité aux Urgences, plusieurs actions ont été proposées. Parmi elles, la mise en place de pneumatiques (**H5 et H8**) pour acheminer les prélèvements au laboratoire ou encore l'implantation d'imprimantes déportées au SAU et pilotées par le laboratoire (**H1 et H6**) sont des actions dont la mise en œuvre est sous-tendue pas des décisions budgétaires qui n'ont pas été prises dans le cadre de l'étude.

Il en va de même pour l'achat de nouvelles tables de radiologie conventionnelle (**H1**) et pour l'informatisation des services (**H1 et H4**).

2.2.2.2. Des actions qui impliquent une mobilisation de l'ensemble de la communauté médicale de l'établissement

➤ Mieux concilier flux de patients programmés et flux de patients des Urgences

L'analyse des données DIM a permis de mettre en exergue un phénomène intéressant du point de vue de la gestion des lits : le flux de patients hospitalisés depuis les Urgences est beaucoup plus régulier que le flux de patients en hospitalisation programmée (Cf. 1.2.4.).

Confrontés à la réticence (ou à l'inertie) des services d'hospitalisation à tenir compte du flux des patients des Urgences dans la gestion de leurs lits, les actions de **H2** et de **H6** visant à anticiper la recherche d'un lit en amont de la prise en charge et à travailler sur des protocoles d'hospitalisation (profils de patients, conditions de transfert...) ont été abandonnées.

Inspiré par la centrale de réservation des lits de **H3, H2** a inscrit dans son plan d'action la mise en place de ce type d'organisation pour optimiser la gestion de ses lits. La mise en place d'une centrale de réservation est un grand projet transversal porteur de changements culturels et organisationnels majeurs : il s'agit par exemple d'apporter une cohérence à l'échelle de l'établissement dans la programmation des séjours et la prise en charge des patients des Urgences (une structure aide les service à gérer leurs différents flux) ou de privilégier une organisation des services par Durée Moyenne de Séjour cible (lits de semaine, de jour, classiques).

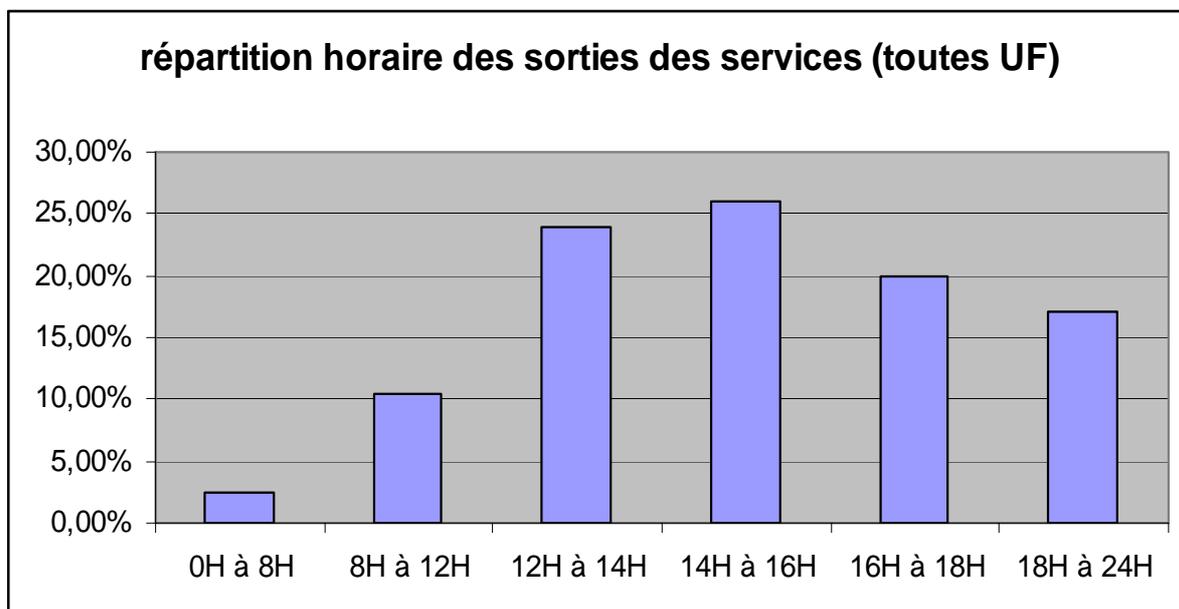
L'annonce de ce projet s'est heurtée à des freins que seule une adhésion institutionnelle est de nature à lever :

- l'acceptabilité pour les soignants de prendre en charge des patients présentant des pathologies très variées ;
- la crainte pour les chefs de service de se voir imposer des patients qui pourraient entraîner une dégradation de leur durée moyenne de séjour (personnes âgées polypathologiques) et/ou qui ne relèvent pas d'une pathologie correspondant à leurs objectifs professionnels.

➤ **Faire sortir plus tôt les patients des services d'hospitalisation**

Pour réduire les délais d'attente d'un lit, les professionnels de **H5** ont identifié qu'une sortie plus précoce des patients des services d'hospitalisation pouvait permettre de gagner des « heures lits » pour hospitaliser plus précocement les patients des Urgences et diminuer d'autant des délais d'attente aux Urgences.

En effet, dans les services d'hospitalisation de **H5**, on constate que près de 50% des sorties de patients (ou mutations) sont réalisées après 14h00 alors que les Urgences ont besoin de lits d'hospitalisation dès la fin de matinée. Cette inadéquation génère de longs délais d'attente pour les patients voués à être hospitalisés et est en partie responsable d'un engorgement de l'UHTCD. Cette attente s'effectue souvent dans des conditions de confort insatisfaisantes (brancard dans les couloirs).



Graphique 2.1 : diagramme horaire des sorties de H5 (information extraite du SIH)

Malgré un vote favorable de la CME portant sur des principes de modification des pratiques de sorties des patients en juin 2004 suivi de deux communications écrites en septembre et en novembre 2004, cette action n'avait pas encore pu être mise en œuvre en mars 2005.

➤ **Tenir compte de la nature du besoin des Urgences dans l'offre de lits de l'établissement**

L'analyse des données DIM a permis d'objectiver la nature du besoin en lits d'hospitalisation des Urgences : il s'agit de lits de médecine polyvalente (Cf. 1.2.4.).

Pour fluidifier l'aval des Urgences, les urgentistes et la direction de **H3** ont proposé au conseil d'administration de l'établissement que 12 lits de médecine soient réservés exclusivement aux patients provenant des Urgences et placés sous la responsabilité du SAU. La DMS de cette unité a été fixée à 5 jours. L'organisation du temps médical faisant l'objet de discussions en interne, ces lits n'étaient encore actifs fin mars 2005.

➤ **Protocoliser la décision et les modalités d'hospitalisation**

Imaginée par l'équipe de H2, cette action a pour objectif de diminuer le délai d'hospitalisation des patients des Urgences en levant l'un des freins couramment évoqué : la qualité variable de l'orientation des patients hospitalisés depuis le service des Urgences et son impact négatif sur la performance des services et sur la qualité des soins délivrés.

Les résultats de travaux menés par l'un des médecin du service pour sa thèse de doctorat d'Etat et réalisés dans l'établissement démontrent que les patients placés dans un lit d'aval suite à leur passage au SAU sont plus fréquemment placés dans le service correspondant à leur pathologie et à leurs besoins que ceux issus de l'activité programmée de ces mêmes services.

L'élaboration de tels protocoles nécessitent un temps de négociation entre le SAU et chacun des services d'aval et de formalisation des attentes de chacun : quels sont les profils de patients qu'un service souhaite privilégier ? Quelle prise en charge doit avoir été accomplie avant de « faire monter » les patients ... ?

Cette action transversale doit par ailleurs être soutenue par la direction et portée par l'ensemble de la communauté médicale de l'établissement.

Ces exemples illustrent de manière éloquent l'un des constats majeurs de ce chantier : si l'objectif de réduction des délais d'attente d'un lit ne fait pas l'objet d'une mobilisation des professionnels des services d'hospitalisation et de l'établissement dans son ensemble, alors le seul potentiel de gain en termes de réduction des temps de passage est celui mobilisable par les urgentistes et leur partenaires des laboratoires et de l'imagerie. Ce potentiel de gain mérite d'être mobilisé, mais ne peut permettre de résoudre le problème des temps de passage les plus longs et les plus inadmissibles.

2.3. L'impact des actions mises en oeuvre sur les temps de passage

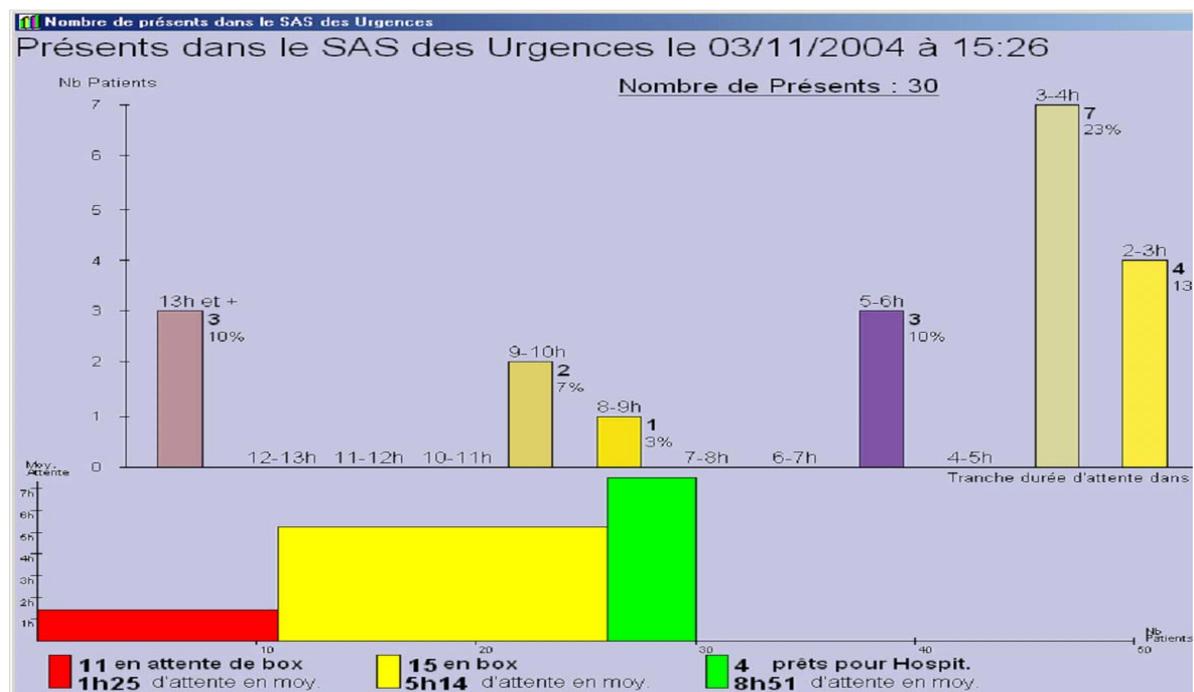
La mise en place d'outils de pilotage est un prérequis pour l'évaluation et le suivi des actions d'amélioration. Avant que ne soient décrits ces actions et leur impact sur les temps de passage, les tableaux de bord de suivi des temps de passage développés par les services sont donc présentés.

2.3.1. La mise en place d'outils de mesure et de pilotage

Dans aucun des sites n'a été rencontré un suivi en routine des temps de passage : les services ne disposent par conséquent que d'une vision parcellaire de leur activité et de leur performance. Ils se privent ainsi d'une information utile pour mobiliser leurs équipes et celles des services supports. Il a également été constaté que les systèmes d'information d'Urgences (SIU) implantés dans 6 services sur 8 ne disposaient pas de fonctionnalités d'édition automatiques de tableaux de bord de suivi des temps de passage.

Afin de permettre une évaluation de l'impact de l'intervention, mais avant tout pour partager avec les équipes l'analyse de la performance du service et imaginer des ajustements organisationnels, chaque service a essayé de développer des outils de pilotage.

H3 a souhaité disposer d'une visibilité des patients qui attendent d'être installés en box et de ceux qui attendent un lit d'hospitalisation. Ces deux informations permettent de suivre en temps réel ces deux étapes fléchées lors du diagnostic. Un simple regard sur cet écran donne une bonne idée de la situation du SAU et du type d'actions nécessaires pour désengorger le service (graphique 2.6).



Graphique 2.2 : vision en temps réel des patients en attente de box, en box et en attente d'un lit – H3

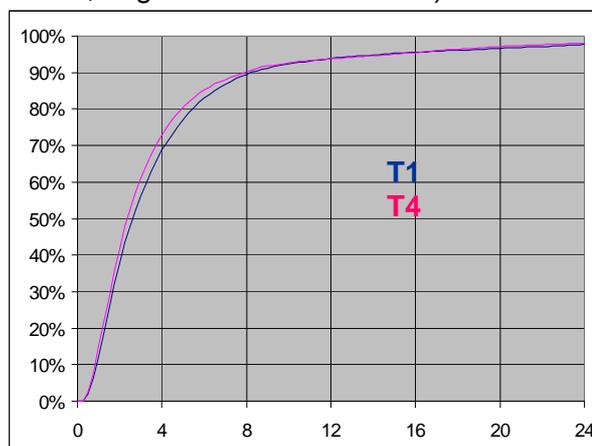
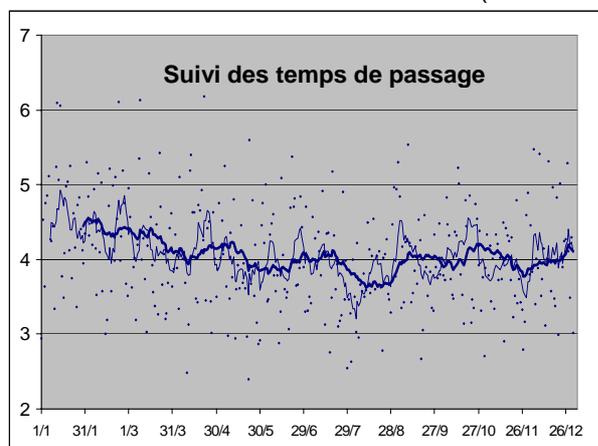
H6 a procédé au paramétrage de son système d'information pour disposer d'un recueil des temps de passage (moyens, médians, minimum et maximum) pour 3 catégories de patients (Plus de 15 ans non hospitalisés sans acte, 15 à 75 ans hospitalisés et plus de 75 ans hospitalisés). Ces informations sont partagées chaque mois avec l'équipe et transmis à la direction de l'établissement. Le service envisage de rendre visible en temps réel pour les patients et les soignants, le délai moyen d'attente avant la consultation médicale.

**TEMPS DE PASSAGE AUX URGENCES
ANNEE 2004
(en minutes)**

ANNEE 2004	IANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	IUIN	IUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC
Plus de 15 ans, non hospitalisés, sans actes	IANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	IUIN	IUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC
moyenne	182	198	168	143	175	151	147	133	136		197	176
médiane	105	99	104	98	99	96	86	76	92		120	112.5
De 15 à 75 ans, hospitalisés	IANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	IUIN	IUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC
moyenne	706	734	690	447	488	488	446	394	417		621	632
médiane	436	401	424	353	362	365	331	295	314		423	435
minimum	53	27	37	48	12	19	40	3	26		3	42
maximum	6968	5545	3606	2522	2540	2835	2265	2632	2670		3758	5292
Plus de 75 ans, hospitalisés	IANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	IUIN	IUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC
moyenne	1169	841	1119	670	629	588	610	408	492		905	916
médiane	670	659	970	468	492	421	406	321	392.5		536.5	599
minimum	43	31	121	130	58	7	78	64	94		62	110
maximum	4706	3048	4682	3273	3163	2744	3387	1592	2123		5877	4430

Tableau 2.4 : tableau de bord « temps de passage » - H6

Enfin, certains services tels **H2**, ont souhaité privilégier une vision dynamique de leur performance, leur permettant d'analyser l'impact de mesures mises en œuvre ou d'événements extérieurs au service (fermetures de lits, augmentation d'activité...) :



Graphiques 2.3 et 2.4 : H2 : évolution du temps de passage au cours de l'année (graphique de gauche) et de la distribution des temps de passage entre le premier et le dernier trimestre (graphique de droite)

2.3.2. Une action ciblant l'intégralité du processus de prise en charge : « la coordination des flux »

L'optimisation de la gestion des flux au sein des services a été identifiée comme un axe d'amélioration prioritaire. Complexe (nombre de passage par jour, horaires de venue, devenir, pathologies prises en charge, degré de gravité), le flux des patients est essentiellement traité « au fil de l'eau » (à l'exception des Urgences vitales bien entendu). Sa gestion se caractérise par une faible anticipation des étapes du processus de prise en charge, par un manque de visibilité du chemin critique des patients et par le souci permanent de ne pas s'immiscer dans le travail des collègues.

Partagé en comité technique national, ce constat a abouti à l'organisation d'une session de sensibilisation à la gestion des flux au cours de laquelle l'analyse de processus, la recherche de chemin critique, l'ordonnancement des tâches, l'anticipation et l'analyse de l'activité sous l'angle de la performance ont été abordés. L'enjeu de cette session était de passer :

- d'une vision de l'activité en volume à une vision de l'activité en performance (au sens des temps de passage) ;
- du point de vue du professionnel au point de vue du patient ;
- d'une vision d'étapes de la prise en charge à une vision d'enchaînement d'étapes (processus de prise en charge) ;
- d'une vision focalisée sur chaque patient à une vision englobant l'ensemble des patients.

Le résultat de cette sensibilisation a été le lancement en juin 2004 d'une expérimentation visant à intégrer dans l'un des services (H1) une fonction de coordonnateur de flux. A la différence des autres personnels du service, le coordonnateur de flux n'est pas directement « producteur » de soins mais organisateur, aiguilleur et garant de l'ordonnancement des tâches.

➤ **L'expérimentation à H1 et à H3 : la fonction d'infirmière – coordinateur de flux**

Mise en œuvre :

Dans chacun des deux sites, la mise en œuvre de cette expérimentation s'est déroulée en trois temps :

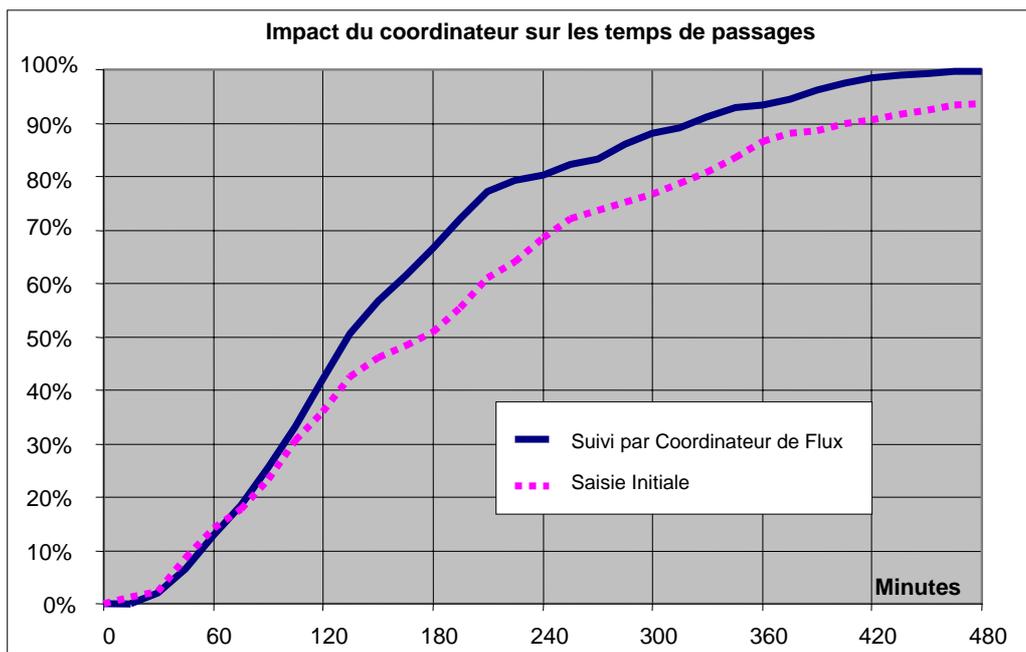
- **Identification des compétences nécessaires** pour assurer la fonction :
 - connaître le fonctionnement du service de façon globale (amont, supports, aval) et dans le détail (réglementation, processus, soins, actes médicaux, système informatique, délais ...) ;
 - savoir utiliser un PC (bureautique et SI Urgences) ;
 - disposer de compétences comportementales (diplomatie, gestion de conflits, résolution de problèmes, sensibilité et fermeté) pour pouvoir interagir avec les équipes des Urgences, des services supports et d'hospitalisation.

- **Rédaction d'une fiche de poste précisant la mission²⁰** : anticiper les événements à venir pour chaque patient et déclencher chaque étape au meilleur moment pour réduire l'attente totale en :
 - ayant une vision des patients présents et des ressources disponibles ;
 - prévoyant le circuit « probable » des patients et les délais d'attente ;
 - définissant les priorités et alternatives de prise en charge (proposer ou imposer) ;
 - procédant à une analyse des événements de la veille et en la communiquant à l'équipe.

- **Formation des professionnels volontaires** : 4 IDE se sont déclarées volontaires pour assurer cette fonction et ont suivi une formation composée de 4 modules²¹.

Résultats :

H1 : Lors de cette période d'expérimentation, le temps de **passage moyen à H1** est passé de 3h20 à 2h45. L'action du coordinateur de flux a eu un effet **bénéfique sur la distribution des temps de passage**, notamment pour les temps compris entre 3 et 7 heures : le pourcentage de patients pris en charge en moins de 3 heures passe de 50 à près de 70%, et près de 100% des patients ont quitté le service en moins de 7 heures, contre 90 auparavant.



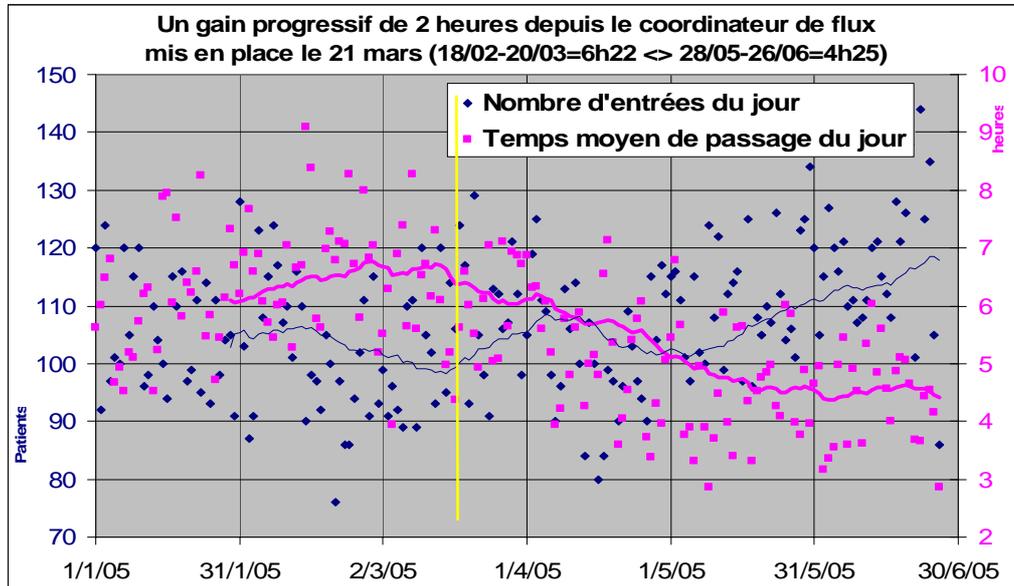
Graphique 2.5 : distribution des temps de passage des patients suivis par le coordonnateur de flux

Au-delà des gains obtenus au cours de cette période de forte activité, les professionnels de H1 déclarent : « le coordinateur de Flux peut faire gagner du temps aux patients et aux soignants », « on a réduit de 30mn tous les passages des patients traumatiques », « on informe le médecin qu'un patient jeune s'est sûrement cassé le tibia, sa radio est prête, il est prêt à être vu. Cela aide le médecin car il n'a pas une vue globale de la situation ».

²⁰ Cette fiche de poste sera disponible dans le « Recueil des Bonnes Pratiques Organisationnelles », à paraître au dernier trimestre 2005.

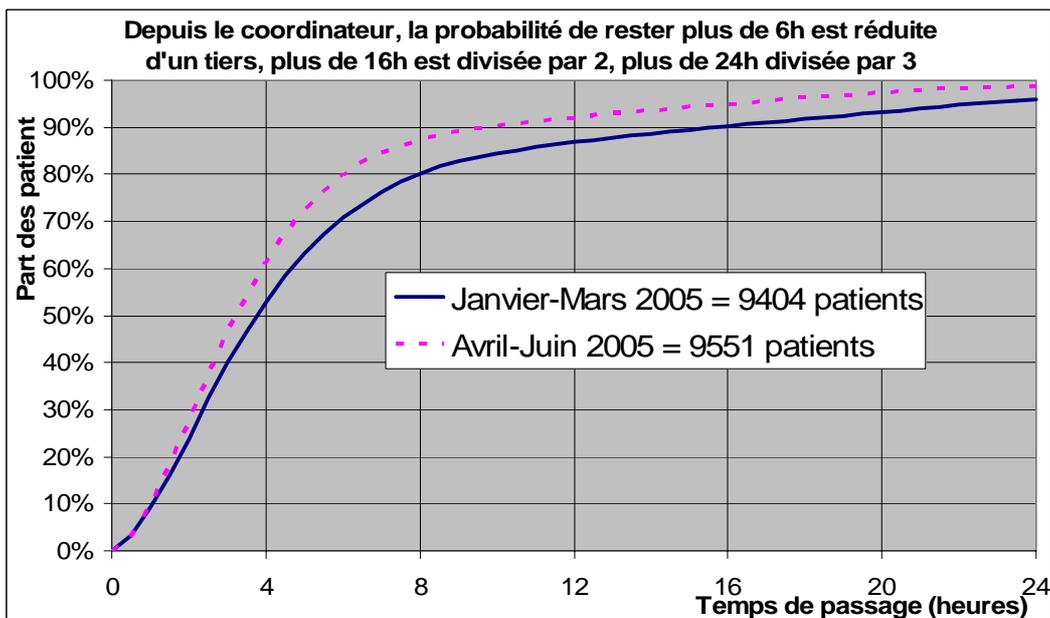
²¹ Ces modules de formations seront présentés dans le « Recueil des Bonnes Pratiques Organisationnelles », à paraître au dernier trimestre 2005.

H3 : dans ce service, un coordinateur de flux est présent de 9h à 21h (ou de 13h à 21h selon l'affluence). Bien que le nombre de passages ait augmenté (à case-mix constant d'après le chef de service), son implémentation a eu un **impact positif sur le temps de passage moyen (diminution progressive de 2 heures sur la période)** :



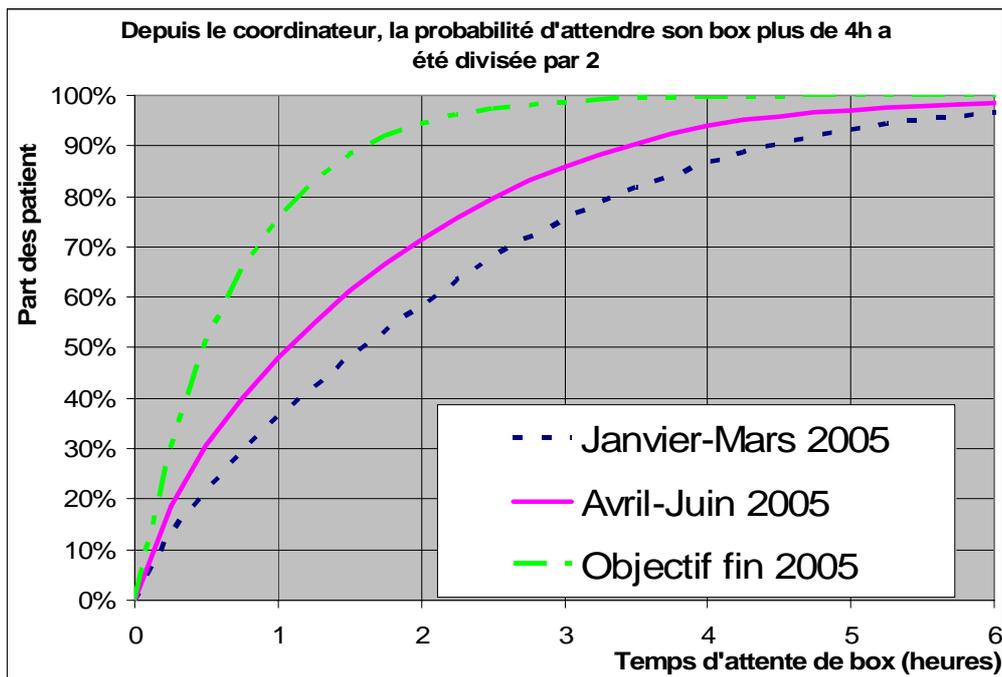
Graphique 2.6 : évolution du temps de passage moyen (courbe en gras) et du nombre de passages (courbe fine). L'axe vertical symbolise le début de l'expérimentation

La mise en place du coordonnateur de flux a aussi contribué à la **diminution du nombre de patients concernés par des temps de passage longs** et à **augmenter la part de patients pris en charge en moins de 4h** (61% avec CF contre 53% sans CF) :



Graphique 2.7 : évolution de la courbe de distribution des temps de passage (en clair : avec CF, en foncé, sans CF)

Enfin, à H3, le coordinateur de flux a aussi eu un **impact positif sur l'un des goulots d'étranglement spécifique du service : la mise en box.**



Graphique 2.8 : évolution de la courbe de distribution des temps de mise en box à H3, et objectif du service pour fin 2005

Prometteuse cette expérimentation a été étendue à un autre service (H4) en 2005.

➤ **La fonction de médecin coordinateur 7j/7, 24h/24 – H8**

Pour améliorer la coordination entre les professionnels de l'équipe et les modalités de collaboration avec le laboratoire, les services d'imagerie et d'hospitalisation, le chef de service de H8 a décidé de renforcer le management du service en créant une fonction de « médecin coordinateur ».

A tour de rôle, chaque médecin senior est coordinateur du service pendant une journée. Il :

- coordonne l'activité de soins des internes et de ses collègues ;
- est l'interlocuteur unique des médecins des autres services et de l'administration de l'hôpital ;
- centralise l'ensemble des appels téléphoniques ayant trait à la prise en charge des patients ;
- décide si un patient peut être hospitalisé en UHCD ou dans un service d'hospitalisation ;
- assure une formation régulière aux jeunes urgentistes et veille à la transmission des règles de prise en charge.

Concomitante avec la mise en œuvre d'autres mesures (décrites ci-après), cette action managériale a participé aux gains mesurés sur un échantillon de 2300 patients :

- diminution du temps de passage moyen de 23 % pour tous les patients et de 13 % du temps médian ;
- réduction de 20 à 60% des délais moyens observés lors des différentes étapes de prise en charge. La réduction est plus importante lors des étapes d'amont (avant la prise en charge médicale).

2.3.3. Les actions ciblant des étapes de la prise en charge

➤ Réduire les délais avant la première consultation médicale :

H7 :	
<p>Constats : Un comptoir à l'entrée du service est à la fois une zone d'accueil (enregistrement et tri) et de sortie (formalités de sorties). Chaque jour (de 8h à 20h), une secrétaire médicale assure l'accueil des patients, procède à l'enregistrement et constitue le dossier de sortie à partir des documents fournis par les médecins.</p> <p>Lors des périodes d'affluence, cette zone du service s'engorge et participe à la formation de files d'attente des patients arrivant et sortant.</p>	
Actions	Résultats
<p>Informatisation des documents administratifs les plus courants et les plus chronophages : 6 documents types (certificat de passage, certificat médical initial, certificat scolaire, avis d'arrêt de travail, fiche d'hospitalisation, fiche de consultation) ont été identifiés et mis en ligne dans le dossier patient permettant ainsi d'en automatiser le renseignement et l'édition.</p>	<p>Le suivi des temps de passage, disponible en routine, a permis d'évaluer que cette action a contribué à réduire de 20% les délais d'attente des étapes entre l'accueil et la consultation médicale pour tous les patients (56mn en décembre 2003, 43mn en septembre 2004). Elle a également contribué à améliorer la situation lors des pics d'activité.</p> <p>Le gain de temps induit par cette action pour les secrétaires est évalué à environ 2 à 3 minutes par patient (environ 40 patients jour). L'augmentation du temps disponible pour l'accueil administratif des patients est d'environ 80 à 120 minutes par jour.</p>

➤ Réduire les délais de réalisation d'examens d'imagerie :

H1 : DIMINUER LES TEMPS DE REALISATION D'EXAMENS D'IMAGERIE	
<p>Constats : Le délai de réalisation de cette étape s'élevait à 44mn en moyenne. Les observations réalisées sur le terrain ont permis de cerner des modalités organisationnelles en partie responsables d'un allongement de ce délai d'attente :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le dimanche et lors des périodes de congé, l'effectif du service d'imagerie est réduit et a recours à des manipulateurs suppléants qui ne sont pas tous formés à la réalisation d'actes de scanners simples ; ○ les comptes-rendus d'actes d'imagerie des patients programmés et des patients des Urgences sont dictés sur une seule bande magnétique générant une perte de temps pour identifier les interprétations des clichés demandés par les Urgences. 	
Actions	Résultats
<p>Les manipulateurs suppléants ont été formés à la réalisation d'actes de scanner.</p>	<p>Selon les professionnels, la formation des manipulateurs suppléants réduit de 20mn ce délai pour un patient par jour.</p>
<p>Le chef de service d'imagerie a demandé à son équipe d'enregistrer sur une « cassette SATU » les comptes-rendus destinés aux patients des Urgences.</p>	<p>Cette cassette de dictée spécifique contribue à réduire le délai de 20mn pour l'ensemble des patients concernés.</p>
<p>17 protocoles de prescriptions anticipées²² d'actes simples d'imagerie ont été rédigés pour que les IAO puissent anticiper la réalisation d'examens de radiologie conventionnelle pour les patients présentant des traumatismes isolés des membres. Chaque protocole précise les modalités d'interrogation du patient et les examens cliniques à effectuer. Le principe a été acté par la CME.</p>	<p>Pour les patients présentant un traumatisme isolé des membres, une mesure des délais effectuée pour 62 patients pour lesquels un acte d'imagerie a été prescrit par anticipation a révélé un gain moyen de 40mn par patient.</p>

²² Ces protocoles seront disponibles dans le « Recueil des Bonnes Pratiques Organisationnelles », à paraître au dernier trimestre 2005.

H4 : TRANSPORT DES PATIENTS EN IMAGERIE	
<p>Constats : Le service de radiologie est éloigné du service des Urgences. Les modalités d'affectation des brancardiers au flux des patients nécessitant un acte d'imagerie (68% des patients de l'échantillon MeaH) se sont avérées perfectibles et en partie responsables du délai d'attente constaté à cette étape (53mn).</p>	
Action	Résultat
Il a été décidé d'affecter un brancardier (du matin et d'après-midi) uniquement au transport des patients des Urgences vers le service d'imagerie.	Cette sectorisation a généré, selon les professionnels, un gain évalué à 5mn pour chaque patient bénéficiant d'un acte d'imagerie (plus de 100 patients par jour).

➤ **Réduire les délais de réalisation d'examens biologiques :**

H5 : CONTRACTUALISATION AVEC LE LABORATOIRE	
<p>Constat : Le délai de réalisation des examens biologiques est apparu comme un « goulot d'étranglement » en terme de délais (105mn). L'amélioration du processus de prescription et de réalisation des examens a donc été retenue.</p>	
Action	Résultats
<p>Contractualisation avec le laboratoire dont chaque service tire un bénéfice : les Urgences s'engagent à diminuer le nombre d'examens biologiques systématiquement prescrits pour les patients et le laboratoire fait en sorte de réduire le délai d'obtention des résultats.</p> <p>Une liste limitative standardisée d'examens biologiques²³ a été élaborée par les deux chefs de service sur un support particulier spécifique des Urgences (« bon de biologie urgence »).</p> <p>D'autres examens plus spécifiques peuvent être demandés après avis d'un médecin senior et du biologiste.</p>	<p>L'action, effective depuis le 1^{er} mars 2005 (5 mois ont été nécessaires pour la mettre en œuvre), a permis de diminuer le délai de réalisation de cette étape de 105mn à 57mn.</p> <p>La mise en place de cette action, permet, selon les professionnels, de réduire le nombre d'examens considérés comme non urgents et/ou injustifiés.</p>

H1 : RENDU PLUS PRECOCE DES RESULTATS DE BIOLOGIE	
<p>Constats : Le temps de réalisation des examens de biologie, s'il était dans la moyenne constatée dans les huit sites, représentait plus de 10% du temps total de prise en charge des patients. L'analyse du processus a permis de repérer un gain de temps potentiel dans la transmission des résultats du laboratoire aux Urgences.</p>	
Action	Résultat
<p>Anticiper la mise à disposition des résultats du laboratoire : ils sont visibles sur écran aux Urgences dès « validation électronique », et avant « validation papier » par le biologiste.</p>	<p>Ce nouveau mode de transmission des résultats a contribué à faire diminuer le temps moyen de prise en charge à H1.</p>

²³ Cette liste sera disponible dans le « Recueil des Bonnes Pratiques Organisationnelles », à paraître au dernier trimestre 2005.

➤ Réduire les délais d'hospitalisation des patients :

H2 : HOSPITALISATION APRES 18H30	
<p>Constats : L'accès aux lits d'hospitalisation était difficile voire impossible après 18h30. Cette situation allongeait inconsiderément le délai d'attente d'un lit pour environ une quinzaine de patients par jour. Ce constat a également été relevé le week-end.</p>	
Action	Résultat
<p>Le chef de service des Urgences a proposé à ses confrères des services d'hospitalisation que les patients hospitalisés depuis les Urgences après 18h30 demeurent sous la responsabilité des praticiens du SAU jusqu'au lendemain matin.</p> <p>Cette disposition a été étendue au samedi et au dimanche.</p>	<p>Chaque jour, cette disposition fait gagner environ 4h30 à un patient hospitalisé.</p>

H5 : AMELIORER LA DISPONIBILITE DES LITS EN UHCD	
<p>Constats : Les modalités d'utilisation de l'UHCD ne sont pas satisfaisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ les horaires de sortie des patients hospitalisés en UHTCD dépendent de l'horaire de réalisation de la visite médicale. Celle-ci n'étant pas systématiquement réalisée précocement le matin, et ne commençant pas par les patients susceptibles de sortir, les lits de l'UHCD sont disponibles trop tardivement. ○ les lits de l'UHCD sont utilisés par des patients en hospitalisation de jour (transfusions pour dysplasies). 	
Actions	Résultats
<p>Une procédure de fonctionnement de l'UHTCD a été formalisée pour libérer plus tôt les lits le matin : la visite doit être « assurée par un médecin urgentiste et commence au plus tard à 9h00 du matin. En dehors des patients instables nécessitant une intervention prioritaire, la visite débutera par les patients potentiellement sortants afin de libérer des lits au plus vite pour répondre aux besoins du SAU ».</p>	<p>Ces actions ont contribué à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ réduire le temps de passage des patients hospitalisés de plus d'une heure (309mn à 244mn) ; ○ diminuer de 10 heures la DMS des patients de l'UHCD (de 39 à 29h)
<p>La présence simultanée de gériatres et psychiatres lors de la visite a également été recommandée et a participé à améliorer l'efficacité des « sorties ».</p>	
<p>La question des patients relevant des services d'hospitalisation de jour a été soumise à la Commission Médicale d'Etablissement et a trouvé une issue favorable.</p>	

H8 : AMELIORER LA DISPONIBILITE DES LITS EN UHCD

Constats : Le temps de passage des patients hospitalisés s'élève à 4h38. A l'instar de H5, la disponibilité des lits de l'UHCD est apparue insuffisante. L'organisation des ressources médicales affectées à cette unité a été également jugée perfectible.

Actions	Résultats
Clarification de l'organisation des ressources médicales : un médecin senior est présent de 9 heures à 18 heures du lundi au vendredi et, les samedis/dimanches et jours fériés de 9 heures à 13 heures. Il est assisté par un interne.	Cette mesure a contribué à la réduction de 23% des temps de passage moyens tous patients confondus.
Les transmissions sont effectuées le matin au chevet du patient. Le senior de garde, le médecin chargé de la visite à l'UHCD, le cadre infirmier, l'infirmier(e), et l'assistante sociale, les internes, le psychiatre et un médecin de l'unité de gériatrie aigue y participent.	La DMS de l'UHCD a été réduite d'environ 24h.
La décision d'hospitaliser un patient en UHCD relève uniquement des seniors.	L'amélioration de la fluidité de l'UHCD a permis de dédier une zone aménagée de l'UHCD comme ZHTCD : les patients en attente d'examen d'avis spécialisé ou de décision de sortie ne stationnent plus dans les couloirs ni dans les box.
Une liste d'indications non exhaustive de séjour en UHCD a été formalisée.	Selon les professionnels, ces améliorations sont en partie liées à :
La décision d'hospitaliser en UHCD un patient relevant d'une spécialité est prise entre les spécialistes et les seniors des Urgences à condition qu'il ne présente aucun caractère de gravité.	<ul style="list-style-type: none"> ○ la participation des gériatres à la visite quotidienne ; ○ l'amélioration de la fluidité des transferts en particulier gériatriques ; ○ une collaboration accrue avec les spécialistes.
Les spécialistes s'engagent à les hospitaliser dans leur service dans les 24 heures au plus tard.	

2.3.4. Les actions ciblant certaines populations

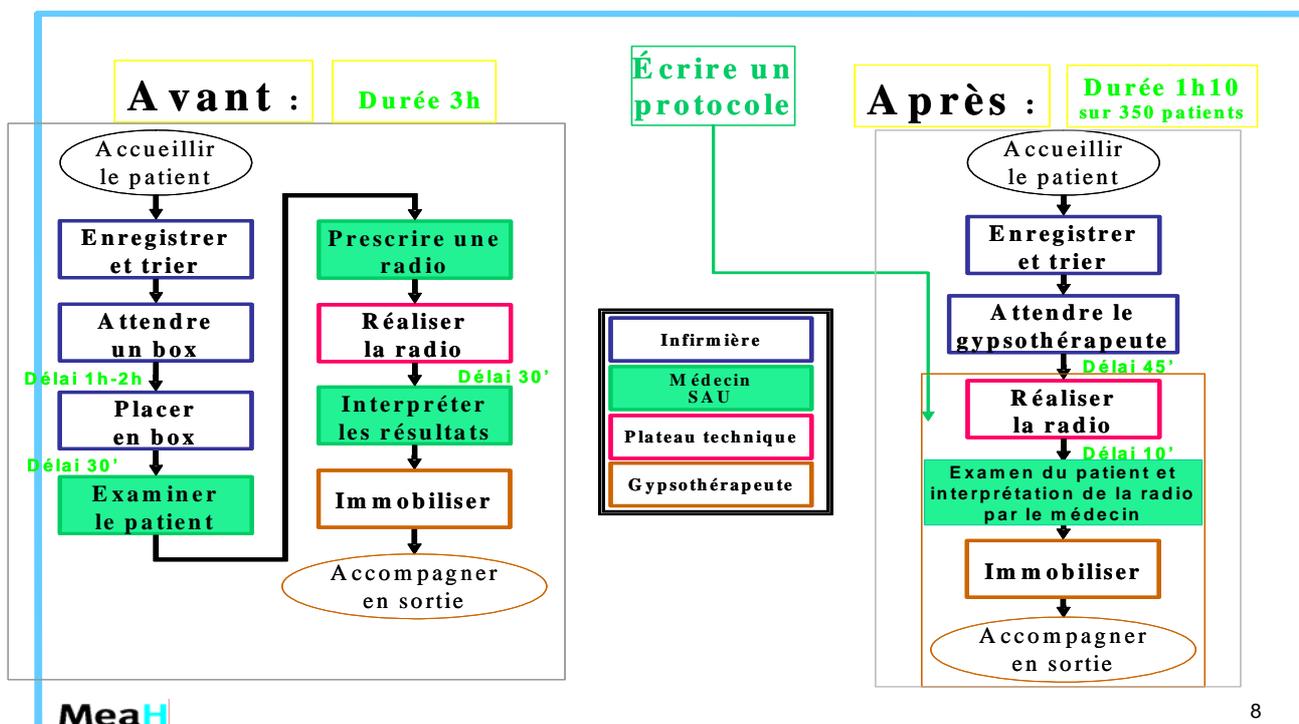
➤ Réduire le temps de prise en charge des patients âgés :

H8 : FLUIDIFIER LA PRISE EN CHARGE DES PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES	
Constats : Le temps de passage des plus de 75 ans est de 4h06 en moyenne et de 15h24 pour les patients de plus de 75 ans hospitalisés.	
Actions	Résultats
<p>Mise en place d'une équipe d'intervention en gériatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ évalue l'état du patient pour élaborer un plan d'aide éventuel ; ○ oriente les personnes âgées en associant les équipes paramédicales et sociales ; ○ contribue à la définition d'un projet de vie et de soutien ; <p>Cette équipe est composée de 2 PH qui exercent au profit de plusieurs établissements.</p>	<p>Les améliorations suivantes ont été notées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le temps de passage moyen des patients hospitalisés de + de 75 ans s'est réduit de 30% (924mn à 630mn) ; • 1 à 3 patients transférés par jour en gériatrie aiguë ; • 1 service de moyen séjour fait part de sa disponibilité en lits 3 fois par semaine.
<p>Rencontre et conventionnement avec des établissements d'aval gériatrique.</p>	

H5 : FLUIDIFIER LA PRISE EN CHARGE DES PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES	
Constats : Le temps de passage des plus de 75 ans voués à être hospitalisés s'élève à 5h43. En 2003, 1355 patients de plus de 75 ans ont été hospitalisés à la suite d'un passage aux Urgences, le plus souvent dans des services inadaptés engendrant des DMS longues.	
Actions	Résultats
<p>Création d'une unité d'hospitalisation de 15 lits gériatriques aigus à usage exclusif des patients issus du SAU et/ou de l'UHCD (DMS cible : 8 jours).</p> <p>L'unité est ainsi distinguée du reste de la filière de gériatrie : pas d'hospitalisation programmée possible.</p>	<p>Les améliorations suivantes ont été constatées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le temps de passage moyen des patients hospitalisés de plus 75 ans s'est réduit de 20% (passant de 5h43 à 4h27) ; • réduction de l'ordre de 60% du délai d'attente entre la décision d'hospitalisation et la sortie effective du service (3h35 à 1h17). <p>Depuis la mise en place de la structure, l'organisation de la prise en charge des personnes âgées est ressentie comme beaucoup moins problématique : « <i>Chaque matin les gériatres nous prennent 2 à 3 patients aux portes, ce qui libère rapidement des lits et permet d'hospitaliser plus rapidement.</i> ».</p>
<p>Dans le cadre de la coopération SAU - filière gériatrique, une équipe mobile (binôme médecin gériatre / assistante sociale) assure un passage systématique au SAU et à l'UHCD tous les matins.</p>	

➤ Réduire les délais de prise en charge des patients traumatiques :

H3 : TRAUMATISMES ISOLES DES EXTREMITES DES MEMBRES	
<p>Constats : Les patients souffrant d'un traumatisme isolé des extrémités (main, poignet, pied, cheville) subissent une attente longue (évaluée à 2 heures), pouvant être réduite et contribuant à l'engorgement des Urgences.</p>	
Action	Résultats
<p>Redéfinir un processus de prise en charge en repositionnant l'ordonnancement des tâches des professionnels.</p> <p>De nouvelles modalités de prise en charge ont fait l'objet d'une note de service en juin 2004 permettant au gypsothérapeute du service :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ d'identifier dès l'accueil les patients traumatiques concernés ; ○ de proposer des clichés radiologiques à réaliser ; ○ d'accompagner le patient à la radiologie, de réceptionner les clichés ; ○ de valider avec le médecin l'interprétation et les soins à dispenser ; ○ de réaliser l'immobilisation pendant que le médecin renseigne les documents <p>Ce nouveau processus concerne entre 6 et 8 patients par jour (limité au temps de présence du gypsothérapeute : 09h00 – 16h30). L'expérience du gypsothérapeute de H3 en a facilité la mise en œuvre.</p>	<p>Sur 9 journées d'activité (53 patients pris en charge), un gain de 75 minutes pour le patient, et de 15 minutes pour le médecin ont été mesurés.</p> <p>La mise en œuvre de ce processus pour 8 patients par jour génère un gain moyen sur le temps de passage de 10 minutes sur l'ensemble des patients.</p> <p>Ce processus développe de nouveaux comportements chez les IOA qui vont maintenant spontanément voir un médecin avant la mise en box d'un patient pour proposer un Doppler ou un prélèvement.</p>



Graphique 2.9 : refonte du processus de prise en charge des patients présentant un traumatisme isolé des extrémités d'un membre

3. Evaluation du dispositif proposé par la MeaH

Ce premier chantier a été très largement exploratoire, tant sur le plan méthodologique qu'opérationnel. Son évaluation, proposée dans cette troisième partie, est à replacer dans une perspective d'amélioration du dispositif à proposer aux professionnels de terrain.

Elle s'appuie sur l'évolution des temps de passage mesurée au cours de l'intervention ainsi que sur le point de vue des professionnels qui ont y participé et des chargés de projet de la MeaH.

3.1. L'évolution des « temps de passage des patients »

L'évolution de la moyenne et de la distribution des temps de prise en charge des patients suite aux actions menées par les professionnels des Urgences est présentée dans cette partie. Une attention est portée aux situations spécifiques de chaque site, et en particulier à l'évolution de l'activité (en nature et en volume) et des ressources (locaux et personnels).

3.1.1 L'évolution des temps de passage moyens et de la distribution des temps de passage

Les temps de passage des établissements H1-H4 ont fait l'objet d'une comparaison entre le 1^{er} trimestre 2004 et le 4^{ème} trimestre 2004, ceux de H5 et H7 entre décembre 2003 et décembre 2004 et ceux de H6 et H8 entre février 2004 et février 2005.

Les résultats en termes d'évolution des temps de passage moyens sont mitigés : 4 sites sont parvenus à les diminuer (H1, H2, H5 et H8), mais ils se sont allongés dans les 4 autres (H3, H4, H6, H7). Dans l'ensemble des services des Urgences le temps de passage moyen a diminué de plus de 2%.

H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	Total
- 5,7%	- 7,7%	+ 3,8%	+ 2,4%	- 2,6%	+ 1,3%	+ 18,1%	- 22,6%	- 2,2%

Tableau 3.1 : évolution des temps de passage

En terme d'évolution de la distribution des temps de passage (cf. tableau 3.2), des résultats significatifs ont été atteints par les services, qu'ils aient réduit ou non leur temps de passage moyen :

- la proportion de patients pris en charge en plus de 6 heures a diminué de près de 10% dans deux services (H2 et H6) et de 20% dans deux autres (H1 et H8) ;
- la proportion de patients pris en charge en plus de 8 heures a diminué dans 5 sites sur 7 à près de 30% selon les services ;
- la proportion de patients pris en charge en plus de 10 heures a diminué dans 6 services sur 7, cette diminution atteignant plus de 50% dans un site (H1) ;
- la proportion de patients pris en charge en plus de 12 heures a diminué de près de 60% à H6 et de plus de 70% H1.

Etablissement		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Evolution du temps de passage moyen		-	-	+	+	-	+	+	-
Variation du pourcentage de patients vu en plus de ²⁴ :	3h	-5,9%	-11,2%	+8,0%	+1,3%	3,5%	+3,6%	+60%	-17,8%
	4h	-11,2%	-12,8%	+11,6%	+1,9%	1,7%	+1%	+57%	-18,2%
	5h	-14,9%	-14,4%	+13,4%	+4,5%	-10,1%	-8,5%	+25%	-22,9%
	6h	-20,5%	-12,5%	+6,7%	+4,9%	-1,6%	-9,7%	-	-19,0%
	8h	-24,2%	-7,0%	+4,5%	+2,7%	0,0%	-16,3%	-	-29,4%
	10h	-55,9%	-4,0%	-1,7%	+6,2%	-3,9%	-25,0%	-	-29,1%
	12h	-70,6%	+0,6%	-2,2%	+12,6%	-8,3%	-59,7%	-	-

Tableau 3.2 : Variation du nombre de patients vus en plus de X heures

3.1.2. Commentaires par service sur les résultats de l'intervention

➤ H1

Entre les deux périodes utilisées pour évaluer l'impact de l'intervention, l'activité a diminué de 5,8% tandis que le taux d'hospitalisation baissait de 0,6% (à 41,8%). De plus, le service des Urgences de H1 a déménagé dans de nouveaux locaux, plus spacieux et confortables. En revanche, cette nouvelle configuration architecturale n'est pas nécessairement propice à la réduction des temps de passage courts (« *les nouveaux box pour les patients vus et en attente de résultats sont considérés comme des lits d'UHCD et semble avoir un impact négatif sur la volonté des services d'hospitaliser les patients des Urgences* »).

Certains éléments semblent s'être imposés de façon pérenne à H1 et expliquer en partie les résultats : la coordination des flux, l'affichage des informations sur les temps de passage et l'analyse régulière de la performance du service (en termes de temps de passage).

➤ H2

Outre les actions mises en place à H2, d'autres éléments sont à prendre en considération dans l'analyse de l'impact de l'intervention sur les temps de passage : la diminution d'activité entre les deux périodes de recueil (-2,9%), l'augmentation de la part des patients de moins de 15 ans (+10%) et la diminution du pourcentage d'hospitalisation (-1,1%).

« *Si l'intérêt de l'amélioration de la coordination des flux est certain, les efforts qu'il reste à faire doivent cibler en priorité les patients âgés, les patients hospitalisés et les patients se présentant pour une simple consultation* ».

➤ H3

Les résultats en termes d'évolution du temps de passage moyen sont défavorables. Il convient cependant de souligner que le taux d'hospitalisation a augmenté de plus de 17% entre les deux périodes de recueil (passant de moins de 15% des patients à plus de 18%). Compte tenu des temps de passage respectifs des patients hospitalisés et non hospitalisés, on peut considérer que l'intervention a permis de limiter l'impact du changement de case-mix sur la performance du service.

➤ H4

Malgré une baisse de l'activité entre les deux périodes de recueil, les actions mises en œuvre à H4 n'ont pas permis de diminuer les temps de passage.

²⁴ il s'agit d'un ratio exprimé en pourcentage et calculé de la façon suivante : (% de patients vu en moins de X heures après intervention / % de patients vu en moins de X heures avant l'intervention) - 1

➤ **H5**

L'activité a légèrement augmenté (+2%) entre les deux périodes de référence (décembre 2003 et décembre 2004). La diminution des temps de passage s'est opérée sans modification du case-mix et à ressources constantes.

➤ **H6**

Entre les deux périodes de référence, l'activité a augmenté de 10%. Plus encore, le taux d'hospitalisation est passé de 15,5% à 16,5%, cette évolution pouvant entraîner à elle seule une augmentation de 2% du temps de passage (toutes choses égales par ailleurs). Il semble donc que l'intervention ait permis de contenir l'évolution des temps de passage due à la modification du case-mix.

➤ **H7**

L'intervention retenue à H7 a consisté à informatiser le service des Urgences. Cela a été l'occasion d'une réflexion sur l'optimisation de certaines étapes du processus de prise en charge des patients.

La période choisie pour l'évaluation de l'intervention étant précoce par rapport à la mise en place du nouveau système, on peut attribuer une partie de la dégradation des temps de passage à une période d'apprentissage de l'utilisation du logiciel par les équipes.

➤ **H8**

L'activité en nombre de passages a diminué entre les deux périodes de recueil, février 2005 enregistrant une baisse de 10% par rapport à février 2004.

Le niveau de prescription dans le service des urgences a aussi diminué, sans que l'on puisse faire la part de la baisse attribuable à la diminution du nombre de passages et la baisse attribuable à la séniorisation de la prise de décision aux Urgences. Quoiqu'il en soit, le nombre d'hospitalisations a diminué de 7%, le nombre d'actes d'imagerie de 13% et le volume d'actes de biologie de 15,2%. Cette baisse des prescriptions a du largement contribuer à l'amélioration des temps de passage à H8.

3.1.3. Conclusion de la partie relative à la présentation des résultats chiffrés

Seuls quatre sites sur huit ont diminué la valeur brute de leur temps de passage moyen. Néanmoins, lorsque l'on regarde plus finement les résultats, les constats suivants méritent d'être mis en avant :

- 6 établissements sur 8 ont amélioré leurs temps de passage moyens lorsque l'on standardise les temps de passage après intervention sur le case-mix avant intervention (c'est-à-dire lorsque l'on pondère l'évolution de la performance par l'évolution du case-mix) : H1, H2, H3, H5, H6, H8 ;
- 6 établissements sur 7 ont diminué la part des patients concernés par des temps de passage aux Urgences supérieurs à 10 heures : H1, H2, H3, H5, H6, H8.

3.2. Le ressenti des professionnels

L'évaluation²⁵ du chantier par les professionnels impliqués (17 questionnaires renseignés) est positive :

- 88% d'entre eux estiment que l'intervention a permis d'améliorer l'organisation de leur service ;
- 90% ont déclaré qu'elle a permis de mobiliser les équipes autour d'un objectif commun de réduction des temps de passage des patients ;
- plus de 60% d'entre eux ont estimé que les résultats ont été significatifs ;
- plus des deux tiers souhaiteraient prolonger l'expérience,
- l'ensemble des participants recommanderait à un confrère de participer à une telle démarche.

Enfin, unanimement, les professionnels estiment que les résultats obtenus n'auraient pu être atteints sans le dispositif proposé par la MeaH.

²⁵ Disponible sur www.meah.sante.gouv.fr

3.3. La conduite du chantier

3.3.1. La collecte d'informations quantitatives (phase 1) et qualitatives (phase 2)

Un fort investissement (temps consultants, nombre de CTN) a été consacré au recueil de données quantitatives pour élaborer le diagnostic (phase 1). Ce parti pris méthodologique a permis de :

- confirmer le ressenti des professionnels quant aux étapes ralentissant la prise en charge des patients : examens complémentaires, hospitalisation notamment ;
- mettre en évidence des écarts de performance d'un site à l'autre et ainsi, de quantifier des gains potentiels ;
- de souligner des dysfonctionnements spécifiques de certains services, tels que la moindre performance de l'étape de mise en box à H3 ;
- de relier des modes d'organisation à des temps de passage à chaque étape ;
- de quantifier la part de chaque étape dans la constitution du temps total et ainsi de mettre en évidence que les étapes qui ralentissent la prise en charge du patient ne sont pas forcément celles qui génèrent le plus de temps de passage total.

Si l'analyse quantitative participe au fléchage et à la priorisation d'un certain nombre d'axes d'amélioration, elle n'est cependant pas suffisante pour orienter les services vers des actions concrètes et doit être complétée par une analyse qualitative des organisations.

Ainsi, la phase 2, consacrée à l'analyse des processus et des temps perdus par les professionnels, s'est révélée riche d'enseignements dans une perspective de définition d'actions d'amélioration : étude de l'organisation de chaque étape des processus, de l'interface de chacune de ces étapes entre-elles, des modalités de partage de l'information et des responsabilités.

Pour la deuxième vague d'établissements (lancée le 20 avril 2005), le périmètre des informations quantitatives à mobiliser a été réduit au même titre que les ressources qui y sont allouées. Ces ressources sont réallouées à une description plus fine des processus ainsi qu'à la phase de conduite du changement.

3.3.2. Points forts et points faibles de l'approche comparative

Unanimement, les professionnels ont estimé que l'approche comparative de la MeaH a été utile voire « *essentielle* » dans la conduite de ce chantier.

Elle a permis d'impulser une réelle dynamique de collaboration pour comprendre les dysfonctionnements et dégager des propositions d'amélioration. Le « benchmarking » a également conduit à dépasser certains a priori, comme le lien supposé entre performance et niveau de ressources (personnels, box d'examen, lits d'aval...) et de replacer l'organisation de la prise en charge du patient au cœur de la démarche. Concrètement, cette dynamique collective s'est traduite par des visites des équipes sur les autres sites (centrale de réservation des lits de H3 par exemple) et des échanges de bonnes pratiques (échange de protocoles de prescription anticipée par exemple).

Pour autant, du fait des spécificités locales (case-mix, environnement et histoire de l'établissement...), il est très difficile de comparer des services d'Urgences « toutes choses égales par ailleurs » : pour la deuxième vague d'établissements accompagnés par la MeaH, l'approche comparative est maintenue mais l'accent est mis sur les aspects de collaboration entre services, les comités techniques nationaux tendant à devenir un espace d'élaboration autant que de rendu de résultats.

3.3.3. L'articulation entre diagnostic et plans d'actions

L'analyse du taux de mise en œuvre des plans d'actions nous renseigne sur la difficulté de lancer plus de 6 actions au cours de l'intervention (seuls deux établissements ont mis en œuvre plus de 6 actions, H1 et H8 avec respectivement 8 et 9 actions mises en œuvre).

Cette constatation doit être prise en compte dans le dispositif proposé aux huit services suivants : dans la mesure où les services ne peuvent porter qu'un nombre restreint d'actions, il faut pouvoir les orienter vers celles dont ils pourront tirer un « retour sur investissement » maximum.

Aussi évident que cela puisse paraître, il importe que diagnostic et plan d'actions soient en adéquation maximale : pour maximiser l'impact de l'intervention sur l'indicateur principal (le temps de passage), l'élaboration des plans d'actions doit tenir compte de la priorisation des marges d'amélioration effectuée lors du diagnostic.

Une meilleure priorisation des axes d'amélioration sera recherchée avec la deuxième vague d'établissements.

3.3.4. La durée de chaque phase

Certes utiles, les travaux conduits dans le cadre du diagnostic ont été longs (12 mois) et ont peut-être eu lieu au détriment de la mise en œuvre des changements (phases 2 et 3 – 8 mois). Ce constat a été partagé par une majorité des professionnels impliqués dans l'étude : « *le temps des phases 1 et 2 doit être réduit au profit des phases 2 et 3* », « *on aurait pu faire plus court* » ; « *un accompagnement [du changement] plus long aurait peut-être été plus judicieux* », « *manque de temps pour les phases 3 et 4* ».

Si la conduite d'un diagnostic organisationnel est indispensable à l'objectivation des dysfonctionnements et à l'identification des axes d'amélioration, la mise en œuvre des plans d'actions est la phase du chantier la plus difficile à réaliser : le diagnostic fait appel à l'expérience des professionnels, à leur vécu et à leur connaissance du terrain, tandis que la conduite du changement d'organisation demande d'autres compétences, à la fois techniques (gestion de projet, conduite de réunion...) et comportementales (leadership, communication, conviction...), et nécessite souvent l'intervention d'un tiers (« *les fréquences de présence auraient peut-être dû être plus importantes : pression sur les individus ou sur les services* »).

Dans le dispositif proposé aux établissements de la deuxième vague, la répartition des ressources « consultants » a été modifiée : moins dotée (45% des journées de conseil), la phase de diagnostic privilégie les données issues des systèmes d'informations et est plus portée par les professionnels des services, tandis que l'accompagnement (55% des journées de conseil) par les consultants de la mise en œuvre des plans d'actions est nettement renforcée.

Un nombre minimum de journées sur site a en outre été précisé dans le cahier des charges destiné aux sociétés de conseils.

3.3.5. La pertinence de fixer des objectifs de réduction des temps de passage

Malgré les données de la littérature et le ressenti des professionnels, l'objectif de réduction des temps de passage aux Urgences ne s'est pas imposé de lui-même, notamment pour les patients dits « légers » (ou « debouts », ou CCMU1).

Au fur et à mesure de l'avancement des travaux, cet objectif s'est avéré primordial au point de devenir pour la majorité des professionnels impliqués « *structurant pour le service et son environnement* », « *essentiel en termes de confort, d'accueil et d'information* ». Certains chefs de service ont déploré à de nombreuses reprises les effets calamiteux des temps de passage longs que certains patients subissent chaque jour « *il n'est pas admissible de les voir s'allonger indéfiniment, surtout pour les patients hospitalisés* ».

Cet objectif reste cependant discuté selon les profils de patients : si les professionnels souhaitent diminuer les temps de passage de tous les patients (avant tout parce que la présence d'un patient, même « léger », augmente l'engorgement du service et impacte le temps de passage des autres patients), ils souhaitent focaliser leur intervention sur les temps de passage les plus longs (patients hospitalisés et patients âgés) : « *l'essentiel de l'effort doit désormais porter sur les hospitalisés, et surtout les personnes âgées hospitalisées dont les conditions d'accueil deviennent parfois indignes. Le gain réalisé dans ce domaine entraînerait à n'en pas douter un bénéfice en temps...* »

Il ressort également de l'évaluation du dispositif par les professionnels, qu'un objectif pertinent pourrait être fixé en termes de distribution des temps de passage, comme par exemple : « *augmenter le nombre de patients pris en charge en moins de 2 heures* » ou « *95% des patients vus en moins de 4 heures* »... Ce dernier objectif pourrait néanmoins faire peser un risque pour les patients présentant un temps de passage court (risque d'allongement...).

Un autre objectif plébiscité par les urgentistes serait « *zéro nuit-couloir* ». Simple et évocateur, cet objectif aurait le mérite de positionner la réduction des délais d'attente à l'échelle de l'établissement et d'impliquer davantage les services d'hospitalisation... Le risque est alors de désimpliquer le service des Urgences lui-même...

Enfin, l'objectif de réduction des temps de passage ne doit pas prendre le pas sur la qualité de la prise en charge, qui doit elle aussi faire l'objet d'un suivi (on pourra suivre par exemple le taux de départs des patients avant prise en charge).

L'objectif de réduction des temps de passage s'avère donc pertinent, structurant pour l'organisation et conforme à l'attente des patients. Il doit fédérer l'ensemble de l'établissement afin de limiter le nombre de patients présentant un temps de passage très long tout en incitant les services des Urgences à mobiliser le potentiel de gain existant en leur sein.

Le dispositif proposé aux nouveaux établissements prend en compte ces éléments d'évaluation en intégrant la notion d'objectif de réduction de temps de passage dans la conduite des travaux.

3.3.6. Le suivi « en routine » des temps de passage

L'absence d'un suivi en routine des temps de passage des patients constitue un obstacle majeur à la conduite de ce chantier. La mise en place d'outils de pilotage est un élément essentiel de communication et de mobilisation des équipes. En outre, seul un suivi en routine des temps de passage peut permettre une évaluation satisfaisante des changements mis en œuvre.

Cette action s'est avérée difficile à mettre en œuvre, car dépendante des solutions informatiques existantes (ou non) dans les services.

Ce suivi en routine des temps de passage a fait l'objet d'une proposition tardive de mise en œuvre (en cours de phase d'accompagnement du changement) alors qu'il s'avère plutôt être un « fil rouge » et un prérequis au changement.

Pour les établissements engagés dans la deuxième vague, le suivi en routine des temps de passage est mis en place dès la première phase de la mission. Des propositions de contenu de l'information ont été faites dès le premier Comité Technique National :

- *Identifiant ;*
- *Âge ou date de naissance ;*
- *Date/heure début ou arrivée ;*
- *Date/heure fin ou sortie ;*
- *Destination : sortie avant soins, retour à domicile, hospitalisation (UF), transfert, décès.*

La MeaH a par ailleurs rencontré les éditeurs et concepteurs de systèmes d'information afin de les sensibiliser à ce besoin spécifique.

3.3.7. Des dimensions à mieux explorer

Certains aspects de l'organisation des services des Urgences auraient mérité des investigations plus poussées :

- l'étape d'hospitalisation, et plus particulièrement l'étude de la prévisibilité du besoin en lits des Urgences, au cours de la semaine mais aussi au cours de la journée, sa confrontation aux pratiques de sortie des services d'hospitalisation ;
- l'analyse de l'adéquation entre l'activité et les ressources humaines au cours de la journée et de la semaine ;
- le point de vue du patient et sa satisfaction face au service délivré.

Ces dimensions feront l'objet d'une plus grande attention avec la deuxième vague d'établissements engagés dans la démarche, l'étape d'hospitalisation étant par ailleurs explorée dans le chantier sur la gestion des lits lancé en avril 2005.

La dimension médicale (qualité de la prise en charge, pertinence de la prescription d'examens, pertinence de l'hospitalisation...), échappant à la compétence technique de la MeaH, est laissée à la charge des professionnels des services et de leur société savante.

4. Conclusion

➤ Des résultats mitigés...

Outre la satisfaction des professionnels engagés dans ces travaux, les résultats de l'intervention en termes d'évolution des temps de passage s'avèrent contrastés : les temps moyens sont en amélioration dans 4 sites sur 8 (6 sites sur 8 lorsque l'on tient compte de l'évolution des case-mix) et la distribution des temps de passage s'est améliorée dans la majorité des sites (le nombre de patients dont la prise en charge est supérieure à 10h est en baisse dans 6 sites sur 7).

Cette mission a néanmoins démontré qu'il est possible de réduire les délais de prise en charge des patients.

Plusieurs éléments peuvent expliquer la faiblesse relative des résultats, certains ayant trait à la méthode et à l'accompagnement proposés par la MeaH, d'autres à la disponibilité des professionnels, d'autres encore au niveau d'implication des directions et des établissements dans leur ensemble. Certains autres éléments, difficilement contrôlables, ont par ailleurs pu avoir un impact sur l'évolution de ces temps de passage dans un sens ou dans l'autre (évolution du volume d'activité, modification des locaux ou du niveau de ressources...).

A la vue des résultats disponibles site par site et de la présentation des actions mises en œuvre²⁶, il apparaît qu'une part importante du potentiel de diminution des temps de passage est entre les mains des urgentistes et repose sur leur organisation interne et leur modalités de travail avec les laboratoires et les services d'imagerie. Certains services ont su mobiliser ces marges de progression.

Il apparaît aussi que le cas des passages très longs, ceux qui peuvent entraîner des situations intolérables tant pour les patients que pour les professionnels des Urgences, doit être abordé dans le cadre d'un travail sur l'hospitalisation et d'un objectif partagé par l'ensemble de l'établissement. L'amélioration de la fiabilité de l'information sur l'état des lits, l'amélioration de la sortie des patients des services ou encore l'amélioration de la programmation des hospitalisations pourraient être des axes de travail pertinents.

Notons enfin qu'il a été constaté que la meilleure stratégie est de chercher à prendre en charge dans un temps le plus court possible tous les profils de patients y compris les plus légers et ceux qui auraient pu consulter ailleurs : tous les patients stagnant aux Urgences contribuent à l'engorgement et à l'immobilisation des ressources (temps médecin, temps infirmier, box, etc) et ralentissent à leur tour la prise en charge des autres patients...

➤ ... des perspectives prometteuses ?

Du point de vue de la nature du dispositif offert aux hospitaliers, ce premier chantier portant sur les temps d'attente et de passage aux Urgences a été très largement exploratoire, tant pour ce qui est de la méthodologie d'analyse des organisations, de la nature des outils de pilotage à développer, des solutions organisationnelles à promouvoir que du point de vue de l'assistance à délivrer aux établissements.

Aussi, si il est difficile de conclure de façon catégorique quant au lien de causalité entre l'intervention de la MeaH et l'évolution des temps de passage et si les résultats demeurent

²⁶ Cf. partie 2.3.

modestes en termes de réduction de ces temps, cette première expérience a permis d'affiner le dispositif et la stratégie à adopter pour diminuer les temps de passage aux Urgences.

L'intervention a permis de conforter la pertinence de l'objectif de réduction des temps de passage aux Urgences, de mieux cerner les dimensions à mesurer et à observer, de mieux maîtriser les facteurs de réussite du projet (mesure en routine, composition et disponibilité du groupe projet, implication de l'ensemble de l'établissement, fixation d'un objectif de réduction des temps de passage ambitieux et partagé) ainsi que les compétences et le soutien à apporter aux professionnels.

5. Les prochaines étapes

➤ Prolongement de l'appui délivré par la MeaH à certains services

Conformément aux souhaits de certains services, la MeaH souhaite apporter son soutien à la consolidation des changements engagés et à la concrétisation des actions qui n'ont pu être mises en œuvre dans les délais de l'étude.

➤ Recueil des « bonnes pratiques organisationnelles »

Parallèlement à la conduite de ces travaux, la MEAH, avec le concours des hospitaliers et des consultants, formalise un recueil des « bonnes pratiques organisationnelles » repérées dans les 8 services d'Urgences ainsi qu'une description détaillée et documentée des actions mises en œuvre par les services dans le cadre de ce chantier.

Ce recueil comportera également une série de recommandations formulées par les consultants.

Ce travail de capitalisation sera disponible et diffusé aux établissements dans le courant du dernier trimestre 2005.

➤ Présentation des travaux à la Société Francophone de Médecine d'Urgences (SFMU)

L'ensemble de ces travaux sera restitué et discuté avec les représentants de la SFMU en juin 2005 : analyse des résultats obtenus et des bonnes pratiques organisationnelles, modalités de diffusion et de partage des résultats.

➤ Accompagnement de huit nouveaux services dans une démarche de réduction des temps de passage

Le 20 avril 2005, huit nouveaux services se sont engagés avec la MeaH dans un chantier visant à réduire les temps de passage des patients qu'ils accueillent :

Etablissements	Statut	Nombre de passages en 2003
CHU de Bordeaux – St André	Public	22 000
CHU Hôtel Dieu	Public, AP HP	40 000
CHU de Rennes	Public	47 000
Polyclinique de Poitiers	Privé	13 000
CH Loire Vendée Océan - Challans	Public	21 000
CH de Mulhouse	Public	48 600
CH d'Evreux-Vernon	Public	53 225
Ch de Bourg en Bresse	Public	30 000

Ils bénéficieront des enseignements du premier chantier tels que présentés dans ce document.