

Visite de services d'urgences en Californie. Rapport d'un groupe d'urgentistes français

Visit to the Emergency Services in California and a Report on a Group of French Emergency Specialists

E. Casalino · C. Choquet · R. Hellmann · M. Wargon

Reçu le 21 juillet 2015 ; accepté le 31 août 2015
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Résumé *Introduction* : Améliorer la qualité des services d'urgences (SU) est une priorité. Le benchmarking et les méthodes qualitatives ont été proposés comme des outils d'amélioration de la qualité en santé. Notre objectif est de décrire l'application de ces méthodes aux SU.

Méthode : Des SU universitaires situés en Californie ont été visités. Des questionnaires semi-structurés ont été utilisés pour les entretiens avec les responsables et les personnels des SU, sur les aspects organisationnels, dont le triage et les filières de soins internes ; les moyens humains ; les équipements ; les projets qualité et performance ; les indicateurs qualité et de tension ; les liens transversaux des urgences avec le reste de l'hôpital ; la gestion des lits ; les soins axés sur les patients. Des responsables régionaux de santé ont été également interviewés.

Résultats : Trois SU adultes et deux SU pédiatriques ont été visités ; 56 responsables et personnels des SU ont été interviewés. Nous avons identifié de nombreux aspects organisa-

tionnels et de gestion innovants, parmi eux le rôle des *nurse-practitionners* (NP), l'importance des filières courtes dans l'organisation des SU et l'organisation des filières pour les urgences vitales. L'architecture, l'organisation et les projets de soins sont au service du projet qualité. La sécurité est apparue comme une priorité tout comme la réduction des délais d'attente et l'information. La gestion des lits et l'organisation de celle-ci traduisent une culture hospitalière accordant la priorité aux filières non programmées.

Conclusion : La visite de SU à l'étranger dans le cadre de visites structurées, en utilisant des méthodes managériales et scientifiques validées, a permis d'identifier des pistes d'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail des équipes des SU.

Mots clés Urgences · Benchmarking · Questionnaires semi-structurés · Qualité · Indicateurs qualité

Abstract *Introduction*: Improving the quality of care in Emergency Departments (ED) is a priority. Benchmarking and qualitative methods have been applied as health quality improvement tools. Our goal is to describe the application of these methods.

Method: University EDs located in California were visited. Semi-structured questionnaires were used for interviews with ED managers and staff members, on the organizational aspects, including triage and care pathways; human resources; equipment; quality and performance indicators; transverse links between ED and hospital wards; bed management; and patients-centered care. District health officials were also interviewed.

Results: Three adult and two pediatric EDs were visited; 56 ED leaders and staff members were interviewed. We have identified many innovative organizational and management aspects such as the role of nurse-practitioners, the importance of fast-track in the organization of ED, and the critical care area project. The architecture, organization, and care

E. Casalino (✉) · C. Choquet · R. Hellmann · M. Wargon
Service d'accueil des urgences, hôpital Bichat-Claude-Bernard,
Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 46, rue Henri-Huchard,
F-75018 Paris, France
e-mail : enrique.casalino@bch.aphp.fr

Study Group for Efficiency and Quality of Emergency,
Departments and Non-Scheduled Activities,
Departments, F-75018 Paris, France

C. Choquet
Université Paris-Diderot, Sorbonne-Paris-Cité,
EA 7334, F-75010 Paris, France

R. Hellmann
Agence régionale de santé Île-de-France, F-75019 Paris, France

M. Wargon
Service d'accueil des urgences, hôpital Saint-Camille,
F-94366 Bris-sur-Marne, France

projects are at the service of the ED quality project. Security has emerged as a priority in reducing waiting times. Bed management and ED-hospital culture reflect a growing priority and provided the through-ED pathway.

Conclusion: Visit to the EDs abroad as a part of structured visits by managerial and scientific methods allows us to find new quality development paths of care and to improve the working conditions of our ED teams.

Keywords Emergency department · Benchmarking · Semi-structured questionnaires · Quality · Quality indicators

Introduction

La surcharge (*crowding* en anglais) des services d'urgences [1] a des conséquences majeures sur la qualité des soins des patients mais également sur le manque de satisfaction des usagers et des personnels de santé des urgences [2,3]. Si l'impact de l'amont et de l'aval sur la surcharge des urgences est connu [2], il apparaît aujourd'hui que l'amélioration des processus internes des services d'urgences est une priorité [4]. La médecine d'urgence est donc confrontée à de nouveaux défis organisationnels [5] afin de pouvoir répondre aux nouvelles exigences des usagers [6,7], de ses équipes de soins [8] et des organismes financeurs [9].

Plusieurs stratégies qualité et des outils d'amélioration des performances des services d'urgences ont été proposés [10]. Parmi eux, le benchmarking est une démarche managériale de mise en œuvre des meilleures pratiques au meilleur coût, fondée sur une coopération continue d'amélioration de la qualité et de mise en place d'indicateurs qualité [11–14]. Les études qualitatives ont pour objectif d'évaluer le ressenti des équipes de soins concernant le fonctionnement de leurs services [15]. La combinaison de ces deux méthodes a été proposée comme un gage de synergie [16].

L'objectif de ce travail est de présenter les principales réflexions et pistes organisationnelles rencontrées, vues ou découvertes lors de la visite par les auteurs de services d'urgences universitaires californiens.

Méthode

Les services d'urgences (SU) ont été choisis en fonction de leur volume d'activité, de la typologie de leur secteur d'implantation et de leur caractère universitaire. Des SU adultes et pédiatriques ont été sélectionnés. Les rendez-vous des visites ont été pris à l'avance avec les responsables cliniques et administratifs des services. Les visites ont été réalisées par les quatre médecins urgentistes auteurs de ce document. Tous ont une expérience clinique, managériale,

organisationnelle, qualité et performance, et ont réalisé des audits d'établissements de santé et de SU.

Nous avons utilisé deux méthodes d'évaluation de nos visites. Le benchmarking international est une méthode créée et appliquée dans l'industrie depuis les années 1930. Dans le monde de la santé, il vise l'excellence organisationnelle dans les pratiques de soins [13]. Son utilisation dans le cadre de l'amélioration des processus de management et de soins est reconnue [14]. Le benchmarking est un processus d'évaluation comparative et d'identification des causes profondes qui conduit à la réalisation de performances supérieures. Il s'agit d'un effort continu pour mesurer les résultats, comparer ces résultats avec ceux des autres établissements pour apprendre de quelle manière ces résultats sont obtenus et appliquer les leçons apprises pour s'améliorer [12]. L'étude qualitative d'entretiens semi-structurés avec les responsables et les équipes médicales et paramédicales rencontrées a été associée au benchmarking [16]. Ces questionnaires ont porté sur les aspects organisationnels dont le triage et les filières de soins internes ; les moyens humains ; les équipements ; les projets qualité et performance ; les indicateurs qualité et de tension utilisés ; les liens transversaux des urgences avec le reste de l'hôpital ; la gestion des lits ; les soins axés sur les patients [17]. D'autres aspects ont pu être abordés au gré des visites et des rencontres. Lors des visites, chacun des auteurs a pris des notes des rencontres et des discussions. Nous avons ensuite réalisé des débriefings, échangé et analysé nos notes. Les données ont été analysées en accord avec les recommandations [11–15].

Résultats

Les visites ont eu lieu en avril 2015. Les SU visités sont situés en Californie (États-Unis), à Los Angeles, à San Francisco et à Las Vegas, dans des secteurs à ressources économiques intermédiaires et basses, dans des hôpitaux universitaires avec 350 à 450 lits d'hospitalisation, dont des lits de médecine, de chirurgie et de réanimation. Nous avons visité trois SU adultes chacun avec 90 000 à 120 000 passages par an, et deux SU pédiatriques avec plus de 30 000 passages par an. Le médecin chef de l'unité et/ou le directeur du SU nous ont reçus et nous ont accompagnés lors des visites. Des discussions ont eu lieu avec les équipes de soins médicales et paramédicales. Les visites ont inclus les centres de recherche des services visités. Nous avons également rencontré les autorités régionales de santé en charge du dossier urgences de San Francisco. Au total, nous avons rencontré 56 personnels de santé et administratifs des SU visités.

Les principaux aspects ayant retenu notre attention ont été les suivants.

Soins préhospitaliers

Le médecin chef d'un des SU visités est le référent régional pour le système de soins préhospitaliers (EMS). Son rôle de référent est de rédiger les protocoles de prise en charge des situations cliniques les plus fréquentes et/ou graves, de veiller à la formation des équipes paramédicales des ambulances et de définir les modèles d'intervention. Toutes ces procédures sont autorégulées par les acteurs de terrain ou par les régulations des différentes entreprises assurant ce service. Il n'existe aucune régulation médicale ni paramédicale centralisée. Les trois SU disposent d'une grande plateforme d'accueil d'ambulances et d'un hélicoptère. Les hélicoptères disposent de plateformes d'accueil surélevées et de systèmes de guidage de nuit et par temps couvert. Les procédures sécurité sont affichées dans chacun des secteurs d'accès ou de sortie des hélicoptères. Les hélicoptères préviennent de leur arrivée non pas pour l'acceptation du patient, mais pour le déclenchement d'une équipe entraînée à leur accueil (*helicopter-team*). Les ambulances arrivent directement aux SU sans pré-régulation et sans contact préalable dans l'immense majorité des cas, même pour les ambulances transportant des patients jugés graves ou polytraumatisés. Un des SU visités dispose d'un système d'affichage des patients en attente dans les secteurs d'accueil des urgences vitales. Le triage débute dans la zone d'accueil des patients arrivés par ambulance/hélicoptère, le patient est directement installé en box ou en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) où le processus de triage est complété. Le zéro refus des patients arrivant par ambulance ou hélicoptère nous est apparu être la règle de fonctionnement. Les équipes lors des entretiens ont bien exprimé cette valeur. Des refus sont néanmoins rapportés par les équipes, mais dans des conditions de surcharge extrême. Dans ce cas, c'est le SU qui informe les ambulances de leur décision de délestage (*ambulance diversion*) [18]. En cas d'indisponibilité de boxes dans les secteurs de soins du SU, les ambulanciers doivent assurer la surveillance des patients transportés en attendant la libération d'un box.

Fréquentation des urgences

L'activité des SU est en augmentation en Californie, malgré une forte augmentation de l'offre de soins de structures plus légères (*urgent-care*) et de structures de soins de ville (*patient-centered medical homes*) [19] disposant de moyens de biologie et de radiologie. Les personnels des SU vivent cette augmentation de la fréquentation comme un défi organisationnel mais également comme la preuve de leur utilité dans le dispositif de santé.

La part relative et le nombre des personnes âgées aux SU sont en augmentation. Les équipes de soins expriment les difficultés à garantir la qualité des soins, notamment pour les filières gériatriques. Elles proposent des solutions : des

filiales spécifiques de soins, des processus simplifiés d'admission en hospitalisation, le développement d'alternatives à l'hospitalisation. Les SU visités sont des hôpitaux universitaires. Ils sont obligés par le Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) à fournir une prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée à leur état à tous les patients se présentant aux urgences indépendamment de leur nationalité, de leur statut juridique ou de leur capacité à payer [20]. Les équipes de soins considèrent cette mission comme un élément majeur de leur mission hospitalière et universitaire. Les équipes de soins n'expriment pas d'inquiétude sur cette dimension économique. Ils considèrent que leur rôle est d'assurer l'accès aux soins pour des parts importantes de la population dans un système où les soins sont coûteux et dans certains cas l'accès aux soins limité. Les responsables régionaux tout comme les responsables des SU travaillent sur des modèles de prédiction d'activité et sur la définition des facteurs associés à la fréquentation des urgences [21]. Un des responsables régionaux résume nos longs entretiens : « Nous avons des modèles de soins et de couverture de santé très différents, et pourtant nous sommes confrontés aux mêmes problèmes ! »

Sécurité

Nous avons été marqués par la présence de nombreux agents de sécurité, de portiques de détection de métaux avant l'accès aux SU et par la fouille systématique des patients arrivés couchés conduits par des ambulances. La problématique de la violence semble au cœur de la réflexion architecturale avec des systèmes de contrôle des accès et des secteurs très protégés. La qualité de l'accueil, la réduction des délais d'attente, l'information des patients et des accompagnants sont des éléments centraux dans le dispositif de prévention de la violence, associés à une culture sécuritaire qui nous est apparue omniprésente. Dans tous les SU visités, les accompagnants sont autorisés dans le secteur de soins avec des règles propres à chacun des sites. En pédiatrie, les enfants sont systématiquement accompagnés par un de leurs parents. Dans les SU adultes, l'accès semble se faire en fonction du contexte du patient. Pour les personnes âgées, les patients en attente d'une hospitalisation et les patients fragiles, la présence d'un accompagnateur semble la règle. Pour les autres cas, le personnel de soins autorise la présence d'un accompagnateur ou permet un accès pendant un temps donné.

Architecture des SU

Les SU adultes disposent de surfaces très importantes, plus de 3 000–4 000 m². Les SU pédiatriques sont plus petits, mais très bien agencés en vue de garantir la présence des parents de l'enfant. La signalétique dans les environs de

l'hôpital et à l'intérieur de l'hôpital et des SU permet de facilement circuler entre les différents secteurs. De grands parkings sont mis à la disposition des patients, des accompagnants et des personnels. L'éclairage et l'affichage sont de très bonne qualité, les locaux sont climatisés. L'architecture et l'organisation fonctionnelle des SU sont au service du projet de soins et de la qualité des soins. Nous avons été marqués par la localisation des SU au cœur du bâtiment hospitalier. Notre impression a été que l'hôpital a été bâti autour de son SU. Les équipes médicales et les directeurs des SU nous ont confirmé l'importance du SU dans le projet stratégique des établissements de santé. Ils ont été surpris de notre question autour d'éventuels conflits entre des objectifs « universitaires » et « non universitaires ». Pour les responsables des SU visités, le SU est le témoin de l'ancrage territorial de leur établissement, il légitime les projets universitaires, et il est à l'origine de la grande majorité des admissions en hospitalisation de l'établissement. L'importance des SU dans l'activité et le financement des établissements est majeure.

Circuits pour les patients à faible complexité

Tous les SU visités disposent de circuits rapides de consultation pour les patients à faible complexité. Dans deux des SU adultes, ce secteur se situe en dehors du SU dans un secteur de soins ambulatoires à proximité immédiate du SU (*urgent-care*) et avec des circuits de radiologie et de biologie propres. Les consultations sont assurées par des équipes médicales et paramédicales différentes de celles des urgences. Dans l'autre, les consultations du circuit rapide ont lieu dans un secteur de consultation dédié situé à proximité immédiate du secteur de triage et de la salle d'attente. Les médecins urgentistes assurent cette activité, et les circuits de radiologie et de biologie sont communs avec ceux du SU. Les directeurs et médecins responsables des SU visités accordent une importance stratégique majeure à cette filière comme outil pour réduire les délais d'attente des patients de la filière circuit-court mais aussi pour améliorer la performance globale du SU et pour réduire la tension dans le SU. La typologie des patients dans ces filières nous a semblé très variable, allant de consultations simples sans aucun examen complémentaire à des prises en charge nécessitant des actes diagnostiques et thérapeutiques plus complexes. La part de ces filières de soins a été estimée par les responsables des SU entre 30 et 60 % du flux global des SU, mais elle est difficile à préciser, car nombre de patients ne sont ni enregistrés ni triés au SU avant orientation dans la filière courte.

Filière des patients graves et des polytraumatisés

Les trois SU adultes visités sont des Trauma Centers et accueillent également des patients graves médicaux. Parmi les patients avec des traumatismes, les accidentés de la route

et les blessés par armes à feu sont les motifs de recours principaux. Tous les patients graves de médecine et de chirurgie (trauma, polytraumatisés) sont accueillis dans un secteur unique (secteur d'accueil des urgences vitales). Ces filières sont sous la responsabilité des médecins et des équipes paramédicales des urgences.

Secteur d'enregistrement et salle d'attente

Dans tous les SU, les salles d'attente étaient très spacieuses et confortables, particulièrement dans celui récemment rénové avec un design moderne et une grande verrière d'environ huit mètres de hauteur faisant penser à un hall d'aéroport. Dans tous les SU, les locaux étaient propres ainsi que les toilettes visiteurs. Dans tous les services, les guichets d'enregistrement étaient nombreux, bien identifiés et d'accès direct, et surtout en nombre suffisant (quatre à huit). Aucun des SU n'était équipé de guichets vitrés, mais de bureaux d'accueil avec des chaises. Aucun des responsables des SU n'a rapporté de sentiment d'insécurité en rapport avec cette organisation et ce mode de fonctionnement. Dans un des SU, un bureau d'information pour les patients et pour les accompagnants avec deux agents était situé directement dans la salle d'attente en contact direct avec les patients et les accompagnants. C'est ce personnel qui oriente les patients vers les consultations ambulatoires.

Secteur de triage

La fonction de triage est dans tous les SU visités un point essentiel de la politique de gestion des flux. Tous les SU disposent de boxes de triage infirmier en nombre suffisant (quatre-huit). Tous les patients sont triés, mais cela ne veut pas forcément dire une étape au box de triage. Les patients conduits par des ambulances ou hélicoptères sont installés directement en box, le triage est réalisé dans le box de soins. Dans un des SU, un interne de médecine d'urgences posté dans le secteur de triage prescrit des examens de biologie ou de radiologie. L'objectif n'est pas d'être référent pour les IAO, mais d'accélérer le processus de soins après une très brève évaluation clinique. Les *nurse-triage* ont des formations spécifiques et sont des infirmières expérimentées des SU.

Secteur d'accueil des urgences vitales

Les patients polytraumatisés, les traumatismes graves, les urgences médicales et les situations nécessitant des examens radiologiques spécialisés sont orientés dans ce secteur. Ce secteur architecturalement distinct est situé au cœur du SU. Le directeur du SU et le chef du SU ont la responsabilité de ce secteur. Les équipes médicales et paramédicales des SU assurent l'accueil et les soins des patients dans ce secteur.

Cela permet, en fonction de la charge en soins des différents secteurs des SU, un redéploiement en temps réel des équipes médicales et paramédicales. Pour les responsables des SU, l'organisation architecture et fonctionnelle permet de garder des équipes entraînées à la prise en charge des situations les plus complexes, de décharger certains secteurs de soins des SU et de garantir une orientation optimale vers des filières spécifiques (blocs opératoires, unités de soins intensifs, secteurs de cardiologie et de neurologie interventionnelles). Les SAUV sont situés à proximité immédiate de l'accès des ambulances et de l'héliport. Dans les SU non remodelés, ce sont des salles communes avec des boxes individuels séparés par des ridelles. Dans le SU rénové en 2014, ce sont des boxes individuels d'une surface de 25–30 m², équipés comme des boxes de réanimation. Le nombre de boxes de SAUV est compris entre 8 et 16 en fonction des sites. Dans tous les SU visités, un scanner dédié aux filières non programmées est situé à proximité immédiate du SAUV. Ce scanner se trouve entre le SAUV et le secteur des urgences, stratégiquement situé. Il permet dans tous les sites de faire également des artériographies et des gestes de radiologie interventionnelle. Un des sites dispose d'une IRM. Les examens programmés sont réalisés dans tous les sites dans un autre secteur de l'hôpital. Les SU disposent également de blocs opératoires d'urgence, distincts des blocs opératoires centraux des hôpitaux. L'accès se fait dans tous les sites par un ascenseur dédié. Le site rénové en 2014 dispose de circuits spécifiques pour garantir la présence des familles et des accompagnants auprès des patients. Dans un autre site, nous avons visité des salons contigus aux boxes équipés de sièges confortables et avec une grande fenêtre qui permet de voir le box de soins tout en étant séparés. Les familles sont ainsi en contact permanent avec leur proche sans être présentes lors de certains actes ou gestes de soins.

Secteur de soins des SU

Les SU visités disposent de grandes surfaces, avec de grands volumes, des couloirs amples, des boxes spacieux. La propreté et l'entretien des locaux sont une préoccupation permanente. La visite des locaux laisse une impression immédiate de travaux récents, de circuits logistiques maîtrisés, de confort et d'ergonomie dans les conditions d'accueil des patients et de travail des équipes de soins. Toutes les portes fonctionnent, tous les murs sont propres, aucun angle de mur ni de porte n'est écaillé ni vétuste, tous les éclairages intérieurs et extérieurs marchent, le choix des couleurs et la qualité des éclairages sont harmonieux et efficaces. Les postes de régulation sont spacieux. Le nombre de boxes est très important. Nous avons compté plus de 35–45 boxes dans les SU adultes. Néanmoins, aucun des sites ne dispose de lits d'hospitalisation de courte durée. Dans le site récemment rénové, tous les boxes ont des systèmes de ventilation à pres-

sion négative en raison de la fréquence des cas de tuberculose. Tous les SU disposent de secteurs d'attente patients et accompagnateurs assis et couchés à l'intérieur du secteur de soins, avec de bonnes conditions de séjour (fauteuils, brancards-lits, fontaines à eau, écrans télé). Les dossiers sont à 100 % informatisés (*paper free*). Les demandes d'examen sont faites via l'informatique, et la récupération des résultats également. Les examens par imagerie sont affichés dans tous les écrans. Tous les boxes de soins disposent d'un ordinateur et d'une imprimante. Des écrans sont présents dans tous les secteurs de régulation et dans les bureaux. L'équipement des boxes est très complet, notamment dans le SU récemment rénové : écrans pour lecture des imageries, appareils d'échographie d'urgence, moniteurs des paramètres vitaux non invasifs, outils de monitoring continu invasifs et non invasifs des paramètres de la ventilation et hémodynamiques, charriots d'urgence et charriots d'intubation difficile ; ventilateurs et ventilateurs d'anesthésie dans les secteurs d'accueil des urgences vitales. Dans un des SU, nous avons pu constater des secteurs de soins adultes et des secteurs de soins pédiatriques. Dans ce dernier cas, le personnel de triage est dédié à la pédiatrie et le secteur de soins pédiatriques bien identifié et séparé du secteur adultes (autre étage). Aucun des SU n'a de secteur médical et chirurgical. Les filières de soins à l'intérieur des SU répondent essentiellement au niveau de complexité des patients, avec un secteur de soins pour des patients à complexité intermédiaire et des secteurs de soins pour des patients à forte complexité.

Équipes de soins et conditions de travail

La sécurité des équipes de soins est un élément majeur de l'organisation des SU. En dehors de l'approche sécuritaire, il apparaît des entretiens que la sécurité est une préoccupation des responsables des SU et que l'organisation du travail, la densité des équipes et le projet qualité ont pour objectif de réduire les violences au SU. Dans les secteurs de soins, nous avons pu visiter plusieurs salles de repos outillées avec des écrans pour suivre le flux des patients, mais également de tout le confort nécessaire pour travailler et se détendre (tables, chaises, machine à café et distributeurs de boissons, frigo, chaises longues et fauteuils, ordinateurs et écrans, accès aux protocoles de soins et aux bases médicales). Les secteurs de bureaux sont situés à l'extérieur du secteur de soins. La densité soignante nous a paru beaucoup plus élevée que celle que nous pouvons constater en France. Le nombre d'IDE et d'aides-soignants est supérieur à chaque étape du processus de soins : accueil et enregistrement, triage, secteur de soins. Des postes transversaux avec des missions spécifiques sont identifiés dans tous les SU : information, aide à la sortie, accompagnement des parents en pédiatrie. La fonction cadre n'est pas statutaire, mais fonctionnelle, avec des responsabilités fonctionnelles bien identifiées, par exemple

hygiène, logistique, gestion des flux. Les *nurse-practitioners* (NP) sont des infirmiers avec un cursus de formation propre, et aux SU ils ont une formation complémentaire en médecine d'urgence. Ils sont autorisés à évaluer le patient, à prescrire des bilans biologiques et radiologiques, et dans certains cas (situations chroniques ou situations aiguës non complexes) à décider la sortie du patient. Pour les responsables des SU visités, leur rôle est essentiel. Ils accélèrent la prise en charge initiale des patients mais également les processus de décision. Dans un des SU, ils sont 16 ETP. Nous avons eu un relevé assez détaillé de l'organisation médicale pour un des SU. Avec 110 000 passages annuels, ce SU dispose de 30 ETP seniors plus 15 seniors prenant des gardes ; et de 40 ETP d'internes de médecine d'urgences, plus trois internes d'autres disciplines en stage au SU (soins intensifs, chirurgie, radiologie). Les médecins assurent des périodes de travail clinique de huit heures (de 8 h à 16 h, de 15 h à 23 h et de 23 h à 8 h). Aucun médecin ne travaille plus de dix heures continues. En fonction du contrat et des missions universitaires, un médecin temps plein assure 8 à 16 tours d'activité (*shifts*) par mois. Un temps hors clinique est également compris dans les contrats, variable en fonction des activités d'enseignement, de recherche et administratives. Le paiement des actes médicaux se fait directement aux médecins par les compagnies d'assurances ou par les patients. Tous les actes médicaux sont codés et facturés.

Chaque SU a un directeur administratif qui assure les fonctions de responsable du personnel et de la logistique. Il est responsable du suivi des indicateurs qualité et de performance, du projet qualité et de l'organisation des soins.

Projet qualité

Lors des rencontres avec les directeurs et les médecins chefs des SU, nous avons évalué les projets qualité et les stratégies d'amélioration de la qualité. Tous les SU visités ont des projets qualité rédigés et à disposition des équipes de soins. Les équipes de soins sont sensibles au projet qualité de leur service et sont capables d'en décliner les principales règles de fonctionnement et les objectifs. Nous avons pu constater parmi les principaux projets qualité : les feuilles de traçabilité des médicaments, de produits sanguins ; les procédures organisées de soins infirmiers et médicaux pour la prise en charge des sepsis, des douleurs thoraciques, des crises d'asthme, des urgences VIH ; les protocoles transversaux de prise en charge des urgences gynécologiques, maternité, néonatalogies ; les procédures de prise en charge de certaines situations cliniques à risque infectieux (tuberculose, Ebola, isolement, germes multirésistants) ; les procédures d'évaluation et de prise en charge de la douleur ; l'importance de l'information des patients et des accompagnants. Les délais d'attente sont affichés en salle d'attente ainsi que les règles de sécurité, dont l'interdiction d'accès avec des armes. La

réduction des délais d'attente avant l'enregistrement est apparue comme un des sujets majeurs des projets qualité des responsables des SU avec réduction du délai d'attente du premier contact soignant et du temps total de passage. L'information des patients et des accompagnants et la réorientation dans les SU vers des filières courtes sont réalisées dans ce secteur. L'amélioration des conditions d'accueil des patients et des accompagnateurs est apparue également comme un élément important. Ainsi, les salles d'attente et les secteurs de soins ont des réseaux Wi-Fi à la disposition des patients et des accompagnateurs. Toutes les équipes sont sensibles à la stratégie de réduction des périodes inutiles d'attente dans l'objectif de réduire le temps d'attente médecin ou NP et le temps total de passage. La réduction des délais entre l'arrivée et la réalisation de certains actes de soins diagnostiques ou thérapeutiques apparaît également lors des entretiens comme une priorité des équipes et des responsables des SU. Dans un des SU visités, le directeur est directement en charge de ces projets, et il compte sur une équipe de deux personnes pour assurer la surveillance et le suivi des indicateurs qualité dans le SU. Dans un des SU, le directeur du SU surveille les délais de temps entre l'arrivée et le triage, entre l'arrivée et l'installation en box, et entre la prescription des examens ou des actes infirmiers et leur réalisation effective ; les délais entre l'arrivée et le médecin ou le NP ; entre l'arrivée et la décision d'orientation définitive ; entre la décision d'orientation et la sortie effective du SU. La charge en soins est également mesurée à partir d'outils standardisés afin de déterminer les besoins en personnel de chacun des secteurs de soins du SU. Dans tous les SU, le rôle de la *nurse-triage* a été de trier les patients et de les mettre dans des filières de soins en fonction de leur complexité. L'installation des patients est immédiate, par une équipe de brancardiers du SU, de telle façon qu'aucun patient n'attend dans des zones intermédiaires après le triage. Dans un des SU, nous avons pu observer des techniques de triage assistées par ordinateur. L'accès des patients les plus graves conduits par des ambulances ou en hélicoptère se fait directement en secteur de déchocage ou de soins complexes. Malgré la fréquentation des SU visités, nous n'avons pas observé de patient en attente dans les couloirs des urgences. Dans un des SU, en début d'après-midi, les ambulanciers accompagnaient leur patient en attendant la libération d'un box. Les équipes ayant assuré le transport doivent assurer la surveillance du patient et son installation en box, jusqu'à ce qu'un box soit libre. Pour les équipes des SU, cela permet de garantir la sécurité des patients et de ne pas délester (*ambulance diversion*).

Gestion des lits hospitaliers

Ni les médecins, ni les infirmières, ni le personnel administratif des SU visités ne sont en charge de la recherche des

lits pour les patients des urgences. Une fois la décision d'admission prise par le médecin urgentiste, une cellule de gestion des lits est responsable de cette tâche. Seules les décisions d'orientation aux blocs opératoires, en réanimation et dans des secteurs de soins interventionnels imposent un contact de médecin à médecin avant une orientation. Le principe du zéro refus est la règle dans tous les sites et dans tous les services. Pour les admissions en médecine, le SU contacte la cellule de gestion des lits. Les patients sont admis directement dans des plateformes de lits de médecine. La priorité est accordée dans tous les sites aux patients des filières non programmées. Il n'y a pas d'admission programmée en médecine, car les compagnies d'assurance refusent de couvrir ces coûts hospitaliers. Pour les admissions en chirurgie, la cellule de gestion des lits programme l'acte et gère les lits de l'établissement. Nous avons visité la cellule de gestion des lits et rencontré ses personnels et responsables. C'est un secteur administratif, avec trois personnes qui gèrent les activités programmées de chirurgie, la programmation des actes interventionnels, l'accès au plateau médicoteknique et aux blocs opératoires, et la gestion des lits hospitaliers. Deux autres personnes disposent d'outils informatiques leur permettant d'avoir une vision en temps réel des capacités d'accueil avec les sorties prévues et les lits actuellement disponibles. Les responsables nous ont indiqué que leur travail était gratifiant, qu'il n'y avait aucun conflit entre eux et les responsables des services, ni entre les services et les équipes des SU. Pour les équipes des urgences, le *boarding* ou patients aux SU en attente d'un lit d'hospitalisation est exceptionnel. Un climat de confiance existe fondé sur une transparence totale dans la gestion des lits. Les patients sont admis en médecine et en chirurgie au fil de l'eau, et il est exceptionnel de devoir déprogrammer en chirurgie ou de retarder une hospitalisation à partir des urgences de plus de six heures. Un des médecins chefs résume « Nous n'avons aucun problème de lit... vous en avez-vous ? Vous avez combien de passages et combien de lits dans l'hôpital ? ... notre hôpital est universitaire, et il a pour mission première l'accueil des patients des quartiers environnants, tout l'hôpital est construit autour de ses urgences ! » Et de continuer « Les patients admis à partir des urgences sont des indications absolues, il est impossible de ne pas les hospitaliser... les spécialités travaillent sur des filières ambulatoires... les activités de recherche se font en ambulatoire ! »

Discussion

Notre travail présente les résultats d'une expérience d'amélioration de la qualité et des processus d'organisation des SU fondée sur le benchmarking international et les études qualitatives [11–16]. Nous avons visité des SU universitaires en Californie avec une activité très importante. Certaines

dimensions ont particulièrement retenu notre attention. Les modèles des structures de soins préhospitaliers et les systèmes de financement sont très différents des modèles français. Néanmoins, nous sommes confrontés aux mêmes difficultés de gestion des flux préhospitaliers et à la même augmentation de la fréquentation des SU. La sécurité nous est apparue comme une des thématiques importantes avec des approches sécuritaires fortes mais associées à la réduction des délais d'attente et à l'information des patients et des accompagnants. Dans le domaine de la qualité, nous avons observé une culture commune entre les SU visités, avec des stratégies de soins axées sur le patient, une très forte valeur de la filière non programmée dans l'organisation et les missions hospitalières des hôpitaux universitaires, et un pragmatisme déroutant dans la gestion des lits hospitaliers. Nous avons constaté que les SU visités ont des gouvernances, des organisations du travail et parfois même des processus de soins assez différents de ceux que nous connaissons habituellement en France. Par contre, nous avons également constaté que les projets qualité, le suivi d'indicateurs qualité prédéfinis, la culture de la traçabilité, l'information des patients, la protocolisation des soins sont des éléments communs de nos pratiques de soins.

Nous avons pu observer la mise en place de structures de soins répondant aux besoins de soins ambulatoires mais aussi de soins urgents ambulatoires, installées en ville et à proximité des hôpitaux, dotées d'outil de radiologie et de biologie. Et pourtant, la fréquentation des SU reste élevée et continue à augmenter, sans qu'aucun modèle ne puisse expliquer le pourquoi de cette demande. L'organisation des soins préhospitaliers est également complètement différente. Il n'existe en Californie aucune régulation médicale centralisée, mais simplement des dispositifs de coordination [22]. Le coût élevé des dispositifs de transport préhospitalier et restant à charge des patients est très élevé, pourtant le nombre de patients transportés par des ambulances vers les SU continue d'augmenter. Les responsables régionaux de santé californiens ont bien résumé le paradoxe de deux systèmes de soins très différents mais confrontés à l'accroissement de la fréquentation des SU hospitaliers. Toutefois, le nombre de SU est inférieur par habitant à celui prévalant en France, permettant de concentrer les moyens humains et matériels.

Les SU californiens semblent confrontés à une problématique de violence avec un impact important sur leurs équipes [23]. Nous avons été surpris par l'importance du dispositif sécuritaire, avec des portiques détecteurs de métaux, fouille des patients et agents de sécurité omniprésents. Mais aussi par l'importance de l'approche qualité dans la réduction du risque de violence. Tous les SU visités font de la qualité de l'accueil, de la réduction des délais d'attente et de la qualité de l'information des patients et des accompagnants les points forts de leur lutte contre la violence et l'insécurité de leurs équipes. La densité de personnel dans le secteur

d'accueil et dans les différents secteurs de soins s'intègre également dans cette politique.

Les différents SU visités, adultes et pédiatriques, ont construit des projets qualité et ont mis en place des outils d'amélioration continue de la qualité. Tous les responsables des SU sont très sensibles au suivi des indicateurs qualité et aux projets de qualité des soins. Les SU ont une gouvernance où le directeur est responsable de l'organisation, des filières et parcours de soins, des projets qualité transversaux (hygiène par exemple), du suivi des indicateurs qualité (temps d'attente et temps total de passage) et des aspects logistiques des SU. Alors que le chef de service médecin est responsable des procédures de soins spécifiques et de la qualité de l'attention médicale. Les frontières ne sont pas étanches, et le modèle de gouvernance donne satisfaction aux équipes de soins médicales et paramédicales. Nous avons pu observer l'intérêt de nouveaux métiers tels que les NP, des organisations innovantes comme l'accueil dans un lieu unique des patients graves des filières médicales et traumatologiques, des équipements de radiologie avancée dédiés aux filières non programmées, des blocs opératoires d'urgence, le tout orienté vers une réduction des coûts par la mutualisation des moyens et par la simplification des processus. Les SU visités n'avaient pas de patients dans les couloirs, ce qui les rapproche des hôpitaux anglais et de quelques modèles français où la présence de patients dans les couloirs des urgences est assimilée à de la maltraitance et traduit des défaillances organisationnelles dans la gestion des flux des patients aux urgences.

Un point majeur a été de constater l'importance stratégique de la filière non programmée des urgences dans l'organisation et le positionnement de l'hôpital universitaire dans son bassin de vie. Pour les responsables des SU, l'hôpital est construit autour de ses urgences. C'est cela que nous avons ressenti dans l'architecture et l'organisation fonctionnelle des hôpitaux, et surtout dans la gestion des lits. Pour les responsables de l'hôpital et pour les autorités régionales de santé rencontrées, les missions de l'hôpital universitaire sont indissociables de ses missions sociales et de son ancrage territorial. Il est intéressant de noter qu'aux États-Unis les SU sont considérés comme rentables, car leurs revenus sont supérieurs de 7,8 % à leurs coûts [24], même si le système de remboursement pose actuellement des problèmes [25]. Sans aucun doute, c'est dans la gestion des lits que nous avons constaté la rupture idéologique et organisationnelle la plus importante. Nous avons visité des hôpitaux universitaires avec des exigences de travail universitaire et de publication au moins équivalentes aux nôtres, accueillant entre 90 et 110 000 passages annuels aux urgences et ne disposant que de 350 à 450 lits. Pour les équipes des SU californiens, l'aval n'est pas idyllique, des patients peuvent être en situation de *boarding* pendant quelques heures au SU en attente d'un lit d'hospitalisation, certaines périodes de l'année sont associées à une

augmentation des difficultés, mais dans l'ensemble le processus est fluide, les admissions sont faites au fil de l'eau. Il est important de noter ici qu'aucun des SU visités ne dispose de service ou d'unité d'hospitalisation de courte durée. Les solutions à la thématique de l'aval que nous pouvons retenir sont : la culture de l'hôpital, avec la priorité donnée aux patients des urgences ; il n'y a pas d'hospitalisation programmée en médecine ; développement des alternatives à l'hospitalisation et développement des soins ambulatoires, ce qui permet de réduire les demandes d'hospitalisation programmée ; une cellule gère les admissions programmées de chirurgie et des actes interventionnels, aussi bien pour les lits que pour l'accès au plateau medicotechnique ; une gestion par plateforme des lits d'hospitalisation et non pas par silos, où les disciplines ne sont plus les responsables des lits ; une évaluation permanente des durées de séjour et des interventions précoces pour les séjours longs ; activité ambulatoire de médecine très importante et fortement valorisée en termes de recherche et de revenus hospitaliers. Les deux filières sont gagnantes, il n'y a pas de conflit entre les équipes du SU et les responsables des secteurs d'hospitalisation.

Notre travail a plusieurs limites. En outre, nous n'avons pas réalisé un audit des SU visités, raison pour laquelle notre présentation se limite aux points forts identifiés. Les visites réalisées ont suivi une méthodologie rigoureuse, néanmoins, il est évident que nous ne pouvons pas affirmer avoir pu vérifier les réelles capacités de réponse à des situations de surcharge des SU visités ni avoir évalué toutes les dimensions organisationnelles, managériales ni les processus pouvant avoir un impact sur la performance des SU visités. Nous n'avons pas relevé les indicateurs qualité ni les indicateurs de tension des SU visités, la fréquence des effets indésirables ni des erreurs médicales. Par ailleurs, les SU visités étaient des SU de services universitaires disposant de moyens matériels et humains importants, de locaux récents et de projets de réorganisation en cours. Rien ne nous permet d'affirmer que cela soit vrai dans les autres SU de Californie et encore moins des États-Unis. Nos conclusions reposent sur les éléments observés sur le terrain et sur les réponses des équipes de soins à nos questionnaires semi-structurés.

Conclusion

La visite de SU à l'étranger, dans le cadre de visites structurées par des méthodes managériales et scientifiques validées, nous a permis d'identifier ou de conforter des pistes d'amélioration de la qualité pouvant être appliquées en France et pouvant permettre une amélioration des conditions d'accueil des patients et des conditions de travail des équipes des SU. L'amélioration de la qualité et de la fluidité des filières de soins des urgences et de l'hôpital nécessite un engagement fort des équipes hospitalières pour mettre en place des

projets de soins et organisationnels, dont la modification des règles actuelles concernant la gestion de lits hospitaliers. Les responsables des SU visités ont salué notre démarche et ont proposé de s'y inspirer en visitant des SU dans d'autres états et d'autres pays. Nous avons rencontré des équipes dynamiques et motivées, fières de montrer leur savoir-faire et leur savoir-être, capables de reconnaître les points à améliorer et avec envie de partager leurs expériences.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, et al (2011) International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med* 18:1358–70
- Higginson I (2012) Emergency department crowding. *Emerg Med J* 29:437–43
- Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, et al (2009) Emergency department crowding, part 1—concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med* 53:605–11
- Emergency Care Institute. Agency for clinical innovation (2014) ED Quality Framework Project. http://www.ecinsw.com.au/ED_QF_Project (Dernier accès le 17/07/2015)
- Kizer KW (2002) The emerging imperative for health care quality improvement. *Acad Emerg Med* 9:1078–84
- Griffey RT, Bohan JS (2006) Healthcare provider complaints to the emergency department: a preliminary report on a new quality improvement instrument. *Qual Saf Health Care* 15:344–6
- Pham JC, Trueger NS, Hilton J, et al (2011) Interventions to improve patient-centered care during times of emergency department crowding. *Acad Emerg Med* 18:1289–94
- Reynard K, Brown R (2014) A clinical analysis of the emergency medicine workforce crisis. *Br J Hosp Med (Lond)* 75:612–6
- Sharp AL, Cobb EM, Dresden SM, et al (2014) Understanding the value of emergency care: a framework incorporating stakeholder perspectives. *J Emerg Med* 47:333–42
- McHugh M, Van Dyke K, McClelland, M, Moss D (2014) Agency for Health Care and Quality. <http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/ptflow/index.html> (Dernier accès le 17/07/2015)
- Francis RC, Spies CD, Kerner T (2008) Quality management and benchmarking in emergency medicine. *Curr Opin Anaesthesiol* 21:233–9
- Ettorch-Tardy A, Levif M, Michel P (2011) Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sante-publique-pratiques-et-organisation-des-soins/les-articles-de-la-revue/pratiques-et-organisation-des-soins-2011-n-1/benchmarking-amelioration-de-la-qualite-en-sante.php> (Dernier accès le 17/07/2015)
- von Eiff W (2015) International benchmarking and best practice management: in search of health care and hospital excellence. *Adv Health Care Manag* 17:223–52
- Buttigieg SC, Rathert C, D'Aunno TA, Savage GT (2015) International research in health care management: its need in the 21st century, methodological challenges, ethical issues, pitfalls, and practicalities. *Adv Health Care Manag* 17:3–22
- Brod M, Tesler LE, Christensen TL (2009) Qualitative research and content validity: developing best practices based on science and experience. *Qual Life Res* 18:1263–78
- Boutary M, Roux A (2006) Démarche qualitative, gage de synergies ? De la méthode des cas à la mise en place d'un outil de benchmarking. In : Bouzon A, Meyer V (eds) *La communication organisationnelle en question. Méthodes et méthodologies*. Editeur, L'Harmattan, Paris, pp 135–85
- Pham JC, Trueger NS, Hilton J, et al (2011) Interventions to improve patient-centered care during times of emergency department crowding. *Acad Emerg Med* 18:1289–94
- Geiderman JM, Marco CA, Moskop JC (2015) Ethics of ambulance diversion. *Am J Emerg Med* 33:822–7
- Otero C, Luna D, Marcelo A, et al (2015) Why Patient Centered Care Coordination Is Important in Developing Countries? Contribution of the IMIA Health Informatics for Development Working Group. *Yearb Med Inform* 10:30–3
- American College of Emergency Physicians (2008) EMTALA <http://www.acep.org/News-Media-top-banner/EMTALA/> (Dernier accès le 17/07/2015)
- Raven MC, Lowe RA, Maselli J, Hsia RY (2013) Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying “none-emergency” emergency department visits. *JAMA* 309:1145–53
- Emergency Medical Services Authorities (2015) EMS System Division http://www.emsa.ca.gov/EMS_Systems_Division (Dernier accès le 17/07/2015)
- Los Angeles Times (2011) Violence afflicts ER workers. <http://articles.latimes.com/2011/jul/31/local/la-me-hospital-violence-20110731> (Dernier accès le 17/07/2015)
- Wilson M, Cutler D (2014) Emergency department profits are likely to continue as the Affordable Care Act expands coverage. *Health Aff (Millwood)* 33:792–9
- Downey L, Zun LS, Burke T, Jefferson T (2014) Who pays? How reimbursement impacts the emergency department. *J Health Hum Serv Adm* 36:400–16