

# Évaluation d'un service d'urgence possédant une unité d'hospitalisation conventionnelle

## Evaluation of an Emergency Department Containing a Conventional Medical Ward

M. Andronikof · V. Roche · M.-S. Civadier · A. Lalmas · B. Rechatin · I. Chary

Reçu le 28 novembre 2014 ; accepté le 13 octobre 2015  
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

**Résumé Objectif :** La surcharge des services d'urgence est un phénomène mondial et multifactoriel. Nous avons évalué l'impact de la création d'une structure d'hospitalisation dédiée à l'aval des urgences au sein d'un service d'urgence. **Matériel et méthodes :** Une unité polyvalente d'hospitalisation (UPH) a été créée avec pour mission de prendre autant de patients que de besoins à partir de la zone d'accueil ou de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Une évaluation quantitative et qualitative du service après les cinq premières années de fonctionnement de cette nouvelle unité (2009 à 2013) ainsi que la comparaison avec la dernière année de fonctionnement sans UPH (2007) ont été effectuées. Le critère principal de jugement était la durée moyenne de séjour (DMS) en UHCD. Les critères secondaires étaient les délais entre l'inscription et la prise de décision médicale d'orientation (sortie, hospitalisation ou transfert) et le taux de transfert. L'analyse des plaintes et remerciements et un questionnaire des personnels ont servi pour l'évaluation qualitative. **Résultats :** DMS à l'UHCD : 1,3 jour avant ouverture de l'UPH, 0,6 jours après ouverture. Délai médian (interquartiles) pour prise de décision : 159 (90-252) min avant UPH, 140 (77-225) min avec UPH ( $p < 0,0001$ ). Taux de transfert 8 % avant, 4 % après ( $p < 0,01$ ). La majorité des médecins et paramédicaux interrogés recommanderait une UPH pour les autres services d'urgence.

**Conclusion :** La création d'une unité d'hospitalisation polyvalente dédiée a permis d'améliorer la fluidité des prises en charge et la qualité de travail ressentie.

**Mots clés** UPH · Fluidité · Urgences · Organisation · Indicateurs de qualité · Évaluation

**Abstract Aims:** Emergency department (ED) overcrowding is a worldwide disease with multiple causes. We sought to determine whether enhancing boarding capacity would lower ED congestion.

**Procedure:** We created in the ED our own hospitalisation ward (HW), in addition to our observational unit (OU), that would admit as much patients as necessary after their ED evaluation. We studied the first five years (2009 through 2013) of function of our ED with its new unit and made comparison with the last year without it (2007). The main judgement criteria was the mean time spent in the OU, secondary criteria were based on the time elapsed before the ultimate medical decision was taken in the ED (patient non-admitted, admitted or transferred). Written complaints or compliments, and a questionnaire to the ED staff were analysed for qualitative evaluation.

**Results:** Before implementation of the HW mean time in the OU was: 1.3 days, after intervention: 0.6 days. Median (interquartile) medical decision time was 159 (90-252) min before and 140 (77-225) min after creation of the HW ( $p < 0.0001$ ). Annual relocating rate of patients was 8% before, 4% after intervention ( $p < 0.01$ ). The majority of the ED staff would recommend an HW for other EDs.

**Conclusion:** Creation of an HW in our ED enhanced the trans-ED flow of patients and improved the perceived quality of work.

**Keywords** Emergency department · Organisation · ED flow · Medical ward · Evaluation

---

M. Andronikof (✉) · V. Roche · A. Lalmas · B. Rechatin · I. Chary  
Service des urgences adultes, HUPS, hôpital Antoine Béclère,  
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,  
157 rue de la Porte de Trivaux,  
F-92140 Clamart, France  
e-mail : marc.andronikof@abc.aphp.fr

M.-S. Civadier  
Département d'information médicale,  
hôpitaux universitaires Paris-sud, hôpital Antoine Béclère,  
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,  
157 rue de la Porte de Trivaux,  
F-92140 Clamart, France

## Introduction

La saturation des services d'urgence est un phénomène mondial qui met en difficulté les systèmes de soin de tous les pays depuis de nombreuses années [1-5]. Ce problème est systémique, conséquence de multiples causes. Une des explications, longtemps dominante, pointait les consultants qui venaient pour des affections qui auraient pu être traitées ailleurs. Cette idée qui rejetait une grande part de responsabilité sur les patients eux-mêmes, bloquait ou freinait la recherche de solutions systémiques [6]. Or, d'une part, les consultants triés comme peu graves n'influent pas sur le temps d'attente général, d'autre part, certains d'entre eux nécessiteront finalement une hospitalisation après évaluation [7,8]. Des publications concordantes ont montré que la cause principale de la saturation aux urgences provenait du goulot d'étranglement constitué à la sortie pour les patients devant être hospitalisés à l'issue de leur consultation [2,3,9-12]. Les places en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), où les procédures diagnostiques, thérapeutiques et de surveillance peuvent être poursuivies pendant quelques heures, doivent elles-mêmes être libérées régulièrement sur le nyctémère pour accueillir de nouveaux patients [13]. À défaut, les patients s'accumulent, ce qui détériore l'ergonomie générale et augmente non seulement le temps de passage mais aussi la charge de travail du personnel médical et paramédical, les erreurs et les événements indésirables [14-20]. Plusieurs solutions ont été proposées pour résoudre l'engorgement des patients nécessitant une hospitalisation (en supposant que les services en aval des urgences sont au maximum de leurs capacités d'accueil) [6,21]. A) Hospitalisation en surnombre dans les services de la spécialité adéquate [21]. Cette solution qui paraît très logique, n'est en général pas retenue, elle n'est même pas mentionnée dans des propositions françaises récentes [12] ; B) hospitalisation dans les services où il y a des places, indépendamment des besoins du malade [21]. C'est la solution qui a la faveur de l'administration qui pense ainsi optimiser ses coûts en maximisant le taux d'occupation des services. Elle pose la question cruciale de la responsabilité médicale de ces patients [22] ; C) délestage. Cette solution ne répond pas à la problématique du flux sortant de patients à hospitaliser. Les États-Unis d'Amérique, qui ont largement utilisé le délestage pour essayer d'aider les services d'urgence, prennent conscience de sa mauvaise efficacité, certains États pionniers allant jusqu'à l'interdire [23-26] ; D) le transfert à partir des urgences dans un autre hôpital qui disposerait de places. Ces transferts sont difficiles à mettre en œuvre pour les spécialités déjà saturées ou pour des patients complexes. La perte d'activité induite par les transferts est un autre facteur limitant. Pour lutter contre la surcharge des patients aux urgences nous avons choisi de créer une unité polyvalente d'hospitalisation (UPH) au sein du service. Nous présentons ici l'évaluation quantitative et qualitative des cinq premières années de fon-

ctionnement d'un service d'urgences comportant une UPH en sus des unités traditionnelles d'accueil et d'UHCD.

## Méthode

Notre hôpital universitaire fait partie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), il dessert un bassin de population d'environ 450 000 personnes de la banlieue sud de Paris. Il comporte 400 lits adultes, pédiatriques et de maternité. Le département où il est situé est celui où l'espérance de vie à la naissance et le pourcentage de résidents âgés de plus de 75 ans sont les plus élevés de toute la France [27,28]. Notre service d'urgences reçoit 18 % de personnes de 75 ans et plus, pour une moyenne nationale de 12 % [29]. Le maillage des médecins libéraux dans le département est important et plusieurs autres établissements de santé concourent à la prise en charge des patients. Les règles suivantes d'hospitalisation à partir des urgences ont été déterminées en 2003 : 1) aucun malade médical ne doit être hospitalisé dans une unité de chirurgie ; 2) aucun malade relevant clairement d'une spécialité ne doit être hospitalisé dans une autre ; 3) en cas d'ambiguïté, le consensus d'orientation sera recherché avec les collègues concernés, si un consensus n'est pas trouvé, ou si l'orientation adéquate reste incertaine, le malade sera gardé aux urgences autant que nécessaire ; 4) aucun lit réservé pour un malade dans une spécialité ne sera occupé par un malade provenant des urgences, sauf accord du responsable du service concerné ou décision d'une cellule de crise convoquée lors de situations exceptionnelles ; 5) les mutations dans les services se feront préférentiellement dans la journée et non la nuit ; 6) aucun malade hospitalisé ne sera suivi par un médecin des urgences au-delà du service d'urgence ; 7) en cas d'erreur manifeste d'orientation apparue à l'arrivée dans un service, le malade pourra immédiatement revenir aux urgences ; 8) l'UHCD doit être en mesure en permanence d'absorber tous les patients de la zone d'accueil qui en ont besoin ; 9) la durée de séjour en UHCD doit rester inférieure à 24 heures. Pour résoudre l'incompatibilité d'une durée de séjour courte à l'UHCD avec la possibilité de maintenir autant que nécessaire les patients aux urgences, l'UPH a été créée, répondant aux règles suivantes : 1) tout patient qui nécessite une hospitalisation pour laquelle une place d'hospitalisation au-delà de l'UHCD n'aurait pas été trouvée en moins de 24 heures, sera hospitalisé à l'UPH ; 2) aucun malade ne restera hospitalisé dans les couloirs des urgences ; 3) une fois que la décision d'hospitalisation en UPH est prise, la mutation se fait sans autre filtre ; 4) le personnel médical et paramédical est affecté par rotation dans les différentes unités. Dans ce système, c'est l'UPH qui est extensible et sert de zone compliant pour l'hospitalisation et non pas la zone d'accueil des urgences, ni l'UHCD.

L'UPH a ouvert en juillet 2008. Elle comportait 14 chambres dans le prolongement de l'UHCD. L'UHCD comportait 11 places individuelles ouvertes sur un poste de surveillance central. Avant ouverture de l'UPH, le ratio de personnel pour le nombre de passages était inférieur à la moyenne de l'AP-HP. Les personnels alloués pour l'UPH en plus des urgences ont été : 1 cadre de santé, 1 secrétaire médicale, 1 assistante sociale, 13 infirmiers, 12 aides-soignants, 1 praticien hospitalier. Le total des personnels des urgences devenait : 35 infirmiers, 32 aides-soignants, 3 cadres, 4 secrétaires, 2 assistantes sociales et 12 équivalents temps-pleins médicaux.

Le critère d'évaluation principal de notre étude était la durée moyenne de séjour (DMS) à l'UHCD. Les critères d'évaluation quantitatifs secondaires étaient :

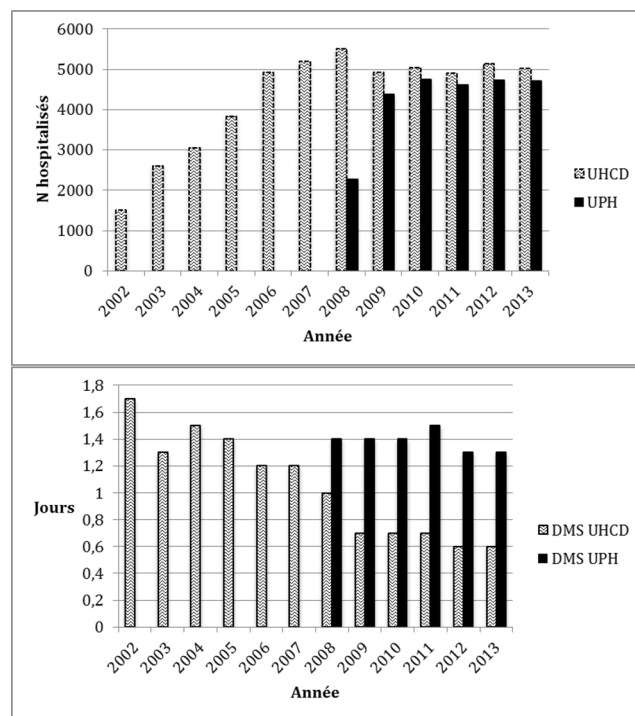
- la comparaison historique de la dernière année de fonctionnement sans UPH avec la première année pleine après ouverture de l'UPH pour : a) les délais de prise de décision médicale à l'accueil des urgences (pour une sortie, une admission dans l'hôpital ou un transfert dans un autre hôpital) ; b) le taux de transfert hors de l'hôpital à partir de l'accueil ou de l'UHCD ; et c) le compte d'exploitation ;
- la description des populations et des séjours hospitaliers de l'UHCD et de l'UPH. Les critères qualitatifs étaient : a) les courriers reçus de réclamation ou de félicitation ; b) la satisfaction des médecins et des paramédicaux du service qui avaient connu la période avant et après la création de l'UPH, évaluée par un questionnaire ; et c) les modifications apportées à la structure de l'hôpital pendant la même période.

Analyse statistique. Les données ont été obtenues à partir : du logiciel Urqual (Maincare solutions, filiale de STG group, Palo Alto, États-Unis) utilisé pour tous les patients des urgences, de la base PMSI de l'hôpital et des chiffres transmis pas la direction de l'AP-HP. Les données ont été exploitées sur tableur Excel (Microsoft corporation, Redmond, États-Unis) et sur l'application *BiostaTGV* (Université Paris VI, France). Les moyennes sont indiquées +/- l'écart-type, les médianes avec les interquartiles. Les comparaisons ont été effectuées en situations bilatérales pour les variables normales par le test du chi<sup>2</sup>, le test t de Student ou le test exact de Fisher et pour les variables non normales par le test de Mann-Whitney.

## Résultats

L'évaluation porte sur les cinq premières années pleines après l'ouverture, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2013 et sur la dernière année avant ouverture (2007). De 2009 à 2013, les urgences ont pris en charge 153 248 patients. Parmi ceux-ci, 53 028 ont été hospitalisés, soit un taux

d'hospitalisation de 34 %, stable sur la période considérée. À l'ouverture de l'UPH, la DMS de l'UHCD de 1,3 jour, a diminué immédiatement et s'est stabilisée à 0,6 jour. La Figure 1 indique l'évolution du nombre d'hospitalisations à l'UHCD et à l'UPH de 2002 à 2013 avec leurs DMS respectives. La DMS globale au sein de l'hôpital pour un patient ayant été hospitalisé à l'UPH était comparable à la moyenne nationale de même sévérité (index de performance =1). La comparaison du délai entre l'inscription aux urgences d'un consultant et la prise de décision médicale pour son orientation (sortie, hospitalisation à l'UHCD, hospitalisation dans une autre unité, transfert pour hospitalisation dans un autre hôpital), les taux de transferts, les taux de séjour de plus de 24 heures en UHCD et le compte d'exploitation, avant et après l'ouverture de l'UPH, sont indiqués dans le Tableau 1. La répartition des flux de malades durant les cinq années précédant l'ouverture de l'UPH (2003 à 2007) et les cinq années ayant suivi son ouverture (2009 à 2013), ainsi que la description et le devenir de la population hospitalisée à l'UHCD et à l'UPH de 2009 à 2013 sont donnés dans le Tableau 2. Sur 23 214 séjours à l'UPH, 6 655 (29 %) ont duré deux jours et plus, 30 séjours ont dépassé 16 jours. Pour maintenir fluide l'UHCD, l'UPH a été obligée de dépasser régulièrement sa capacité théorique. Une moyenne d'occupation annuelle d'environ 20 patients pour 14 lits a été



**Fig. 1** Nombre annuel de patients hospitalisés à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et à l'unité polyvalente d'hospitalisation des urgences (UPH) et durée moyenne de séjour (DMS) dans chaque unité entre 2002 et 2013

**Tableau 1** Médiane (interquartiles) du délai en minutes de prise de décision médicale à l'accueil, nombre de transferts hors de l'hôpital, taux de séjour de plus de 24 heures en UHCD et compte d'exploitation, la dernière année avant l'ouverture (2007) et la première année pleine après l'ouverture (2009) de l'UPH.

	<b>Avant UPH (N = 29492)</b>	<b>Après UPH (N = 30762)</b>	<b>p</b>
Délai de prise de décision médicale depuis l'inscription	159 (90-252)	140 (77-225)	<0,0001
Délai avant une prise de décision de sortie	138 (78-222)	129 (72-209)	<0,0001
Avant hospitalisation en UHCD	216 (140-308)	131 (69-217)	<0,0001
Avant décision de transfert	176 (102-277)	142 (81-231)	<0,0001
Avant décision d'admission, hors UHCD	203 (128-301)	197 (123-287)	<0,001
Transferts total	2217 (8 %)	1131 (4 %)	<0,001
Dont transferts de l'accueil	743 (3 %)	634 (2 %)	<0,01
Transferts de l'UHCD	1500 (5 %)	497 (2 %)	<0,001
Séjours en UHCD >24h	23 %	12 %	<0,001
Compte d'exploitation (euros)	+ 1 183 000	+ 3 551 000	
Recettes	12 034 589	16 473 716	
Dépenses	10 851 520	12 922 703	

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée ; UPH : unité polyvalente d'hospitalisation des urgences.

**Tableau 2** Comparaison de la répartition du flux des patients les cinq années précédant l'ouverture avec les cinq années suivant l'ouverture de l'unité polyvalente d'hospitalisation des urgences (UPH). Caractéristiques et devenir de la population à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et à l'UPH pendant les cinq premières années, de 2009 à 2013.

	<b>Période 2003-2007</b>	<b>Période 2009-2013</b>	<b>p</b>
Nombre de consultants	134 991	153 248	
Nombre d'admis total	36 125 (26)	53 028 (34)	<0,01
Admis directement dans les services, hors UHCD et UPH	10 513 (29)	12 129 (23)	<0,01
Admis en UHCD	19 792 (54)	25 020 (47)	<0,01
Admis à partir UHCD-hors UPH	5317 (15)	4245 (17)	<0,01
Admis en UPH	/	23 214 (44)	
Dont provenant de l'UHCD		5404	
Admis à partir UPH	/	6463 (28)	
Total des admissions dans les services à partir de toutes les unités des urgences	15 830 (12)	22 837 (15)	<0,01
		UHCD	UPH
Taux d'occupation		120 %	137 %
Âge moyen des patients (an)		54 ± 22	71 ± 21
Nombre de patients de 75 ans et plus		6 058 (24)	13 33 (57)
Nombre d'hommes		12493 (50)	9312 (40)
Nombre de femmes		12527 (50)	13902 (60)
Sortie domicile		12918 (52)	8224 (35)
Transferts hors de l'hôpital		2381 (9)	7926 (34)
Décès		79 (0,3)	601 (2,6)

Les données sont exprimées en effectifs totaux (pourcentages) ou moyennes +/- écart-type.

obtenue par doublement des chambres seules. Avec 601 décès cumulés sur cinq ans, l'UPH est l'unité de l'hôpital où surviennent le plus de décès (les plus proches étant la réanimation et l'unité de gériatrie aiguë avec respectivement

499 et 418 décès sur la même période). La médiane de durée d'hospitalisation pour un patient qui va décéder à l'UPH est d'un jour [extrêmes 0-22], 44 % des décès ont eu lieu en plus de 24 heures. Pour l'évaluation qualitative, les détails

**Tableau 3** Nombre de lettres de réclamations ou de félicitations reçues par le service d'urgence de 2009 à 2013 concernant la zone d'accueil ou l'unité polyvalente d'hospitalisation (UPH) et motif principal pour l'UPH (plusieurs motifs pouvaient être exprimés dans une même lettre).

Accueil UPH		
Lettres de réclamation	121	20, dont : Hôtellerie : 4 Non prévenu de transfert : 4 Transfert alors que maintien sur place préféré : 4 Diagnostic : 4 Attitude/communication : 4 Chute : 1
Lettres de félicitations	11	10, dont : Qualité fin de vie : 4

concernant les lettres reçues figurent dans le Tableau 3. Les gens ont significativement plus écrit pour féliciter de l'UPH que des autres unités du service : respectivement dix félicitations pour 20 lettres reçues contre 11/121 ( $p < 0,01$ ). La structure de l'hôpital s'est modifiée durant ces cinq années. L'établissement a fusionné en 2011 dans un centre hospitalier universitaire regroupant trois hôpitaux, notre site a perdu son service de pneumologie en 2012, le service de médecine a obtenu 25 lits supplémentaires pour l'aval des urgences en juin 2012, l'unité de gériatrie aiguë a obtenu 13 lits supplémentaires en novembre 2012. Tous les médecins ont répondu au questionnaire qualitatif : 11/11 ont jugé utile ou très utile la création de l'UPH et noté une amélioration de la qualité de prise en charge des patients. Tous les paramédicaux ayant connu la période d'avant l'UPH ont répondu (16/16). Quatorze ont senti une différence radicale entre la période qui a précédé et suivi la création de l'UPH et une nette majorité a ressenti une diminution du désordre dans le service depuis l'ouverture mais les autres réponses des paramédicaux traduisent des sentiments plus mitigés que les médecins. La synthèse des réponses apparaît dans le Tableau 4.

## Discussion

Nous avons montré que la création d'une UPH dans notre service d'urgence avait permis de diminuer de manière durable la DMS en UHCD, ce qui constituait notre critère d'évaluation principal. Notre service d'urgence, avec un taux d'hospitalisation de 34 %, nettement plus élevé que la moyenne française à 20 %, était particulièrement exposé à une saturation due à la difficulté de trouver un lit d'hos-

pitalisation [5,29]. Le taux d'hospitalisation élevé est expliqué par la population du bassin de vie et l'abondance de l'offre de soins dans l'environnement qui sélectionne pour l'hôpital public les patients les plus lourds. Entre 2007 et 2009, il n'y a eu aucune autre modification significative de structure dans l'hôpital, ni au sein du service, en dehors de la création de l'UPH, ce qui fait penser que les résultats obtenus peuvent être rapportés à l'ouverture de cette unité. Comme toute organisation originale, celle-ci devait s'appuyer sur une forte implication de ceux qui la promouvaient [30]. L'objectif principal qui était l'amélioration de la fluidité à l'UHCD, a été atteint. Les objectifs secondaires en découlaient. L'UPH nous donnant une disponibilité quotidienne et obligatoire de place, les séjours longs à l'UHCD, non valorisés par la tarification à l'activité, sont passés de 23 % à 12 % (pour une moyenne de 21 % à l'AP-HP), ce qui a concouru à une amélioration des recettes. La possibilité accrue d'hospitaliser a permis la diminution des transferts et l'augmentation du nombre de patients hospitalisés dans tout l'hôpital. L'amélioration très nette du délai de prise de décision médicale peut être expliquée par la disponibilité des places en UHCD mais aussi par la diminution de l'incertitude créée par la recherche d'une place d'hospitalisation dans ou hors de l'hôpital. L'impératif de dégager le médecin d'urgence de la contrainte de rechercher un lit a été ainsi atteint [5]. L'UPH a permis de donner aux urgentistes une certaine maîtrise de cet aval dont ils dépendent. Pour tous les patients qui y ont été hospitalisés (44 % des admis), l'UPH évitait de plus la délicate négociation qui s'engage habituellement entre le médecin des urgences et le médecin receveur. Entre équipes différentes, ces négociations et ce transfert de responsabilité ne sont pas sans malentendus, ni risques [31-33]. L'UPH permettait de gagner en temps, en sécurité et en sérénité en supprimant cette étape de transmission négociée. Les fins de vie et les décès sont une préoccupation montante des services d'urgences [34,35]. Nos chiffres montrent que la moitié des décès dans le service surviennent dans les premières 24 heures de prise en charge. L'UPH répondait à ce besoin d'un lieu d'hospitalisation d'accès rapide, à l'écart de l'agitation des urgences. Pour les patients en limitation de soin, l'UPH permettait de les placer dans un environnement plus calme que l'UHCD en se donnant les moyens de recueillir les renseignements nécessaires. L'heure de décès étant souvent imprévisible, (pour 267 patients, le décès est survenu après deux jours ou plus d'hospitalisation), l'UPH a permis de poursuivre la prise en charge le temps nécessaire en adaptant les thérapeutiques. Les familles ont apprécié cette possibilité. D'un point de vue économique, notre organisation a été avantageuse pour l'hôpital. La comparaison entre 2007 (dernière année avant l'UPH) et 2009 (première année pleine après ouverture) montre un gain net de deux millions d'euros obtenus par



**Tableau 4** Évaluation qualitative de la création de l'unité polyvalente d'hospitalisation des urgences (UPH). Synthèse des réponses au questionnaire des médecins et des paramédicaux qui avaient connu la période avant et après la création de l'UPH.

	Médecins (n=11)	Paramédicaux (n=16)
L'UPH a introduit une modification de la façon de travailler	Oui : 11	Oui : 14 Non : 1 (p<0,05)
Modification utile ou très utile	Oui : 11	Oui : 10 Non : 4 (p=0,06)
Travail à l'UPH	Difficile : 10 Facile : 1	/
Vous sentez-vous compétent pour travailler à l'UPH	Oui : 8 Peut-être : 3	/
Travailler à l'UPH influe sur les compétences ?	Oui, amélioration : 11	/
La création de l'UPH améliore la qualité de prise en charge ?	Oui : 11	Oui : 11 Non : 5 (p=0,07)
La durée de séjour à l'UHCD	/	A diminué : 8 Est restée identique : 5 A augmenté : 2
Modification des relations avec les correspondants ?	Amélioration : 11	/
Recommandation d'une telle unité pour les autres services d'urgence ?	Oui : 10 Non : 1	Oui : 10 Non : 4 (p=0,06)
Qualité de vie au travail	Améliorée : 6 Inchangée : 5	/
La création de l'UPH :	/	A diminué le désordre : 11 A inchangé le désordre : 3 A aggravé le désordre : 1 (p<0,01)
Réponses libres positives	Disparition des malades couloirs Amélioration globale de la fluidité Amélioration réflexion	Diminution des malades dans les couloirs Amélioration de la surveillance
Réponses libres négatives	Problème d'effectifs Manque de reconnaissance	Pas d'amélioration ou dégradation de la confidentialité Turn-over trop rapide à l'UHCD Utilisation UHCD comme unité de soins continus

/ : question non posée. UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

l'ouverture de l'UPH. Le service d'urgence, depuis la création de son UPH, est le service de son pôle qui dégage le plus de bénéfice. Il ne s'est pas agi d'un report d'activité ou de recettes à partir des autres services puisque au contraire le nombre de malades hospitalisés à partir des urgences a augmenté dans tout l'hôpital dont les capacités d'admission ont été accrues (créations de 38 lits en 2012 à recrutement quasi exclusif par les urgences entre la gériatrie et la médecine interne, dont les taux d'occupation sont restés à 100 %). La crainte que l'on aurait pu avoir que l'ouverture

de l'UPH déresponsabilise les autres spécialités de leur mission d'aval, ne s'est pas vérifiée. Une question centrale est de savoir si la prise en charge d'une telle structure doit dépendre des urgentistes. Dans notre expérience, c'est le partage par toute l'équipe des objectifs définis, qui a été essentiel pour le bon fonctionnement de l'unité. Malheureusement, notre organisation manque de visibilité et de lisibilité pour les tutelles et les spécialités qui ne sont pas à notre contact direct. L'AP-HP avait doté l'UPH du nombre suffisant de paramédicaux et la direction locale n'a pas hésité à

en augmenter transitoirement la quantité lorsque le taux d'occupation dépassait nettement les 100 %. Cependant, un seul poste médical avait été créé, sans interne. C'est notoirement insuffisant pour faire fonctionner une unité qui génère annuellement 7000 journées d'hospitalisation. Le complément médical a été pris sur la substance médicale des urgences. L'impossibilité de faire correspondre notre unité avec une case administrative ou médicale prédéfinie, a empêché toute formulation pour une dotation médicale complémentaire. L'enthousiasme des premières années s'érode donc sur l'absence de moyens médicaux alloués.

## Conclusion

Une unité polyvalente d'hospitalisation, acceptant autant de patients que de besoins, constitue une solution à l'exigence de fluidité des urgences. Elle permet une séparation des flux et une segmentation des prises en charge qui répondent aux besoins des patients et aux indicateurs de qualité.

**Remerciements** Nous remercions le Dr Christophe Vincent-Cassy qui nous a fourni les données de la base Urqual et le Dr Antoine Rachas pour son aide dans les calculs statistiques.

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

## Références

- American College of Emergency Physicians (1990) Hospital and emergency overcrowding. *Ann Emerg Med* 19:336
- Gallagher E, Lynn S (1990) The aetiology of medical gridlock: causes of emergency department overcrowding in New York city. *J Emerg Med* 8:785-90
- McCabe J (2001) Emergency department overcrowding: a national crisis. *Acad Med* 76:672-4
- Trzeciak S, Rivers E (2003) Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 20:402-5
- Braun F (2014) Le service des urgences est saturé ! *Ann Fr Med Urg* 4:73-4
- Moskop J, Sklar D, Geiderman J, et al (2009) Emergency department crowding, part 2-Barriers to reform and strategies to overcome them. *Ann Emerg Med* 53:612-17
- Schull MJ, Kiss A, Szalai JP (2007) The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med* 49:257-64
- Vertesi L (2004) Does the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? *CJEM* 6:337-42
- Schull M, Slaughter PM, Redelmeier DA (2002) Urban emergency department overcrowding: Defining the problem and eliminating misconceptions. *CJEM* 4:76-82
- Drummond AJ (2002) No room at the inn: overcrowding in Ontario EDs. *CJEM* 4:91-7
- Moskop J, Sklar D, Geiderman J, et al (2009) Emergency department crowding, part 1-concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med* 53:605-11
- Claret PG, Bobbia X, Richard P, et al (2014) Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. *Ann Fr Med Urg* 4:96-105
- Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, et al (2001) Recommandation de la SFMU concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. [http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/ref\\_uhcd.pdf](http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/ref_uhcd.pdf) (dernier accès le 17 novembre 2014)
- Schull M, Vermeulen M, Slaughter G, et al (2004) Emergency department overcrowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Ann Emerg Med* 44:577-85
- Sprivilis P, DaSilva J, Jacobs I, et al (2006) The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 184:208-12
- Richardson D (2006) Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 184:213-6
- Pines J, Hollander J (2008) Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med* 51:1-5
- Kulstad E, Sikka R, Sweis R, et al (2010) Emergency department overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med* 28:304-9
- Guttman A, Schull M, Vermeulen M, Stukel T (2011) Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 342:d2983
- Khare R, Powell E, Reinhardt G, Lucenti M (2009) Adding more beds to the Emergency Department or Reducing admitted patient boarding times: which has a more significant influence on emergency department congestion? *Ann Emerg Med* 53:575-85
- Potel G, Lauque D, Bouget J, et al (2005) L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions. [http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/Aval\\_SU\\_SFMU\\_mai\\_2005.pdf](http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf) (dernier accès le 17 novembre 2014)
- Demoly P, Decroix G (2013) Les hébergements dans les services hospitaliers, une pratique à risque. [https://www.macsfr.fr/file\\_publicationficsite/pj/ac/08/85/83/macsfr\\_resp52\\_-web3743269003357393214.pdf](https://www.macsfr.fr/file_publicationficsite/pj/ac/08/85/83/macsfr_resp52_-web3743269003357393214.pdf) (dernier accès le 17/11/2014)
- Olshaker J, Rathlev N (2006) Emergency department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department. *J Emerg Med* 30:351-6
- Kahn C, Stratton S, Anderson C (2014) Characteristics of hospitals diverting ambulances in a California EMS system. *Prehosp Disaster Med* 29:27-31
- O'Keefe S, Bibi S, Rubin-Smith JE, Feldman J (2014) "No diversion": a qualitative study of emergency medicine leaders in Boston, MA, and the effects of a statewide diversion ban policy. *Ann Emerg Med* 63:589-97
- Burke L, Joyce N, Biddinger P, et al (2013) The effect of an ambulance diversion ban on emergency department length of stay and ambulance turnaround time. *Ann Emerg Med* 61:303-11
- Espérance de vie en 2012, comparaisons départementales. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=99&ref\\_id=t\\_0503D](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0503D) (dernier accès le 24 novembre 2014)

28. Population selon le sexe et l'âge au 1<sup>e</sup> janvier 2013. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=20&ref\\_id=poptc02104](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=20&ref_id=poptc02104) (dernier accès le 24 novembre 2014)
29. Boisguérin B, Valdelièvre H (2014) Études et résultats <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf> (dernier accès le 11 novembre 2014)
30. Patel P, Combs M, Vinson D (2014) Reduction of admit wait times: the effect of a leadership-based program. *Acad Emerg Med* 21:266–73
31. Solet D, Norvell J, Frankel R (2005) Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patients handoffs. *Acad Med* 80:1094–9
32. Apker J, Mallak L, Gibson S (2007) Communicating in the “gray zone”: perception about emergency physician hospitalist handoffs and patient safety. *Acad Emerg Med* 14:884–94
33. Fischer M, Hemphill R, Rimler E, et al (2012) Patient communication during handovers between emergency medicine and internal medicine residents. *J Grad Med Educ* 4:533–7
34. Haegy JM, Andronikof M, Thiel MJ, et al (2003) Ethique et urgences-Recommandations de la SFMU. [http://www.sfm.org/documents/consensus/rbpc\\_ethique.pdf](http://www.sfm.org/documents/consensus/rbpc_ethique.pdf) (dernier accès le 24 novembre 2014)
35. Le Conte P, Riochet D, Batard E, et al (2010) Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med* 36:765–72