

« Réduire les temps de passage aux Urgences »

**Recueil de bonnes pratiques
organisationnelles**

Sommaire

Préface	5
Avant propos	7
Remerciements	9
Table des matières	11

Introduction	13
--------------	----

Les bonnes pratiques organisationnelles ayant un impact sur l'organisation du service	15	1
--	-----------	----------

Les bonnes pratiques organisationnelles par étape de la prise en charge des patients	31	2
---	-----------	----------

Les bonnes pratiques organisationnelles pour certaines populations	63	3
---	-----------	----------

Les bonnes pratiques de management et de pilotage	77	4
--	-----------	----------

Annexes	91	5
----------------	-----------	----------

Préface

Faut-il vraiment réduire le temps de passage aux Urgences ?

Certains répondraient non, et l'on entend leur argumentation :

- la prise en charge médicale a varié au fil du temps. Elle s'est complexifiée, car, maintenant où l'offre de lits d'hospitalisation s'est réduite, il faut à l'urgentiste aller plus loin dans la confirmation du diagnostic pour renvoyer si c'est possible le malade à domicile. Ainsi, l'accident ischémique transitoire, qui était « rapidement » orienté en neurologie, est exploré complètement aux Urgences et retourne à domicile après quelques heures. Il en va de même des douleurs thoraciques, des suspicions d'embolies pulmonaires ou d'affections traumatiques traitées sous anesthésie loco-régionale ;
- plus de temps c'est aussi plus d'attention au malade. Par exemple une fracture du scaphoïde chez un homme de 83 ans qui a fait une chute peut être traitée en 20 minutes ; une attention plus importante à son niveau d'autonomie demandera peut-être une heure ou deux de plus pour une consultation sociale, mais permettra de déclencher une prise en charge à domicile ;
- pour un service d'urgence, la question importante est la qualité des soins prodigués. Que vaut un quart d'heure de gagné sur le temps de passage aux Urgences à côté du risque de laisser ressortir une embolie pulmonaire grave ou une péritonite non diagnostiquée ? Les plaintes de patients, les affaires médico-légales sont là pour nous le rappeler régulièrement. En bref, « vite fait, mal fait » n'est sûrement pas un slogan pour les Urgences ;
- l'impact sur le système de soins d'un raccourcissement du temps de passage aux Urgences peut ne pas avoir que des effets bénéfiques. Il viendrait flatter le goût consumériste des usagers qui souhaitent « tout, tout de suite, à toute heure, et si possible sans payer... ». Ceci prend un reflet particulier au moment où l'on sait que la consultation en urgence est située en dehors du parcours de soins qui a rendu aux médecins généralistes une place centrale.

A tout bien réfléchir, malgré ces arguments, je pense qu'il faut répondre « OUI » :

- oui, car faire en deux heures ce qui pourrait être fait en 30 minutes n'apporte rien à la qualité des soins ;
- oui, car rajouter du temps de couloir en attente d'examen ou de lits disponibles est clairement de la non-qualité et fait augmenter l'inconfort et la souffrance des malades ;
- oui, car le souci du temps de passage ne s'oppose pas à la qualité des soins ; bien au contraire ;
- oui, car la demande de soins au service des Urgences est variable d'une heure à l'autre, d'un jour à l'autre, d'une période à l'autre, et c'est une qualité et une compétence du médecin urgentiste que d'être capable d'une adaptation à une variation de la demande de soins ;
- oui, car maîtriser les temps de passage, c'est maîtriser la globalité du déroulement de l'acte médical. Le regard sur la durée d'un passage aux Urgences oblige à se poser la question de l'organisation, des circuits, des procédures... Bref, cette réflexion implique fortement la qualité globale de la prise en charge.

La médecine d'urgence, c'est le contraire d'une rencontre occasionnelle avec telle ou telle pathologie. Chaque service d'urgence reçoit un nombre suffisant de malades d'une même pathologie pour tenter d'en modéliser sa prise en charge. Aux Urgences, on devrait être loin d'une médecine « réactive » et variable d'un soignant à l'autre, d'un malade à l'autre, d'un moment à l'autre. Au contraire, le grand nombre de malades nous

pousse à une prise en charge maîtrisée et réfléchie, et en quelque sorte standardisée, autant qu'on puisse le faire. Accepter une réactivité au cas par cas, c'est s'exposer à une variabilité dans la qualité des soins et faire en sorte que le malade soit plus ou moins bien traité selon l'heure ou le soignant. Une telle organisation est clairement non éthique. L'organisation réfléchie, au contraire, même si elle comporte un certain degré de standardisation, conduit à un progrès vers la qualité car c'est s'obliger à réfléchir à l'avance à la façon dont le soin se déroule, à prévoir les difficultés et à organiser les réponses à y apporter.

La protocolisation des soins est une recherche de l'efficacité et de la réduction des coûts (ces deux objectifs sont clairement démontrés dans la littérature), mais c'est aussi probablement une recherche de réduction du temps de travail des soignants.

D'ailleurs, nous serions bien les seuls professionnels à considérer que peu importe le temps passé à réaliser une tâche donnée !

Réduire le temps de passage est donc un objectif nécessaire et souhaitable pour peu qu'on réponde dans le même temps aux exigences de la qualité des soins.

La Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers a engagé, depuis trois ans, un travail de réflexion sur le temps de passage aux Urgences. Dans une approche très concrète et pragmatique, associée aux médecins et aux infirmières, elle a d'abord observé ce qui se passait dans des services d'Urgences, mesuré les temps, constaté les conditions du passage, mis en évidence les organisations associées à ces temps de passage, et finalement elle a aidé les professionnels à mettre au point des outils visant à réduire les temps de passage.

Il faut souligner l'esprit constructif de cette démarche. L'objectif n'est pas de fixer des normes et de stigmatiser un bon ou un mauvais fonctionnement. Il est tout simplement d'aider les professionnels à s'organiser pour, dans le respect de la qualité des soins, diminuer le temps de passage des malades aux Urgences.

Voilà pourquoi l'arrivée de ce Recueil de « bonnes pratiques organisationnelles » est une aubaine pour les urgentistes qui cherchent à mieux organiser leur service d'urgence. Ces bonnes pratiques viennent renforcer et enrichir le référentiel des services d'Urgences publié par la SFMU. Il faut souhaiter une large diffusion à cet ouvrage car il nous aidera à nous convaincre qu'« *Être urgentiste, c'est aussi réguler des flux* ».

Docteur Gérard BLEICHNER,
Président de la Société francophone de médecine d'Urgence

Avant-propos

Ce document présente les actions mises en œuvre par les professionnels de 8 services d'Urgences engagés dans une démarche de réduction des temps de passage et de l'engorgement de leurs services.

Parmi les 49 établissements candidats pour s'engager dans la démarche, 8 ont pu bénéficier du dispositif expérimental proposé par la MeaH: les huit équipes projet des établissements, accompagnées par deux sociétés de conseil, ont collaboré pour définir une méthode d'analyse et d'intervention, la mettre en œuvre et la communiquer à l'ensemble de la communauté hospitalière.

Les huit services des Urgences ayant porté ces travaux sont les suivants :

Établissements	Statut	Nombre de passages en 2003
CHU Ambroise-Paré (Boulogne-Billancourt)	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)	Public	53 667
CH d'Argenteuil	Public	60 431
CH de Dunkerque	Public	44 058
Hôpital St-Joseph - St-Luc (Lyon)	PSPH	38 772

Il convient en premier lieu de préciser les objectifs poursuivis par ces travaux et ce que l'on entend par « bonnes pratiques organisationnelles » :

- L'objectif de la démarche est de diminuer les temps de prise en charge des patients ainsi que l'engorgement des services. L'allongement des temps de passage aux Urgences a pour corollaires une moindre satisfaction des usagers et des professionnels, une moindre qualité objective des soins délivrés ainsi qu'une recrudescence des actes violents¹ ;
- Une « bonne pratique organisationnelle » est une action d'amélioration ou une modalité d'organisation qui permet de diminuer les temps de passage et/ou de fluidifier la prise en charge des patients. Mises en œuvre par certains des services impliqués dans ces travaux, ces bonnes pratiques visent à répondre à des problématiques locales. Ancrées dans leur contexte respectif, elles peuvent être de fait difficilement transposables dans d'autres services d'Urgences. Elles sont cependant susceptibles d'ouvrir de nouvelles voies d'amélioration, de dégager des pistes de solutions et de présenter des idées pratiques et concrètes. Il vous appartient donc de vous en inspirer si elles peuvent répondre à vos problématiques et de les ajuster en fonction des objectifs d'amélioration que vous vous fixez.
- La réflexion sur l'organisation et les temps de passage ne doit pas s'exonérer de celle sur la qualité des soins délivrés : échappant à son champ de compétences, la MeaH n'a pas exploré ses dimensions, la responsabilité en étant laissée aux professionnels des services eux-mêmes, à leurs sociétés savantes ainsi qu'à la Haute Autorité de Santé.

Cependant, l'étude bibliographique réalisée dans le cadre de ce chantier suggère une forte relation entre allongement des délais et diminution de la qualité (ressentie et objective).

Les bonnes pratiques présentées dans cet ouvrage sont issues des plans d'actions définis et mis en œuvre par vos collègues urgentistes suite à une phase de diagnostic de leur organisation, à la fois quantitative² (activité et performance en termes de temps de passage) et qualitative³ (description des processus de prise en charge et recherche de marges d'amélioration), et évalués dans un rapport de fin de chantier⁴.

Aussi, pour vous permettre de bénéficier au mieux du contenu qui vous est proposé ici, nous vous recommandons la lecture des trois rapports qui ont jalonné la conduite du chantier. Ils vous donneront une vision globale des travaux menés (méthodes, acteurs) et des résultats obtenus. Ils vous permettront également de vous éclairer sur ce qui a conduit la MeaH à choisir les actions présentées ici.

Vous trouverez par ailleurs des guides méthodologiques⁵ qui vous présentent certains éléments de méthode utilisés au cours des 18 mois de travail (la mesure, l'analyse de processus, l'identification des chemins critiques et la mise en œuvre du changement). Ces guides ont vocation à vous aider à mener une réflexion sur votre organisation et à vous accompagner dans le choix, la mise en œuvre et l'évaluation de vos « actions d'amélioration ».

Nous espérons que l'expérience de vos collègues vous sera utile dans la résolution de certains problèmes que vous rencontrez au quotidien et qu'à votre tour vous ferez bénéficier l'ensemble de la communauté hospitalière des actions d'amélioration que vous avez ou que vous allez mettre en œuvre.

David LE SPEGAGNE, chargé de projet
Dr Maxime CAUTERMAN, chargé de projet
Frédéric KLETZ, École nationale des mines de Paris

(1) Cf. Note bibliographique, www.meah.sante.gouv.fr

(2) Cf. annexes et « Rapport d'étape portant sur l'analyse des temps de passage dans huit services des Urgences », www.meah.sante.gouv.fr

(3) Cf. annexes et « Rapport d'étape portant sur l'analyse des organisations de huit services des Urgences », www.meah.sante.gouv.fr

(4) Cf. annexes et « Réduire les temps de passage aux Urgences : rapport de fin de chantier », www.meah.sante.gouv.fr

(5) Guides méthodologiques : « mettre en œuvre et utiliser une mesure », « décrire et analyser un processus », « établir et utiliser un chemin critique », « mettre en œuvre et suivre le changement », www.meah.sante.gouv.fr

Remerciements

Dr P. PARMENTIER Dr A. TALEB Mme M. PEARRON Mme I. WITCZAK	<i>CH de Montreuil-sur-Mer</i> chef de service des Urgences praticien hospitalier, service des Urgences / DIM directeur adjoint infirmière d'accueil du service des Urgences
Dr S. MEYRAN Mme F. CLAIRO	<i>Hôpital Saint-Joseph – Saint-Luc</i> chef de Service des Urgences responsable du Système d'Information
Dr J.-B. CAMPAGNE Mme B. DELBOE Mme S. GOURNAY	<i>CH de Dunkerque</i> chef de service des Urgences directrice adjointe directrice des soins et coordonnatrice générale
Dr G. BLEICHNER M. P. BESSON	<i>CH d'Argenteuil</i> chef de service des Urgences directeur adjoint
Dr S. DECLEMY Mme L. SANTORI	<i>CHU de Nice</i> chef de service des Urgences directeur adjoint
Dr J. FRIBOURG M. E. MILLET Mme A. CASSAR	<i>Hôpital privé de l'Ouest Parisien</i> chef de service des Urgences responsable infirmier du service responsable qualité
Dr Y. SABLE Mme CASTRO	<i>CH de Saint-Malo</i> chef de service des Urgences directrice des soins
Dr D. ELKHARRAT M. E. BONNEVIE	<i>CHU Ambroise-Paré, AP-HP</i> chef de service des Urgences directeur Finances, Stratégie, Clientèle et Qualité
Dr D. BRUN-NEY	<i>AP-HP</i> expert
M. B. GUERRA M. M. BLAZEVIC	<i>Cabinet OPTIMOVE</i> consultant consultant
Dr G. NATHAN M. A. RIFAUX	<i>AGEAL Conseil</i> consultant consultant
M. B. GOWLAND Mrs K. CAMPION M. R. WELLS M. M. JENNINGS	<i>Emergency Services Team, NHS, Modernisation Agency</i> National Program Director Associate Director Business and Performance Manager National Lead for Clinical System Improvement

Table des matières

Introduction	13
1. Les bonnes Pratiques Organisationnelles ayant un impact sur l'organisation du service	15
1. La « coordination des flux »	17
2. Autres actions impactant l'ensemble de la prise en charge des patients.....	23
2. Les bonnes pratiques organisationnelles par étape de la prise en charge des patients.....	31
1. L'accueil et le triage des patients.....	33
2. La mise en box	37
3. La réalisation d'examens complémentaires	39
4. La réalisation d'examens de biologie.....	41
5. La réalisation d'examens d'imagerie	47
6. Les avis spécialisés (hors UHCD)	51
7. L'hospitalisation en UHCD	55
8. L'hospitalisation dans les étages	61
3. Les bonnes pratiques organisationnelles pour certaines populations	63
1. Les patients âgés	65
2. Les patients « légers », « debout », ou les « consultations aux Urgences »	71
4. Les bonnes pratiques de management et de pilotage.....	77
5. Annexes	91
1. Quelques données utiles pour se comparer (Benchmark).....	93
2. Fiche de poste « infirmière coordinatrice de flux ».....	100
3. Bon d'examen de biologie des Urgences de Saint-Malo	102
4. Résumé des travaux menés de juillet 2003 à avril 2005	103

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. Ils sont en outre dans une situation de contradiction majeure: obligés d'accueillir et de traiter toute personne qui se présente, ils demeurent, pour l'hospitalisation de leurs patients et la réalisation de certains examens complémentaires, dépendants de l'accord et/ou des contraintes organisationnelles des services partenaires.

La résultante de ces deux phénomènes est un engorgement des services et un allongement des temps de passage des patients, qui engendre l'insatisfaction des usagers, l'altération des conditions de travail des professionnels, la dégradation de la qualité des soins et la recrudescence d'actes violents².

Aussi, avec 8 services des Urgences volontaires pour réduire leur temps d'attente et de passage (2 CHU, 4 CH, 1 PSPH et 1 établissement privé), la MeaH a souhaité aborder ce problème d'engorgement des services sous l'angle organisationnel.

Sans préjuger de la qualité de la prise en charge des patients, les travaux menés d'août 2003 à mars 2005 ont permis de repérer des dysfonctionnements de nature organisationnelle, comme par exemple:

- des attentes de plus d'une heure pour certains patients avant de voir un médecin;
- des temps de passage qui excèdent 6 heures pour une prise en charge qui aurait pu durer une heure;
- des attentes d'hospitalisation de plus de 24 heures (« nuits-couloir »);
- des patients qui, las d'attendre, quittent le service avant soins.

Face à ces constats, l'allocation de ressources supplémentaires (personnels, lits, équipements techniques dédiés) peut être perçue comme la seule solution. Or, les travaux conduits depuis juillet 2003 par la MeaH et les urgentistes impliqués dans la démarche ont mis en évidence une fluctuation des ressources allouées aux services et l'absence de corrélation entre ce niveau de ressources et les symptômes décrits ci-dessus.

Plus encore, les professionnels des Urgences ont démontré qu'il était possible, à l'aide de solutions organisationnelles, d'apporter quelques améliorations à la situation constatée: réduire les dysfonctionnements aux interfaces avec les services supports, redonner sa vocation à l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), optimiser les modalités de rotation des box d'examen (...).

Certains ont ainsi obtenu des réductions sensibles des délais de prise en charge (4 sites), d'autres ont pu limiter l'impact sur les temps de passage des patients d'une augmentation de leur activité (2 sites). Une majorité d'entre eux (6 sites sur 8) a aussi obtenu une réduction sensible du nombre de patients concernés par des temps de passage très longs (plus de 8, 10 ou 12 heures avant une hospitalisation ou un retour à domicile).

Mais au-delà des améliorations qu'ont pu obtenir les urgentistes des huit sites et des « bonnes pratiques organisationnelles » qu'ils souhaitent faire partager, leur travail aura permis:

- de confirmer l'importance pour un service des Urgences de se fixer un objectif de réduction de l'engorgement et des temps de passage des patients: il s'agit d'un objectif légitime pour les usagers et pour les soignants et structurant pour l'organisation des services;

- de poser certains principes de gestion : tout patient, quelles que soient sa gravité clinique ou la pertinence de son recours aux Urgences, « consomme » les ressources du service (temps médecin, temps infirmier, box), ralentissant la prise en charge de l'ensemble des patients, qui, « stagnants », mobilisent des ressources et concourent à leur tour à l'engorgement des services... Il convient donc de prendre en charge tous les patients, lourds ou légers, dans un temps le plus proche possible de leur optimal ;
- de faire la démonstration qu'il existe des marges d'amélioration à l'intérieur même des services des Urgences et non pas seulement en amont (permanence des soins) ou en aval (lits d'hospitalisation).

Reste que certaines problématiques n'ont été que partiellement abordées au cours de ce premier chantier sur la réduction des temps d'attente et de passage aux Urgences. C'est le cas notamment de l'hospitalisation, de la prise en charge des patients âgés, de l'obtention d'avis spécialisés, de la réorientation des patients ne relevant pas d'une prise en charge aux Urgences et de l'ensemble des questions d'ordre médical (pertinence des prescriptions, pertinence des hospitalisations, qualité médicale des soins délivrés). Une partie de ces questions fera l'objet d'un approfondissement avec les 8 établissements engagés dans un nouveau chantier avec la MeaH depuis avril 2005.

Dans ce recueil, les bonnes pratiques organisationnelles sont présentées en quatre parties : la première consacrée à celles ayant un impact sur l'ensemble de la prise en charge des patients, la deuxième consacrée à celles ayant un impact sur une étape de la prise en charge, la troisième à celles ayant un impact sur une population particulière, et la dernière aux actions managériales.

Dans chacune de ces quatre parties, une présentation en trois niveaux vous est proposée :

- Les bonnes pratiques rencontrées dans les services au cours de la phase de diagnostic des organisations ;

U Bonne pratique observée dans les services

- Les bonnes pratiques mises en œuvre par vos collègues au cours du chantier proposé par la MeaH ;

U Action mise en œuvre par un collègue

- Les recommandations des consultants ayant accompagné vos collègues :

U Recommandation des consultants

Pour chaque action figurent des propositions d'indicateurs de résultat et (parfois) de suivi ainsi que l'identification des services dans lesquels elle a été observée ou mise en œuvre.

(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 ». *Études et Résultats, DREES, n° 72, juillet 2002.*

(2) Cf. bibliographie, référence déjà citée.

Les bonnes pratiques organisationnelles ayant un impact sur l'organisation du service



1

1. La « coordination des flux »

Action mise en œuvre par un collègue

U Sensibiliser les équipes à la gestion des flux

Mise en œuvre	Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil, Pas-de-Calais Hôpital Saint-Joseph - Saint-Luc, Lyon Centre hospitalier V. Dupouy, Argenteuil
Domaine d'application	Organisation, coordination des prises en charge
Indicateur de suivi	Pourcentage de professionnels du service formés Nombre de sessions de formations organisées
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution des patients présentant un temps de passage long

Rappel de la problématique

L'optimisation de la gestion des flux au sein des services a été identifiée comme un axe d'amélioration prioritaire. Complexe (nombre de passages 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). 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.

Action envisagée et objectifs

Partagé avec les 8 services d'Urgences, ce constat a conduit à organiser 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 des processus, des flux et de la performance ont été abordés.

Ces thématiques ont été illustrées par des cas pratiques et ont fait l'objet d'une réflexion sur la transposition de ces éléments de méthodes aux Urgences.

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.

Mise en œuvre

À l'initiative de la MeaH, ce dispositif de formation a été dispensé en octobre 2004 aux représentants des 8 services impliqués, ainsi qu'à l'ensemble des professionnels des établissements.

Résultats

Le résultat de cette sensibilisation a été le lancement d'une expérimentation visant à intégrer dans trois des services impliqués une fonction de coordonnateur de flux (voir fiches suivantes).

Action mise en œuvre par un collègue

U Mettre en place un(e) « Infirmier(e) Coordonnatrice de Flux »

Mise en œuvre	Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil, Pas-de-Calais Hôpital Saint-Joseph - Saint-Luc, Lyon
Domaine d'application	Organisation, coordination des prises en charge
Indicateur de suivi	Nombre de jours (heures) de présence du coordinateur de flux dans la semaine (journée) Nombre de patients quotidiens suivis par le coordonnateur de flux
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution des patients présentant un temps de passage long

Rappel de la problématique

Suite à la journée de sensibilisation à la gestion des flux, le chef de service des Urgences du Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM) a souhaité mettre en place cette action afin de réduire le temps de passage moyen des patients et plus particulièrement lors des pics d'activités saisonniers.

En ce qui concerne le service des Urgences de l'hôpital Saint-Joseph - Saint-Luc, la mise en œuvre de cette mesure visait également à réduire le temps de passage des patients et à améliorer le turn-over des box d'examen.

Action envisagée et objectifs

Mettre en place un(e) infirmier(e) coordonnatrice de flux : déchargé(e) des soins directs, son objectif est d'organiser la prise en charge de chaque patient afin de minimiser son temps de prise en charge en¹ :

- anticipant les événements à venir pour chaque patient et déclenchant chaque étape au meilleur moment pour réduire l'attente globale au sein du SAU
- étant le point central d'information : « qui s'occupe de qui » ;
- orientant les demandes d'information téléphonique des familles ;
- identifiant les capacités de lits d'aval.

L'infirmière coordonnatrice de flux dispose et exploite des informations :

- en temps réel : prévoir le circuit du patient et les délais, en déduire les priorités, orienter les prises en charge et les professionnels ;
- en temps différé : rendre compte, tenir des tableaux de bord, relever les incidents (temps de passage anormalement longs), imaginer et mettre en place des actions améliorations.

Mise en œuvre

Dans ces deux services, la mise en œuvre de cette action s'est déroulée en cinq temps :

- Identification des compétences nécessaires ;
- Rédaction d'une fiche de poste ;
- Formation des professionnels candidats ;
- Expérimentation ;
- Mise en œuvre en routine.

Cette fonction est dorénavant assurée 7j/7 de 11 heures à 19 heures à l'hôpital Saint-Joseph - Saint-Luc et de 12 heures à 19h30 au CHAM.

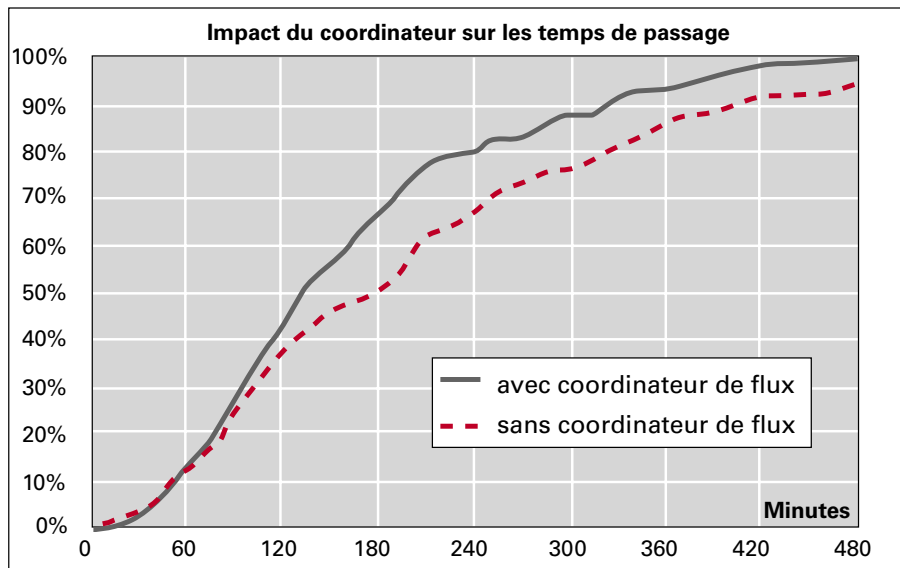
(1) Cf. annexes 1.

Résultats

Impact sur les temps de passage

1 – Au CHAM :

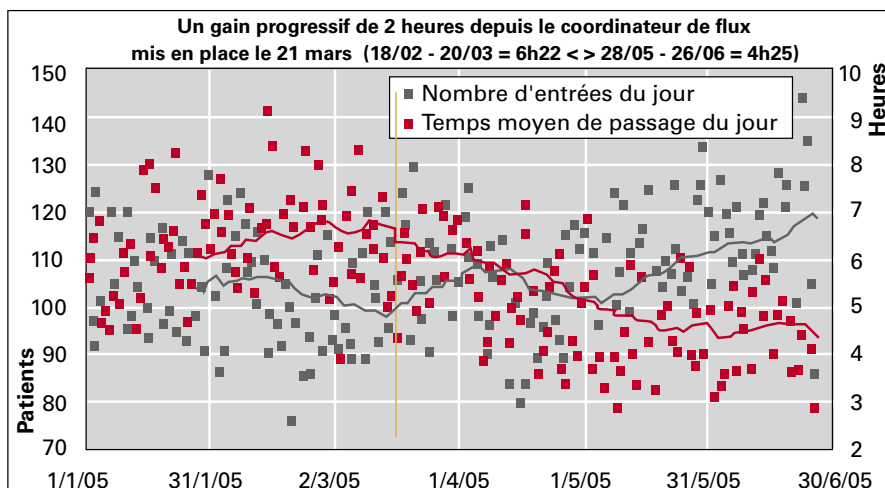
- le temps de passage moyen est passé de 3 h 20 à 2 h 45 au CHAM (période du 12.07.04 au 30.09.04) ;
- le pourcentage de patients pris en charge en moins de 3 heures est passé de 50 à près de 70 %, et près de 100 % des patients ont quitté le service en moins de 7 heures, contre 90 auparavant.



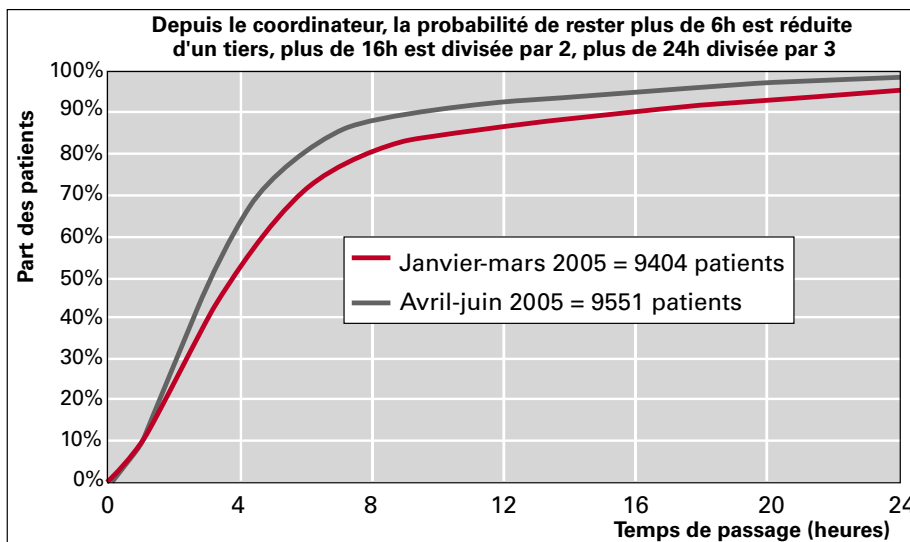
Courbes de distribution (pourcentages cumulés) des temps de passage des patients

👉 Ressenti des professionnels : « Le coordinateur de flux peut faire gagner du temps aux patients et aux soignants », « on a réduit de 30 minutes tous les passages des patients traumatiques », « on informe le médecin qu'un patient jeune présente sûrement une fracture de la cheville, que sa radio est prête et qu'il est prêt à être vu : cela aide le médecin car il n'a pas une vue globale de la situation ».

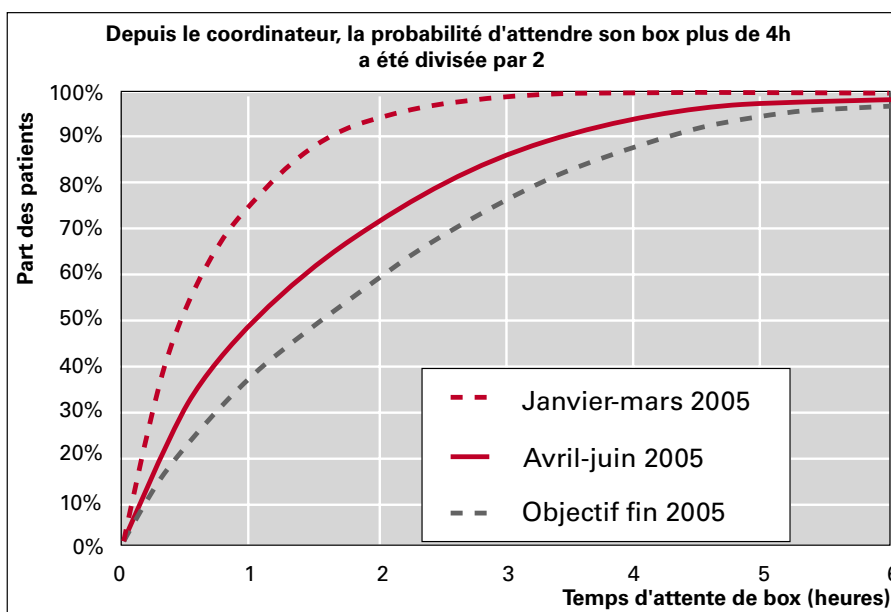
2 – À l'hôpital Saint-Joseph - Saint-Luc :



Le temps de passage moyen s'est réduit progressivement d'environ 2 heures entre avril et juin 2005 (courbe en gras, graphique ci-dessus), le nombre de patients pris en charge en moins de 4 heures passant de 53 % à 61 % (courbes de distribution ci-dessous), tandis que l'activité du service (courbe fine, graphique ci-dessus) augmentait pendant la même période.



L'infirmière coordinatrice de flux a eu également un impact positif sur le délai de mise en box, goulot d'étranglement spécifique au services des Urgences de Saint Joseph Saint Luc, permettant à 10 % de patients supplémentaires d'avoir accès à un box d'examen dans l'heure suivant leur arrivée (courbes de distribution, graphique ci-dessous).



Action mise en œuvre par un collègue

U Mettre en place un « médecin coordonnateur »

Mise en œuvre	Hôpital Ambroise-Paré, AP-HP, Boulogne
Domaine d'application	Organisation, coordination des prises en charge
Indicateur de suivi	Nombre de jours (heures) de présence du coordinateur de flux dans la semaine (journée) Pourcentage de praticiens remplissant la fonction
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution des patients présentant un temps de passage long

Rappel de la problématique

Complexe (nombreux passages par jour, multiplicité des pathologies prises en charge et des degrés de gravité...), le flux des patients est essentiellement traité « au fil de l'eau ». Les modalités de collaboration avec les services partenaires de l'hôpital (plateau technique et services d'hospitalisation) sont parfois responsables d'un allongement des délais de passage (nombreux appels et relances téléphoniques, multiplicité des interlocuteurs à mobiliser...)

D'après l'expérience des urgentistes hospitaliers, une fonction de coordination des activités de soins et de gestion des locaux, assurée par un médecin référent permet d'améliorer la gestion du flux de patients.

Action envisagée

Mettre en place une fonction de médecin coordonnateur présent 24 h/24 et 7j/7 assurée à tour de rôle par chaque médecin senior.

Son outil de travail est un téléphone mobile dont il ne se sépare pas et dont le numéro est communiqué à l'ensemble des seniors et des cadres de l'hôpital.

Les objectifs de cette mission sont :

- la séniorisation, les prises de décision et les relations avec les partenaires des Urgences (villes, services d'hospitalisation...);
- la diminution du temps de passage des patients, avec une exigence de qualité accrue;
- l'amélioration des relations avec les collègues des autres services par le développement de relations interpersonnelles.

Pour atteindre ces objectifs, le médecin :

- coordonne l'activité de soins des internes, de ses confrères et de l'infirmière d'accueil et d'orientation pour les malades traumatologiques et non traumatologiques;
- favorise la prise en charge rapide des patients consultants ou graves;
- assure la gestion des locaux et des lits et est chargé notamment de régler tous les dysfonctionnements et imprévus d'ordre logistique;
- est l'interlocuteur des médecins et de l'administration de l'hôpital et des correspondants extérieurs;
- centralise l'ensemble des appels téléphoniques ayant trait à la prise en charge des patients;
- assure une formation régulière des jeunes urgentistes et veille ainsi à la transmission des règles de prise en charge.

Mise en œuvre

Cette fonction est d'abord remplie par les médecins les plus anciens du service puis transmise à tous les autres progressivement. Elle est assumée la nuit, par le senior de garde.

Résultats

Temps de passage

		délais constatés		évolution (%)
		février 2004 (2593 patients)	février 2005 (2335 patients)	
Temps de passage total (mn)	médiane	144	126	-13%
	moyenne	372	288	-23%
	écart-type	16	7,8	
Temps de passages élémentaires (mn)	arrivée – IDA	4,6	4,2	
	arrivée – fin de PeC IDE	5,3	33	-61%
	arrivée – fin de consultation médicale	72	46	-57%
	arrivée – prescription d'exams	62	52	-19%
	arrivée – décision médicale	138	108	-28%

Selon les données d'observations sur deux échantillons de plus de 2300 patients, les délais de passage des patients ont été modifiés de la façon suivante :

- diminution du temps de passage moyen de 23 % et diminution du temps médian de 13 % ;
- réduction de 20 à 60 % des délais moyens observés lors des différentes étapes de prise en charge ;
- diminution de près de 30 % du pourcentage de patients vus en plus de 8 heures.

Commentaires des professionnels

- C'est une fonction difficile qui nécessite d'être à la fois capable de conseiller sur les prises en charge (expertise d'urgentiste senior), d'avoir une vision globale et permanente de toutes les prises en charge en cours au sein du service (consultations et UHCD), de coordonner les différents professionnels du service (qualités humaines et managériales) et d'assurer l'interface avec l'extérieur.
- La ligne téléphonique doit être réservée à la prise en charge des malades et ne pas être transformée, notamment par le standard téléphonique, en centrale de renseignements de l'hôpital.

2. Autres actions impactant l'ensemble de la prise en charge des patients

Recommandation des consultants

U Définir les modalités de participation des équipes SMUR à l'activité du SAU

Mise en œuvre	Recommandée par les consultants
Domaine d'application	Organisation, coordination des prises en charge
Indicateur de suivi	Nombre de patients quotidiens dont la prise en charge est interrompue par une sortie SMUR
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution des patients présentant un temps de passage long

Rappel de la problématique

Le parcours des patients du SAU pris en charge par un médecin SMUR peut être fortement ralenti après le départ de celui-ci en intervention. Les observations menées dans le cadre du chantier ont permis de constater que certains de ces patients ne sont pas systématiquement confiés à d'autres médecins. Dans ce cas, ils doivent soit faire l'objet d'une nouvelle consultation médicale par le médecin prenant le relais, soit attendre le retour du médecin du SMUR.

Action envisagée et objectif

Définir et formaliser les modalités de participation des médecins SMUR à la prise en charge des patients des Urgences.

L'objectif est de limiter les situations décrites au point précédent en désignant le profil de patients pouvant être pris en charge par les médecins du SMUR entre deux interventions et en précisant les modalités de transfert de responsabilité entre les praticiens du service.

Mise en œuvre

Rédiger une procédure d'identification/désignation automatique du/des médecin(s) « repreneur(s) », notamment selon les principes suivants :

- chaque médecin SMUR s'astreint à rédiger le compte rendu de ses consultations le plus rapidement possible pour être toujours « prêt à partir » ;
- l'IDE SMUR et le médecin SMUR ne prennent pas en charge les mêmes patients ;
- une IDE prend en charge les tâches de départ en intervention, ce qui laisse un court instant au médecin SMUR pour passer quelques consignes ;
- le médecin SMUR peut terminer ses transmissions par téléphone depuis le véhicule SMUR.

L'avis des professionnels

« La démarche diagnostique nécessite pour les patients un peu complexes une démarche intellectuelle qu'il est délicat d'interrompre, encore plus de transmettre, chacun ayant une démarche plus ou moins intuitive ou algorithmique. Il a été montré que, pour arriver à une même conclusion, 2 médecins n'empruntent pas le même chemin logique... »

– C'est pourquoi je maintiens que la prise en charge de patients lourds, en particulier CCMU 3, 4, 5 n'est pas compatible avec une activité autre. Leur prise en charge par un médecin affecté au SMUR est (...) un facteur de non-qualité des soins !

– J'admets cependant que des patients CCMU 1 et certains 2, mais pas tous, puissent être vus par un médecin SMUR, à la condition qu'il collige immédiatement l'observation clinique sur le dossier, de façon que son collègue prenne le relais dans ces cas simples.

Par ailleurs, dans notre service, je ne pense pas que le médecin dit « d'urgence » ait le temps de voir les patients "en suspens" que laisse son collègue, sinon, il les verrait d'emblée lui-même ! »

Bonne pratique observée dans les services

U Définir strictement l'accès des accompagnants à la zone de soins

Mise en œuvre	CH de Saint-Malo CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer
Domaine d'application	Organisation, coordination des prises en charge
Indicateur de suivi	Diffusion et affichage de l'information Monitoring des interruptions répétées des soignants par les accompagnants
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution des patients présentant un temps de passage long

Rappel de la problématique

Des accompagnants présents dans la zone de soins perturbent parfois le travail des soignants, encombrant les accès et peuvent être gênants pour les autres patients (intimité). Dans le cadre de l'étude, 20 % des interruptions injustifiées dans le travail des soignants sont dues aux demandes répétées des familles. Ces interruptions entraînent des dysfonctionnements et ralentissent la prise en charge des patients.

Organisation recommandée et objectif

Préciser de façon claire les règles d'accès à chaque zone du service, afficher ces règles et les faire respecter.

L'objectif est d'organiser plus clairement et de limiter l'accès à la zone de soins.

Mise en œuvre

Cette question doit être débattue dans le cadre des réunions de services. Les actions suivantes peuvent être mises en œuvre en fonction de l'acuité de ce problème :

- Identifier les situations justifiant une présence en zone de soins : enfants jusqu'à 15 ans en box, patients couchés en zone d'attente VUS, malade en box en fin de vie... ;
- Faire valider ces règles par la direction de l'hôpital ;
- Les afficher clairement, les expliquer et les faire respecter ;
- Former le personnel à la gestion du stress des accompagnants et des conflits avec la famille ;
- Avoir une porte d'accès à la zone de soins contrôlée par le personnel.

Ces actions doivent s'inscrire dans une réflexion sur l'organisation de l'information délivrée aux accompagnants : dans quelle zone, à quelle étape du processus de soins, par qui ?

Résultats attendus

La réduction des temps de passage attendue est indirecte et limitée. Il reste qu'organiser mieux l'information aux accompagnants peut agir sur d'autres dimensions plus qualitatives : moins de temps « perdu », moins de stress pour les équipes et dispense aux patients

des informations au(x) moment(s) les plus idoine(s) en les identifiant dans le parcours de soins (par exemple : après la consultation, après l'interprétation des examens complémentaires, lors de la décision d'hospitalisation).

Commentaires des professionnels

« Dans notre service, le circuit accompagnant est un circuit extérieur à la zone de soins, le point de rencontre soignants - accompagnants est donc le box de soins. L'accès à ce circuit est donné par l'IOA. Cette organisation a considérablement amélioré nos conditions de travail et la pression ressentie par le personnel de la part des familles est nettement moindre. Je pense sincèrement que la restructuration architecturale d'un service d'accueil doit comporter une réflexion pour séparer les circuits accompagnants et la zone de soins. »

« Un seul accompagnant à la fois est autorisé. L'IAO s'assure auprès de l'équipe de soins que sa présence est possible. Tout accompagnant pénétrant dans la zone de soins est accompagné par un soignant. Les seules exceptions pour la présence en box sont : patient mineur ou non francophone ou devant être hospitalisé. »

Recommandation des consultants

U Offrir, dès les Urgences, une prise en charge sociale aux patients le nécessitant

Mise en œuvre	Recommandée par les consultants
Domaine d'application	Prise en charge sociale des patients Aval des Urgences et de l'UHCD
Indicateur de suivi	Nombre quotidien de patients nécessitant une prise en charge sociale et n'ayant pas de contact avec une assistante sociale aux Urgences
Indicateurs de résultat	Temps de passage moyen des patients

Rappel de la problématique

Les services des Urgences sont un lieu de recours privilégié pour les patients présentant des problématiques sociales...

Les moyens techniques et humains des services des Urgence ne sont pas toujours adaptés à la prise en charge de ces patients. Dès lors, les délais de prise en charge de ces patients s'allongent et contribuent à l'engorgement du service et à l'allongement des prises en charge des autres patients.

Action envisagée et objectif

Affecter au service des Urgences une assistante sociale de l'établissement chaque jour, pendant la période d'activité la plus dense du service.

Mise en œuvre

- Procéder à une étude d'organisation du service social afin de définir les possibilités d'absorption d'une telle charge ou les ressources supplémentaires nécessaires.
- Définir les procédures d'identification des patients relevant de cette prise en charge (IOA, médecins).
- Définir le circuit physique de cette prise en charge au sein des Urgences (bureau de l'assistante sociale pour les entretiens, zones d'attente).

Résultats attendus

Diminuer les temps de passage aux Urgences liés à la prise en charge d'un problème social.

Désengorger la filière médicale par l'orientation très précoce de ces patients vers un circuit spécifique de prise en charge.

 **Commentaires des professionnels**

« L'assistante sociale le week-end a peu d'intérêt :

- soit il s'agit d'un problème de logement et il suffit d'avoir une liste des foyers d'Urgences ;*
- soit il s'agit d'un problème social plus complexe pour lequel le travail de l'assistante sociale des Urgences est de faire le lien avec des structures qui n'ont pas de répondant le week-end.*

Pour les Urgences sociales non différables (placements et signalement de mineurs ou personnes en danger) l'assistante sociale n'est pas indispensable 24 heures/24 s'il y a des protocoles dans le service établi.

Enfin, l'assistante sociale ne doit pas être « affectée » mais réellement intégrée à l'équipe des Urgences, en lien avec l'équipe de psychiatrie, et doit faire un véritable travail de formation de l'ensemble de l'équipe pour le repérage de situations sociales urgentes. »

Recommandation des consultants

U Réduire les délais excessifs d'attente d'un brancardier

Mise en œuvre	Recommandée par les consultants
Domaine d'application	Transport des patients
Indicateur de suivi	Suivi régulier (un jour donné) du nombre d'occurrences d'attentes de brancardage supérieur à un temps à définir localement
Indicateurs de résultat	Temps de passage moyen des patients

Rappel de la problématique

Les délais d'attente et de réalisation de brancardage représentent en moyenne une part modeste du temps de passage total des patients : pour un patient moyen du SAU (temps de prise en charge 3 h 30) il peut être estimé à 10 minutes environ (soit presque 5 % du temps de présence du patient). Néanmoins, dans certains cas l'indisponibilité du brancardage implique des délais d'attente pour les patients mais aussi pour l'ensemble de la chaîne de prise en charge en aval (radiologie, spécialiste...).

Cette indisponibilité peut être liée :

1 – à un défaut d'organisation :

- mauvaise adéquation des effectifs quotidiens de brancardage avec les flux horaires de patients¹ ;
- délais de transmission entre soignants et responsables du brancardage ;

2 – ou à d'autres spécificités locales :

- intervention des brancardiers sur des sites éloignés (nécessitant des délais importants ou le doublement de l'équipe) ;
- l'absence d'outil permettant de centraliser l'ensemble des demandes.

Actions proposées

En concertation avec les équipes de brancardage :

- ajuster les effectifs du brancardage au flux horaire des patients ;
- mettre en place un système efficace de localisation et d'appel des brancardiers ;
- affecter une équipe dédiée au sein des Urgences ;
- affecter une part de l'équipe auprès de l'IOA (transferts des patients couchés vers les box) ;
- faire participer l'ensemble du personnel dans certains cas (à définir).

Résultats attendus

Réduction des attentes de brancardage et diminution du temps de passage moyen des patients.

(1) Cf. « Adapter les plannings aux courbes de présence des patients ».

Les bonnes pratiques organisationnelles par étapes de la prise en charge des patients



2





1. L'accueil et le triage des patients

Action mise en œuvre par un collègue

U Automatiser certaines tâches administratives

Mise en œuvre	Hôpital privé de l'Ouest parisien, Trappes, Yvelines
Domaine d'application	Organisation de l'accueil
Indicateur de suivi	Nombre de documents dont la saisie est manuelle / automatisée
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution du délai entre décision médicale et sortie du patient

Rappel de la problématique

Un comptoir à l'entrée du service est à la fois la zone d'accueil (enregistrement et tri) et de sortie (formalités de sortie). Chaque jour (de 8 heures à 20 heures), 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.

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.

Actions envisagées et objectif

Automatisation de l'édition de certains documents administratifs.

L'objectif est de faire en sorte que les étapes d'accueil et de sortie des patients ne soient plus des goulots d'étranglement lors des périodes de forte activité.

Mise en œuvre

Une liste des documents administratifs les plus couramment saisis et les plus chronophages a été établie.

6 formulaires administratifs dont certains champs sont remplis automatiquement sont intégrés au dossier patient [*certificat de passage, certificat médical initial, certificat scolaire, Avis d'arrêt de travail, fiche d'hospitalisation, fiche de consultation*].

En cas de besoin, la secrétaire administrative imprime directement les documents pré-remplis qui ne nécessitent alors plus qu'une signature médicale.

Résultats

Appréciation des professionnels

L'utilisation en routine par les médecins est longue à se mettre en place.

Efficacité « à dire d'experts » - impact sur l'organisation

Allègement des tâches et réduction du temps total dédié à la préparation des dossiers de sortie des patients pour les secrétaires médicales de l'accueil :

- le gain pour un patient type (2 éditions de documents) est d'environ 2 à 3 minutes (environ 40 patients par jour).*
- l'augmentation du temps disponible pour l'accueil administratif des patients est d'environ 80 à 120 minutes par jour.*
- Pour les secrétaires d'accueil, le gain de temps lié à la réduction des tâches courantes est indéniable. Le gain de temps pour chaque patient est minime, mais il contribue à améliorer la fluidité de l'ensemble du flux.*



Bonne pratique observée dans les services

U Interfacer le logiciel administratif et le logiciel Urgences

Mise en œuvre	Centre hospitalier de Dunkerque, Nord
Domaine d'application	Organisation de l'accueil
Indicateur de suivi	Nombre de « doubles saisies »
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution du délai de réalisation de l'étape d'accueil

Rappel de la problématique

Le système d'information de l'hôpital couvre la chaîne admission / facturation / recouvrement, tandis que le système d'information Urgences gère la prise en charge du patient dans le service.

Un certain nombre de champs à renseigner sont communs aux deux systèmes.

Bonne pratique observée et objectif

Développer et mettre en place une interface entre les deux systèmes d'information afin de diminuer le temps de réalisation de l'étape d'accueil et de limiter les doubles saisies.

Mise en œuvre

Développement d'une interface en partenariat avec le service informatique et les éditeurs de logiciels.

Résultats

À Dunkerque, le temps d'accueil et d'enregistrement est l'un des plus courts du groupe de travail.



Bonne pratique observée dans les services

U Simplifier le circuit d'enregistrement **Optimiser l'utilisation des ressources affectées à l'accueil**

Mise en œuvre	Organisations observées dans les sites de la première vague
Domaine d'application	Organisation de l'accueil, optimisation de l'utilisation des ressources
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution du temps de réalisation de l'étape d'accueil et de tri

Plusieurs modes d'organisation ont été repérés dans les sites présentant les meilleurs temps de réalisation de l'étape d'enregistrement et d'orientation :

Compte tenu du volume de fréquentation, des horaires des pics d'activité et des caractéristiques du case-mix, comment organiser cette étape ?

Présentées ci-après, les modalités d'organisation retenues par vos collègues pourront guider votre réflexion :

- Dans un service des Urgences dont l'activité est caractérisée par une forte saisonnalité, l'enregistrement administratif et l'orientation sont effectués par une secrétaire d'accueil en période de basse activité. Lors des périodes de forte activité, une IOA assure l'orientation et le tri. Souple, cette modalité permet de ne pas affecter en permanence du temps infirmier à l'orientation lorsque le flux de patients ne le justifie pas.
- Dans un service des Urgences caractérisé par un flux de patients stable et important, l'enregistrement administratif et l'orientation tri des patients sont effectués par deux personnes distinctes. Lors des périodes d'affluence, afin d'éviter aux patients deux files d'attente successives, chacun des deux professionnels est en mesure d'effectuer les deux opérations.
- Dans un service des Urgences de plus de 40000 passages, sans saisonnalité et dont la prise en charge est sectorisée, la fonction d'orientation et de tri est prépondérante. Premier contact avec un soignant, l'IOA doit être dégagée de toutes activités susceptibles de perturber les évaluations qu'elle conduit avec les patients. Pour garantir une orientation qualitative en limitant l'attente, l'IOA se consacre uniquement à cette tâche : elle ne brancarde pas, elle ne répond pas aux appels téléphoniques ni ne gère les formalités administratives d'entrée et de sortie.
- Dans un service des Urgences caractérisé par une faible proportion de patients « graves » (CCMU 4 et 5), l'accueil et le tri sont réalisés par la même personne, selon une classification simplifiée (deux niveaux : urgent / non urgent).
- Dans un service des Urgences caractérisé par une fréquentation importante, des prises en charge variées et un contexte social défavorisé, la réflexion a porté sur le contenu de l'évaluation à faire par les IOA afin de répondre à la fois à l'exigence de qualité et à celle de diminution des temps de passage : tous les patients n'ont pas besoin d'une évaluation exhaustive par les IOA.





2. La mise en box

Bonne pratique observée dans les services

U Rendre visibles par les soignants les patients prêts à être mis en box

Mise en œuvre	Centre hospitalier de Dunkerque, Nord
Domaine d'application	Organisation de la mise en box, interface accueil – mise en box
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Délais de mise en box Délais avant premier contact avec le médecin

Rappel de la problématique

L'accès à un box d'examen est ressenti par les patients comme étant le début de leur prise en charge. L'analyse de cette étape dans les différents services de l'étude a montré une grande variabilité concernant les délais d'accès aux box. En outre, il n'a été retrouvé aucune corrélation entre nombre de box et délais de mise en box.

Du point de vue de l'analyse de processus, les interfaces entre deux étapes (l'attente et la mise en box) peuvent générer des pertes de temps car c'est un moment où l'information doit être partagée et où la responsabilité change de professionnel.

Organisation observée et objectif

Rendre les patients prêts à être mis en box visibles par les soignants à tout moment afin de permettre :

- d'identifier sans possibilité d'erreur les patients prêts à être mis en box ;
- aux soignants de pouvoir facilement évaluer le nombre de patients en attente.

Mise en œuvre

Le service est organisé en deux secteurs. Les patients du secteur externe, après avoir été enregistrés et triés, attendent à proximité immédiate du poste de soins. Les patients du secteur couché attendent sur des brancards dans un espace réservé et visible.

Résultats

À Dunkerque, le temps avant mise en box est le plus court des huit premiers établissements engagés dans la démarche.

Commentaires des professionnels

« Dans une telle organisation, les soignants sont aussi visibles par les patients, ce qui a un impact certain sur l'organisation du travail ».



Bonne pratique observée dans les services

U Ne pas utiliser les box comme salle d'attente de résultats

Mise en œuvre	CHU de Nice, Alpes-Maritimes
Domaine d'application	Mise en box, optimisation de l'utilisation des ressources
Indicateurs de résultat	Temps de passage moyen des patients Délais de mise en box

Rappel de la problématique

Le box d'examen est une ressource limitée et limitante : sa disponibilité et son accessibilité conditionnent la possibilité de continuer à prendre en charge de nouveaux patients se présentant aux Urgences et donc la maîtrise de l'engorgement du service et des temps de passage des patients.

Organisation observée et objectif

La règle de rotation des box est la suivante : le personnel fait tourner les patients dans les box pour permettre au médecin de réaliser plus rapidement la consultation.

Mise en œuvre

Un patient est remplacé dans un box par un nouveau patient même si son circuit dans le SAU n'est pas achevé en fonction :

- de la gravité du patient ;
- de l'importance du flux entrant.

Les conditions suivantes sont également nécessaires :

- le box doit être nettoyé entre chaque patient ;
- le brancardier et l'IDE sont responsables de cette action, en accord avec le médecin ;
- le patient n'est pas scopé ;
- le patient n'a pas de traitement en cours ;
- le patient n'est pas contagieux ;
- le patient n'est pas en fin de vie.

L'acteur principal est le brancardier (en général un professionnel expérimenté et non un débutant car il doit être moteur dans la communication avec le personnel médical).

Résultats

À Nice, les patients ont accès à un box pour être examinés en moyenne dans les 20 minutes suivant leur enregistrement aux Urgences. Il s'agit de la deuxième meilleure performance à cette étape qui a été constatée parmi les huit services impliqués.

Pour aller plus loin

Recommandation des consultants

U cas d'encombrement des box, il est important de bien prioriser les patients devant accéder en priorité aux box libres : hors pronostic vital engagé ou douleur non maîtrisée, il est plus pertinent dans une logique de gestion des flux de réserver les box disponibles en priorité aux patients qui les libéreront le plus rapidement (patients CCMU1).



3. La réalisation d'examens complémentaires

Action mise en œuvre par un collègue

U Diminuer le volume d'examens complémentaires

Mise en œuvre	Hôpital Ambroise-Paré, AP-HP, Boulogne
Domaine d'application	Réalisation d'examens complémentaires, organisation médicale
Indicateur de suivi	Diminution du nombre d'examens complémentaires
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients

Rappel de la problématique

La réalisation des examens complémentaires est un facteur explicatif des délais de passage les plus longs observés au sein du SAU : la réalisation de cette étape est celle qui génère le plus de temps de présence au sein du SAU.

Le contrôle et la limitation du nombre d'explorations nécessitent une supervision par des urgentistes expérimentés.

Action envisagée et objectif

Aucune investigation sortant des bilans standards et aucun appel aux spécialistes ne sont décidés sans l'aval d'un médecin senior.

L'objectif est d'augmenter la pertinence des prescriptions.

Mise en œuvre

À très court terme, les prescriptions et les prises en charge concernant les pathologies les plus communes sont codifiées sous forme de protocoles, soumis pour avis aux collègues des autres services pour aboutir à des référentiels locaux.

Les prescriptions d'actes d'imagerie faites par des internes sont systématiquement validées par le médecin coordonnateur.

Résultats

Variation du volume de prescriptions d'examens complémentaires

Évolution des actes biologiques	février 2003	février 2004	février 2005
Total	1778	2153	1847
Total/patient	0,76	0,83	0,79
Évolution des actes « radiologie »	février 2003	février 2004	février 2005
Radio	961	1096	921
Scan	179	210	214
Total	1140	1306	1135
Total/patient	0,76	0,50	0,49

L'évolution du volume de prescriptions n'est pas encore significative mais semble contenue. L'action mérite de faire l'objet d'un suivi prolongé.

Variation du temps de passage moyen tous patients confondus

Cette action a contribué à la diminution du temps de passage moyen total (de 372 minutes en février 2004 à 288 mn en février 2005).



Bonne pratique observée dans les services

U Faire participer systématiquement les infirmières à la récupération des résultats

Mise en œuvre	Privé de l'Ouest parisien, Trappes, Yvelines
Domaine d'application	Réalisation d'examens complémentaires
Indicateur de suivi	Nombre de résultats d'examen dont le délai de retour est supérieur à un seuil fixé localement
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution du temps de réalisation de l'étape de biologie

Rappel de la problématique

La réalisation des examens complémentaires a été identifiée comme étant un goulot d'étranglement commun aux huit sites. C'est aussi l'étape qui génère le plus de temps de présence aux Urgences. Il s'agit d'un processus composé de sous-étapes, de la prescription au retour des résultats aux Urgences.

Parmi ces étapes, certaines sont entièrement entre les mains du service des Urgences. Il est possible et important de les maîtriser en priorité.

Organisation observée et objectifs

Chaque IDE est responsable de recueillir dès qu'ils sont disponibles les résultats des examens de ses patients et de les transmettre sans délai au médecin. Il appartient à chaque IDE, en cas de délais longs, de relancer les services d'imagerie et le laboratoire.

Les objectifs sont les suivants :

- réduire les délais entre la disponibilité des résultats et leur lecture par le médecin Urgentiste ;
- délester les médecins du temps consacré à la recherche et à l'obtention des résultats des examens.

Mise en œuvre

Pour ses patients, chaque IDE doit savoir quels sont les résultats en attente.

Chaque IDE a accès à la source de diffusion des résultats de ses patients (imprimante, serveur, dossier patient) et en vérifie régulièrement la disponibilité. Elle les transmet dès que possible à l'urgentiste responsable du patient.

À l'hôpital privé de l'Ouest parisien, les IDE sont notamment responsables du respect par le laboratoire du contrat passé avec les Urgences quant aux délais de mise à disposition des examens : au-delà de 50 minutes, l'IDE concernée par un résultat manquant relance le laboratoire toutes les 10 minutes.

Ce mode d'organisation est facilité par l'existence d'un système d'alerte de disponibilité des résultats.

Résultats

Le délai correspondant à l'étape de réalisation des examens complémentaires est le plus court parmi les huit établissements engagés dans la démarche.

Cette organisation favorise les binômes médecin /IDE.



4. La réalisation d'examens de biologie

Action mise en œuvre par un collègue

U Contractualiser les relations Urgences - Laboratoire

Mise en œuvre	Centre hospitalier de Saint-Malo, Ille-et-Vilaine
Domaine d'application	Réalisation des examens de biologie, pertinence des prescriptions
Indicateur de suivi	Diminution du volume d'actes demandés Diminution du nombre d'examens pour lesquels le délai de retour des résultats est supérieur à un seuil fixé localement
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution du temps de réalisation de l'étape de biologie

Rappel de la problématique

Le délai de réalisation des examens biologiques ralentit le temps de prise en charge des patients (« goulot d'étranglement » : 105 mn en moyenne).

Aux Urgences de Saint-Malo, le pourcentage de patients concernés par cette étape figure parmi les plus élevés du groupe de huit établissements engagés dans la démarche.

L'amélioration du processus de prescription et de réalisation des examens a donc été légitimement retenue.

Action envisagée et objectifs

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.

Mise en œuvre

Une liste limitative standardisée d'examens biologiques¹ a été élaborée par les deux chefs de service sur un support particulier spécifique des Urgences (« bon de biologie urgence »).

D'autres examens plus spécifiques peuvent être demandés après avis d'un médecin senior et du biologiste.

Résultats

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 105 mn à 57 mn.

La mise en place de cette action permet, selon les professionnels, de réduire le nombre d'examens considérés comme non urgents et/ou injustifiés.

(1) Cf. annexes.



Action mise en œuvre par un collègue

U Permettre un rendu plus rapide des résultats de biologie

Mise en œuvre	Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil, Pas-de-Calais
Domaine d'application	Réalisation des examens de biologie
Indicateur de suivi	Diminution du nombre d'examens pour lesquels le délai de retour des résultats est supérieur à un seuil fixé localement
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution du temps de réalisation de l'étape de biologie

Rappel de la problématique

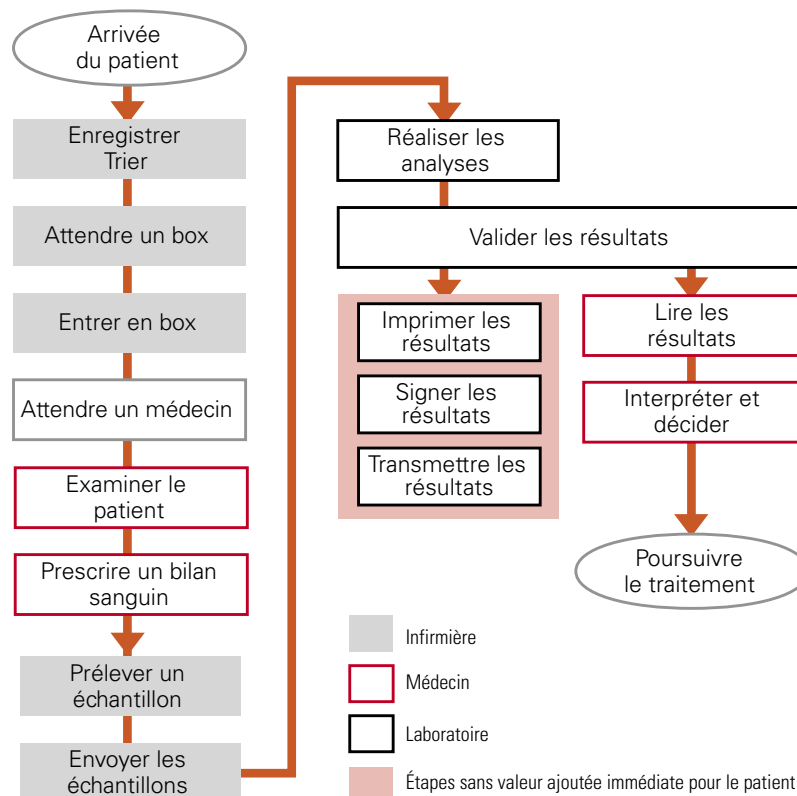
Le temps de réalisation des examens de biologie, bien que comparable à la moyenne constatée dans les huit sites, représentait plus de 10 % du temps total de prise en charge des patients.

L'analyse du processus a permis de repérer une modalité organisationnelle perfectible pouvant permettre de générer un gain de temps potentiel dans la transmission des résultats du laboratoire aux Urgences : les résultats ne sont transmis du laboratoire vers les Urgences qu'après une double validation et une signature, ajoutant au processus des étapes n'ayant pas de valeur ajoutée immédiate pour le patient.

Action envisagée et objectifs

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.

Optimisation du processus





Mise en œuvre

Une nouvelle procédure négociée avec le chef du service de Biologie fait « gagner » trois étapes sur le chemin critique du patient. La mise en œuvre de cette nouvelle organisation nécessite une intervention informatique.

Résultats

Ce nouveau mode de transmission des résultats a contribué à faire diminuer le temps moyen de prise en charge de 2 h 55 à 2 h 45.

Avis des professionnels

Ce nouveau mode d'organisation peut faire gagner 30 minutes en moyenne sur le temps de réalisation de l'étape de biologie à condition que le temps gagné sur le processus ne soit pas perdu par un retard des médecins à prendre connaissance des résultats.

Pour être plus efficace, cette mesure doit être couplée à un signal d'alarme de disponibilité des résultats.

(1) Cf. annexes.



Recommandation des consultants

U Réduire le délai entre la disponibilité des résultats et leur prise de connaissance par les équipes :

1. Mettre en place un système d’alarme de disponibilité
2. Installer des imprimantes pilotées par le laboratoire

Mise en œuvre	Recommandée par les consultants
Domaine d’application	Réalisation des examens de biologie
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution du temps de réalisation de l’étape de biologie

Rappel de la problématique

L’étape de réalisation des examens de biologie a été identifiée comme étant un goulot d’étranglement commun aux huit sites. Il s’agit d’un processus composé de sous-étapes : prescription, réalisation du prélèvement, envoi du prélèvement au laboratoire (...), retour des résultats aux Urgences.

Le délai entre la disponibilité des résultats aux Urgences et la prise de connaissance par le praticien excède parfois 50 % du délai total de l’étape de réalisation d’examens de biologie.

Action envisagée et objectif

Optimiser le processus de réalisation des examens de biologie en agissant sur l’une des étapes élémentaires de ce processus : le délai entre l’arrivée des résultats et la prise de connaissance par les médecins.

Deux actions sont envisageables :

- mettre en place un signal d’alerte de disponibilité des résultats ;
- installer des imprimantes pilotées par le laboratoire.

Ce signal indique aux praticiens que les résultats attendus sont disponibles, lui évitant ainsi des appels téléphoniques ou des connexions au serveur inutiles et permettant aussi une diminution du délai entre disponibilité et prise de connaissance. Il en va de même de l’impression automatique aux Urgences des résultats par le laboratoire dès leur disponibilité.

Mise en œuvre

Selon les logiciels utilisés par les services, cette opération est plus ou moins compliquée, certains éditeurs ayant prévu cette fonctionnalité.

L’installation d’imprimantes déportées est une solution technologique dépendant des capacités des services informatiques.

Ces solutions technologiques doivent s’accompagner d’un réel suivi de l’évolution des pratiques des médecins afin que le gain de temps mobilisable soit vraiment mobilisé.

Résultats attendus

Le gain potentiel a été évalué entre 5 et 35 minutes selon les patients et les services.

Cette action est complémentaire des autres actions mises en œuvre pour diminuer le temps de réalisation des examens de biologie. Elle est diffusable à l’étape de réalisation des examens d’imagerie.



Action mise en œuvre par un collègue

U Informatiser la prescription et le rendu des résultats d'examens biologiques

Mise en œuvre	Hôpital privé de l'Ouest parisien, Trappes, Yvelines
Domaine d'application	Réalisation des examens de biologie, informatisation du service
Indicateur de suivi	Diminution du temps de passage moyen des patients Diminution du temps de réalisation de l'étape de biologie

Rappel de la problématique

L'attente liée à la réalisation d'examens de biologie représente en moyenne sur les huit sites de l'étude, 39 % du temps de passage total des patients qui en bénéficient. 1 h 18 min est en moyenne nécessaire entre les prélèvements et la lecture des résultats. Les résultats sont transmis par téléphone avant confirmation écrite. Les infirmières passent un temps non négligeable à recueillir au téléphone les résultats disponibles et à les transmettre aux médecins.

Action envisagée

Informatiser la prescription et la transmission des demandes et résultats d'examens biologiques.

La mise en place d'une liaison informatisée entre le service des Urgences et le laboratoire permet :

- d'accélérer et automatiser la transmission des résultats vers le dossier médical de chaque patient ;
- de supprimer les appels téléphoniques multiples des infirmières pour obtenir les résultats (gain de temps infirmier et pour les techniciens du laboratoire) ;
- de sécuriser le processus, en évitant des retranscriptions de résultats.

Mise en œuvre

La réflexion sur le *circuit du laboratoire* a été réalisée concomitamment à la mise en place d'un dossier patient informatisé. Après consultation de la société de service éditrice et la confirmation d'une interopérabilité avec le système d'information du laboratoire, une nouvelle fonctionnalité a été mise en place.

Le processus lié aux examens biologiques est ainsi modifié :

- du service des Urgences vers le laboratoire : la demande de bilan est transmise informatiquement, le laboratoire intègre ainsi les demandes avant de recevoir les tubes de prélèvement.
- du laboratoire vers le service des Urgences : les résultats sont récupérés informatiquement directement dans le dossier patient. L'icône « laboratoire » passe au vert dans le tableau de bord, ce qui signifie que les résultats d'examens sont consultables de tous les postes situés dans les box.



Résultats

Selon les professionnels, des gains d'environ 15 mn sur l'ensemble du processus « biologie » sont envisageables. Ce gain de temps n'a pu être objectivé lors de l'évaluation de cette action, étant probablement neutralisé par le temps nécessaire à la saisie d'informations dans le dossier patient (apprentissage et appropriation du logiciel par les professionnels).

Pour autant, ce nouveau mode de fonctionnement donne satisfaction car il permet :

- de décharger les soignants de plusieurs tâches chronophages (appels téléphoniques réguliers et répétés vers le laboratoire, recherche du médecin pour lui transmettre les résultats...);
- un réel gain de qualité (absence de retranscription de la prescription, antériorités...).



5. La réalisation d'examens d'imagerie

Action mise en œuvre par un collègue

U Former tous les manipulateurs à la réalisation de scanners sans injection

Mise en œuvre	Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil, Pas-de-Calais
Domaine d'application	Réalisation des examens d'imagerie
Indicateur de suivi	Proportion de manipulateurs formés
Indicateurs de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients Délai de réalisation des scanners sans injection

Rappel de la problématique

Le dimanche et lors des périodes de congé, l'effectif du service d'imagerie est réduit et doit recourir à des manipulateurs suppléants qui ne sont pas tous formés à la réalisation d'actes de scanners simples.

Action envisagée

Former tous les manipulateurs à la réalisation d'examens de scanographie sans injection.

Mise en œuvre

Le chef de service d'imagerie a organisé les sessions de formation nécessaires et les a dispensées.

Résultats

Tous les manipulateurs sont formés.

Selon les professionnels, cette action a contribué à réduire de 20 mn ce délai pour un patient par jour.



Action mise en œuvre par un collègue

U Dictier les comptes rendus d'imagerie sur une cassette dédiée aux patients des Urgences

Mise en œuvre	Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil, Pas-de-Calais
Domaine d'application	Réalisation des examens d'imagerie
Indicateur de suivi	Nombre d'examens de scanner rendus sans compte rendu
Indicateurs de résultat	Temps de passage moyen des patients Délai de réalisation de l'étape « examen d'imagerie »

Rappel de la problématique

La plupart du temps les compte rendu de scanners et d'échographie en Urgences sont manuscrits directement par les radiologues. Lorsqu'ils sont dictés, ils le sont parfois sur la même cassette audio que celle servant aux patients des services d'hospitalisation.

La secrétaire médicale ne peut alors pas les identifier rapidement pour les saisir en priorité et/ou les transmettre aux médecins du SAU.

Action envisagée

Dictier les comptes rendus des patients des Urgences sur une « cassette SAU » dédiée et identifiable.

Mise en œuvre

Cette action s'est concrétisée par une information aux médecins radiologues.

Résultats

Cette modalité d'organisation est utilisée progressivement par les médecins du service d'imagerie. Cette action simple permet de réduire le délai de 20 mn pour l'ensemble des patients concernés par un acte de scanner ou d'échographie.



Action mise en œuvre par un collègue

U Optimiser le transport des patients vers l'imagerie

Mise en œuvre	CHU de Nice, Alpes-Maritimes
Domaine d'application	Réalisation des examens d'imagerie
Indicateur de suivi	Évolution de la part du délai d'attente de brancardage dans le délai total de réalisation de cette étape
Indicateurs de résultat	Temps de passage moyen des patients Délai de réalisation de l'étape « examen d'imagerie »

Rappel de la problématique

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 (plus de la moitié des patients de l'échantillon MeaH) se sont avérées perfectibles et en partie responsables du délai d'attente constaté à cette étape (53 mn).

Action envisagée

Revoir les modalités d'affectation des équipes de brancardiers du matin et de l'après-midi en tenant compte des flux de patients et plus particulièrement celui entre les Urgences et le service Imagerie qui exige de très nombreux transports.

Action et mise en œuvre

Un groupe de travail Imagerie – Urgences a été créé afin d'objectiver les dysfonctionnements qui, au-delà de l'éloignement du service pouvaient expliquer la durée de réalisation de l'étape d'imagerie.

Il a été décidé d'affecter un brancardier (du matin et d'après-midi) exclusivement au transport des patients des Urgences vers le service d'Imagerie.

Résultats

Cette sectorisation a généré, selon les professionnels, un gain évalué à 5 mn pour chaque patient bénéficiant d'un acte d'imagerie (plus de 100 patients par jour).





6. Les avis spécialisés (hors UHCD)

Recommandation des consultants

U Définir et afficher les règles pour contacter les spécialistes

Mise en œuvre	Recommandée par les consultants
Domaine d'application	Obtention d'avis spécialisés
Indicateur de suivi	Nombre moyen de tentatives pour contacter un spécialiste
Indicateurs de résultat	Temps de passage moyen des patients Délai de réalisation de l'étape « avis spécialisé »

Rappel de la problématique

Dans les huit services des Urgences, le temps moyen d'attente d'un avis de spécialiste va de 45 minutes à une heure. Une partie de ce temps d'attente provient du temps passé pour contacter le spécialiste. À cette attente prolongée pour le patient s'ajoute une perte de temps pour les professionnels (quelques minutes multipliées par le nombre d'appels nécessaires).

Il a également été observé qu'il existait des modalités d'appel différentes pour les spécialistes d'un même établissement: certains disposent d'un BIP et/ou d'un téléphone portable, d'autres préfèrent que l'on contacte leur secrétariat. Ces différents canaux ne sont pas toujours maîtrisés par le service des Urgences et les équipes sont parfois amenées à les essayer successivement.

Action envisagée et objectif

Définir avec chaque spécialiste un numéro d'appel (fixe ou mobile) pour le contacter. Chaque service s'organise pour assurer la permanence des réponses aux appels (certains se partagent un bip ou le mobile de garde, d'autres utilisent un secrétariat).

L'objectif est de « faire gagner » 30 minutes par jour aux professionnels impliqués dans la recherche des spécialistes.

Mise en œuvre

En trois temps :

- décrire le processus interne aux Urgences pour transmettre une demande aux spécialistes ;
- définir avec chaque spécialiste un numéro d'appel (fixe ou mobile) pour le contacter ;
- préciser sur un tableau accessible aux équipes les médecins spécialistes ainsi que les modalités prévues pour les contacter.

Résultats attendus

Diminution du temps de passage moyen des patients, diminution du temps d'attente d'avis spécialisés, diminution des temps perdus par les professionnels, amélioration des relations Urgences – services de spécialité.

Réduire les temps de passage aux urgences



Pour aller plus loin

[Bonne pratique observée dans les services](#)

U CHU Ambroise-Paré (Boulogne), seul le médecin coordinateur est en contact avec les spécialistes: cette pratique améliore la pertinence des demandes ainsi que les relations interpersonnelles entre praticiens.



Bonne pratique observée dans les services

U Indiquer l'heure de demande de l'avis spécialisé sur la porte du box d'examen

Mise en œuvre	Centre hospitalier de Saint-Malo, Ille-et-Vilaine
Domaine d'application	Obtention d'avis spécialisés
Indicateurs de résultat	Temps de passage moyen des patients Délai de réalisation de l'étape « avis spécialisé »

Rappel de la problématique

Dans les huit services des Urgences, le temps moyen d'attente d'un avis de spécialiste va de 45 minutes à une heure. Lorsque les professionnels des Urgences sont tous occupés, une partie de ce délai provient du temps perdu par le spécialiste à identifier le patient pour lequel on l'a sollicité.

Action observée

Les demandes d'avis spécialisés et/ou de lecture d'examens sont signalées par affichage sur la porte de chaque box.

Résultats observés

Le temps d'attente d'avis spécialisés est l'un des moins long des huit établissements engagés dans la démarche (43 minutes en moyenne, comprenant la réalisation de l'étape).





7. L'hospitalisation en UHCD

Action mise en œuvre par un collègue

U Améliorer le turn-over de l'UHCD

Mise en œuvre	Hôpital Ambroise-Paré, AP-HP, Boulogne.
Domaine d'application	Hospitalisation des patients, organisation de l'UHCD
Indicateurs de résultat	Diminution des délais moyens de séjour des patients en UHCD Diminution du délai d'hospitalisation des patients des Urgences

Rappel de la problématique

Pour diminuer l'engorgement du service des Urgences et limiter le nombre de patients présentant un temps de passage trop long, une meilleure rotation de l'UHCD constitue un bon levier.

Objectifs

Faire en sorte que :

- l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), en accord avec les textes et ses missions, atteigne une DMS inférieure à 24 heures ;
- tous les lits de l'UHCD soient libérés en fin de journée pour que les patients à hospitaliser soient transférés avant 18 heures dans les services d'hospitalisation dont la permanence des soins n'est pas organisée en garde sur place.

Modalités d'organisation décidées :

- Les entrées et les sorties de l'UHCD peuvent être décidées à toute heure du jour et de la nuit, à la condition qu'elles relèvent exclusivement du médecin senior présent à l'UHCD et/ou de garde aux Urgences ;
- À l'entrée des patients à l'UHCD, les prescriptions de surveillance, d'examens et de traitement doivent être clairement établies par écrit ;
- Un patient relevant d'une spécialité n'est admis en UHCD qu'après accord entre les spécialistes et le senior des Urgences, que si le patient ne présente aucun caractère de gravité et si les spécialistes s'engagent à l'hospitaliser dans leur service dans un délai maximum de 24 h ;
- Une transmission au chevet du patient a lieu tous les matins avec le senior de garde et 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. La présence de ce dernier permet ainsi d'avoir une coordination « au plus près » et quotidienne entre le service des Urgences et le service aval de gériatrie aiguë. Le nombre de lits libres pour l'UHCD et le nombre de patients qui seront hospitalisés dans cette unité sont ainsi discutés chaque matin ;



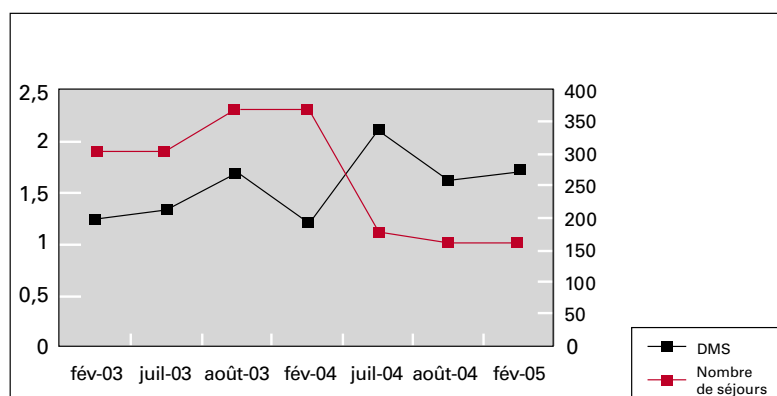
- Le rôle de cette équipe est, avec l'aide du coordinateur ou d'autres spécialistes de l'hôpital :
 - d'avancer dans la démarche diagnostique dès l'UHCD ;
 - de trouver activement et collectivement les lits d'accueil les mieux adaptés à la pathologie du malade ;
 - de reformuler certaines orientations, et de préférer le retour à domicile à l'hospitalisation à condition qu'un suivi adapté puisse être organisé.

Mise en œuvre :

- À l'UHCD, un médecin senior est présent du lundi au vendredi de 9 à 18 h, et les samedis, dimanches et jours fériés de 9 h à 13 h, dans tous les cas assisté d'un interne, encadré par le coordinateur.
- Des référents médical et paramédical sont désignés. Il n'y a pas de médecin, cadre infirmier, aide-soignant « attachés à l'UHCD ».
- Une liste d'indications de séjours en UHCD est mise en place.

Résultats

Impact sur la DMS



Le turn – over de l'UHCD est s'accélééré :

- gain de 24 heures en durée moyenne ;
- augmentation du nombre de séjours de plus de 50 %.

Autres résultats

L'amélioration de la fluidité de l'UHCD a permis de dédier une zone aménagée de l'UHCD comme ZHTCD, permettant ainsi aux patients en attente d'examen, d'avis spécialisé ou de décision de sortie de patienter dans de meilleures conditions de confort plutôt que dans les couloirs ou les box.

Appréciation des professionnels

« La nouvelle organisation s'est mise en place rapidement mais son efficacité ne fut optimale qu'après 3 mois de fonctionnement.

L'amélioration des rapidités de sorties de l'UHCD est en partie liée à :

- la participation des gériatres à la visite quotidienne ;
- l'amélioration de la fluidité des transferts, en particulier gériatriques ;
- la participation du médecin coordonnateur ;
- la participation accrue des spécialistes. »



Action mise en œuvre par un collègue

U Faire sortir les patients des lits-portes le matin en respectant les horaires de visite à 9 h

Mise en œuvre	Centre hospitalier de Saint-Malo, Ille-et-Vilaine
Domaine d'application	Organisation UHCD
Indicateurs de suivi	Évolution de la courbe horaire de sortie des patients
Indicateurs de résultat	Délais de passage des patients hospitalisés Durée moyenne de séjour en UHCD

Rappel de la problématique

Les horaires de sortie des patients hospitalisés en UHCD sont dépendants de l'horaire de réalisation de la visite médicale. La libération précoce des places de l'UHCD permet de disposer de lits disponibles pour les patients des Urgences dès le matin.

Objectif

Libérer les lits de l'UHCD au plus tôt dans la matinée.

Actions proposées

- Rédiger et proposer une procédure de fonctionnement de l'UHCD : définition et indications d'admission – Modalités d'admission – Organisation de la prise en charge des patients.
- Diffusion et application au sein du service.

Mise en œuvre

Une procédure a été rédigée par le chef de service (cf. Annexes).
Une sensibilisation des équipes a également été effectuée sur ce point.

Résultats

Évolution de la DMS

DMS UHCD	2003	novembre 2004	décembre 2004	janvier 2005
	39 heures	31 h 25	29h36	29h 11



Évolution du temps de passage des patients hospitalisés

Temps de passage moyen des patients hospitalisés	décembre 2003	décembre 2004
	5h09	4h11

Appréciation des professionnels

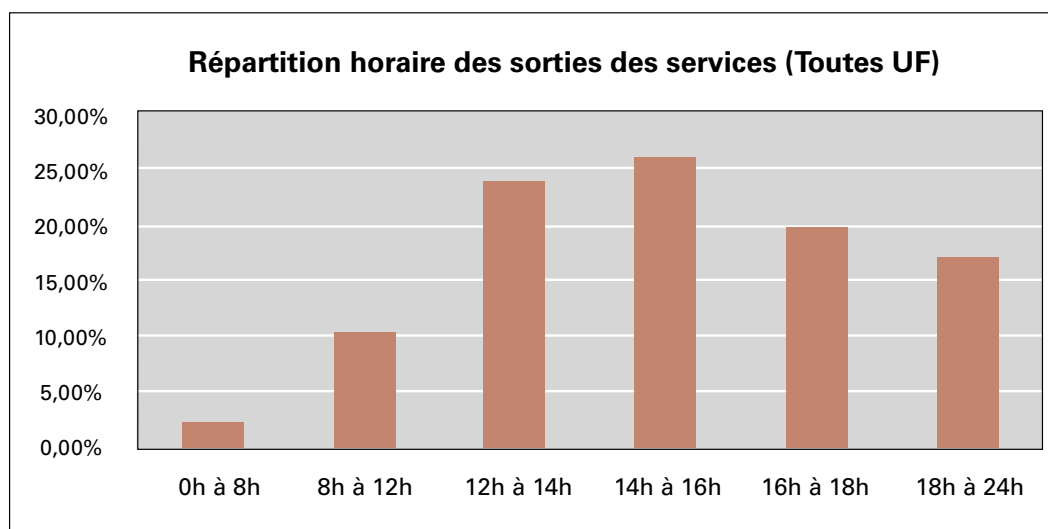
« La mise en place est effective depuis fin octobre 2004. La visite commence par les patients susceptibles de sortir. La présence simultanée de gériatres et de psychiatres lors de la visite permet d'améliorer l'efficacité des "sorties".

Pas de difficulté particulière à la mise en place d'une règle plus formalisée et partagée par tous.

Le changement est notable, en particulier pour certains médecins. La sortie des patients est réalisée souvent en fin de matinée. L'équipe d'infirmière du matin réalise plus de "sortants" qu'avant le changement d'organisation. »

Développements attendus

Suite à la présentation de cette action en CME et du fait de la constatation du même phénomène dans la plupart des services d'hospitalisation (cf. histogramme ci-dessous), une discussion est en cours avec les chefs des services des étages pour diffuser cette bonne pratique à un maximum de services volontaires dans l'établissement.



Histogramme : dans cet établissement, plus de 85 % des sorties ont lieu l'après-midi...



Action mise en œuvre par un collègue

U Utiliser les lits de l'UHCD pour les patients des Urgences

Mise en œuvre	Centre hospitalier de Saint-Malo, Ille-et-Vilaine
Domaine d'application	Organisation UHCD
Indicateurs de suivi	Nombre d'hospitalisations à l'UHCD sans rapport avec sa mission d'aval des Urgences
Indicateurs de résultat	Délais de passage des patients hospitalisés Durée moyenne de séjour en UHCD

Rappel de la problématique

Pour diminuer l'engorgement du service des Urgences et limiter le nombre de patients présentant un temps de passage trop long, l'utilisation des lits de l'UHCD doit être réservée exclusivement aux patients des Urgences. C'est en outre une disposition figurant dans la circulaire du 16 avril 2003.

Actions proposées

Trouver une solution pour ne plus hospitaliser dans le service des patients relevant d'une structure d'hôpital de jour (HDJ), tels que les patients nécessitant une transfusion : favoriser l'utilisation de l'HDJ afin de libérer des places en UHCD.

Dans un premier temps, l'accent est mis sur les patients d'hématologie, en partenariat avec le chef de ce service.

Mise en œuvre

Après validation en CME du principe de l'action, un accord avec la responsable du service d'hématologie a été trouvé. La prise en charge en HDJ doit être progressivement privilégiée pour ces patients. Une meilleure gestion des lits et de l'activité de l'HDJ doit permettre, à terme, que tous ces patients y soient pris en charge.

Résultats

Les hospitalisations de jour pour transfusion ne sont, sauf exception, plus effectuées en UHCD. La participation de l'hématologue a été rapide et simple.

La diminution des taux de transfusion pour dysplasie en UHCD « libère » ainsi les lits pour les patients provenant des Urgences, mais le gain procuré en terme de durée moyenne est impossible à apprécier.

Ces nouvelles modalités d'organisation ont contribué à l'atteinte des résultats de l'action précédente.



Recommandation des consultants

U Chaque spécialité passe chaque matin à l'UHCD

Mise en œuvre	Proposée par les consultants
Domaine d'application	Obtention d'avis spécialisés
Indicateurs de suivi	Horaire des visites des spécialistes
Indicateurs de résultat	Temps de passage moyen des patients Temps de passage moyen des patients hospitalisés Délai d'hospitalisation DMS de l'UHCD

Rappel de la problématique

En général, les médecins spécialistes démarrent leur journée par une visite dans leur service ou des interventions au bloc. Ils sont donc difficilement joignables en matinée et ne se déplacent généralement aux Urgences qu'en milieu ou fin d'après-midi (sauf pour les CCMU 3 et plus). Cette organisation entraîne un retard dans les sorties des patients de l'UHCD et peut générer des temps de passage aux Urgences particulièrement longs pour des patients en attente d'hospitalisation.

Action envisagée et objectifs

Obtenir un engagement de visite matinale des spécialistes aux Urgences afin de libérer au plus tôt les lits de l'UHCD (décision de mutation, de sortie...).

Mise en œuvre

Cette action nécessite une volonté partagée des urgentistes et des spécialistes. Les modalités pratiques de mise en œuvre de cette visite matinale systématique peuvent être les suivantes :

- un praticien de chaque spécialité passe systématiquement à l'UHCD avant sa visite ;
- un praticien de chaque spécialité téléphone systématiquement à l'UHCD avant sa visite et se déplace si besoin.

Résultats attendus

Sortie plus précoce des patients de l'UHCD (donc une diminution de la DMS) avec pour conséquence une disponibilité des lits plus tôt dans la journée (retour à domicile du patient avec un rendez-vous de consultation ou hospitalisation dans les étages) et un raccourcissement du délai d'hospitalisation des patients des Urgences.

👉 Pour aller plus loin

« La re-convocation du patient en consultation programmée relevant de sa spécialité permettrait de diminuer le nombre d'hospitalisations, et l'immobilisation des moyens du SAU et de l'UHCD, avec pour conséquence une baisse de la DMS dans les services d'aval : au moins 12 à 24 heures de gagnées ! »



8. L'hospitalisation dans les étages

Recommandation des consultants

U Anticiper la recherche de lit dès la consultation médicale

Mise en œuvre	Recommandée par les consultants
Domaine d'application	Hospitalisation des patients
Indicateur de suivi	Nombre de profils de patients à forte probabilité d'hospitalisation identifiables dès l'accueil décrits Pourcentage de recherche de lit anticipée pour ces patients
Indicateurs de résultat	Temps de passage moyen des patients Temps de passage moyen des patients hospitalisés Délai d'hospitalisation depuis les Urgences Diminution des temps de passage très longs

Rappel de la problématique

Dans certains cas, la recherche de lits intervient lorsque l'ensemble de la prise en charge du patient est réalisé. Or, le délai d'attente d'un lit est responsable d'une part importante du temps de passage total des patients.

Actions proposées et objectifs

Par leur expérience, les professionnels des Urgences peuvent identifier très précocement avec un niveau de confiance élevé, les patients pour lesquels une hospitalisation sera nécessaire.

L'anticipation doit permettre au personnel chargé de cette mission de mieux gérer la recherche de lits: identification des lits nécessaires, des lits disponibles ou d'autres options.

L'objectif est de réduire le temps d'attente de lit afin de limiter le nombre de patients dont le temps de prise en charge aux Urgences est très long.

Mise en œuvre

Il ne s'agit pas d'une modification de la tâche « rechercher un lit », mais d'une modification dans l'agencement des tâches: la recherche de lit prend le même temps pour le personnel, mais est transparente pour le patient.

L'acceptabilité pour les services d'hospitalisation de négocier une hospitalisation en l'absence de la réalisation complète du bilan ou de la pose d'un diagnostic peut cependant rendre la mise en œuvre de cette action difficile.

Résultats attendus

Anticipation d'une étape responsable de temps d'attente anormalement longs.

Commentaires des professionnels

« Cette anticipation peut être faite encore plus tôt, parfois dès l'IOA, car il est des situations où le besoin d'une hospitalisation est évidente d'emblée. »



Action mise en œuvre par un collègue

U Faciliter l'accès aux lits d'hospitalisation en soirée et la nuit

Mise en œuvre	Centre hospitalier de Dunkerque, Nord
Domaine d'application	Hospitalisation, relation avec les services cliniques
Indicateurs de suivi et de résultat	Délais de passage des patients hospitalisés Diminution des temps de passage très longs Évolution du nombre de « nuits-couloir »

Rappel de la problématique

L'accès aux lits d'hospitalisation était difficile, voire impossible après 18h30. Cette situation allongeait considérablement le délai d'attente d'un lit pour environ une quinzaine de patients par jour. Ce constat a également été relevé le week-end.

Actions proposées

Formaliser les règles d'accès aux lits d'hospitalisation le soir et la nuit, lorsque les médecins des services ne sont plus là.

Mise en œuvre

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.

Un projet de contrat a été rédigé : il décrit les modalités de transfert de patients à partir du SAU vers les services en termes d'exigences des services et d'engagements pour le SAU.

Cette disposition a été étendue au samedi et au dimanche.

Résultats

Cette disposition concerne environ 15 patients par jour. Le gain est estimé entre 20 et 30 mn par patient. Des gains plus « diffus » sont également ressentis : disparition pour l'équipe de la préoccupation de « trouver un lit au patient »...

Les bonnes pratiques organisationnelles pour certaines populations



1. Les patients âgés

Action mise en œuvre par un collègue

U Formaliser les relations avec les établissements gériatriques d'aval

Mise en œuvre	Hôpital Ambroise-Paré, AP-HP, Boulogne.
Domaine d'application	Organisation filière d'aval gériatrique
Indicateurs de suivi	Augmentation du taux de transfert direct SAU - SSR
Indicateurs de résultat	Diminution des délais de prise en charge des patients âgés. Diminution des délais d'hospitalisation des patients transférés

Rappel de la problématique

Les temps d'attente des patients de plus de 75 ans (4 h 06 en moyenne), en particulier pour les futurs hospitalisés (15 h 24 en moyenne), sont importants. Ces délais s'expliquent en partie par la complexité de l'aval des Urgences pour les patients âgés et par le manque d'alternative à l'hospitalisation en court séjour.

Action envisagée

La formalisation de relations contractuelles avec les établissements gériatriques et les services spécialisés de moyen et de long séjour est envisagée afin d'augmenter les débouchés pour les patients âgés pris en charge par le service des Urgences. Cette démarche s'intègre dans l'organisation de la filière de prise en charge des patients âgés (ouverture d'un service de gériatrie aiguë et coopérations avec des établissements voisins).

L'équipe du SAU (chef de service PH et cadre infirmier) a organisé des rencontres avec les équipes des principaux établissements d'aval des environs.

L'objectif est à la fois de rencontrer physiquement les interlocuteurs habituels du SAU mais aussi de préciser le mode de coopération entre les équipes :

- permettre aux équipes de gériatrie d'identifier leurs interlocuteurs privilégiés du SAU ;
- systématiser l'appel téléphonique entre services d'aval et coordinateur du SAU avant tout transfert de patient dans un sens ou dans l'autre ;
- garantir une information régulière sur les disponibilités en lits des services de gériatrie.

Mise en œuvre

L'équipe du SAU a rencontré en septembre et octobre 2004 les équipes des principaux établissements voisins.

Les conventions de partenariat existantes ont été précisées, affinées et explicitées en interne.

Résultats

Le nombre de transferts mensuels du SAU vers des établissements SSR est en augmentation :

Évolution des transferts de plus de 75 ans	février 2003	février 2004	février 2005	Évolution
Hospitalisation interne	164	193	194	33 %
Transferts	21	24	32	
Taux d'hospitalisation / patient > 75 ans	49 %	48 %	53 %	

Cette action, conjointement à la mise en place d'une équipe d'intervention en gériatrie a contribué à une baisse de 32 % du temps de prise en charge des patients de plus de 75 ans (de 924 mn en moyenne en février 2004 à 630 mn en février 2005).

Bonne pratique observée dans les services

U Permettre l'hospitalisation directe des patients âgés en moyen séjour

Mise en œuvre	CHU de Nice, Alpes-Maritimes
Domaine d'application	Prise en charge des personnes âgées
Indicateur de suivi	Nombre d'hospitalisations directes SAU – moyen séjour
Indicateur de résultat	Temps de passage des patients de plus de 75 ans DMS de l'UHCD

Rappel de la problématique

Certains patients âgés sont hospitalisés (interne ou transfert) en service d'hospitalisation aiguë alors qu'ils nécessitent une prise en charge de type moyen séjour.

L'hospitalisation d'un patient en moyen séjour n'est possible administrativement qu'après un passage en service de court séjour.

Ces patients ne sont pas attractifs pour les services d'hospitalisation aiguë et présentent donc un risque élevé de temps de passage long aux Urgences et de DMS allongée en UHCD.

Actions proposées

Ces patients pourraient bénéficier d'une prise en charge en SSR directement depuis les Urgences.

Mise en œuvre

Cette action nécessite un accord de la CPAM locale (aménagement de l'« entente préalable » avant hospitalisation directe en soins de suite médicaux).

La mise en œuvre de cette action exige de :

- connaître les établissements de moyen séjour du territoire de santé, c'est-à-dire le type de patients pris en charge et les modalités de recours ;
- disposer régulièrement des disponibilités en lits de ces établissements d'aval ;
- proposer la réciprocité en organisant l'accès et la prise en charge des patients des établissements SSR présentant des décompensations aiguës de pathologies chroniques.

Résultats

L'existence de ce mode d'organisation ne s'est pas traduite par une performance meilleure en terme de délai moyen de prise en charge des patients âgés, néanmoins les résultats attendus sont : une diminution du nombre de patients concernés par des temps de passage longs, une diminution du temps de prise en charge moyen des plus de 75 ans, une diminution de la DMS de l'UHCD et une diminution des hospitalisations non pertinentes.

Enfin pour le patient âgé, facilement désorienté, un gain en terme de qualité de prise en charge est attendu du fait de la diminution du nombre de transferts dans des unités de soins « intermédiaires » (UHCD puis service d'hospitalisation, puis service d'aval).

 L'avis des professionnels : Saint-Malo

« Cet objectif me semble à coupler à la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie. Dès lors que le passage systématique d'un gériatre et d'une assistante sociale à l'UHCD est acquis, un passage direct en SSR devient possible.

Dans une modeste étude portant sur 50 patients de plus de 85 ans admis en UHCD en 1998, 15 ont pu être dirigés directement en SSR. Ce mode d'admission a pénalisé certains services de soins ayant des patients en attente de SSR mais a permis d'éviter des hospitalisations abusives et inadaptées en court séjour. »

Action mise en œuvre par un collègue

U Mettre en place d'une unité de gériatrie aiguë

Mise en œuvre	Centre hospitalier de Saint-Malo, Ille-et-Vilaine
Domaine d'application	Organisation filière d'aval gériatrique
Indicateurs de suivi	Évolution du nombre d'hospitalisations de patients de plus de 75 ans depuis les Urgences sans passer par l'UHCD
Indicateurs de résultat	Diminution des délais de prise en charge des patients âgés hospitalisés Diminution de la DMS de l'UHCD

Rappel de la problématique

Les premiers relevés de temps réalisés lors de l'étude ont montré une majoration importante des temps d'attente des patients de plus de 75 ans en particulier pour les futurs hospitalisés. Ces délais importants s'expliquent en partie par une absence d'offre spécialisée dans l'établissement.

Au total, en 2003, 1 355 patients de plus de 75 ans ont été hospitalisés à la suite d'un passage aux Urgences, le plus souvent dans des services inadaptés ce qui engendre des DMS longues.

Action envisagée et objectifs

Création d'une unité d'hospitalisation de courte durée de 15 lits gériatriques aigus exclusivement réservés aux patients âgés provenant du SAU et/ou de l'UHCD. La DMS cible est de 8 jours.

L'objectif est d'améliorer la fluidité de la prise en charge des patients âgés au sein de l'établissement et de favoriser le retour à domicile.

Mise en œuvre (descriptif)

En concertation avec la Fédération de chirurgie viscérale, l'unité de gériatrie aiguë a été localisée dans une demi-aile du service de chirurgie viscérale. Elle fonctionne en lien direct avec le SAU et l'UHCD

Elle ne se substitue pas aux services de spécialité où les patients doivent continuer à être admis en priorité.

Aucune programmation d'hospitalisation ne peut être envisagée, le service étant exclusivement dédié à l'accueil des Urgences, sauf dans 2 situations :

- les patients âgés en post-réanimation ;
- les patients de soins de longue durée présentant une décompensation aiguë de pathologie chronique.

Outre la démarche médicale nécessitée par l'état pathologique du patient, le projet de soins intègre dès l'admission, l'organisation de la sortie en fonction du profil médico-social.

Deux praticiens médicaux qualifiés en gériatrie assurent la couverture médicale dans le service. Les ressources en personnel paramédical sont les suivantes : IDE 7,8 ETP - AS 10 ETP - ASH 2,6 ETP – Ass. soc. 0,6ETP.

Résultats

Évolution des temps de passage :

	déc. 2003	déc. 2004	Évolution
Temps de passage moyen des patients de plus de 75 ans	343 mn	273 mn	- 20 %
Délais entre la fin de la prise en charge au SAU et l'hospitalisation	201 mn	77 mn	- 62 %

Les actions mises en œuvre pour améliorer le turn over de l'UHCD ont aussi contribué à ce résultat.

Appréciation des professionnels

« Chaque matin, les gériatres nous prennent 2 à 3 patients aux portes, ce qui libère rapidement des lits et permet d'hospitaliser plus rapidement. »

La participation des gériatres aux gardes des Urgences permet « de garantir une sensibilisation particulière à la nécessité de libérer des lits d'hospitalisation pour les patients des Urgences ».

Action mise en œuvre par un collègue

U Mettre en place une équipe d'intervention de gériatrie dans le cadre d'un partenariat interétablissements

Mise en œuvre	Hôpital Ambroise-Paré, AP-HP, Boulogne.
Domaine d'application	Organisation filière d'aval gériatrique
Indicateur de suivi	Taux de patients de plus de 75 ans bénéficiant des Urgences d'une évaluation gérontologique
Indicateur de résultat	Diminution du temps de passage des patients âgés

Rappel de la problématique

Les mesures des temps de passage ont confirmé que les patients de plus de 75 ans et en particulier ceux voués à être hospitalisés sont confrontés à des temps de passage longs. Ces délais s'expliquent en partie par la complexité de la filière aval de l'urgence pour ces patients et par le manque d'alternative à l'hospitalisation.

Action envisagée et objectif

La mise en place d'une équipe d'intervention en gériatrie (EIG) s'intègre dans la transformation d'un service post-porte en unité de gériatrie aiguë sous la responsabilité de gériatres. Elle est chargée de :

- l'évaluation gérontologique globale, idéalement à l'entrée et à la sortie du patient ;
- l'élaboration d'un plan d'aide éventuel ;
- l'orientation des personnes âgées ;
- réaliser les consultations gérontologiques dans les services d'hospitalisation ;
- la formation, le conseil et l'information aux services dans le respect de leur spécialisation et de leur responsabilité.

L'objectif est de fluidifier la prise en charge des patients âgés par leur intégration dans une filière de gériatrie : un gériatre doit participer activement chaque jour à la visite en UHCD et garantir la prise en charge quotidienne de 1 à 2 patients, hospitalisés dès la fin de matinée.

Mise en œuvre

Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire rattachée à un service universitaire d'un établissement spécialisé en gérontologie situé à proximité (Sainte-Périne). Un bilan de ce partenariat est prévu tous les trois mois.

L'équipe est composée de 2 postes de PH temps partiel et dispose de 6 vacations médicales.

Modalités d'intervention de l'équipe mobile :

- l'équipe intervient sur prescription, à la demande des médecins et chirurgiens des différents services ;
- l'EIG fournit une évaluation gériatrique globale des patients hospitalisés. À l'issue de cette évaluation, une conduite à tenir est proposée à l'équipe qui a la charge du patient. L'EIG ne se substitue jamais à l'équipe de soins responsable du patient, qui continue d'assurer totalement la prise en charge ;

- l'EIG peut représenter un lien entre l'hôpital, le domicile et les structures d'aide et de maintien au domicile. Elle transmet aux professionnels extra-hospitaliers les informations nécessaires à la prise en charge optimale des patients dont elles auront la charge.

Résultats

Évolution du temps de passage moyen des plus de 75 ans

	février 2004	février 2005	Évolution
Effectif	450	429	- 4,5 %
Temps de passage moyen des plus de 75 ans (mn)	924	630	- 32 %

2. Les patients « légers », « debout », ou les « consultations aux Urgences »

Bonne pratique observée dans les services

U Informer les usagers sur les alternatives aux consultations aux Urgences

Mise en œuvre	Centre hospitalier de Saint-Malo, Ille-et-Vilaine
Domaine d'application	Organisation de l'accueil, pertinence du recours aux Urgences
Indicateur de suivi	Diminution du nombre de patients CCMU1 pris en charge aux Urgences
Indicateur de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients

Rappel de la problématique

L'évolution du comportement des usagers est l'une des explications de l'engorgement des services des Urgences. Ouverts 24 h /24 sans rendez-vous et disposant d'une offre de prise en charge complète, les services des Urgences présentent de réels avantages pour les patients, y compris « légers ».

Par le biais d'une meilleure information, il est possible d'agir sur les comportements.

Organisation observée et objectif

Mettre à disposition des patients une information exhaustive sur les alternatives aux consultations aux Urgences et leur expliquer le mode de priorisation des patients aux Urgences.

L'objectif est de diminuer le nombre de patients CCMU 1 se présentant aux Urgences et d'agir sur l'engorgement des services.

Mise en œuvre

Recensement des cabinets médicaux, maisons médicales, consultations hospitalières, de la nature de leur offre, de leurs horaires d'ouvertures et des modalités de recours.

Élaboration d'une plaquette d'information et du message à délivrer aux patients lors de la remise du document.

Résultats

Le taux de patients CCMU 1 à Saint-Malo, moins d'un quart des patients, est le plus faible des quatre établissements de son groupe de mesure.

Il est en revanche plus difficile de juger de l'impact de cette mesure sur les temps de passage: a priori les patients CCMU 1 ont un temps de passage court et un impact positif sur le temps de passage moyen, leur diminution dans le case-mix du service entraînant une augmentation du temps moyen.

Il reste que le service des Urgences est moins sollicité par les patients « légers », permettant ainsi aux équipes de se mobiliser pour les patients plus graves.

Commentaires des professionnels

« Associé à une information sur les temps d'attente, cela concourt à la réduction des venues pour simple consultation. »

Bonne pratique observée dans les services

U Créer une consultation non programmée pour les patients CCMU 1

Mise en œuvre	Hôpital Ambroise-Paré, AP-HP, Boulogne.
Domaine d'application	Organisation, amélioration de la pertinence du recours aux Urgences
Indicateur de suivi	Évolution du taux de patients CCMU 1 admis aux Urgences Nombre de patients pris en charge par la consultation
Indicateur de résultat	Diminution du temps de passage moyen des patients

Rappel de la problématique

Les patients légers dont la prise en charge relève d'une simple consultation embolissent les ressources des services d'Urgences lors des périodes de forte activité, contribuant à l'engorgement et à l'allongement des temps de passage.

Organisation observée et objectif

Délester les Urgences des patients pouvant bénéficier d'une consultation de médecine générale.

À l'entrée du service des Urgences, une consultation de médecine générale est ouverte du lundi au vendredi de 9 h à 12 h. Elle est assurée par un médecin libéral payé à la vacation. Cette unité, sous la responsabilité du chef de service des Urgences, a pour mission d'accueillir les patients adressés par l'IOA :

- pour consultation de contrôle suite à un passage aux Urgences (ex. : entorses) ;
- qui arrivent aux Urgences pour des problèmes médicaux bénins (ex. : angine) ;
- pour des suivis d'accident de travail.

L'objectif est de prendre en charge ces patients plus rapidement et de libérer des ressources des Urgences pour améliorer la prise en charge des autres populations.

Mise en œuvre

L'orientation des patients est assurée par l'IAO qui, en cas de doute, dirige systématiquement le patient au SAU.

Ces patients ont une fiche de liaison qui précise le ou les motifs de venue aux Urgences. Le médecin assure alors une consultation avec un compte rendu à destination du médecin traitant.

En cas d'examens complémentaires urgents, ceux-ci sont effectués par le SAU et son personnel. Le médecin de la consultation peut, en cas de nécessité, prescrire des examens radiologiques.

Il n'y a pas de contact direct entre les médecins libéraux et les urgentistes. Les médecins libéraux ne sont pas intégrés dans l'équipe.

Résultats

Au regard des temps de passage mesurés précédemment, lors des plages d'ouverture de la consultation de médecine générale, on constate que seuls 4,8 % des patients pris en charge aux Urgences sont des CCMU 1 contre 11 % en population totale confirmant le phénomène de délestage ressenti par les professionnels. Durant les plages d'ouverture de cette consultation, le temps de passage moyen aux Urgences est inférieur à ceux constatés lorsque la consultation n'est pas ouverte.

Action mise en œuvre par un collègue

U Réduire les délais d'attente des patients à suturer en formant une aide-soignante à la préparation des sutures et en permettant la suture dans tous les box

Mise en œuvre	Centre hospitalier d'Argenteuil, Val-d'Oise
Domaine d'application	Prise en charge des patients traumatiques
Indicateur de suivi	Occurrences des attentes de suture pour cause de non-disponibilité de la salle de suture
Indicateur de résultat	Temps de passage des patients traumatique

Rappel de la problématique

Le secteur de prise en charge « debout » ne dispose que d'une salle dédiée à la réalisation des sutures, ce qui génère une file d'attente à certaines heures de la journée.

Objectif

Éliminer les files d'attente en lien avec l'attente d'une suture.

Action proposée

Il est envisagé de confier la préparation des patients à suturer à une aide-soignante affectée à la salle d'attente « couchés » et de permettre l'exploration et la suture de plaies simples dans les box de consultation du secteur debout.

Mise en œuvre

Un plateau et du matériel de suture ont été préparés et sont disponibles en salle de suture. Ils sont quotidiennement vérifiés par l'équipe du matin. Les sutures simples peuvent être réalisées dans un box lorsque la salle de suture est occupée. Il suffit d'aller chercher le matériel préparé.

Le cadre supérieur du service a formé 3 aides-soignantes au mois d'octobre 2004. Ce « pool » permet d'assurer une présence 12 h/24 h d'une aide formée pour la préparation des sutures.

Résultats

Évolution du temps de passage des patients traumatiques

	février 2004	février 2005	Évolution
Temps de passage moyen	160 mn	150 mn	- 6 %
Écart type	236 mn	188 mn	- 20 %

Le temps de passage des patients « debout » a sensiblement diminué. Il y a moins de temps de passage « extrêmes » (diminution de l'écart type).

 **Appréciation des professionnels**

« La formation et la mise en place n'ont pas posé de problèmes particuliers. Les aides-soignantes ont très volontiers accepté cette nouvelle fonction.

Le gain de temps est significatif pour les médecins lorsque le nombre de patients à suturer est important.

Le gain est notable pour ce type de patient, mais a peu d'influence sur l'ensemble compte tenu de leur faible nombre. »

Action mise en œuvre par un collègue

U Optimiser le processus de prise en charge des patients présentant des traumatismes isolés des extrémités des membres

Mise en œuvre	Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil, Pas-de-Calais Hôpital Saint-Joseph - Saint-Luc de Lyon
Domaine d'application	Prise en charge des patients traumatiques
Indicateur de suivi	Pourcentage de patients éligibles bénéficiant de cette modalité d'organisation
Indicateur de résultat	Temps de passage moyen des patients Temps de passage moyen des patients traumatiques

Avertissement

La DHOS rappelle que la réglementation actuelle ne permet pas aux infirmières de prescrire des examens d'imagerie, même dans un cadre protocolisé, même sous contrôle médical. Cette modalité organisationnelle pouvant cependant offrir de nombreux avantages, notamment en termes de réduction des temps de passage, de libération de temps médical et de motivation des professionnels, une étude d'approfondissement sur ce thème a été proposée aux différentes parties prenantes (service de la DHOS, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, sociétés savantes de Radiologie - SFR - et de Médecine d'Urgences - SFMU).

Rappel de la problématique

Bien que le temps effectif de prise en charge des patients traumatiques soit plus court que celui des autres populations, il demeure perfectible. La diminution du temps de passage des patients traumatiques permettrait de désengorger le service et de libérer du temps pour prendre en charge les patients plus « lourds ».

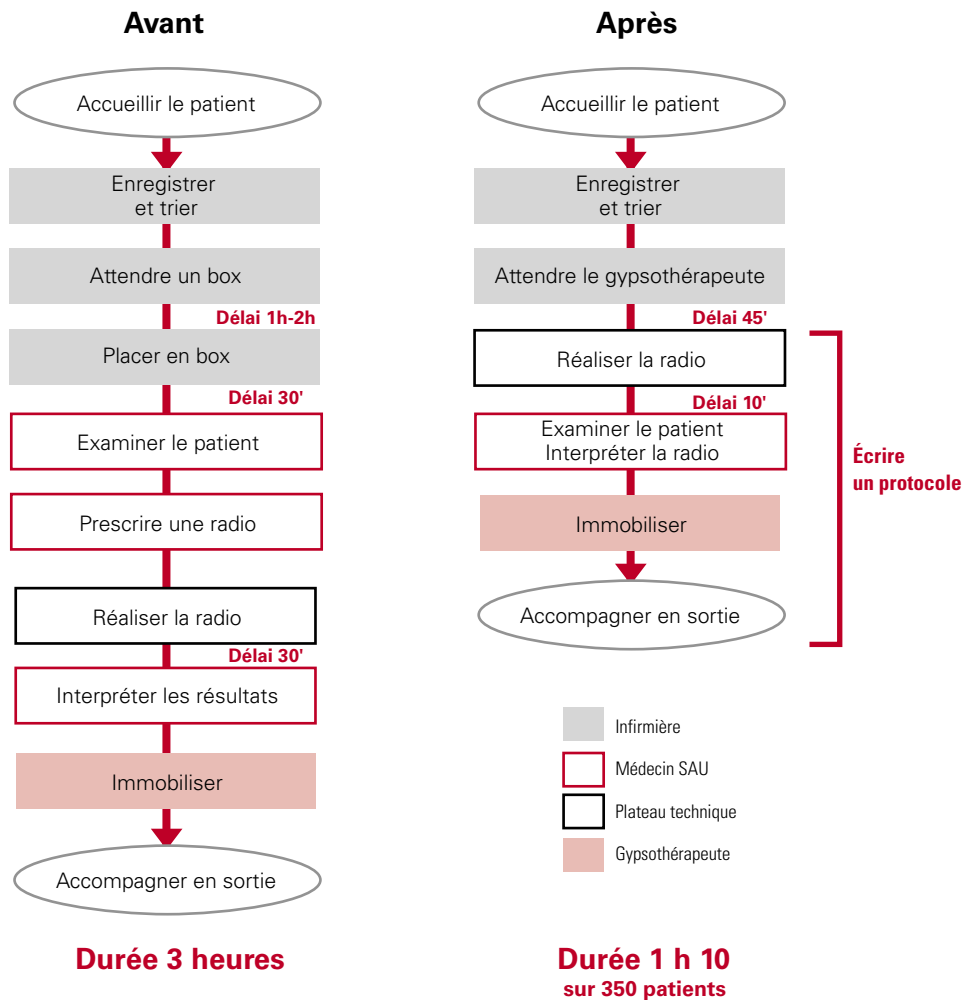
Action proposée et objectif

Optimiser le processus de prise en charge de ces patients en mettant en place des protocoles de programmation anticipée d'examen d'imagerie sous contrôle médical. L'objectif est de diminuer le temps de prise en charge de ces patients en modifiant l'ordonnancement des tâches.

Mise en œuvre

À Montreuil-sur-Mer, 17 protocoles de programmation anticipée d'actes simples d'imagerie ont été rédigés pour que les IOA puissent anticiper, sous contrôle médical, la programmation 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. La mise en œuvre de cette nouvelle procédure a été accompagnée d'une formation de l'ensemble des personnels.

A Lyon, une nouvelle modalité de travail comparable a été mise en œuvre en s'appuyant sur l'expérience professionnelle du gypsothérapeute (voir modélisation des processus « avant » et « après » ci-après) :



Résultats

À Montreuil-sur-Mer, 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 programmé par anticipation a révélé un gain moyen de 40 mn par patient.

À Lyon, des gains de 75 mn pour le patient et de 15 mn pour le médecin ont été mesurés. La mise en œuvre de ce processus pour 8 patients par jour génère un gain moyen sur le temps de passage de 10 mn sur l'ensemble des patients. Ce processus développe de nouveaux comportements chez les IOA qui vont maintenant spontanément voir un médecin avant de conduire un patient en box lorsqu'elles identifient la nécessité d'un Doppler ou d'un prélèvement.

Avis des consultants

U Cette expérience pourrait être diffusée à l'anticipation de prélèvements d'échantillons sanguins dans le cadre d'une protocolisation de la prise en charge de certains tableaux cliniques fréquents.

Les bonnes pratiques de management et de pilotage



Bonne pratique de management mise en œuvre par un collègue

U Mettre en place une mesure en routine des temps de passage

Mise en œuvre	Tous les sites de l'étude
Domaine d'application	Management, performance
Indicateurs de suivi	Impact sur le temps de passage moyen Adéquation volume de passages enregistrés administrativement et passages ayant fait l'objet d'un recueil de temps Qualité de l'information

Rappel de la problématique

Alors que l'engorgement des services est largement stigmatisé, aucun des sites participant au chantier n'avait mis en place un suivi en routine des temps de passage : les services ne disposaient par conséquent que d'une vision parcellaire de leur activité et de leur performance. Ils se privaient ainsi d'une information utile pour mobiliser leurs équipes et celles des services supports.

Il a également été constaté que les systèmes d'information des 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 et que la saisie à la source d'une information de bonne qualité était un objectif à part entière.

Action proposée

Afin de permettre une évaluation des actions mises en œuvre, mais aussi 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.

Mise en œuvre

Les modalités de mise en œuvre sont variables d'un site à l'autre, dépendant des systèmes d'information en place, des compétences locales et de la disponibilité des services informatiques :

– définition de l'information à mobiliser :

1. tous les sites ont décidé de recueillir l'information suivante :
 - temps de passage entre l'enregistrement du patient et son départ du service ;
 - caractéristiques patients : âge (< 15 ans, 15-75 ans, > 75 ans), devenir (actes ou non, hospitalisation ou retour à domicile) ;
2. certains sites ce sont en plus focalisés sur des temps élémentaires en lien avec leurs problématiques locales (mise en box, hospitalisation) ;

– choix des modalités de présentation et d'analyse de l'information produite (quoi, qui, quand, pour quoi faire ?) ;

– **recherche de l'information dans les systèmes d'information existants** : existe-t-il un champ spécifique prévu dans le SI ? Si oui, est-il renseigné et de façon fiable, si non, existe-t-il un champ libre que l'on peut utiliser ?

– définition et paramétrage des outils de production d'information ;

- **communication auprès des équipes** potentiellement impliquées dans le recueil (présentation des objectifs, sensibilisation à l'importance de la qualité des données, présentation des résultats des analyses);
- **évaluation de la qualité de l'information existante** (on pourra par exemple utiliser les règles simples de contrôle qualité des données de l'ORUMIP¹).

Résultats

Certains établissements ont privilégié un suivi de leurs temps de passage dans le temps (moyenne et distribution) :

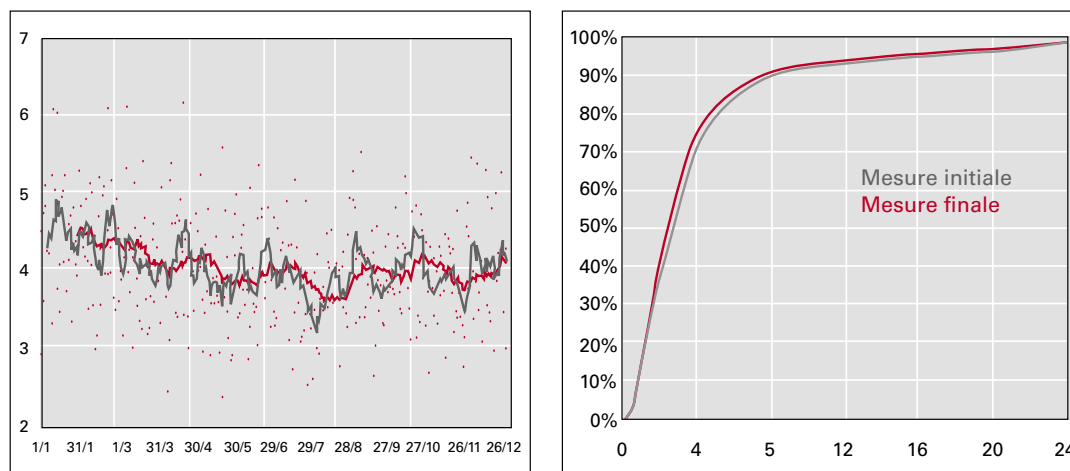
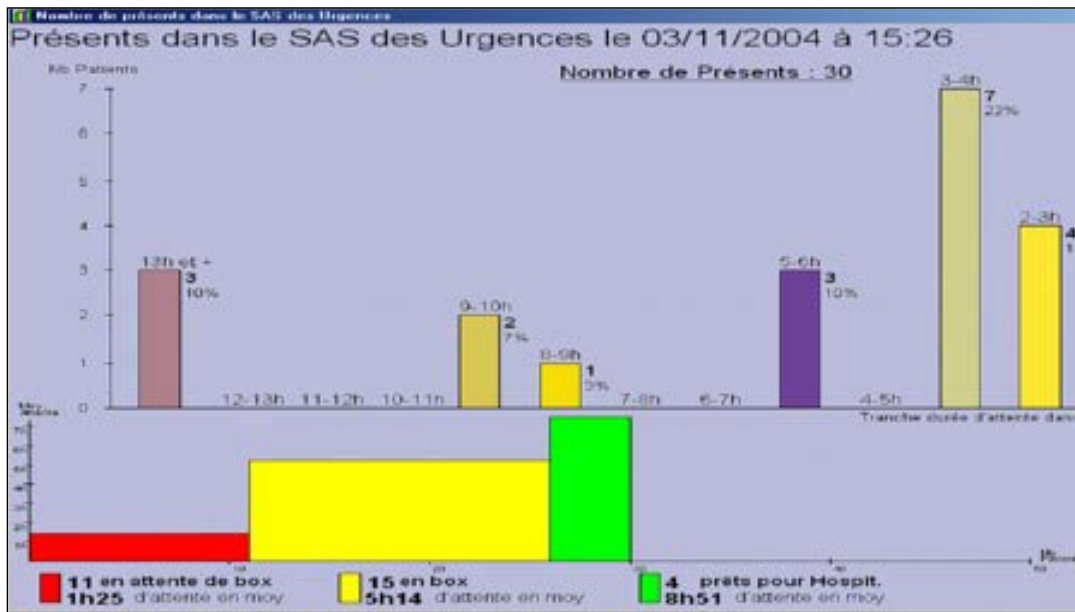


Tableau : évolution des temps de passage moyen (graphique de gauche) et de la distribution des temps de passage (graphique de droite).

Ce type d'outils de pilotage permet un suivi de l'évolution des temps de passage et est particulièrement pertinent dès lors que le service des Urgences s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de son organisation. On pourra en outre proposer de faire figurer sur le graphique de suivi des temps de passage, des courbes d'activité du service (nombre de passages et nombre d'hospitalisations).

Le service des Urgences de l'hôpital Saint-Joseph - Saint-Luc, dans une perspective de gestion de flux, a développé un écran de suivi en temps réel. Présenté ci-après, il permet de connaître le nombre de patients présents (30 sur cette capture d'écran), le nombre de patients par tranche de durée de présence (premier histogramme) et la localisation ainsi que les délais de prise en charge à plusieurs étapes du parcours (attente d'un box, passage en box et attente d'hospitalisation – histogramme du bas). Cet écran est affichable dans les services d'hospitalisation et à la direction, et trouve tout son intérêt pour le pilotage « au quotidien » de l'activité.

(1) Rapport annuel sur l'activité des services d'Urgences en Midi-Pyrénées, ORUMIP 2002 (en annexe de cette publication : règles de contrôle qualité des données), ORU-MIP, Toulouse, 2002.



Le service des Urgences du CHU Ambroise-Paré a choisi de suivre mensuellement, certains temps intermédiaires :

CHU – Ambroise Paré	Délais tous patients confondus				
	Effectif concerné 2005	Effectif concerné 2004	fév 2005	fév 2004	Évolution %
Effectif concerné			2335	2593	
Temps de passage total					
- médiane (mn)			126	144	- 13 %
- moyenne (mn)	2335	2593	288	372	- 23 %
- écart-type			7,8	16	
Durées élémentaires (mn)					
1 - Arrivée – IOA	2323	2556	4,2	4,6	
2 - Arrivée – fin PeC IDE	1685	1759	33	53	- 61 %
3 - Arrivée – fin consultation médecin	2177	1793	46	72	- 57 %
5 - Arrivée – prescription radio	921	1096	52	62	- 19 %
4 - Arrivée – décision médicale	2303	2572	108	138	- 28 %

Cette dernière modalité de suivi des temps de passage est particulièrement pertinente dans le cadre du suivi et de l'amélioration d'étapes de la prise en charge du patient identifiées comme pouvant être améliorées.

Bonne pratique de management mise en œuvre par un collègue

U Définir des objectifs et suivre le progrès

Mise en œuvre	Tous les sites de l'étude
Domaine d'application	Management, performance
Indicateur et suivi	Le projet du service est libellé avec des objectifs chiffrés Chaque action du plan d'actions est assortie d'un objectif chiffré

Rappel de la problématique

Pour la conduite d'une action d'amélioration de l'organisation, la fixation d'un objectif chiffré a de multiples avantages. Il permet notamment :

- que chacun sache « où l'on va » ;
- de prioriser les axes d'amélioration (ceux qui auront le plus d'impact sur l'objectif) ;
- de faciliter l'évaluation de l'intervention ;
- de communiquer auprès des acteurs et des bénéficiaires des améliorations.

Dans le cadre de ce premier chantier, de nombreuses divergences sont apparues :

- devons-nous réduire l'attente réelle ou l'attente ressentie (« mettre une télévision dans la salle d'attente ») ?
- certains temps d'attente « pèsent-ils » plus lourds que d'autres? (ex. : le temps d'attente avant de voir le médecin, les délais de prise en charge des enfants, après la 4e heure d'attente... sans interférer avec la perte de chance médicale) ;
- réduisons-nous l'attente pour améliorer le confort du patient ou pour augmenter la productivité du service ?
- devons-nous réduire les temps d'attente ou le temps de passage total? Le temps moyen ou le nombre de patients présentant un temps de passage très long ?
- combien « vaut » 1 minute d'attente gagnée ?

Ainsi, sous une apparente simplicité, le sujet des temps de passage aux Urgences est complexe et les points de vue divergent fortement: au-delà de « aux Urgences, c'est trop long », il n'y a pas de consensus sur « Quoi est trop long pour Qui? » et ' «Que devons-nous viser au juste? »

Action proposée

Définir avec précision la direction dans laquelle le SAU doit progresser.

Mise en œuvre

Le chef du SAU écrit et communique quelques objectifs clés d'amélioration, ainsi que les niveaux visés à 1 an.

Pour ce faire, il réunit un groupe de travail (médecins, encadrement, direction, +/- usagers) pour :

- établir collégalement un état des lieux du SAU et des diverses études réalisées ;
- demander à chacun d'exprimer par écrit les 3 objectifs d'amélioration principaux ;
- regrouper tous les objectifs exprimés en quelques rubriques ;
- discuter du bien-fondé des objectifs des rubriques importantes (ne pas voter: rechercher le consensus).

De cette façon, les divergences de vision auront été établies et le chef de service peut fixer les objectifs de progrès et afficher clairement la direction du changement.

Résultat

Les établissements se sont fixé des objectifs tels que : réduire le temps de passage des plus de 75 ans, réduire le délai moyen avant le premier contact avec un médecin, augmenter le turn-over de l'UHCD, diminuer la proportion de patients concernés par des temps de passage très longs...

À l'aide des données du diagnostic organisationnel, ces objectifs généraux ont pu être priorisés (selon l'impact attendu, la faisabilité, le coût, l'échéance...) et déclinés en plans d'actions opérationnels.

Pour aller plus loin

Recommandation des consultants

U Il est recommandé de se fixer des objectifs chiffrés : cet exercice est certes difficile, mais il est très impliquant pour les équipes. Il permet d'inscrire le service dans une démarche d'amélioration continue avec des objectifs simples et lisibles par tous. Les premières améliorations, même si elles sont modestes, sont mobilisatrices pour continuer.

Bonne pratique de management mise en œuvre par un collègue

U Animer un groupe permanent de réduction des temps de passage

Mise en œuvre	Tous les sites de l'étude
Domaine d'application	Management, performance
Indicateurs de suivi	% d'annulation des réunions, taux de présence des membres du groupe, % de réunions donnant lieu à un relevé de décisions Évolution des temps de passage moyens

Rappel de la problématique

La réflexion sur la réduction des temps de passage des patients aux Urgences n'était réellement structurée que dans un des services engagés dans l'étude.

Action proposée

La constitution d'un groupe permanent de réduction des temps de passage est un pré-requis pour :

- servir de support à la fixation d'objectifs de réduction des temps de passage ;
- participer au diagnostic de l'organisation ;
- analyser l'information produite en routine ;
- suivre le changement et communiquer vers les équipes et les collègues.

L'objectif est de systématiser une rencontre mensuelle ayant pour objectif de piloter dans la durée la réduction des temps d'attente.

Mise en œuvre

Choisir les participants en premier lieu selon leur détermination à améliorer le fonctionnement du SAU :

- le responsable est le chef du SAU.
- les autres acteurs sont : 1 médecin SAU, 1 IDE SAU, 1 AS SAU, le CS SAU, un représentant des autres services de l'hôpital : Labo, Radio, Hospitalisation, Direction.

Définir les modalités d'organisation des réunions : date régulière, heure, lieu, durée (2 heures), agenda, compte rendu, préparation.

Chaque mois, les membres du groupe analysent les données quantitatives issues de la mesure en routine, proposent des explorations complémentaires (nouvelles mesures, cartographie de processus).

Résultats

Sur les 8 établissements engagés dans la démarche, 4 ont réussi à diminuer leur temps de passage moyen et 6 à diminuer le pourcentage de patients présentant des temps de passage longs.

L'avis des consultants

« Une démarche systématique pourrait permettre de réduire les temps d'attente moyens (tous patients confondus) de 1 % à 2 %, chaque mois : Un SAU qui a un temps de passage moyen de 3 h (estimé ici à 1 h de temps actif et 2 h de temps d'attente) pourrait atteindre, toutes choses égales par ailleurs, 2 h 40 après 1 an, puis 2 h 25 après 2 ans, puis 2 h 10 après 3 ans, puis 2 h après 4 ans. »

Recommandation des consultants

U Analyser les plaintes et les recommandations des patients

Mise en œuvre	Recommandée par les consultants
Domaine d'application	Management, satisfaction de l'utilisateur
Indicateurs de suivi	Évolution du nombre de plaintes Évolution du temps de passage moyen des patients

Rappel de la problématique

Dans le cadre de toute activité de soins, les patients peuvent être amenés à formuler une plainte ou une réclamation. Les services des Urgences comme l'ensemble des services d'hospitalisation soulignent une augmentation du nombre de plaintes pouvant être mise en regard des modifications de comportement des usagers.

Un certain nombre de réclamations ont pour objet des insatisfactions liées aux délais de prise en charge ou délais d'attente.

Action proposée et objectif

Traiter et analyser, de façon systématique et standardisée, l'ensemble des plaintes des usagers afin de faciliter la mise en place d'actions correctives ciblées en priorité sur les attentes des usagers (et destinées à éviter la réapparition de réclamations similaires).

Mise en œuvre

- Définir et mettre en place une procédure de traitement des réclamations des patients (identification, enregistrement, analyse et réponse) :
 1. validation du principe au sein du service des Urgences ;
 2. élaboration d'une procédure avec le responsable qualité de l'établissement (ou similaire) décrivant :
 - le principe de détection des réclamations ou plaintes (écrites ou verbales) ;
 - les modalités d'enregistrement par la cellule qualité ;
 - les modalités d'instruction (entrevue, réponse écrite, conciliation...);
 - les modalités de réponse écrite ;
- Analyser l'ensemble des réclamations liées aux délais de passages ou d'attente ;
- Prioriser des actions d'amélioration éventuelles.

Cette action présente des synergies avec les deux précédentes (« se fixer des objectifs » et « animer un groupe permanent de réduction des temps de passage »).

Résultats attendus

Repérage de marges de progression permettant d'améliorer conjointement l'organisation du service, sa performance et la satisfaction des usagers.

 L'avis des professionnels

« Le nombre des plaintes pour les services des Urgences est extrêmement minime et est, en général, inférieur à 3 pour 1 000. Ces plaintes sont parfois justifiées mais parfois assez folkloriques. Leur exploitation est d'un intérêt très variable. Elle permet tout au plus de relever certains "dysfonctionnements sentinelles". La rentabilité de ce type d'actions est extrêmement médiocre. »

« Il est important de communiquer également sur les lettres de félicitations. »

Recommandation des consultants

U Développer la polyvalence et la solidarité spontanée des équipes

Mise en œuvre	Recommandée par les consultants
Domaine d'application	Management, satisfaction de l'utilisateur
Indicateur et suivi	Nombre de patients pris en charge par un praticien d'un autre secteur Évolution du temps de passage moyen des patients

Rappel de la problématique

La plupart des services ayant un volume de patients suffisant ont sectorisé les prises en charges. Cette sectorisation physique des circuits patients s'accompagne parfois d'un cloisonnement des équipes.

Or, bien que les courbes horaires d'arrivée des patients soient relativement stables, l'activité d'un SAU n'est pas exempte de « pics et de creux ». Ces variations d'activité au cours de la journée peuvent engendrer des « attentes patients » dues à l'indisponibilité d'un soignant ou d'un médecin alors que d'autres, souvent de « secteurs » différents, pourraient être sollicités : la sectorisation des équipes devient alors un frein à l'adaptation collective aux variations de flux de patients.

La culture hospitalière favorise la sectorisation des activités et des ressources correspondantes au détriment parfois de la mutualisation des ressources : la répartition de la charge de travail quotidienne selon les variations d'activité, entre les membres des équipes, n'est pas toujours réalisée de façon rationnelle (c'est le cas parfois lors de sectorisation médecine – chirurgie, par exemple).

Action proposée

Disposer en cas de pic d'activité dans un des secteurs de l'ensemble des ressources disponibles dans le SAU pour y faire face. Faciliter l'absorption des engorgements liés aux pics d'activité.

Mise en œuvre

Développer les conditions pratiques de la polyvalence :

- harmonisation des structures de travail d'un secteur à l'autre (modalités de rangement, matériel et équipement, etc.) ;
- procéder aux aménagements physiques permettant d'augmenter la visibilité entre les secteurs et mettre en place un système de régulation permettant d'alerter sur la surcharge d'un secteur ;
- veiller à ce que chaque membre de l'équipe exerce dans tous les secteurs alternativement ;
- mettre en place une évaluation de la polyvalence des personnels et des formations internes ;
- développer davantage la solidarité en organisant un travail d'équipe formateur sur les différents facteurs de cohésion de l'équipe : notion de groupe, modèle de fonctionnement, processus de maintenance du groupe, système de valeurs, modes de communication, leadership, processus fonctionnels, de résolution de problème et de changement (team building) ;
- accompagner les équipes dans cette évolution des comportements (coaching).

Résultats attendus

Au-delà des gains en terme de temps d'attente, fort impact sur la cohésion des équipes.

Pour aller plus loin

Une meilleure connaissance des périodes de l'année, de la semaine ou de la journée pendant lesquelles les professionnels ont besoin d'avoir recours à la solidarité entre équipes pourra permettre de proposer de nouveaux horaires pour les équipes et de faire évoluer les modalités de sectorisation.

Recommandation des consultants

U Adapter les plannings aux courbes de présence des patients

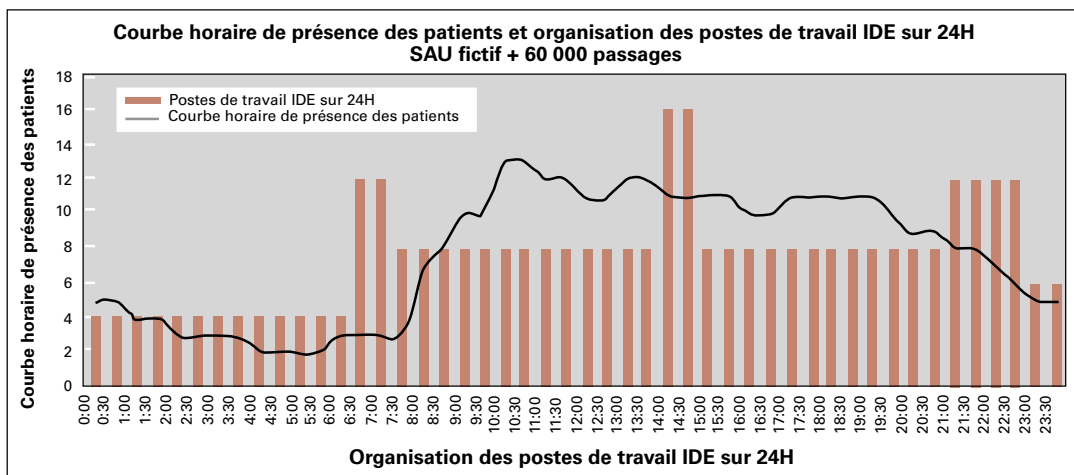
Mise en œuvre	Recommandée par les consultants
Domaine d'application	Management, organisation du temps de travail
Indicateur de suivi	Diminution du temps de passage moyen des patients

Rappel de la problématique

La courbe horaire de présence des patients dans les services d'Urgences est stable dans le temps et dans l'espace (cf. courbe du graphique suivant). L'organisation des postes de travail (présence des personnels) s'avère être parfois en décalage avec la courbe de présence des patients, ce qui est potentiellement cause d'un allongement des temps de passage.

Action envisagée et objectifs

Le graphique ci-dessous permet l'analyse de l'adéquation entre « temps offert » et « temps demandé ».



Les périodes de chevauchement des équipes permettent la réalisation des transmissions et l'accomplissement de tâches autres que le soin direct (approvisionnement de la pharmacie, vérification des chariots des Urgences...).

Une analyse fine de la charge de travail peut permettre de proposer des réaménagements de planning afin d'optimiser l'adéquation « temps demandé » / « temps offert » : décaler les horaires d'arrivée et de départ des professionnels afin que l'ensemble des transmissions n'aient pas lieu au même moment, redéployer des postes de nuit sur la journée, du matin sur l'après-midi...

Mise en œuvre

- Recueillir la courbe horaire de présence des patients sur la journée et les temps de passage ;
- Lister les tâches hors soins directs (transmissions, réapprovisionnement...);
- Scénariser des aménagements du temps de travail compatibles avec les textes réglementaires et les dispositions figurant dans les accords collectifs locaux et les proposer aux équipes ;
- Expérimenter et évaluer.

Résultats

La mesure en routine des temps de passage en fonction de l'heure d'arrivée des patients permettra d'évaluer par tranche horaire, l'impact des réorganisations sur le temps de passage des patients.

Pour aller plus loin

La même analyse de l'adéquation « temps demandé » / « temps offert » peut être reconduite sur la semaine (variations hebdomadaires d'activité) et sur l'année (variations saisonnières).



Annexes





Annexe 1.

Quelques données utiles pour se comparer (*Benchmark*)

La MeaH met à la disposition des services des Urgences, souhaitant s'engager dans une démarche de réduction des temps de passage, les données recueillies sur les temps de passage et sur les ressources allouées à l'activité des services des Urgences.

Avertissement :

Les données qui vous sont présentées sont commentées dans trois rapports¹ déjà cités, disponibles sur le site internet de la MeaH (www.meah.sante.gouv.fr) et résumés en annexe (cf. 5.4.)

Un certain nombre de précautions doivent être énoncées quant à la constitution de ces bases :

- 1 – Elles ont été constituées par un observateur externe au service et par la mise en place d'une mesure spécifiquement conçue pour le besoin de l'étude ;
- 2 – Elles ont été constituées selon deux modalités différentes :
 - un recueil des temps « à plat » (H5-H8) : le chronométrage d'une étape est déclenché dès qu'il est décidé de réaliser cette étape,
 - un recueil des temps « critiques » (H1-H4) : le chronométrage d'une étape n'est commencé que lorsque l'étape en question devient celle qui conditionne l'avancement du patient dans sa prise en charge ;
- 3 – L'inclusion des patients peut introduire un biais dans la mesure où il a été recherché une taille minimum pour chacune des sous-populations (certaines sont donc surreprésentées) :
 - la constitution des échantillons est donc communiquée parallèlement aux temps de passage,
 - ce mode d'inclusion n'a pas d'incidence sur l'analyse des temps de passage par sous-population ;
- 4 – Les données prises en compte pour l'évaluation des résultats de l'intervention ne sont pas les données ayant servi au diagnostic.

Ces données gardent cependant un intérêt, tant pour les établissements ayant fait l'objet de la mesure que pour les établissements souhaitant s'engager dans une démarche de désengorgement de leur service ou de réduction des temps de passage de leurs patients.

Si vous souhaitez alimenter la base de données sur les temps de passage aux Urgences, vous pouvez nous faire parvenir vos bases de données au format tableur : meah@sante.gouv.fr .

(1) « Rapport portant sur l'analyse des temps de passage des patients dans huit services des Urgences »,
 « Rapport portant sur l'analyse des organisations de huit services des Urgences »,
 « Réduire les temps d'attente et de passage aux Urgences : rapport de fin de chantier ».

Population suivie, temps de passage moyen total et distribution des temps de passage

Présentation de la population suivie sur les huit sites :

Classe d'âge	dans l'échantillon MeaH	dans la population ORUMIP	de l'échantillon DREES	Vous
> 75 ans	15 %	24.4 % (> 60 ans)	14 % (> 70 ans)	
< 15 ans	15 %	23.4 %	25 %	
15-75 ans	70 %	52.2 % (15-60ans)	61 % (15-70ans)	
Hospitalisé	30 %	23.6 %	19 %	
Non hospitalisé avec actes	55 %	76.4 %	47 %	
Non hospitalisé sans acte	15 %		34 %	
CCMU 1	12 %	16 %	14 %	
CCMU 2	69 %	68 %	72,6 %	
CCMU 3	15 %	13 %	11 %	
CCMU 4-5	3 %	3 %	2,4 %	

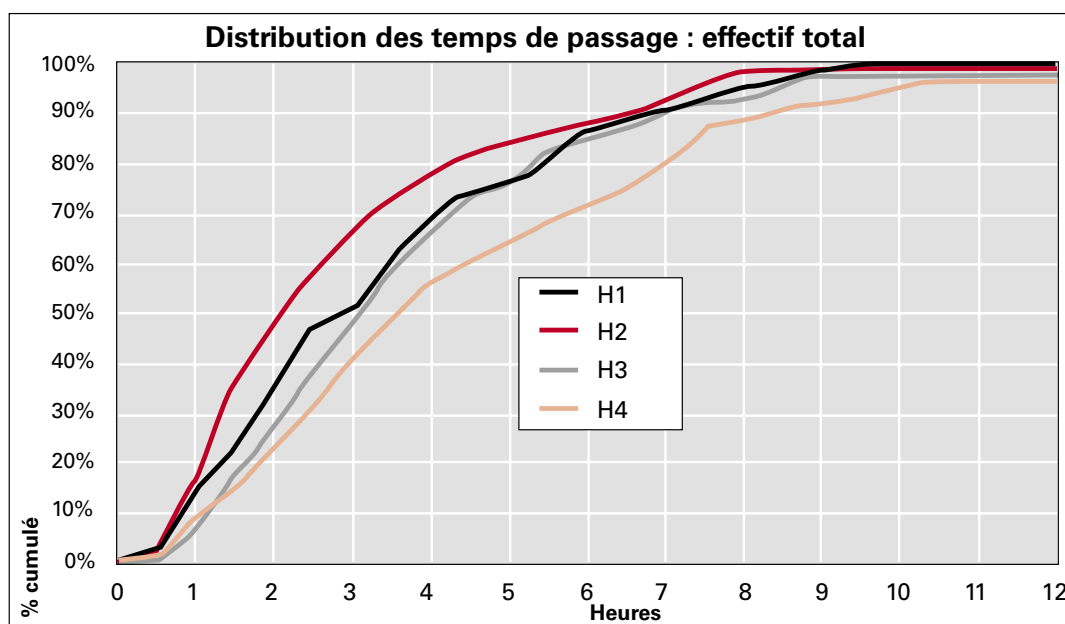
Temps de passage moyens relevés dans les huit sites :

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

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

(2) Carrasco V, Baubeau D., « Les usagers des Urgences: premiers résultats d'une enquête nationale. Études et résultats », DREES, n° 212, janvier 2003.

Distribution des temps de passage pour 4 sites :



Données par étape de la prise en charge

Temps de passage moyens par étape et par site

Sites		H1	H2	H3	H4	Vous	H5	H6	H7	H8	Vous
Méthode*		Temps critiques				Temps à plat					
Temps passage total moyen (mn)		201	168	223	275		192	279	116	176	
Durée des étapes (en mn)	Enregistrement et 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 complémentaires	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	69	89		147	SO	6	132	
	hospitalisation interne	33	63	91	59		140	242	28	122	
	transfert	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		

* Méthodes décrites en introduction de la partie 5.

Proportions des populations concernées par chacune des étapes, par site :

Sites		H1	H2	H3	H4	Vous	H5	H6	H7	H8	Vous
		% de la population pour laquelle l'étape est critique					% de la population concernée par l'étape				
Étapes	Enregistrement et triage	93%	86%	78%	96%		100%	100%	100%	100%	
	Mise en box	97%	95%	96%	100%		96%	98%	95%	99%	
	Consultation médecin	96%	96%	96%	96%		97%	14	11	98%	
	Examens complémentaires	76%	71%	72%	78%		-	-	-	-	
	imagerie	65%	65%	58%	68%		54%	46%	45%	46%	
	labo	44%	32%	31%	55%		46%	31%	13%	48%	
	Interprétation médecin	68%	64%	69%	72%		54%	44%	45%	46%	
	Avis spécialiste	17%	24%	10%	14%		18%	10%	9%	20%	
	Traitement	36%	32%	35%	31%		52%	53%	64%	54%	
	Attente d'un lit	51%	35%	29%	49%		28%	11%	5%	22%	
	Lit-porte	16%	3%	16%	12%		3%	-	1%	5%	
	Hospitalisation interne	34%	29%	8%	33%		22%	10%	28	122	
	Hospitalisation externe	1%	2%	5%	4%		2%	1%	86	82	
	Formalités de sortie	45%	62%	74%	63%		55%	75%	7	8	
	Transport ambulance	3%	7%	11%	29%		6%	3%	2%	4%	

Temps de passage moyen par étape, proportions de patients concernés par chacune des étapes et contribution de chacune des étapes au temps de présence total aux Urgences

Méthode de recueil		Temps critiques						Temps à plat					
Effectif suivi (patients)		1020						1052					
Temps de passage total moyen		217 mn						179 mn					
		Temps de réalisation moyen (mn)		% de patients concernés		participation de l'étape à la constitution du temps total (%)		Temps de réalisation moyen (mn)		% de patients concernés		participation de l'étape à la constitution du temps total (%)	
		H1-4	Vous	H1-4	Vous	H1-4	Vous	H5-8	Vous	H5-8	Vous	H5-8	Vous
Temps de passage élémentaires	Enregistrement et triage	12		88%		5%		8		100%		4%	
	Mise en box	32		97%		14%		34		97%		18%	
	Consultation médecin	36		96%		16%		12		97%		6%	
	Examens complément.	84		74%		29%		-		-		32%	
	imagerie	41		64%		12%		85		48%		-	
	labo	50		40%		9%		135		34%		-	
	Interprétation médecin	34		68%		11%		30		47%		8%	
	Avis spécialiste	46		16%		3%		63		14%		5%	
	Traitement	29		33%		4%		14		56%		4%	
	Attente d'un lit	55		41%		10%		142		16%		14%	
	lit-porte	66		12%		4%		126		2%		3%	
	hospitalisation interne	52		26%		6%		148		12%		10%	
	transfert	33		3%		0%		134		2%		1%	
	Formalités de sortie	15		61%		4%		9		72%		4%	
Transport ambulance	62		13%		4%		57		4%		1%		

Les temps de passage moyens selon les différentes sous-populations

Les temps de passage par parcours de soins et par site

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	Vous
Hospitalisés	4 h16	3 h57	5 h48	6 h11	5 h09	10 h32	2 h18	4 h38	
Non-hospitalisés, avec actes	2 h42	2 h25	3 h19	3 h55	1 h54	4 h04	2 h03	2 h32	
Non-hospitalisés, sans actes	1 h01	1 h07	2 h07	1 h19	1 h28	2 h11	1 h23	1 h42	

Les temps de passage par tranche d'âge et par site (en mn)

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	Vous
> 75 ans	318	311	270	399	343	678	145	246	
< 15 ans	103	89	125	-	112	137	107	-	
15-75 ans	205	164	218	232	172	295	119	159	

Les temps de passage par présentation clinique (en mn)

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	Vous
CCMU 1	88	137	163	125	82	124	74	96	
CCMU 2	201	150	219	272	147	273	116	172	
CCMU 3	282	182	325	298	320	664	122	326	
CCMU 4-5	234	400	239	340	255	41	191	93	

Les ressources humaines pour 10 000 passages

	H1	H2	H3	H4	Vous	H5	H6	H7	H8	Vous
Méthodologie de mesure du temps	Temps critiques					Temps à plat				
Temps de passage moyen aux Urgences (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	
ETP paramédical / 10 000 NPA	14,01	17,92	14,29	9,79		21,28	8,69	3,17	18,73	
ETP adm/ 10 000 NPA	3,68	-	-	4,31		2,16	1,77	0,93	2,01	

Décompte de l'effectif moyen rémunéré présent :

- 1 – exprimé en ETP portant sur la totalité de l'année une année (2004) ;
- 2 – moyen rémunéré présent, c'est-à-dire en :
 - ôtant éventuellement les agents en CLM, CLD, maladie professionnelle et en accident de travail depuis plus de 6 mois, les formations longue durée ;
 - estimant les mutualisations de personnels : soustraction des temps de travail des personnels lors des plages dévolues à la médecine de ville soustrait, ajout du temps médical provenant d'autres services (cardio-vasculaires) ;
- 3 – ventilé par secteur selon une classification commune :

Effectif total rémunéré	
Effectif médical	
	Universitaires (PUPH, chef de clinique, MCU) = 0,5 ETP
	PH temps plein = 1 ETP
	PH temps partiel = 0,6 ETP
	PH temps plein/temps partiel = 0,8 ETP
	PAC, assistants, attachés
	Internes, FFI
Effectif paramédical	
	IDE
	Cadre infirmier supérieur (CIS)
	Cadre infirmier (CI)
	AS
	ASH
Autres	
	Brancardiers
	Administratifs
	Assistante sociale

Annexe 2

Fiche de poste « infirmière coordinatrice de flux »



SERVICE : Service d'Accueil des Urgences

Poste : Coordinateur de flux

IDENTIFICATION DU POSTE

Poste : Coordinateur de flux

Grade correspondant : IDE expérimentée

POSITION DANS LA STRUCTURE :

Liaisons hiérarchiques : Reporte au Chef du SAU

Liaisons fonctionnelles :

Internes : Chefs des services Imagerie, Laboratoire, Hospitalisation

Externes : Établissements rattachés

Présentation de l'équipe : Fait partie de l'équipe du SAU

HORAIRES

Les horaires seront basés sur les périodes de plus forte charge (présence patients) au SAU.

La période 12 h-20 h est essentielle, et pourrait être étendue les jours très chargés à la période 10 h-22 h. Cette fonction est nécessaire 7j /7, hors période creuse (< 30 patients/jour)

MISSIONS ou DESCRIPTION DES TÂCHES

Mission principale : Anticiper les événements à venir pour chaque patient et déclencher chaque étape au meilleur moment pour réduire l'attente globale au sein du SAU

Mesure de la performance : Diminuer le temps de passage moyen au sein du SAU

Modes d'action : Avoir une vision globale des patients et des ressources et avoir une influence réelle sur les acteurs

En temps réel : Prévoir le circuit et les délais, en déduire les priorités logistiques, orienter les alternatives, veiller à certains systèmes

En temps différé : Rendre compte, tenir des tableaux de bord, imaginer et mettre en place des protocoles d'anticipation, proposer des améliorations

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

Le coordinateur de flux agit au sein du SAU et aux interfaces du SAU :

- Amont : Communication populations, médecins de ville, 15... : Il propose de nouvelles règles de fonctionnement destinées à fluidifier les circuits patients au SAU.
- Opérationnel : Arrivée, triage, mise en box,... hospitalisation ou sortie : Il anticipe le circuit de chaque patient ainsi que les ressources disponibles et propose des alternatives immédiates.
- Services support : Imagerie, Laboratoire, Spécialistes : Il anticipe la situation de ces services ainsi que leur temps de réponse et déclenche les relances nécessaires.
- Aval : Il anticipe la situation des services d'hospitalisation ainsi que le besoin d'hospitalisation du SAU, et suit le processus d'hospitalisation (horaire et conditions).

Le coordinateur de flux est dégagé de tout acte médical ou soignant, et de toute charge administrative. Il peut être chargé de répondre aux questions des accompagnants et des familles.

Il dispose d'un système lui permettant de connaître à chaque instant la situation de chaque patient du SAU, ce que ce patient attend et depuis combien de temps. Il a accès aux statistiques de l'hôpital et du SAU.

Le coordinateur de flux enregistre quotidiennement les situations conduisant à un ralentissement évitable, et édite un compte rendu mensuel des temps d'attente des patients :

- mesure des temps de passage, par type de patient et par étape
- analyse et évaluation des causes de ralentissement
- propositions d'amélioration du fonctionnement du SAU ou des interfaces, notamment de protocoles particuliers destinés à réduire l'attente des patients

COMPÉTENCES REQUISES

Formation et/ou qualification requise :

- Formation aux soins et aux règlements applicables au sein d'un hôpital et au SAU
- Formation aux principes de planification : Chemin critique, Analyse de processus

Niveau : niveau IDE ou plus

Connaissances particulières :

- Connaissance du fonctionnement des services entourant le SAU : Régulation (15) SAMU SMUR, Imagerie et Laboratoire, Spécialistes, Services d'hospitalisation
- Connaissance des circuits des patients au sein du SAU : étapes, délais, probabilités

Maîtrise de :

- Outil d'aide à la gestion des flux patients : tablet PC + logiciel temps réel
- Système d'information de l'hôpital : Prescriptions, résultats examens...
- Statistiques du système de l'hôpital : Extraction des heures d'entrée/sortie + Excel

Expérience professionnelle : Plusieurs années d'expérience dans un environnement complexe, avec des tâches multiples et peu prévisibles.

Qualités professionnelles : Volonté de comprendre et de maîtriser, réactivité, capacité analytique, ouverture d'esprit, imagination et initiative, bon relationnel et gestion des conflits

ÉVOLUTIONS POSSIBLES DU POSTE

Ce poste peut évoluer vers une fonction de surveillant de service ou de cadre de santé, notamment vers des services où la coordination et la planification sont essentielles.

Annexe 3

Bon d'examen de biologie des Urgences de Saint-Malo

Centre hospitalier de Saint -Malo
Examens biologiques SAU

N° d'entrée Nom Prénom Date de naissance Date d'entrée	N° de Saisie	Date de demande Heure de prélèvement Nom du préleveur
--	--------------	--

À remplir par le médecin prescripteur

Renseignements cliniques	Signature
---------------------------------	------------------

Biochimie

Iono <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> urée<input type="checkbox"/> NA<input type="checkbox"/> K<input type="checkbox"/> Glycémie<input type="checkbox"/> Créatinine<input type="checkbox"/> Chlore<input type="checkbox"/> Co2 tot<input type="checkbox"/> Protéides<input type="checkbox"/> Ca⁺⁺	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> GDS<input type="checkbox"/> Lipase<input type="checkbox"/> CRP<input type="checkbox"/> BHCG (recherche)<input type="checkbox"/> BHCG (dosage)
Bilan H <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> SGOT<input type="checkbox"/> SGPT<input type="checkbox"/> Phosphatases alcalines<input type="checkbox"/> Gamma GT<input type="checkbox"/> Bili totale<input type="checkbox"/> Bili directe et indirecte	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> CPK -MB<input type="checkbox"/> Troponine <input type="checkbox"/> <u>L.C.R.</u>

Hématologie

- Numérations sanguine
- Groupe S.1 = déter.
- Groupe S.2 = déter.
- Agglutinines irrégulières

- TP.
- TCA

Bactériologie

- Hémocultures
- ECBU
- LCR
- Recherche paludisme

Toxicologie

- Barbituriques
- Benzodiazépines
- Tricycliques

- Alcoolémie

- Stupéfiants urinaires

- Dosage paracétamol

Toute demande doit comporter les renseignements cliniques utiles et être signée par un médecin.

Les bons non renseignés ne seront pas pris en compte

En cas de besoin d'examens biologiques plus spécialisés appeler le laboratoire

Accident et exposition aux liquides biologiques

- H.I.V.

Prélèvement à visée conservatoire (pour bilan complémentaire différé)

- ECBU
- PL
- Autres

document de travail
document de travail

Annexe 4

Résumé des travaux menés de juillet 2003 à avril 2005

Le diagnostic organisationnel (*phases 1 et 2*)

Mesure et analyse des délais d'attente et de passage (*phase 1*)¹

Au cours de deux semaines de recueil incluant nuits et week-ends², 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'examen 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 : < 15 ans, 15 à 75 ans, > 75 ans.

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.

(1) 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

(2) 2 semaines en septembre 2003 et janvier 2004.

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'ORUMIP et de la DREES, 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 % (> 60 ans)	14 % (> 70 ans)
< 15 ans	15 %	23.4 %	25 %
15-75 ans	70 %	52.2 % (15-60 ans)	61 % (15-70 ans)

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	% dans l'échantillon MeaH	% dans 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	% dans l'échantillon MeaH	% dans 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.

(1) ORUMIP. Rapport annuel sur l'activité des services d'Urgence en Midi-Pyrénées, 2002. ORUMIP, juin 2003.

(2) Carrasco V., Baubeau D., « Les usagers des Urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Études et résultats », DREES, n° 212, janvier 2003.

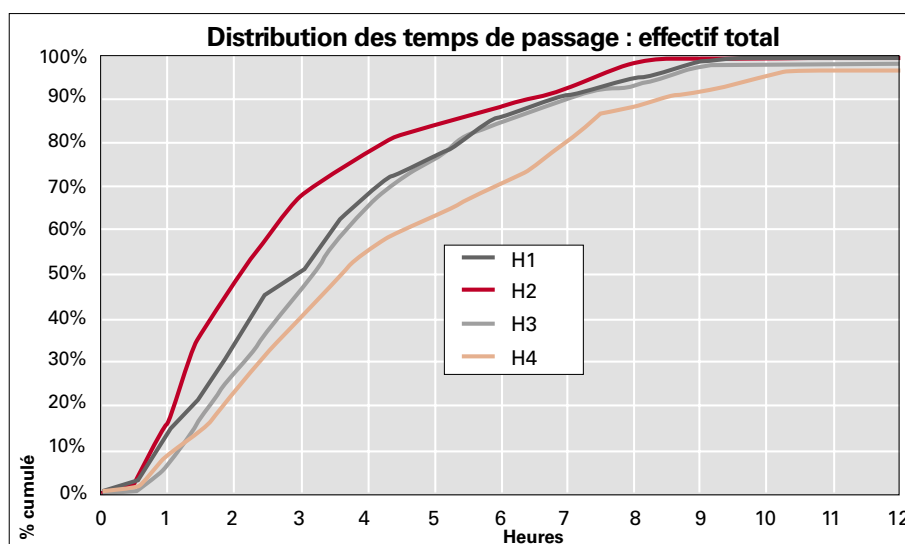
Les temps de passage totaux : comparaison aux données de la littérature et entre services inclus dans la démarche

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 Californie¹, 186 à Denver², 271 mn à Alberta³, 175 mn à Waikato⁴...).


	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 ?

(1) Lambe S., Washington D.-L., Fink A., Laouri M. et coll., « Waiting times in California's emergency departments », *Ann Emerg Med.* 2003, jan. 41 (1), 35-44.

(2) Hoffenberg S., Hill M.-B., Houry D., « Does sharing process differences reduce patient length of stay in the emergency department ? », *Ann Emerg Med.* 2001, nov. 238 (5).

(3) Yoon P., Steiner I., Reinhardt G., « Analysis of the factors influencing length of stay emergency department. Can », *J Emerg Med.* 2003, 5 (3), 155-61.

(4) Havill J.-H., Van Alphen S., Fairweather S., Van der Pyl M., « Waiting in the emergency department. N Z », *MedJ.* 1996May 10, 109(1021), 159-61.

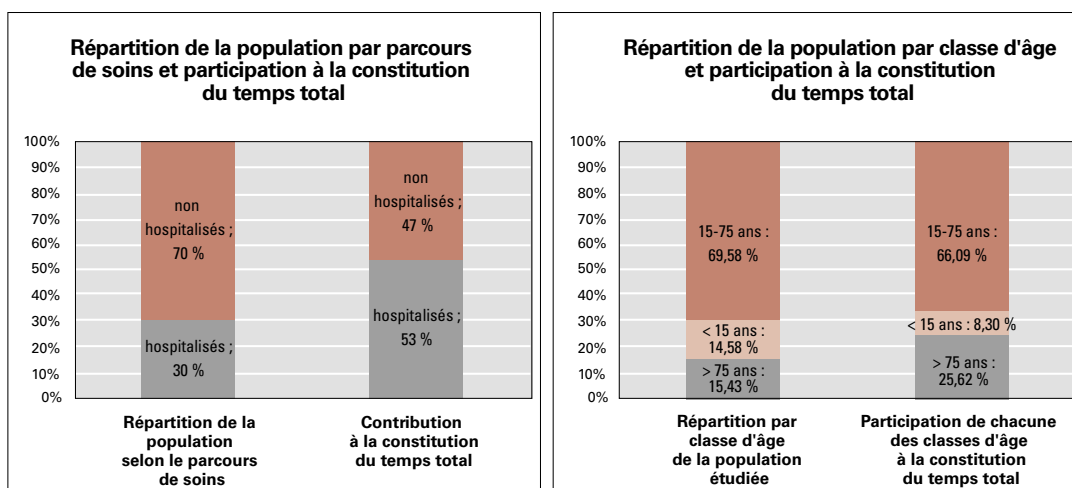
Les temps de passage pour les différentes sous-populations

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	5 h 18	5 h 11	4 h 30	6 h 40	5 h 43	11 h 18	2 h 25	4 h 06
	CCMU3	4 h 42	4 h 42	5 h 25	5 h	5 h 20	11 h	2 h	5 h 26
	Hospitalisés	4 h 16	3 h 57	5 h 48	6 h 11	5 h 09	10 h 32	2 h 18	4 h 38
Facteurs liés à un temps de passage moyen court	< 15 ans	1 h 43	1 h 30	2 h 05	–	1 h 52	2 h 17	1 h 47	–
	CCMU1	1 h 28	2 h 17	2 h 43	2 h 05	1 h 22	2 h 04	1 h 14	1 h 36
	Non hospitalisés sans actes	1 h 01	1 h 07	2 h 07	1 h 19	1 h 28	2 h 11	1 h 23	1 h 42

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 ». 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.

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

Les temps de passage pour les 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	68	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.

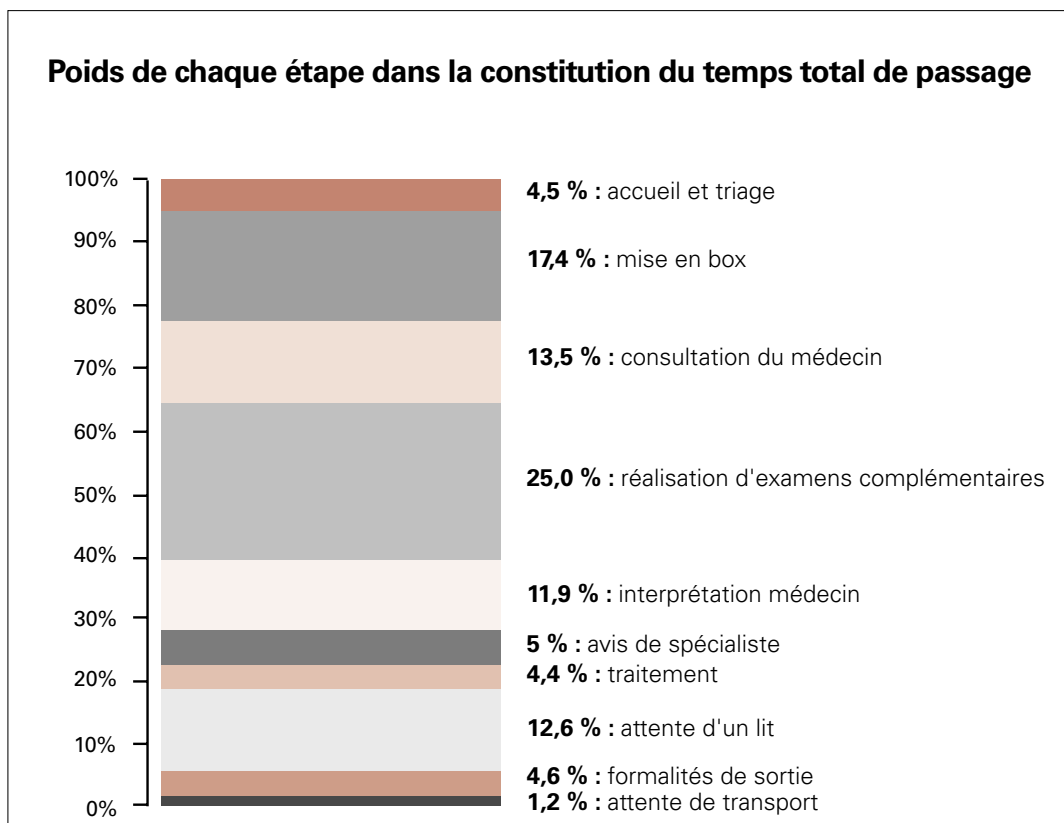


Tableau 1.8: Participation de chaque étape à la constitution du temps total.

👉 *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).

Description et analyse des organisations (phase 2)¹

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.

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 séniorisation de l'équipe médicale est élevé, plus le temps de passage est court. Si l'on conduit l'analyse en excluant H7, on note aussi une corrélation entre-temps de passage et effectif paramédical.

	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 seniors	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.

(1) 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'étape%20phase%20-%20-%20temps%20d'attente%20aux%20Urgences.zip>

(2) Le taux de séniorisation est le nombre de médecin senior rapporté à l'effectif médical total.

(3) Coefficient de corrélation : 0,8, $p = 0,001$.

(4) Coefficient de corrélation : -0.64 , $p = 0,08$.

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'examens 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 prises 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.

À 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.

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.

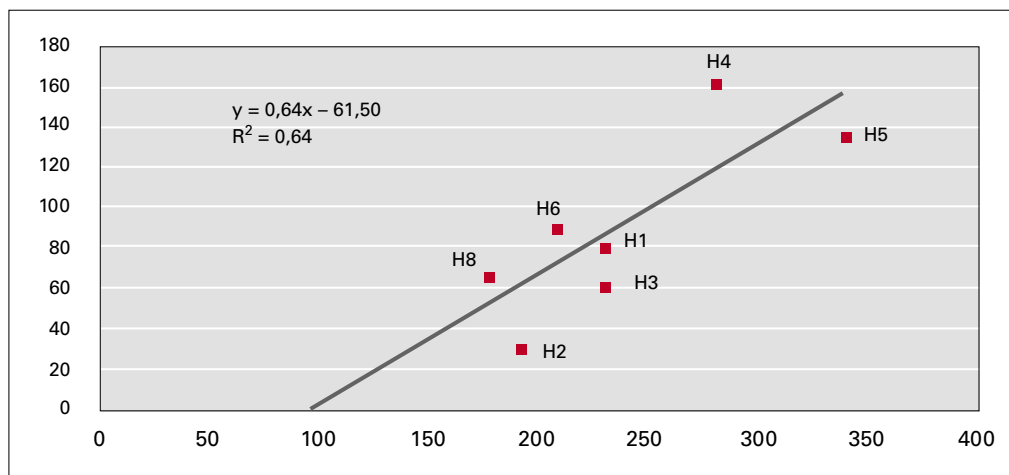
Bien plus que la recherche de lits d'hospitalisation (qui incombe généralement aux cadres), les dysfonctionnements organisationnels pointés par les professionnels concernent en premier lieu les modalités d'information des accompagnants, les appels téléphoniques et le temps à rechercher des dossiers,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

% des citations au sein de chaque établissement (xxx > 20% ; xx 10-20% ; 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	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Recherche lits	x	x	x	x	xx	x	x	x
Recherche (documents, produit 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 (glissements 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.


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 programmés, répartition des lits en interne...) sur les temps de passage aux Urgences.*

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'Établissement (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.

Les plans d'actions proposés par les services

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 population	Plus de 75 ans		x		x	x			x
	Traumatiques			x		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).

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

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.

(1) 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 ».

(2) Id. 16.

Évaluation de la mise en œuvre des plans d'actions

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 œuvre	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.

Les actions non mises en œuvre

À l'exception de H7, dont le plan d'action, restreint, a été intégralement mis en œuvre, on constate qu'un certain nombre d'actions décidées en juillet 2004 n'ont été que très partiellement mises en œuvre, voire 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 œuvre implique une mobilisation de l'établissement dans son ensemble (Urgences, direction, services cliniques).

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 j / 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 réhospitalisation 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 par 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).

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 services à gérer leurs différents flux) ou de privilégier une organisation des services par Durée Moyenne de Séjour (DMS) cible (lits de semaine, de jour, classiques).

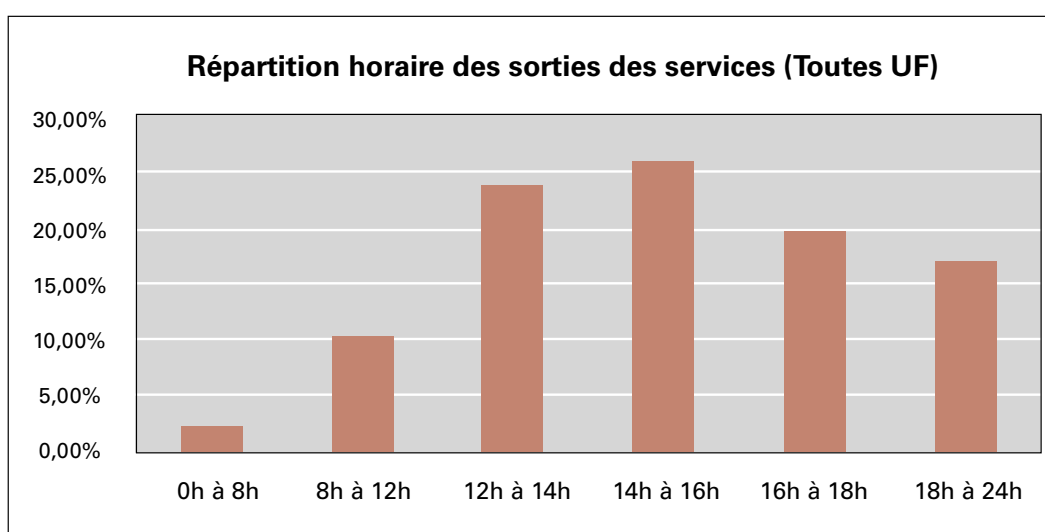
L'annonce de ce projet s'est heurtée à des freins que seule une adhésion institutionnelle est de nature à lever :

- 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 pas encore actifs fin mars 2005.


Protocoller 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 médecins du service pour sa thèse de doctorat d'État 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 éloquentes 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 leurs 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.

L'impact des actions mises en œuvre sur les temps de passage

Pour cette partie, reportez-vous à la présentation des « Bonnes Pratiques Organisationnelles » (parties 1, 2, 3 et 4).

Évaluation 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 y ont participé et des chargés de projet de la MeaH.

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).

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^e 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.

Établissement		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Evolution du temps de passage moyen		-	-	+	+	-	+	+	-
Variation du pourcentage de patients vu en plus de ¹ :	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 %	-	-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.

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 semblent 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 ».

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

• **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.

• **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 de la baisse attribuable à la séniorisation de la prise de décision aux Urgences. Quoi qu'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 dû largement contribuer à l'amélioration des temps de passage à H8.

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.

Le ressenti des professionnels

L'évaluation 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.

La conduite du chantier

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 ;
- de 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.

Points forts et points faibles de l'approche comparative

Unaniment, 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'exams, 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.

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).

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 » maximal.


👉 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.

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.

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 « debout », ou CCMU 1).


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 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.

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 la première réunion du 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.

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.

Conclusion

Des résultats inégaux...

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 10 heures 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...).

À la vue des résultats disponibles site par site et de la présentation des actions mises en œuvre, 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 leurs 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, s'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 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.