



HAL
open science

Mise en place d'une démarche qualité au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nancy

Eric Felten

► **To cite this version:**

Eric Felten. Mise en place d'une démarche qualité au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2001. hal-01733704

HAL Id: hal-01733704

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733704>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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



pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

par

Eric FELTEN

le 2 Mai 2001

**MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE QUALITE
AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU
CHU DE NANCY**

Examineurs de la thèse :

M. Lambert
M. Briançon
M. De Korwin
M. Bellou
M. Grandhaye

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en Médecine
Maître de Conférences

Président
Juges

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 184948 6



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

par

Eric FELTEN

le 2 Mai 2001

MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE QUALITE AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CHU DE NANCY

Examineurs de la thèse :

M. Lambert

Professeur

Président

M. Briançon

Professeur

Juges

M. De Korwin

Professeur

M. Bellou

Docteur en Médecine

M. Grandhaye

Maître de Conférences

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1er Cycle :

du 2ème Cycle :

du 3ème Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mme le Professeur Michèle KESSLER

Mr le Professeur Jacques POUREL

Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON - Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Etienne LEGAIT - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT - Pierre ARNOULD - Roger BENICHOUX - Marcel RIBON

Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY - François STREIFF - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Jean GROSDIDIER - Michel PIERSON - Jacques ROBERT

Gérard DEBRY - Georges GRIGNON - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Pierre BERNADAC - Jean FLOQUET

Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES

Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Daniel ANTHOINE - Pierre GAUCHER - René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ - Jacques LECLERE - Francine NABET - Jacques BORRELLY

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Michel RENARD - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Professeur Alain BERTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL - Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM

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

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

Professeur Pierre NABET - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE
Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LE FAOU

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

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

Professeur Philippe CANTON - Professeur Thierry MAY

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

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

Professeur Guy PETIET

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur Bernard LEGRAS - Professeur François KOHLER

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI -

Professeur Pierre LEDERLIN - Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS

2ème sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT - Professeur Nicolas DELORME - Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

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

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

2ème sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Henri HEPNER - Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

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

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie*)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3ème sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI - Professeur Pierre KAMINSKY

2ème sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

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

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Paul VERT - Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL
3ème sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)
Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Pierre DROUIN - Professeur Georges WERYHA

5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD

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

Professeur Michel STRICKER - Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteur RESTREPO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

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

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

Docteur Marie-André GELOT - Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Christian BEYAERT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Mickaël KRAMER

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur Jean-Claude HUMBERT - Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4ème sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

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

5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN .

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Michel MANCIAUX
Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Michel PIERSON - Professeur Alain GAUCHER
Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC
Professeur Michel WAYOFF - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur René-Jean ROYER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Anne GERARD

Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Michel MANCIAUX

Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Michel PIERSON - Professeur Alain GAUCHER

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC

Professeur Michel WAYOFF - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Claude HURIET

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur René-Jean ROYER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H. LAMBERT

Professeur de réanimation médicale

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Nous avons été particulièrement sensible à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Nous avons apprécié au cours de nos études la qualité de votre enseignement. Vos qualités humaines et votre extraordinaire disponibilité resteront toujours pour nous un exemple.

Nous vous prions de trouver ici l'expression la plus sincère de notre admiration et de nos remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur S. BRIANCON

Professeur d'épidémiologie, économie de la Santé et prévention.

Vous avez accepté avec amabilité de juger cette thèse.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements.

Que ce travail soit l'expression de notre admiration et de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur J. DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur A. BELLOU

Praticien Hospitalier au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nancy

Vous nous avez confié ce travail et guidé avec rigueur.

Sans votre aide ce travail n'aurait pu aboutir.

Votre très grande disponibilité, la chaleur de votre accueil et votre compréhension ont marqué notre formation.

Soyez assuré de notre dévouement sincère et de notre admiration

C'est un honneur et une grande joie de vous compter parmi nos juges.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur GRANDHAYE

Maître de Conférences à l'Ecole Nationale Supérieure en Génie des Systèmes Industriels

Nous sommes sensibles à l'honneur qu'il nous fait d'accepter
de juger notre travail.

Remerciements au Service d'Epidémiologie et d'Evaluation Clinique.

Remerciements à Monsieur VIRION pour sa précieuse
collaboration.

A mes parents,

Qu'ils soient remerciés pour tout l'amour et le soutien qu'ils m'ont témoigné.

A ma famille,

Avec toute ma tendresse.

A Philippe,

Pour son soutien et sa gentillesse exemplaire.

A David,

Pour m'avoir accordé sa confiance lors de mon premier remplacement.

A mes amis.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLES DES MATIERES

<u>ABREVIATIONS</u>	P21
<u>INTRODUCTION</u>	P22
<u>INTRODUCTION BIBLIOGRAPHIQUE</u>	P25
I.LA QUALITE EN GENERALE	P26
A.L'expérience en industrie	P26
B.L'exemple Japonais	P29
C.L'exemple Américain	P30
II.QUALITE ET ASSURANCE QUALITE EN SANTE	P33
A.Une obligation ancienne	P33
B.Les ordonnances de 1996	P34
C.L'accréditation	P34
1.Organisation générale	P35
2.En pratique pour les services des urgences	P35
3.Conclusion	P35
D.La qualité hospitalière	P35
III.PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE	P38
A.Définition	P38
B.Les indicateurs de qualité	P40
C.Les outils méthodologiques proposés pour la réalisation d'une démarche qualité	P43
D.L'amélioration continue de la qualité sous forme de processus	P51
IV.LES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES	P54
A.Les différents décrets concernant l'organisation des urgences	P54
B.Les nouvelles cartes des urgences	P55
C.Organisation d'un service d'urgence	P62
D.Les critères de qualité d'un service d'urgence	P63
E.Les techniques d'évaluation de la qualité des soins applicables aux urgences	P69
1.Les signaux d'alarme	P69
2.Les délais	P70
3.Le suivi d'examens types	P70
4.La revue systématique de dossiers	P70
5.Le suivi de traceurs	P71
6.La mesure de la satisfaction des patients	P71
F.Performance médicale et bonnes pratiques cliniques	P76
1.Les méthodes d'élaboration des recommandations	P77
1.1Les Conférences de Consensus	P77
1.2La méthode « Recommandations pour la Pratique Clinique »	P79
2.Comment utiliser des recommandations médicales et professionnelles.	P79

<u>OBJECTIFS</u>	P84
<u>MATERIELS ET METHODES</u>	P86
I. MATERIEL	P87
II. METHODES	P87
A. Organisation	P87
1. Composition du groupe projet	P87
2. Comité de pilotage	P88
3. Encadrement méthodologique	P88
4. Modalités de fonctionnement	P88
4.1. Planning de travail	P88
4.2. Organisation	P88
4.2.1. Phase de réflexion et mise en place du PAQ	P88
4.2.2. Fonctionnement	P89
B. Méthodologie des enquêtes d'évaluation	P91
1. Analyse des lettres de plaintes	P91
2. Enquêtes de satisfaction	P91
3. Enquête d'observation événementielle	P91
C. Propositions des actions d'amélioration	P93
D. Mesure de l'impact de la démarche Qualité au SAU	P93
E. Méthodes statistiques	P93
1. Etude descriptive	P93
1.1. Etude descriptive de la population générale en 1997.	
1.2. Etude des populations étudiées en 1997 à chaque phase du processus (phase 1, phase 2, phase 1+2) par rapport à la population générale.	
1.3. Mesure du degré de satisfaction en 1997.	
1.4. Etude descriptive du processus de prise en charge en 1997.	
1.5. Etude descriptive des délais de 1997.	
2. Etude analytique	P93
2.1. Etude de la relation acteurs/usagers	
2.1.1. Comparaison de l'enquête satisfaction 1997 et 1999	
2.1.2. Comparaison 1997/1999	
2.1.3. Etude des commentaires libres et comparaison 97/99	
2.1.4. Comparaison de l'enquête observationnelle avec l'enquête satisfaction de 1997	
2.2. Etude des délais	P94
2.2.1. Les délais choisis	
2.2.2. Les critères de comparaison et les tests statistiques utilisés	
2.2.3. Comparaison des résultats obtenus en 1997/1999	
2.2.4. Comparaison en fonction des différentes spécialités	

<u>RESULTATS</u>	P96
ETAPE 1 : Bilan de l'existant et identification des dysfonctionnements	P97
I. Présentation du SAU de l'Hôpital Central de Nancy	P97
II. Bilan de l'existant en 1997	P101
A. Etude du processus actuel et de ses segments	P101
1. Arrivée et premier contact	P101
2. Phase de prise en charge	P101
3. Phase d'orientation	P101
4. Segmentation temporelle du processus	P102
B. Identification des acteurs du SAU en 1997	P105
1. Personnel exerçant leur activité professionnel au SAU	P105
2. Acteurs intervenant directement au SAU	P105
2.1. Médecin	P105
2.2. Chirurgiens	P105
3. Acteurs sollicités par le SAU	P106
C. Missions et tâches des différents acteurs du SAU en 1997	P106
1. Tâches du personnel médical	P106
1.1. Le praticien hospitalier	P106
1.2. Le résident	P106
1.3. L'interne de chirurgie	P107
1.4. L'étudiant hospitalier	P107
2. Tâches du personnel paramédical	P107
2.1. L'infirmière d'Orientation et d'Accueil	P107
2.2. Les infirmières	P108
2.3. Les aides soignants	P108
2.4. Les agents de service	P108
2.5. Le répartiteur	P108
2.6. Les aides soignants brancardiers	P109
2.7. Les chauffeurs ambulanciers	P109
3. Tâches du personnel administratif	P109
3.1. La secrétaire	P109
3.2. L'agent administratif	P110
3.3. L'assistante sociale	P110
III. Etude descriptive de l'enquête réalisée en 1997	P111
A. Description des populations étudiées en 1997	P111
1. Description de la population générale	P111
2. Description de la population de la phase 1	P111
3. Description de la population de la phase 1+2	P111
B. Résultats de l'enquête satisfaction de 1997	P115
C. Etude des différents segments de prise en charge	P115
1. PHASE 1 : Suivi des patients à l'arrivée	P115
1.1. Les conditions d'arrivée	P115
1.2. Qualité de l'accueil	P116
1.3. La communication	P116

2. PHASE 2 : Phase de prise en charge	P118
2.1. Conditions de prise en charge	P118
2.2. L'accueil et la relation	P118
2.3. Prise en charge	P118
2.3.1. La biologie	P118
2.3.2. La radiologie	P119
2.3.3. Consultations spécialisées	P119
2.4. Orientation finale	P119
3. Etude des commentaires libres	P126
4. Comparaison de l'enquête observationnelle 97 avec l'enquête satisfaction 97	P128
5. Etude descriptive des délais	P130
5.1. Les délais calculés	P130
5.2. Etude des trois principaux délais de prise en charge	P132
5.2.1. Délai d'attente (DAP)	P132
5.2.2. Délai de prise en charge (DPC)	P133
5.2.3. Temps de séjour global au SAU (DAS)	P134
ETAPE 2 : Choix des actions d'amélioration et rédaction des procédures	P139
I. Choix des actions d'amélioration	P139
1. Caractérisation des points critiques à chaque segment du processus	P139
1.1 Accueil à la phase d'arrivée et de premier contact	P139
1.2 Accueil à la phase de prise en charge et d'orientation	P139
1.3 Attente	P140
1.4 Communication	P140
1.5 Biologie	P140
1.6 Radiologie	P141
1.7 Avis spécialisés	P141
1.8 Environnement structurel	P141
1.9 Environnement humain	P142
2. Choix des priorités d'action	P142
2.1 Action n°1	P142
2.2 Action n°2	P143
2.3 Action n°3	P143
2.4 Action n°4	P144
3. Choix des indicateurs de mesure de l'impact des actions	P144
3.1 Mesure des délais de prise en charge	P144
3.1.1. Les temps globaux à suivre	P144
3.1.2. Temps concernant la biologie	P145
3.1.3. Temps concernant la radiologie	P145
3.1.4. Temps concernant les consultations spécialisées au SAU	P145
3.1.5. Temps concernant les consultations spécialisées hors SAU	P145
3.2 Mesure du degré de satisfaction des usagers	P146
II. Rédaction des procédures	P147
1. Optimisation des délais de prise en charge du patient	P147
2. Amélioration de l'accueil et de l'information du patient	P147
3. Amélioration de la coordination entre les acteurs du SAU	P147

ETAPE 3 : Impact du PAQ sur la qualité	P148
I. Impacts structurelles, humains et organisationnelles	P148
A. Premiers résultats	P148
B. Impacts humain	P148
C. Impact organisationnel	P149
II. Evaluation en 1999	P150
A. Amélioration de la relation	P150
1. Comparaison du degré de satisfaction	P150
2. Comparaison de la relation patients/soignants	P150
3. Etude des commentaires libres 97/99	P151
B. Comparaison des délais 1997/1999	P154
<u>DISCUSSION</u>	P158
<u>CONCLUSION</u>	P170
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	P173
<u>ANNEXES</u>	P185

ABREVIATIONS

- AFAQ : Association pour l'Assurance de la Qualité
- AFNOR : Association Française de Normalisation
- ANAES : Agence Nationale d'Evaluation en Santé
- ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
- AMDEC : Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité
- ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
- AS : Aide Soignant(e)
- ASH : Agent des Services Hospitaliers
- CAPS : centre d'Accueil et de permanence des soins
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIQ : Coût d'Investissement dans la Qualité
- CME : Comité Médical d'Etablissement
- CNQ : Coût de la Non-Qualité
- COQ : Coût d'Obtention de la Qualité
- EDS : Enquête de Satisfaction
- IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
- ISO : International Organisation for Standardization
- JCAHO : The Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organization
- 5M : Matière, Main d'œuvre, Matériel, Méthode, Milieu
- OMS : organisation Mondiale de la Santé
- PAQ : Programme d'Assurance Qualité
- PDCA : Prévoir, Développer, Contrôler, Améliorer
- POSU : Pôle Spécialisé d'Accueil et de traitement des urgences
- QOQCP : Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?
- RPC : Recommandations Pour la Pratique Clinique
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation
- SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- SU : Service d'Urgence
- UFATT : Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes
- UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

INTRODUCTION

« J'ai été très bien soigné et l'accueil a été excellent... Je tenais à vous le dire car on se plaint souvent des urgences. »

Cette petite phrase assassine, je l'ai entendue plusieurs fois dans la bouche du personnel hospitalier qui, par la force des choses, devait se faire traiter au SU et s'en trouvait satisfait à son grand étonnement.

Quel est le motif majeur de ce mécontentement ?

Il s'agit incontestablement de l'attente, du moins celle que subissent les patients ambulants. Les patients hospitalisés, étant pris en charge d'autant plus rapidement que leur état est sérieux, savent qu'ils doivent rester et que leur attente correspond le plus souvent à la libération d'un lit dans le secteur hospitalier susceptible de les accueillir. Leur état d'esprit est tout à fait différent de celui de l'accidenté qui attend sa radiographie et suppose que des soins appropriés vont suivre dans des délais qu'il estime raisonnable.

Cette attente peut paraître terriblement longue pour des raisons subjectives et objectives. Les membres du personnel, par exemple, considèrent qu'ils sont prioritaires parce qu'ils doivent retourner travailler (ou désirent rentrer chez eux sans tarder...). De plus, il n'est pas rare qu'ils exigent de voir un médecin ou un spécialiste qu'ils connaissent en particulier. Les patients « ordinaires » paraissent plus compréhensifs bien que deux critères majeurs d'insatisfaction apparaissent : le manque de personnalisation des soins, l'attente et le manque de qualité de transmission de l'information.

Pour les services d'accueil des urgences, la qualité concerne les patients et l'entourage proche mais également les partenaires du SU : les médecins libéraux, les ambulanciers privés, les sapeurs pompiers, les institutions, les services hospitaliers, les tutelles. La qualité n'est pas limitée aux soins, elle intéresse aussi le domaine organisationnel. Les procédures légales concernant l'organisation générale d'un SU sont souvent bien décrites. Les travaux publiés dans la littérature viennent surtout des Etats Unis où la Médecine d'Urgence est reconnue comme une spécialité depuis plus de 20 ans. La Joint Commission (instance d'accréditation aux USA) évalue l'hôpital et les services hospitaliers très rigoureusement selon des critères préétablis et n'épargne pas les SU américains. Ceci explique l'avance qui a été pris en matière d'assurance qualité. En France, nous commençons depuis ces 5 dernières années à faire de l'évaluation dans les SU. Le rapport Steg (?) avait permis de faire un état des lieux représentatif de la sous dotation en personnel médical et paramédical des SU français. Depuis ces deux dernières années avec la mise en place de l'Agence Régionale d'Hospitalisation et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) on observe une accélération des processus d'évaluation de la qualité.



Le SU du CHU de Nancy a mis en place une démarche qualité depuis 1996 à la suite d'un PAQ (Programme d'Assurance Qualité) soutenu, à l'époque, par l'ANDEM et la Direction des Hôpitaux.

Dans cette thèse, basée sur le PAQ, nous allons dans un premier temps définir la qualité en générale puis la qualité et l'assurance qualité en santé.

Dans une seconde partie nous définirons la notion de programme d'assurance qualité.

Un chapitre sera ensuite consacré aux services d'accueil des urgences en général avec les différents décrets les concernant, leur répartition géographique et leur fonctionnement.

Enfin nous étudierons le Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nancy en rapportant les résultats du PAQ.

INTRODUCTION BIBLIOGRAPHIQUE

I. La Qualité en générale

A. L'expérience en industrie

Depuis une vingtaine d'années, l'environnement économique et concurrentiel des entreprises ont changé. L'offre, devenue supérieure à la demande, et l'exigence accrue des consommateurs sur la performance des produits ont modifié leur fonctionnement. La gestion de la qualité est devenue essentielle pour la survie des entreprises alors qu'auparavant l'objectif principal était de gagner des parts de marché.

En 1998, la qualité est une contrainte de survie : le marché des biens de consommation étant saturé, le consommateur choisit le produit le mieux adapté à son besoin. Pour rester compétitive, l'entreprise doit reconnaître les exigences de la demande et s'y adapter. Pour rester sur le marché, elle doit tenir compte des besoins du consommateur et y répondre. La qualité est donc un facteur décisif du succès durable de l'entreprise.

Les industriels ont constaté que la vente de produits de qualité procurait un plus grand retour sur investissement et permettait d'accroître leurs parts de marché. L'analyse de l'amélioration de qualité a montré (Harrigton):

+qu'il n'est pas plus coûteux et qu'il est même plus économique de concevoir et de fabriquer des produits de bonne qualité.

+que la résolution des problèmes de qualité permet de réduire ceux afférents aux coûts et aux délais de production.

La définition de la qualité couramment utilisée dans ces secteurs d'activités est celle de l'ISO (International Organisation for Standardization). Pour cet organisme international chargé de la standardisation du vocabulaire et des méthodes relatives à la qualité, la qualité est : **«L'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ».**

La nécessité d'un **contrôle de la qualité** (vérification a posteriori que les produits sont conformes à des exigences de qualité) est né du développement du modèle « fordiste » dans l'industrie : dans un système de production artisanal (celui des ouvriers de métiers), la qualité de la production est directement et individuellement assurée par le producteur. Dans l'entreprise « fordiste », la taylorisation des tâches (c'est à dire la parcellisation, l'uniformisation des gestes, la perte de tout contrôle sur le processus global de production) rend dès lors nécessaire la formalisation d'un contrôle de qualité.

A partir des années 50 le **contrôle de qualité** devient un outil de gestion enseigné aux USA (49). C'est l'ère de la « qualité commerciale » où les produits doivent atteindre le « niveau de qualité acceptable » (rapport entre les coûts liés à la perfection du produit et les prix acceptables par le marché).

Au début des années 70 une nouvelle donnée commence à être prise en compte : **le coût de la non-qualité**. Le « niveau de qualité acceptable » ne suffit plus face à une pression consumériste croissante et à une situation de plus en plus concurrentielle ; et l'absence de « perfection » a un coût : la perte de marché. De plus, les entreprises se rendent compte que les contrôles en fin de production, s'ils garantissent la qualité des produits vendus, n'améliorent pas la qualité de leur fabrication. Il apparaît plus économique de multiplier les contrôles en cours de production, y compris la production par les sous-traitants. En effet, les produits devenant de plus en plus complexes, les entreprises deviennent dépendantes de la qualité de leur réseau de sous-traitance. On parle alors **d'assurance de la qualité**.

Selon la définition normalisée de l'ISO, l'assurance de la qualité représente : « **L'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou un service satisfera aux exigences données relatives à la qualité** ». Elle consiste donc en la mise en place d'un système d'obtention de la qualité auquel est associé un système assurant que la qualité est maintenue et que les écarts sont traités.

La mise en place de ces systèmes de maîtrise de la qualité a conduit les entreprises à la création de véritables « services qualité » spécialisés. En France, c'est l'AFAQ (Association pour l'Assurance de la Qualité), organisme indépendant créé en 1988, qui réalise les audits des systèmes d'assurance de la qualité des entreprises.

L'AFAQ utilise comme référentiel pour la réalisation de ces audits, des normes internationales de délivrance d'un label : la certification, qui permet la reconnaissance formelle des moyens mis en œuvre par l'entreprise pour assurer la qualité de ses produits. Ces nouvelles techniques de gestion ont pour objectif **l'amélioration continue de la qualité**. Cette dernière approche devrait conduire l'entreprise à intégrer la « qualité » dans son mode de gestion, le résultat escompté étant la mobilisation permanente du personnel autour d'un objectif partagé d'amélioration de la qualité.

L'AFNOR (Association Française de NORmalisation) (2) propose une définition des différentes démarches qualité pouvant être utilisées :

+ **La démarche qualité** : elle a pour objet, à partir de la définition d'une politique et d'objectifs, de gérer et d'assurer le développement de la qualité en s'appuyant sur la mise en place d'un système « qualité » et en utilisant divers outils propres afin d'atteindre les objectifs initialement fixés.

+ **Le contrôle qualité** : il est caractérisé par des activités dont les principales fonctions sont de mesurer, d'examiner, de tester ou de passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité et ainsi de comparer les résultats aux exigences spécifiés en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune de ces caractéristiques.

+ **L'Assurance de la qualité** : c'est l'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences relatives à la qualité.

+ **L'amélioration continue de la qualité** : cette méthodologie développée par Deming et Juran (73) repose sur l'idée que la qualité peut être de manière continue améliorée en utilisant des techniques fiables pour étudier et perfectionner un processus. Cette approche s'oppose à l'idée traditionnelle que la meilleure performance est obtenue par l'inspection et l'élimination des problèmes.

+ **Le Management total par la qualité** : c'est un mode de management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et à des avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société (AFNOR -ISO 8402-1994).

Aujourd'hui, l'environnement opérationnel des entreprises, en France comme à l'étranger, est de plus en plus difficile. Pour assurer leur survie dans un monde qui ne cesse d'évoluer, elles adoptent des stratégies diverses mais toutes guidées par un même mot d'ordre : « La qualité d'abord ». Certaines de ces stratégies privilégient la recherche de l'innovation technique, d'autres une restructuration en profondeur du mode d'organisation, d'autres encore la suppression des activités non rentables. Les unités de travail connaissent elles aussi de profonds bouleversements : de nouvelles méthodes apparaissent, comme la production intégrée

par ordinateur (Computer Integrated Manufacturing) ou la bureautique, et les chaînes de fabrication sont constamment réorganisées et réagencées. Le rôle des chefs de service, des contremaîtres, des animateurs et des divers personnels d'encadrement prend une importance croissante. La satisfaction du consommateur et le maintien des parts de marché nécessitent un effort permanent de l'entreprise. La qualité ne découle plus de la performance de l'entreprise, elle en devient le principal moteur. La démarche qualité qui est une nécessité dans l'industrie s'applique également à d'autres secteurs de l'économie comme celui de la santé.

B. L'exemple Japonais

C'est du Japon qu'a soufflé le vent dominant de la qualité. L'introduction du concept de qualité participera à la reconstruction industrielle japonaise après la guerre de Corée. Mais elle ne se limitera pas à une copie du contrôle de qualité nord-américain.

En effet, au Japon, la qualité rencontrera un terrain fertile celui du « Zen » (17). L'un de ces aspects intéressant est celui de la faute (ou de l'erreur) comme source d'enrichissement. Le but de l'individu est d'atteindre la perfection, chaque défaut, chaque faute est donc l'occasion pour lui d'en chercher la cause, de s'amender en la supprimant ; chaque faiblesse est donc une occasion de devenir meilleur, et cette approche est répandue dans tout le monde bouddhiste (cf Mao Ze Dong parlant de la longue marche : « d'échec en échec jusqu'à la victoire finale »).

Cette notion reproduite au sein de l'entreprise, va déboucher sur une nouvelle ère de la qualité industrielle : l'ère de la **qualité totale**.

L'approche Japonaise actuelle de la qualité est très bien décrite par Hosotani (70). Pour cet auteur, « jamais le besoin de responsables compétents à la tête des unités de travail n'a été aussi pressant ». A ces yeux, un responsable compétent est une « personne capable d'exposer clairement un problème et d'y apporter une solution ». Son approche consiste donc à « résoudre les problèmes par la qualité ». Cela signifie élaborer des solutions selon une démarche rationnelle, scientifique, efficiente et efficace. Pour atteindre cet objectif, il propose une démarche pour apprendre à formuler les problèmes, pour acquérir un état d'esprit qualité, pour résoudre un problème grâce à une technique en sept étapes :

- + **Etape 1** : choisir un problème.
- + **Etape 2** : comprendre la situation et fixer des objectifs.
- + **Etape 3** : planifier les activités.
- + **Etape 4** : analyser les causes.
- + **Etape 5** : étudier et mettre en œuvre les solutions.

+ **Etape 6** : vérifier les résultats.

+ **Etape 7** : définir et établir des indicateurs de contrôle.

L'ouvrage d'Hosotani apporte un éclairage nouveau, complet et abondamment illustré sur la résolution de problème en entreprise et la mise en place de processus rigoureux de recherche de solution. L'état d'esprit « Qualité » avec lequel il aborde les problèmes y est fondamental. Il inscrit la résolution de problème au cœur d'une démarche de « Qualité Totale ». Pour lui, l'environnement opérationnel des entreprises, dans leur pays comme à l'étranger, est de plus en plus difficile. Pour assurer leur survie dans un monde qui ne cesse d'évoluer, elles adoptent des stratégies diverses mais toutes guidées par un même mot d'ordre : « La qualité d'abord ». Certaines de ces stratégies privilégient la recherche de l'innovation technique, d'autres une réorganisation profonde du mode d'organisation, d'autres encore la suppression des activités non rentables.

C. L'exemple Américain

Les Etats-Unis ont été les premiers à mettre en place des systèmes d'assurance qualité dans les années 50 avec l'apparition du concept de COQ (coût d'obtention de la qualité) (57, 73). Dans une entreprise qui ferait spontanément une utilisation optimale ou tout au moins rationnelle de ses ressources, le coût de base d'un produit ou d'un service comprend toutes les dépenses nécessaires à son élaboration. Le COQ est la somme des dépenses supplémentaires engagées dans les entreprises pour corriger et prévenir des dysfonctionnements : c'est le coût de l'imperfection et de la prévention.

Les éléments du COQ se répartissent en trois composantes d'après Juran :

- + les coûts de prévention qui ont pour objet d'éviter une défaillance.
- + les coûts d'évaluation et de conformité (mise en place des activités de vérification en cours de production ou avant livraison).
- + le coût de la non-qualité qui correspond aux coûts des défaillances et de leurs corrections.

Les deux premiers coûts constituent le coût d'investissement dans la qualité (CIQ) et le troisième le coût de la non-qualité (CNQ).

Le CIQ mesure la mise en œuvre de méthodes de prévention et de conformité. Le CNQ mesure les conséquences de la non-qualité. Le CNQ, dû à une mauvaise organisation de production, peut atteindre le consommateur (le patient). Le CNQ peut résulter d'erreurs au cours du processus de soins (erreurs internes) avant que le patient ne les reçoive, ou être

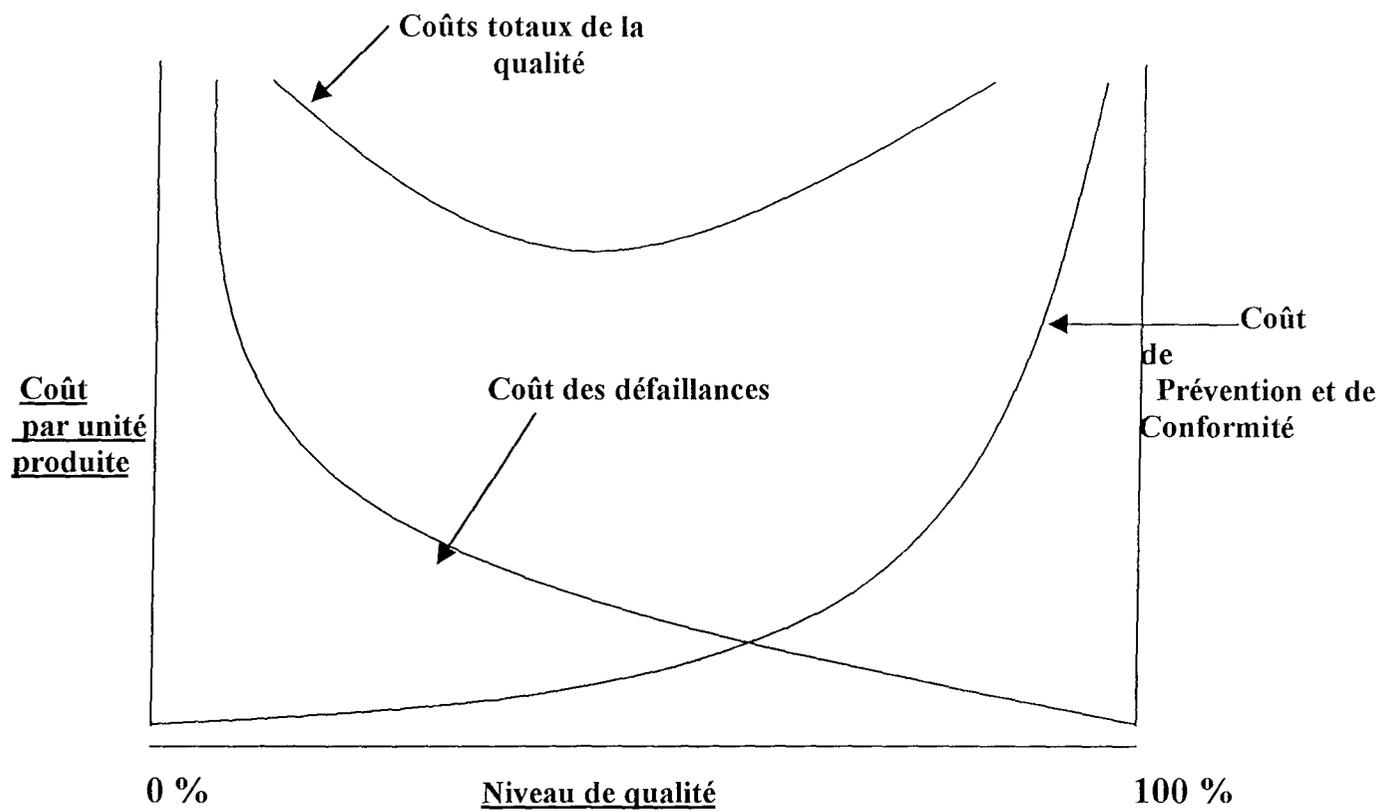
directement subis par le patient (erreurs externes). Les erreurs internes au cours du processus peuvent être parfois perçus par les patients, comme, par exemple, les retards dans les examens diagnostiques.

Des auteurs (Gibson, Finkler, Juran)(61, 55, 73), ont développé des approches théoriques relatives à la décroissance du COQ obtenue grâce à l'investissement dans la prévention. La plupart ont proposé l'hypothèse de l'existence d'un optimum des dépenses de prévention. Si l'entreprise a un excellent système de prévention, elle aura moins besoin de corriger ses erreurs. Une baisse des coûts des défaillances et des coûts de conformité pourra être observée. Ceci se vérifie également dans le temps.

Toutefois, à partir d'un certain montant des dépenses de prévention (l'optimum), le retour d'investissement de la prévention serait plus faible parce que le COQ augmenterait, et les opportunités de profit baisseraient.

Juran a identifié l'optimum à un niveau de qualité auquel les défaillances représentent 40% du coût total de la qualité. Pour Juran, les coûts de prévention et de conformité continuent d'augmenter jusqu'à devenir asymptotiques lorsqu'on atteint le niveau de 100% pour la conformité comme le montre la **figure 1** suivante. Ceci implique que le coût supplémentaire consacré à la prévention et à la conformité est également infini alors que le retour sur investissement supplémentaire ne l'est pas. L'optimum serait donc en dessous de 100%.

Figure 1 : Concept du COQ (coût d'obtention de la qualité). Adapté de Juran.



II. Qualité et assurance qualité en santé

A. Une obligation ancienne

La délivrance de soins de qualité apparaît, historiquement, comme une obligation ancienne : elle transcende les différents serments auxquels s'astreindront les médecins : serment d'hypocrate, serment des Maimonites... Ces serments, qui constituent un cadre d'organisation de la profession médicale façonnent l'image de la qualité que l'on peut attendre d'un médecin. Aussi, très logiquement, lorsque se posera le problème des rapports médecins-malades en terme de droit moderne, et alors que n'existe pas de textes juridiques (les serments étant des textes professionnels, dont la valeur est morale), la jurisprudence s'appuiera sur eux pour mettre en place un cadre réglementaire.

A coté des textes de lois qui impose l'assistance à personne en danger (article 223 du code pénal), interdit les blessures faites volontairement (articles 327, 328, 329 du code pénal), et oblige le médecin au secret médical (article 378 du code pénal), la jurisprudence, à travers un arrêt célèbre appelé « arrêt Mercier » va définir une double obligation de moyen, et de moyen de qualité :

« ...Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l'annoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. »

Ce cadre jurisprudentiel sera confirmé par l'élaboration du Code de Déontologie (35), dont le rôle devient primordial avec l'institution d'un Ordre des Médecins, juridiction professionnelle chargée notamment de le faire respecter.

Au sein de ce code, s'il n'existe pas de définition précise de la qualité des soins, plusieurs articles la concernent :

- + **articles 8** : nécessité de soins efficaces (non en terme de résultats mais de moyens mis en œuvre)
- + **article 11**: nécessité d'une formation continue

- + **article 32** : nécessité de soins dévoués et consciencieux
- + **article 33** : nécessité du plus grand soin dans le diagnostic et du concours approprié à des méthodes scientifiques éprouvées
- + **article 35** : nécessité d'informer le malade
- + **article 70** : actes dans le domaine de ces connaissances
- + **article 71** : nécessité de moyens techniques suffisants
- + **article 77** : nécessité d'une permanence des soins

B. Les ordonnances de 1996 : (96)

Elles sont divisées en **quatre grands titres** :

- Le **premier** concerne les droits des malades pour qui la qualité de la prise en charge est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation.
- Le **second** concerne l'évaluation, l'accréditation et l'analyse de l'activité des établissements de santé. Ainsi, afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.
- Le **troisième** concerne les contrats d'objectifs et de moyens qui décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération. Ils définissent, en outre, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé.
- Le **quatrième** titre concerne la création des agences régionales d'hospitalisation qui ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources.

C. L'accréditation

L'évaluation de l'activité médicale et des établissements hospitaliers existe dans les pays étrangers depuis plusieurs décades. Elle se développe plus récemment en France. La loi hospitalière de 1991 fait de l'évaluation une obligation. L'ordonnance du 24 avril 1996 en précise les modalités en créant l'accréditation et l'Agence Nationale d'Accréditation et

d'Evaluation en Santé (ANAES). Bien que le terme d'accréditation ne figure pas dans le dictionnaire, les canadiens ont préféré la traduction du mot anglais par agrément, la nature et les modalités de l'accréditation commencent à être bien précisées par les textes réglementaires. Face à ces échéances, chaque spécialité médicale doit connaître les objectifs des tutelles, fixer dans son domaine les références de qualité et préparer ces services à faire face aux démarches d'accréditation.

1.Organisation générale

L'organisation de l'accréditation repose sur la création de l'ANAES. Le décret d'organisation et de fonctionnement de l'ANAES prévoit qu'il sera composé d'un conseil d'administration, de 32 membres dont au moins 16 sont des médecins, d'un directeur général nommé par le ministre, d'un conseil scientifique comportant une section d'évaluation et une section d'accréditation de 15 membres, et enfin, un collège d'accréditation comportant 11 membres. Les membres de ces structures sont nommés par le ministre de la santé. Le champ d'activité de l'ANAES porte sur deux points : l'évaluation des techniques médicales et reprenant en cela les missions de l'ANDEM et l'accréditation. L'ANAES aura pour mission d'élaborer, de valider et de diffuser les référentiels de qualité, de mettre en œuvre le procédure d'accréditation et de prononcer cette accréditation. La démarche elle-même de l'accréditation se déroule en 4 étapes :

- La **phase préparatoire** pendant laquelle l'établissement se prépare à l'accréditation. Après délibération de la CME, le directeur notifie à l'ANAES la décision de s'engager dans une procédure d'accréditation. A partir de ce moment, l'ANAES communique à l'établissement des référentiels et peut lui fournir éventuellement une aide méthodologique.

- La **phase d'engagement officiel** pendant laquelle l'établissement demande officiellement une visite d'accréditation, elle informe de cette démarche l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Elle reçoit alors un dossier type où l'établissement va répondre lui-même, réalisant ainsi une auto-évaluation. Pendant cette période, un calendrier prévisionnel est institué et trois visiteurs sont nommés (un directeur, un médecin, un soignant).

- La **visite d'accréditation et le rapport de visite** qui est une procédure externe à l'établissement, elle mesure sur place la réponse aux indicateurs.

- Le **rapport d'accréditation** indique le niveau atteint par l'établissement. Le collège d'accréditation valide le rapport qui comporte les constatations des experts, les observations de l'établissement et les recommandations et les modalités de suivi, ce qui permettra au collège de déterminer le niveau de l'accréditation.

2.En pratique pour le service des urgences

Le service d'urgences sera certainement un des points importants de la visite d'accréditation. Cependant, outre les considérations concernant le fonctionnement du service, l'environnement du service d'urgences aura une importance majeure : disponibilité et compétence des consultants, liaison avec le plateau technique, gestion des flux de malades, organisation des filières de soins. La mise en évidence de la qualité de l'organisation reposera sur la précision des procédures prévues. Enfin, l'existence de mesures d'évaluation dans le cadre d'une « Assurance Qualité » joueront un rôle essentiel.

3.Conclusion

La mise en place des mesures d'accréditation est une véritable chance pour l'évolution d'une politique d'assurance qualité dans les services d'urgences. La réflexion entreprise, les outils mis en œuvre, les ambitions affichées permettent de présager une orientation nouvelle et fondamentale de la gestion de la qualité dans les services d'urgence.

D. La qualité hospitalière

Après l'ère des bâtisseurs correspondant à une période de pénurie hospitalière et l'ère des gestionnaires correspondant à une période d'explosion des dépenses de santé, apparaît l'ère des "hommes qualité". Cette ère correspond à une exigence croissante de la population vis-à-vis des hospitaliers. En effet, si le consumérisme hospitalier n'est pas aussi répandu en France que dans certains pays comme les Etats-Unis, de récentes affaires, comme celle du sang contaminé, ont focalisé l'intérêt de l'opinion publique sur la qualité des soins.

7,9% à environ 10% du Produit Intérieur Brut sur la même période. Les soins hospitaliers représentaient 42% de la dépense courante de santé.

La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels de la santé. Elle a fait l'objet de plusieurs définitions, dont la plus communément admise est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Actuellement, la résurgence récente des notions de qualité des soins et de satisfaction est sous-tendu par un triple processus :

+Le premier répond aux exigences individuelles, anciennes, pour le médecin de délivrer des soins de qualité. Son moteur actuel peut être la part croissante prise par le juridique dans la société.

+Le second vient des Etats-Unis où l'évaluation de la qualité des soins (Quality Assurance) est une priorité.

+Le troisième vient de l'évaluation obligatoire du degré de satisfaction des patients des établissements médicaux depuis les ordonnances d'avril 1996.

D'autre part, l'évolution socio-culturelle est également une source de développement de la qualité. En effet, l'information de plus en plus détaillée donnée au « client-patient » lui permet d'apprécier la qualité des soins et de l'accueil. Il a, en raison de l'évolution de son niveau de vie et de ses connaissances, des attentes en termes d'amélioration de la qualité des soins et de l'accueil.

III. Programme d'assurance qualité

A. Définition

L'assurance qualité s'entend comme la mise en œuvre d'un ensemble approprié de dispositions préétablies et systématiques destinées à garantir l'obtention de la qualité requise. Elle comprend toutes les actions destinées à assurer la qualité et suggère l'établissement de documents définissant correctement l'action et l'exécution conforme des prescriptions contenus dans ceux-ci.

La culture hospitalière en termes de politique qualité est encore fragile ; aussi nécessite-t-elle un langage clair, des objectifs bien définis, des méthodes acceptées de tous. Par ailleurs, le retour d'informations est indispensable pour obtenir l'adhésion des hospitaliers et permettre aux établissements de corriger d'éventuels dysfonctionnements.

La qualité d'un produit ou d'un service est "l'ensemble des caractéristiques qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites". Pour un service, ces caractéristiques peuvent comprendre des aspects relationnels (accueil, dialogue), des conditions d'ambiance et de confort, des aspects liés au temps (respect des horaires), des dispositions propres à faciliter la tâche de l'utilisateur (formulaires simples, notices claires).

Cette définition paraît toutefois incomplète. Elle ne prend pas en compte la distinction importante entre qualité perçue et qualité réelle. En effet, une prestation de service ne peut être appréciée intrinsèquement ; elle est aussi appréciée de manière totalement subjective au travers du système de valeurs du bénéficiaire de la prestation. Cette définition ne prend pas non plus en compte les différentes étapes qui conduisent à la qualité finale.

On peut donc définir la qualité plus précisément comme "l'ensemble des caractéristiques qui confèrent au processus de production du produit final ou de prestation de service l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites et qui satisfont effectivement le consommateur".

Lorsque l'on évoque la qualité hospitalière, des notions comme celles d'évaluation, d'accréditation, d'audit, de programme d'assurance qualité apparaissent.

La réalisation d'un audit de la qualité est un préalable indispensable à toute mise en place d'une démarche de qualité. L'audit permet d'établir un programme d'assurance qualité qui, à partir des objectifs définis, est concrétisé par un plan d'action accompagné d'une batterie d'indicateurs ou de tableaux de bord facilitant la phase d'évaluation. L'audit qualité peut être défini comme un examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et aptes à atteindre les objectifs.

Les établissements de santé sont concernés par la démarche qualité. L'évolution du contexte économique des hôpitaux les contraint de plus en plus à évaluer la qualité de leurs prestations. Dans tous les pays, la maîtrise des dépenses de santé est un enjeu majeur pour les pouvoirs publics depuis les années 1970. En France, les dépenses de santé en francs courants par habitant ont triplé entre 1979 et 1992. La part de la dépense courante de santé est passé de

Dans cette optique, le **programme d'assurance qualité** peut être défini comme un programme d'actions décidé par un établissement (projet d'établissement) ou un service de l'établissement (projet de service) tendant à garantir à ses «clients», mais aussi à leurs fournisseurs ou à leurs prescripteurs, un niveau de qualité de son infrastructure (bâtiment, équipement et matériel), de son organisation et de ses prestations conformes aux cahiers des charges (objectifs de qualité) qu'ils se sont engagés à respecter.

Le programme d'assurance qualité s'intègre dans un processus de qualité qui est le plus souvent segmenté en cinq phases (48) :

+ la *première phase* correspond à une sensibilisation interne de l'importance de la qualité. Elle comprend en général un engagement fort de la direction utilisant des moyens de communication interne (journal d'établissement, délibération du conseil d'administration, conférence de direction aux cadres...) et externe (utilisation des médias).

+ la *seconde phase* vise, au travers de la diffusion d'un langage commun et de principes de bases telle la direction participative par objectifs à créer une culture commune qui facilitera la diffusion des méthodes d'assurance qualité.

+ la *troisième phase*, préparée longuement, correspond à **l'audit de qualité**.

L'audit qualité est un des outils couramment employé dans toutes les démarches d'amélioration de la qualité. Cet examen méthodique a pour but de vérifier à la fois que le système qualité est effectivement appliqué et efficace et que les objectifs qualité sont atteints ou en voie de l'être.

L'audit qualité est un coup de projecteur porté sur le fonctionnement d'une structure, quelle qu'elle soit. Il permet de révéler des faits qui échappent à l'observation courante et de déceler des causes potentielles d'anomalies. L'audit porte sur trois éléments et leur comparaison :

- ce qui devrait être fait (réglementation, normes, référentiels, etc.) ;
- ce que l'on est censé faire (objectifs de qualité, prévention des risques, satisfaction des patients, etc.) ;
- ce que l'on fait réellement (objectivé par l'observation).

S'il existe des écarts entre ces trois éléments, des actions correctrices doivent être entreprises. L'audit qualité devient ainsi un outil de prévention et d'amélioration de la qualité. Ses résultats influencent et font progresser le système. Ils font « tourner » la roue de Deming !

+ la *quatrième phase* est celle de la réalisation d'un programme d'assurance qualité.

+ la *cinquième phase* est celle des mesures, corrections et valorisation des efforts consentis par le personnel.

Trois exigences semblent devoir présider à la réussite de la mise en place d'un programme d'assurance qualité en santé : la participation active des différents acteurs chargés ultérieurement d'appliquer l'ensemble des mesures décidées par le service ou l'établissement, l'exhaustivité et la clarté du manuel qualité qui est l'expression vivante du programme d'actions et l'accompagnement de la mise en place du programme.

Les caractéristiques communes des indicateurs de qualité sont la **simplicité** (Paul Valéry avait coutume de dire que « tout ce qui est simple est faux, mais tout ce qui est compliqué est inutilisable. »), la **pertinence** (il faut que le phénomène soit complètement décrit), la **reproductibilité**, la **fiabilité** (ce critère est celui qui remet en cause les mesures qualitatives dites subjectives et nécessite le recueil des perceptions), l'**auditabilité** (existence de règles et procédures explicites permettant l'exécution de la mesure et la vérification, par un tiers indépendant, de la bonne application des règles et procédures)

B. Les indicateurs de qualité

+ *Les indicateurs de satisfaction* : Les indicateurs de satisfaction des clients sont les plus sujets à caution. Ils sont pourtant indispensables, car la qualité perçue est sans doute la plus importante. En matière de santé, il est difficile de connaître les besoins du patient. Si l'on interroge un patient sur ses attentes en matière de prestations de santé, il répondra le plus souvent la qualité des soins. Or, cette réponse est ambiguë. D'une part, parce qu'il est difficile de distinguer la qualité technique des soins (sa fracture a-t-elle été correctement réduite ?) et la qualité relationnelle des soins (a-t-il longtemps attendu aux urgences, comment a-t-il supporté la discipline indispensable aux urgences mais parfois insuffisamment expliquée ?). D'autre part, parce qu'il est difficile de connaître le poids qu'en définitive le patient accordera à sa prise en charge hôtelière, qui semble négligeable dans son discours et qui peut se révéler déterminant dans ses choix futurs...

+ *Les indicateurs de conformité* : Ils permettent d'objectiver la relation entre individus ou entre services. Ils permettent de définir des règles comportementales notamment en matière de délais.

+ *Les indicateurs de dysfonctionnements* : Ils permettent de corriger les erreurs en prenant des mesures correctrices.

+ *Les indicateurs de performance médicale et d'évaluation des soins :*

L'évaluation de la qualité des soins délivré aux urgences, si elle peut être considérée globalement, gagne souvent à cibler son action sur une ou plusieurs des phases du déroulement du séjour dans un service d'urgence. Une approche trop globale risque en effet de mélanger pêle-mêle, problèmes d'accueil, de réalisation d'examen complémentaires, etc... Une approche tenant compte des différents temps de l'urgence permet d'isoler les différents problèmes, intriqués en une masse complexe, donc de proposer des solutions dont on pourra mesurer le réalisme et l'efficacité une par une, se rapprochant le plus d'une démarche d'évaluation des soins.

L'évaluation des soins est réalisée par la mesure de l'écart entre une référence et ce qui est réellement observé puis par la prise de mesures appropriées. On peut décomposer les étapes en :

- identification des déficiences
- objectivation de celles-ci, écart par rapport à la norme
- repérage des raisons de ces déficiences
- mise au point des actions correctrices
- contrôle de leur mise en œuvre
- vérification que les actions développées apportent le bénéfice attendu.

Une procédure médicale, c'est à dire l'ensemble d'une stratégie diagnostique et/ou thérapeutique est jugée selon des critères :

- d'efficacité, et de conformité aux données de la science,
- d'accessibilité pour les plus grand nombre de ceux susceptibles d'y recourir,
- de sécurité, pour le patient mais aussi pour les opérateurs (radiologie,...),
- d'acceptabilité pour le patient mais aussi sur le plan éthique,
- d'utilisation optimale des moyens disponibles, c'est à dire au moindre coût financier et humain,
- d'opportunité, la bonne procédure a-t-elle été appliquée aux bons malades ?

A partir des travaux de Donabedian (47), on peut distinguer trois domaines d'évaluation :

+ **L'évaluation des structures** ou encore des ressources, qui concerne les locaux, les équipements, mais aussi les équipes médicales et paramédicales (au sens de leur

composition, compétence, qualification, organisation du travail, c'est la gestion des ressources humaines).

+ **L'évaluation des procédures**, c'est à dire de tout ce qui est prescrit et administré au patient par l'équipe soignante dans un but diagnostique et thérapeutique. On y trouve des procédures :

- diagnostiques (par exemple, exploration d'une rectorragie),
- thérapeutiques (par exemple, traitement d'une crise d'asthme),
- diagnostiques et thérapeutiques (par exemple, prise en charge d'une douleur thoracique aiguë),
- des soins infirmiers,
- et portant sur les relations entre personnel soignant et patients.

+ **L'évaluation des résultats** se place après la fin de l'action médicale. Cette évaluation peut reposer sur :

- des mesures plus ou moins fines de la mortalité, de la morbidité, de l'invalidité.
- l'étude d'incidents ou d'accidents évitables (chute du lit, veinite après perfusion), des maladies évitables (maladies nosocomiales).

Les références de la littérature sur l'évaluation des pratiques sont nombreuses et portent sur des domaines variés et multiples de la médecine d'urgence (8). A l'inverse, des démarches de type assurance qualité dans les SAU sont rares. Elles ont pour but d'analyser un processus, d'identifier des dysfonctionnements et leurs causes, de mettre en place des actions et un suivi continu de l'amélioration à l'aide d'indicateurs.

Pour Rhee et Donabedian (47) il existe quatre phases de prise en charge d'un patient au SU. Les critères de qualité qu'ils vont retenir sont : la rapidité ; un diagnostic et un traitement appropriés ; la validité des décisions diagnostiques ; maintenir la continuité des soins et la transmission des informations ; assurer l'éducation du patient ; orienter au mieux le patient. Ces critères sont en fait des **indicateurs de performance médicale**. Ils ne reflètent pas nécessairement la qualité de la relation avec le patient en terme d'accueil et de transmission de l'information. Les données qualitatives ont souvent peu intéressé les professionnels de la santé. Et pourtant si l'on veut répondre aux attentes des patients il est indispensable de les

intégrer. Il apparaît ainsi difficile d'appréhender les processus faisant intervenir la subjectivité notamment dans les SU où tout le monde est "pressé" du patient au soignant.

Toute démarche qualité dans un SU est vouée à l'échec si tous les acteurs à chaque segment du processus ne sont pas clairement identifiés. Ces acteurs exercent des tâches qui ont un impact direct ou indirect sur le fonctionnement du SU. Bien sur, la catégorisation professionnelle est inévitable mais elle doit être intégrée dans une dynamique d'équipe où chaque acteur est concerné par la qualité.

C. Les outils méthodologiques proposés pour la réalisation d'une démarche qualité

Sept méthodes ou outils méthodologiques sont proposés pour la réalisation d'un Programme Assurance Qualité.

Ce sont :

+ Le diagramme des flux (figure 2) : outil permettant une modélisation d'un processus ou de segments à l'intérieur d'un processus. Il permet de visualiser les entrées, les points de décision et les sorties. Des symboles standardisés, reliés entre eux par des flèches permettent de représenter les circuits et de montrer le fonctionnement du système.

+ Le QOOQCP : outil qui conduit pour chacune des tâches étudiées à se poser les questions suivantes : Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Il permet d'obtenir de nombreuses informations sur chaque segment étudié. C'est une méthode de questionnement systématique pour objectiver des dysfonctionnements.

+ L'outil 5M (figure 3) : il correspond à Matière (support), Main d'œuvre (personnel), Matériel (moyens), Méthode (organisation), Milieu (environnement). Cet outil permet d'identifier systématiquement toutes les ressources nécessaires à la réalisation d'une tâche, d'un segment de processus. Il permet de mettre en évidence des carences ou déficiences et de ce fait d'identifier les risques. Il débouche, le plus souvent, sur une représentation graphique dite en « arête de poisson » (schéma d'Ischikawa).

L'exemple de la figure 3 illustre l'application des « 5M » à l'analyse des causes des erreurs de retranscription de la prescription

+ La méthode de résolution des problèmes : organisation séquentielle qui permet de résoudre méthodiquement un problème et d'obtenir un consensus sur le choix de la solution. Cette démarche se fait seul ou en groupe autour de 4 étapes fondamentales : définition du projet, phase diagnostique, recherche de solutions, maîtrise.

+ Le Brainstorming : outil utilisé pour la recherche de problèmes, d'idées, de causes, de solutions... Cet outil est utilisé en groupe de 12 personnes maximum sur une question précise. Il permet de faire émerger un grand nombre d'idées.

+ Le diagramme de Pareto (figure 4) :

Joseph Juran est un des maîtres incontestés de la qualité. C'est lui qui a donné le nom de Pareto à cette méthode. Economiste d'origine italienne, Pareto a établi la relation mathématique entre « les quelques-uns qui comptent et la multitude de ceux qui représentent peu ».

Un nombre relativement réduit d'éléments (environ 20%) représente la quasi-totalité (environ 80%) du phénomène. Ce principe s'applique parfaitement aux coûts de la non-qualité et aux causes de dysfonctionnement. Vingt pour cent des causes (en nombre) conduisent à 80% des effets (en coût).

Le principe s'applique aussi aux fréquences d'apparitions des défauts, des dysfonctionnements. Sur 20 causes de défauts, les 4 premières apparaissent 8 fois sur 10.

Ce principe a aussi souvent été utilisé dans les études marketing ou dans les études économiques. On l'appelle alors méthode ABC. L'ensemble des valeurs est réparti en 3 classes selon qu'elles correspondent à 80% des effets (classe A), aux 15% suivants (classe B), ou aux derniers 5% (classe C).

Dans l'exemple présenté dans la figure 4, sur l'analyse des causes d'erreurs dans la dispensation du médicament, il apparaît que les trois principales causes d'erreurs sont : l'erreur de retranscription, la prescription incomplète, l'erreur d'approvisionnement. Cette présentation permet de hiérarchiser les dysfonctionnements.

+ L'AMDEC : analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leur criticité. (figure 5)

Une défaillance apparaît d'abord comme le mauvais fonctionnement d'un produit ou d'un appareil (c'est l'origine de la méthode). Etendue au domaine des services, cette méthode concernera essentiellement les dysfonctionnements. Appliquée aux services des soins, elle

s'intéressera aux erreurs de traitement, aux erreurs de transmission d'information et à la multiplication injustifiée des examens, par exemple.

Il semble évident d'estimer l'importance d'une défaillance en fonction de ses effets observés ou envisagés. La particularité de la méthode AMDEC est justement de dépasser cette seule notion d'effet et d'y ajouter la notion de criticité. La criticité permet d'évaluer précisément l'effet.

Cette méthode est fondée sur l'observation des défaillances antérieures dans des processus similaires et sur la mesure de trois paramètres : la fréquence, la gravité, la non-détection. Ces trois critères sont indépendants et caractérisent la criticité d'une défaillance.

-La fréquence : quel que soit son impact, une défaillance sera forcément d'autant plus à craindre qu'elle apparaît souvent ou qu'on craint qu'elle n'apparaisse souvent.

-La gravité : on mesure aisément la gravité d'une défaillance en évaluant ses conséquences.

-La non-détection : une défaillance est d'autant moins importante qu'on aura pu être prévenu de son apparition. Si on pouvait être averti des tremblements de terre, leurs effets seraient beaucoup moins graves.

La criticité est le résultat de la multiplication de ces trois critères : $C = F \times G \times ND$.

L'élément neutre de la multiplication est 1. Il faut donc qu'une défaillance de très faible importance ait une criticité de 1 (1 x 1 x 1).

Pour chaque domaine, on évaluera une grille de chiffrage de la criticité, qui permettra de passer de l'observation au chiffrage et du subjectif à l'objectif afin d'obtenir pour chacun des critères de notes comparables.

Figure-5 : Exemple de grille de chiffrage de la criticité (d'après Fromentin) (57) :

Note ou niveau ou cotation	Fréquence		Gravité		Non-détection	
	Plus d'une fois...	Moins d'une fois...	Perturbations du processus	Risque pour l'homme	Signe avant-coureur	Action préventive
1	Par trimestre	Par mois	Nulles	Nul	Oui	Oui
2	Par mois	Par semaine	Légères	Nul	Oui	Dans certain cas
3	Par semaine	Par jour	Graves	Faible	Difficile	Rarement
4	Par jour		Graves	Fort	Aucun	Aucune

A la lecture du tableau on pourrait imaginer une classification à 8 niveaux au lieu de 4 ou même 10 si cela permet d'affiner les recherches.

Le plus important est d'obtenir pour chaque mode de défaillance une note qui dans le cas de 4 niveaux sera comprise entre 1 (1 x 1 x 1) et 64 (4 x 4 x 4) et de considérer que :

- les défaillances dont la note est inférieure à 12 sont acceptables ;
- les défaillances dont la note est comprise entre 12 et 18 sont importantes ;
- les défaillances dont la note est supérieure à 18 sont graves ;

De plus, on peut décider que :

- toutes les défaillances dont un des critères est 3 sont importantes ;
- toutes les défaillances dont un des critères est 4 sont graves.

Dans le domaine de la santé, on peut appliquer la méthode AMDEC à tous les processus de l'hôpital. La première difficulté à vaincre est celle de la recherche des modes de défaillance. On pourra utiliser pour cela la méthode du diagramme des flux ou pratiquer un brainstorming ou encore analyser les défaillances déjà observées dans le service ou l'hôpital.

+ La roue de Deming ou roue de la qualité (figure 6) (42) : la mise en œuvre d'une politique qualité dans un établissement de santé nécessite la mise en place d'un système d'amélioration continue de la qualité. Ce système auto-améliorant fonctionne selon la logique de la « roue de Deming », également appelé « cycle PDCA » :

- Prévoir et préparer (*Plan*, en anglais) ;
- Développer la mise en œuvre (*Do*) ;
- Contrôler (*Check*) ;
- Améliorer (*Act*).

Le contrôle (le « c » du cycle PDCA) permet de vérifier que les exigences spécifiées sont respectées. « Dans les établissements de santé, les contrôles et essais à effectuer s'exercent sur l'ensemble des activités ayant un impact sur la qualité finale du produit ou du service », précise l'AFNOR.

En pratique, il faut distinguer deux cas :

+ Lorsque les produits sont matériels, les processus obéissent à une logique de production et les contrôles s'effectuent sur le produit lui-même (contrôle bactériologique d'un lot de stérilisation, par exemple) ;

+ lorsque les services sont immatériels, les processus obéissent à une logique de prestation de service. Les contrôles s'effectuent alors sur les moyens mis en œuvre (organisationnels, humains ou techniques) et/ou sur les effets constatés a posteriori (mesure de la satisfaction du client, par exemple).

N.B. Les processus de soins sont généralement mixtes, associant une logique de production à une logique de prestation de service. Dans la plupart des cas, c'est cette dernière qui domine. Ainsi, le soin est « consommé » par le patient en même temps qu'il est effectué par le soignant (cas d'une injection parentérale, par exemple).

Figure 2 : Exemple de diagramme appliqué au processus de réalisation de l'ordonnance de sortie (d'après l'ANDEM).

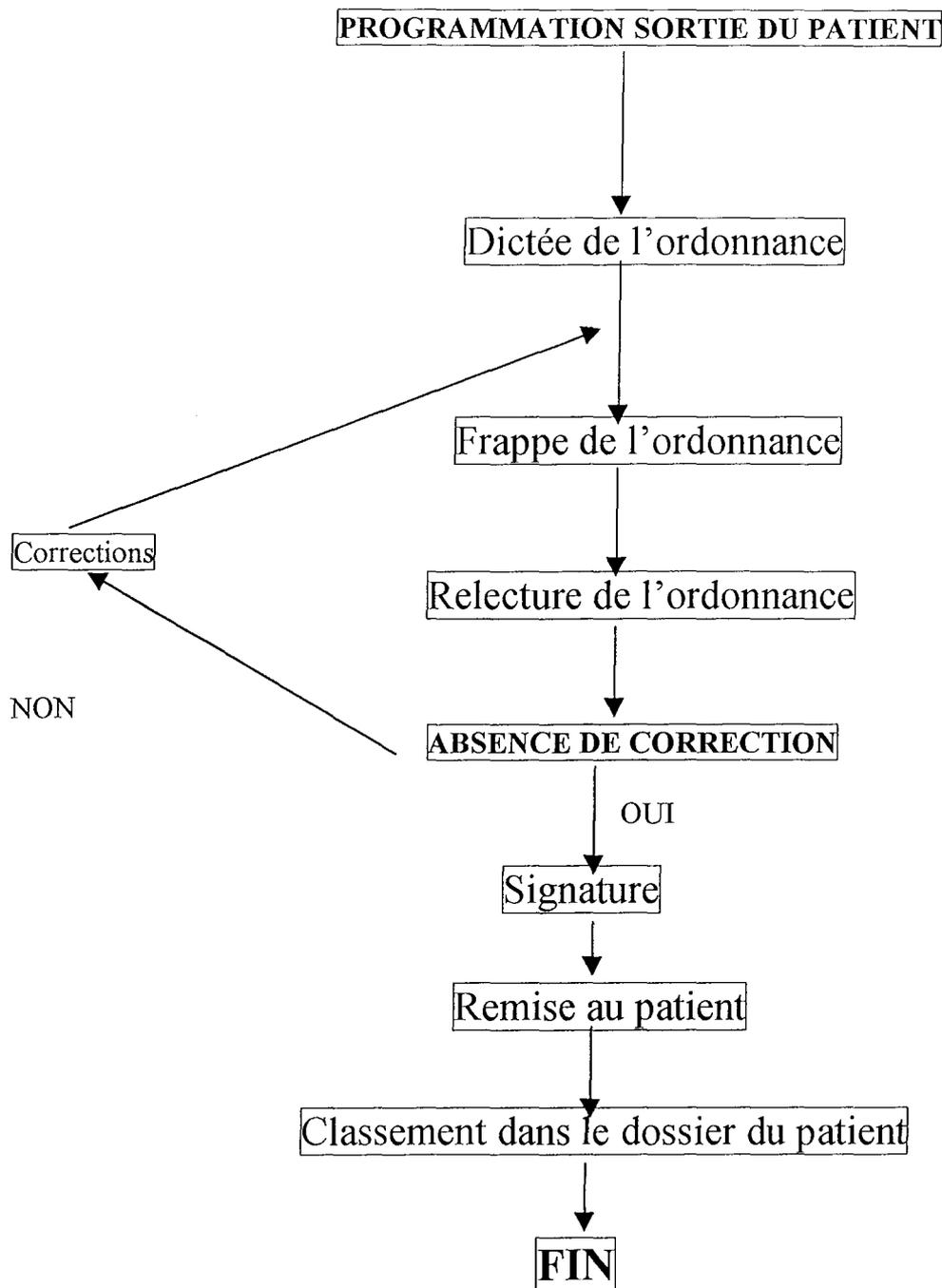


Figure 3 : Exemple de diagramme en « arête de poisson » appliqué au processus de la prescription du médicament (d'après l'ANDEM).

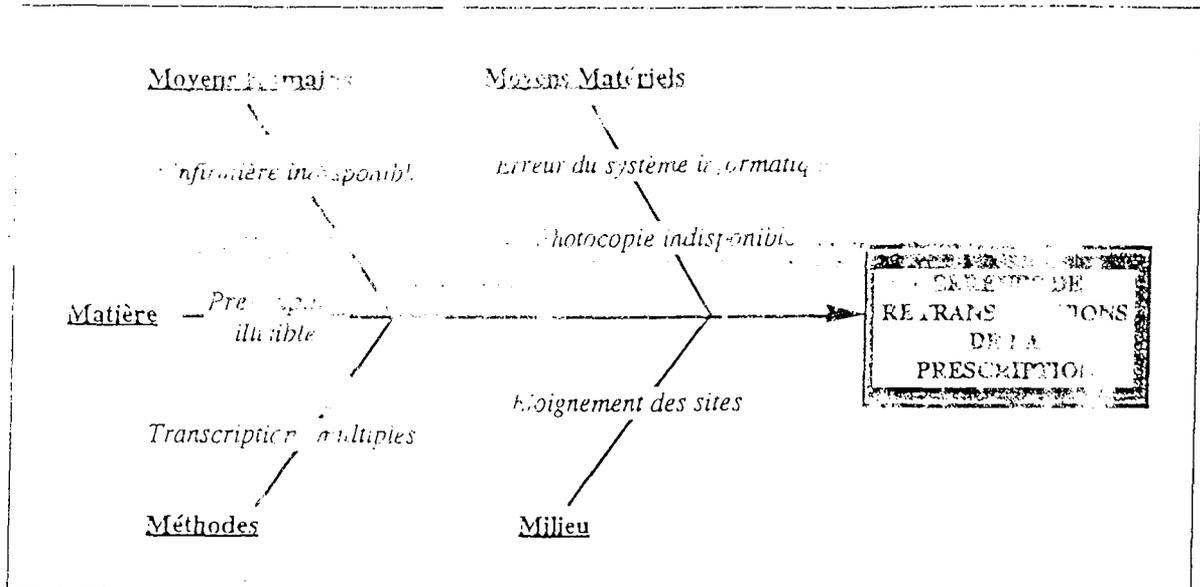


Figure 4 : Exemple de diagramme de Pareto appliqué à la dispensation du médicament (d'après l'ANDEM).

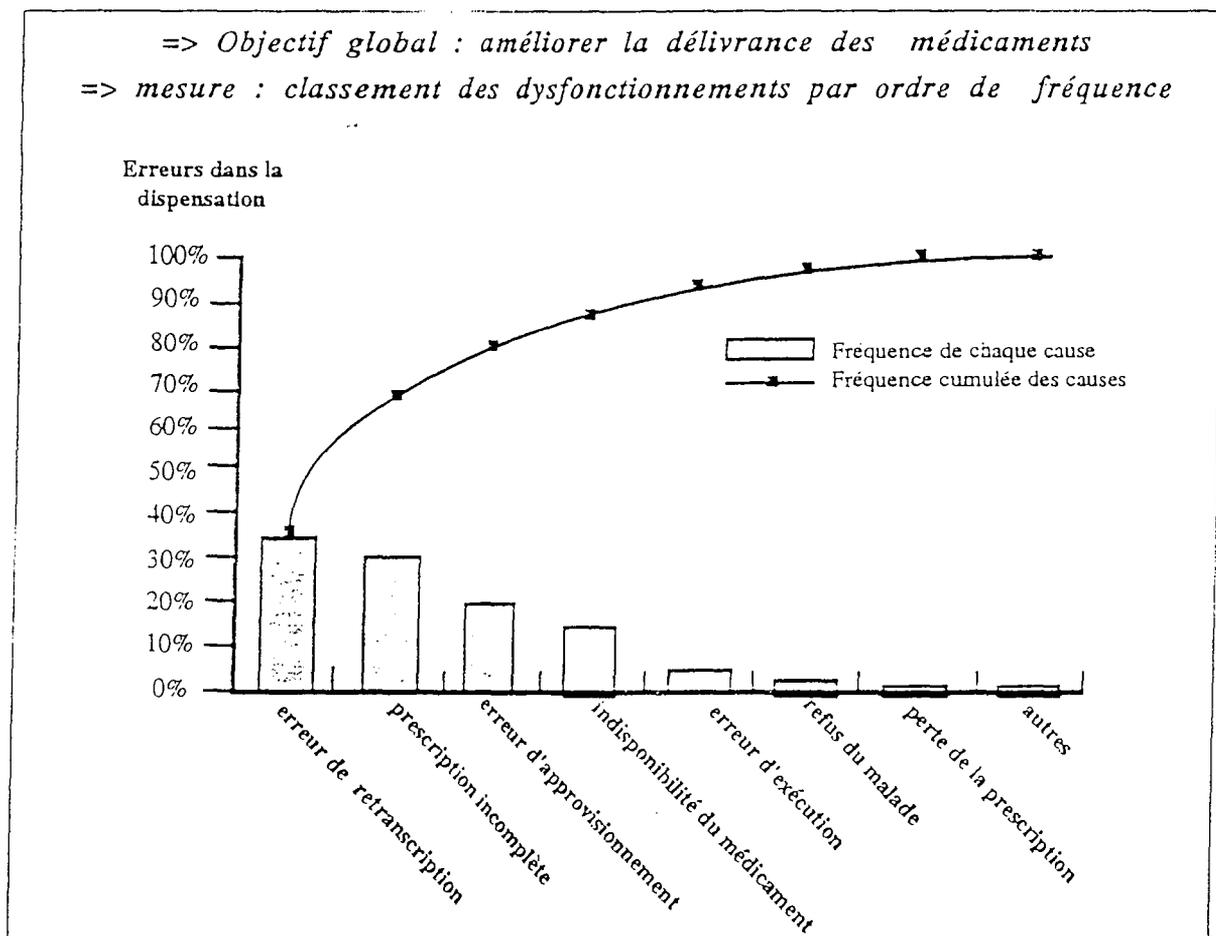
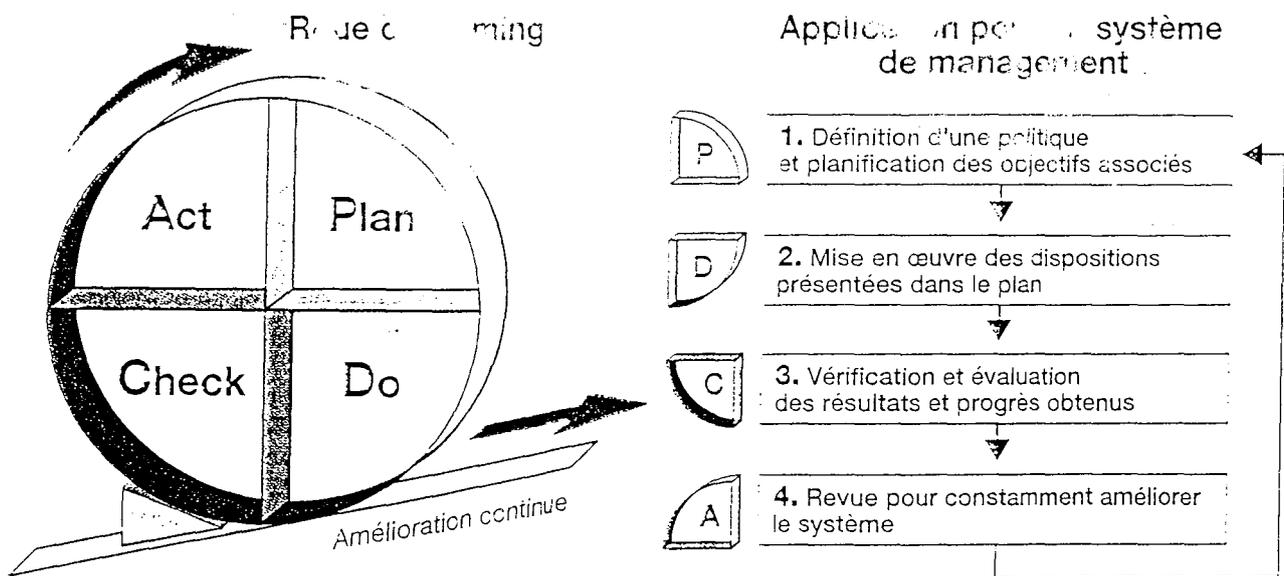


Figure 6 : La roue de Deming (d'après Fromentin)



D.L'amélioration continue de la qualité sous forme de processus :

L'approche méthodologique proposée par l'ANAES repose sur trois principes majeurs de l'amélioration continue de la qualité :

- + toute activité dans un établissement peut être décrite sous la forme d'un **processus** (*un ensemble complexe de tâches à effectuer pour réaliser une activité*) ;

- + le processus est analysé dans son fonctionnement global, permettant de décrire les dysfonctionnements en situation réelle ;

- + toute amélioration doit être objectivée par une mesure afin de démontrer l'efficacité des actions engagées.

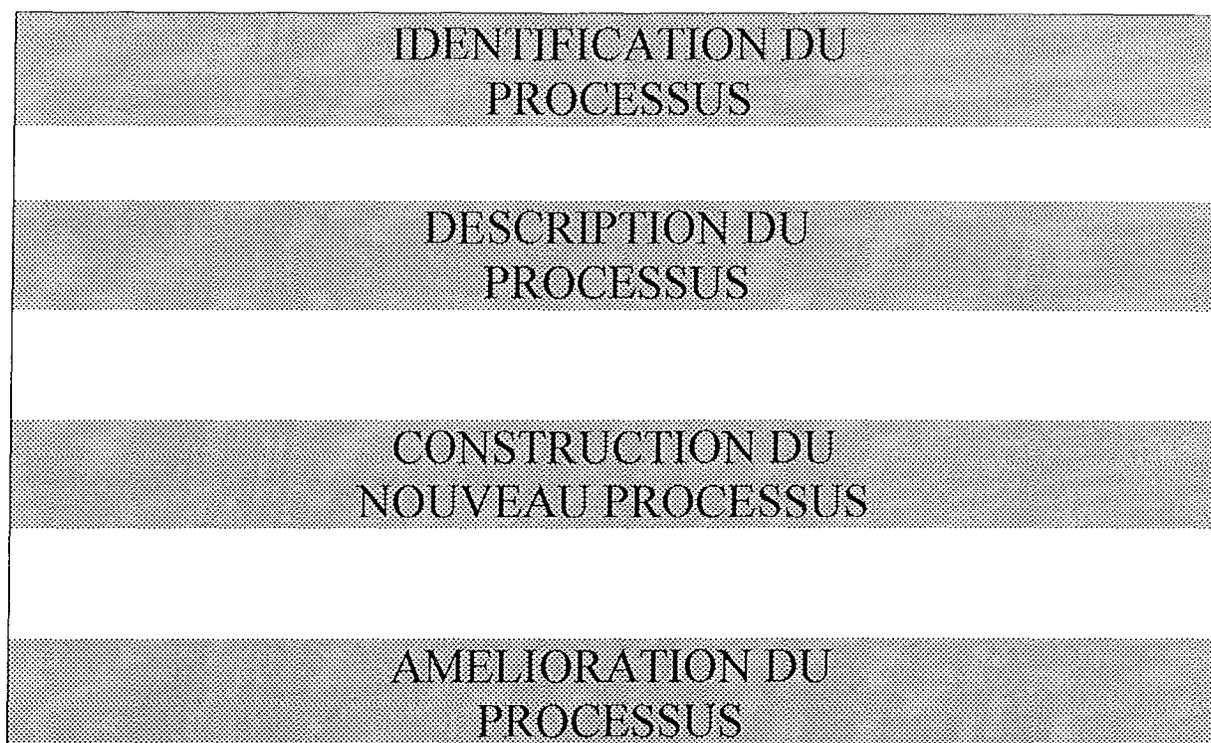
Ces principes sont extraits du rapport « Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé - Principes méthodologiques » - ANDEM - octobre 1996 - 79 P (5).

Cette approche est participative et pluriprofessionnelle. Elle a été déclinée en 4 étapes (**figure 7**) qui requièrent une réflexion large menée avec tous les acteurs du processus de soins, ainsi que l'adhésion et le soutien de la direction de l'établissement. Dans cette optique, l'ensemble du projet d'amélioration était encadré, au sein de chaque établissement, par un comité de pilotage.

Des actions de communication ont été menées, destinées à rendre le projet visible au sein de l'institution.

Figure 7 : Schéma général d'un projet d'amélioration de la qualité (adapté de l'ANDEM).

Projet d'amélioration de la Qualité



Chacune des étapes répond à des objectifs précis.

+ L'étape 1, « **Identification du processus** », vise à repérer les différents segments constitutifs du processus, à les décrire et à les étudier avec l'ensemble du personnel concerné. Cette analyse permet de sensibiliser l'établissement à la démarche d'amélioration de la qualité. A la fin de cette étape, les objectifs du projet et les échéances sont précisées. Le responsable du projet, un professionnel reconnu pour ses compétences techniques, aura comme première mission d'intégrer le projet dans le contexte de l'établissement, d'en assurer la transversalité, d'impliquer les structures existantes dans l'établissement et d'organiser les différentes étapes menant à l'amélioration du processus.

+ L'étape 2, « **Description du processus** », a pour objectif d'affiner la vision générale par une description plus précise et plus concrète des différents segments. Elle permet la mise en évidence des interfaces entre les différents intervenants du processus, l'identification des dysfonctionnements, ainsi que l'analyse de leur origine, et le recueil des données.

+ L'étape 3 vise à la « **Construction du nouveau processus** » qui se bâtit grâce aux nombreux paramètres identifiés lors des étapes précédentes et aux connaissances scientifiques ou aux textes réglementaires associés au thème. Les solutions trouvées permettent de définir des critères de qualité et des axes d'amélioration. Différentes actions sont à poursuivre à ce niveau de réflexion afin que le projet puisse entrer dans une phase de mise en œuvre concrète avec des échéances précises et des moyens adaptés.

+ L'étape 4, « **Amélioration du processus** », consiste à conduire les actions planifiées, assurer leur suivi et leur évaluation. Les modalités pour assurer la conduite du changement sont essentielles à cette étape afin que les changements soient durables à long terme. Pour ce faire, la mesure régulière des actions est prépondérante et la mise en place d'indicateurs permet de suivre l'efficacité des plans d'amélioration.

IV. Les services d'accueil des urgences :

Plusieurs millions de patients sont chaque année reçus dans les services d'urgences des hôpitaux publics, un tiers d'entre eux sera hospitalisé. Les urgences hospitalières sont un des problèmes majeurs de l'hôpital moderne. Si elles subissent comme le reste de l'ensemble de l'hôpital une augmentation croissante de leur activité (c'est à dire à la fois un accroissement de leur fréquentation mais également une complexification croissante des procédures, liée à l'évolution des capacités diagnostiques et thérapeutiques pouvant être mises en place à partir des services d'urgence mais aussi à la diversité des situations des personnes s'adressant à l'hôpital en urgence).

L'épidémiologie des consultants aux urgences montre une évolution particulière :

- + diminution relative des urgences les plus graves.
- + accroissement des urgences dites médico-sociales.
- + accroissement des demandes de consultations de ville.

A. Les différents décrets concernant l'organisation des urgences

Textes réglementaires essentiels :

- + Arrêté du 25 novembre 1985 déterminant la nature et les conditions d'utilisation des moyens mobiles de secours et de soins d'urgence.
- + Loi N°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
- + Décret 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant aux SAMU.
- + Circulaire N°88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente.
- + CIRCULAIRE DH.4B/DGS 3E/91-34 DU 14 mai 1991 relative à l'amélioration des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale. Cette circulaire décrit les moyens matériels et humains dont les urgences doivent disposer.
- + DECRET N° 95-647 DU 9 mai 1995 relatif à l'autorisation nécessaire pour un établissement de santé pour exercer l'activité de soins d'accueil et traitement des urgences, relatif aux conditions d'implantation et aux modalités de fonctionnement d'un service d'accueil des urgences.

+ DECRET N° 95-648 DU 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins d'Accueil et traitement des urgences.

+ Décrets du 9 mai 1995 dans leur partie relative au SMUR. (Art. R712.71 du CSP)

+ ORDONNANCE N° 96-346 DU 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (cf description faite auparavant).

+ ARRETE DU 25 juillet 1996 relatif à l'information du consommateur sur l'organisation des urgences médicales.

+ DECRET N° 97-311 DU 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé instituée à l'article L.791-1 du code de la santé publique.

+ DECRET N° 97-615 DU 30 MAI 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire.

+ DECRET N° 97-616 DU 30 MAI 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique.

+ Décret N°97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des SMUR et modifiant le code de la santé publique.

+ Décret N°97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des SMUR et modifiant le code de la santé publique.

Rapports ministériels :

Rapports STEG : rapport sur la médicalisation des urgences.

SROS de Lorraine : Janvier 1999

B. Les nouvelles cartes des urgences

En France, il existe vingt-deux régions soit vingt-deux schémas régionaux d'orientation sanitaire ou **SROS (figures 8 et 9)**.

En 1991, le Pr Steg divulgue un rapport accablant à la suite d'un article paru dans 50 Millions de consommateurs sur les services d'urgences. La majorité d'entre eux devrait être fermée.

Avec la loi hospitalière du 31 juillet 1991, l'idée d'un plan d'organisation sanitaire régionale apparaît. En 1994, les premiers schémas sont publiés. La politique hospitalière de chaque région est ainsi déterminée pour une période de cinq ans.

Entre-temps, l'Etat crée les Agences Régionales de l'Hospitalisation (22 ARH). Comparables à des « préfectures sanitaires », ces institutions forment le bras armé du gouvernement pour garantir l'application des réformes. Entre 1999 et 2000, les schémas régionaux de seconde génération sont tous finalisés. Pour le volet « urgences », ils déterminent le statut des services qui devront être ouverts, maintenus ou mis aux normes. Quatre « labels » officiels ont été retenus en fonction de la taille et des services présents dans l'établissement :

+ Les **SAU** (Service d'Accueil des Urgences) doivent être capables de traiter toutes les situations d'urgences, y compris vitales. Ils doivent également pouvoir assurer l'hospitalisation des patients atteints d'affections graves.

+ Les **UPATOU** (Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des urgences) ont l'obligation d'accueillir toutes les urgences. Ces unités assurent la prise en charge des pathologies courantes et orientent les patients dont l'état de santé nécessite des soins qu'elles ne peuvent dispenser. Pour garantir la bonne orientation, les UPATOU formalisent des conventions sous forme de contrats de relais avec leur site de référence, un SAU proche, le CHU (Centre hospitalier universitaire) ou avec tout autre établissement disposant de compétences spécifiques.

Dans la région Rhône-Alpes, certains établissements se sont vu attribuer le statut d'UPATOU renforcée.

+ Les **CAPS** (Centres d'Accueil et de Permanence des Soins) sont les plus petites unités d'urgences. Ces centres sont basés dans des zones géographiques isolées ou difficiles d'accès. Ils peuvent prendre des formes diverses en fonction de l'organisation existante et sont eux aussi soumis à l'obligation de passer des contrats de relais.

+ Les **POSU** (Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences) ont une activité prépondérante, comme la pédiatrie, la cardiologie ou SOS mains, et disposent de tous les moyens pour l'exercer.

Le schéma régional (6) dans son volet « urgence », s'appuie sur des critères de répartition de natures différentes (**tableau 1**) :

- d'une part, un critère commun à tous les volets du SROS : le découpage de la région en zones géographiques réglementaires que sont les **secteurs sanitaires** subdivisés en **bassins de santé**,
- d'autre part, des critères adaptés régionalement à l'organisation des urgences : indice structure/population par site d'urgence, temps d'intervention, fourchette d'activité, conditions particulières saisonnières ou géographiques.

Comme dans d'autres régions et en référence à la circulaire DH/EO/N° 196 du 26 mars 1998 relative à la révision des SROS, l'ARH de Lorraine a souhaité bâtir l'organisation des soins hospitaliers dits de premier secours sur un découpage plus fin que le secteur sanitaire, à savoir le « **bassin de santé** ».

Dans ce contexte, les critères proposés par la session régionale sont :

-dotation minimale par zone géographique

- + 1 SAU au moins par secteur sanitaire
- + 1 UPATOU au moins par bassin de santé
- + 1 SMUR ou antenne de SMUR par bassin de santé

-Indice structure/population

- + 1 UPATOU pour 150 000 à 170 000 habitants
- + 1 SAU pour 350 000 à 400 000 habitants

-temps d'intervention et accessibilité

- + Zone de couverture des Médecins Correspondants du SAMU, SMUR et antennes de SMUR : 20 minutes maximum.
- + Temps de transfert recommandé d'un patient vers un site d'urgence (UPATOU ou SAU) : 45 minutes. Ce délai est acceptable si le patient est rapidement pris en charge en phase préhospitalière.
- + Temps de transfert recommandé vers un SAU : 60 minutes.

-Fourchette d'activité

- + En établissement de santé siège d'antenne de SMUR : minimum 1 sortie SMUR et jusqu'à 25 passages par jour au SAU.
- + En UPATOU : de 9000 à 15 000 premiers passages par an.

+ En SAU : au-delà de 9000 premiers passages par an, sans activité maximale.

Ces critères doivent être considérés comme des outils de construction du schéma régional dans son volet « urgence » et constituent des objectifs à atteindre.

Figure 8 : Exemple de la carte régionale de la Lorraine (d'après l'ARH) (6)

LORRAINE

- BAR-LE-DUC
- ▲ Centre hospitalier
- BRIEY
- ▲ Hôpital Maillot
- EPINAL
- Centre hospitalier Jean-Monnet
- FORBACH
- Centre hospitalier Sainte-Barbe
- LUNEVILLE
- ▲ Centre hospitalier
- METZ
- Centre hospitalier régional
- ▲ Hôpital d'instruction des armées Legouest
- MONT-SAINT-MARTIN
- ▲ Hôpital du Bassin de Longwy
- NANCY
- ⊕ Centre hospitalier régional universitaire
- Hôpital central
- Hôpital de Brabois (pédiatre)
- ▲ Polyclinique de Gentilly
- Maternité régionale (néonatale)

- NEUFCHÂTEAU
- ▲ Centre hospitalier
- PONT-À-MOUSSON
- ▲ Centre hospitalier
- REMIREMONT
- ▲ Centre hospitalier
- SAINT-AVOLD
- ▲ Hôpital
- SAINT-DIE
- ▲ Hôpital Saint-Charles
- SARREBOURG
- ▲ Hôpital Saint-Nicolas
- SARREGUEMINES
- ▲ Hôpital du Parc
- THONVILLE
- Centre hospitalier régional
- TOUL
- ▲ Centre hospitalier Saint-Charles
- VERDUN
- Centre hospitalier

PAS DE CONFIRMATION DE L'ARH DOSSIERS EN COURS DE NÉGOCIATION.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> CHU : Centre hospitalier universitaire SAU : Service d'accueil des urgences POSU : Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences UPATOU : Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences | <ul style="list-style-type: none"> ▲ Upatou renforcée △ Upatou éventuelle ▲ Upatou saisonnière ◇ CAPS : Centre d'accueil et de permanence des soins ▲▲▲ Négociations en cours ▲▲ En position défavorable ○ Communauté d'établissements |
|--|---|

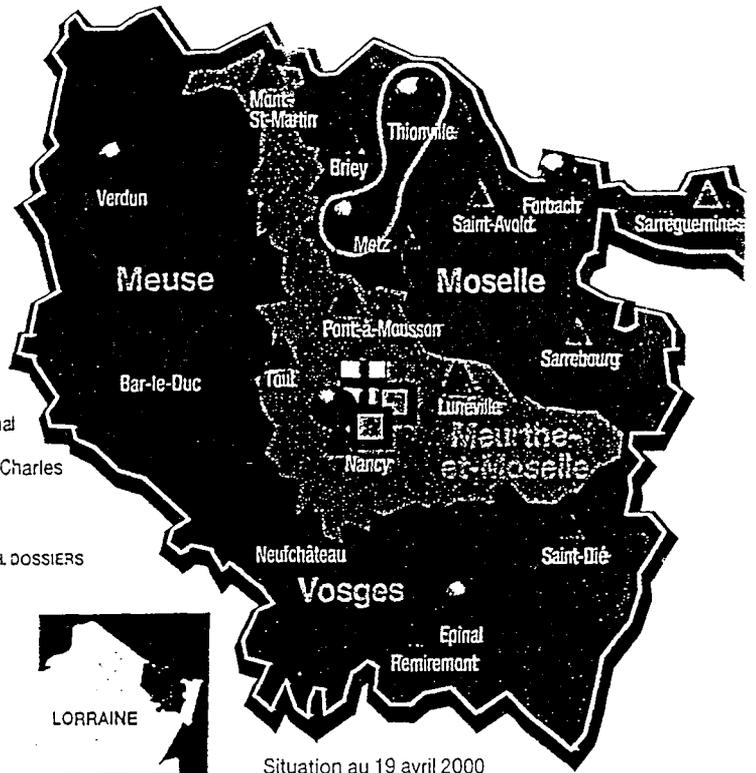


Figure 9 : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Lorraine.
Répartition des SMUR et antennes de SMUR (d'après l'ARH)(6)

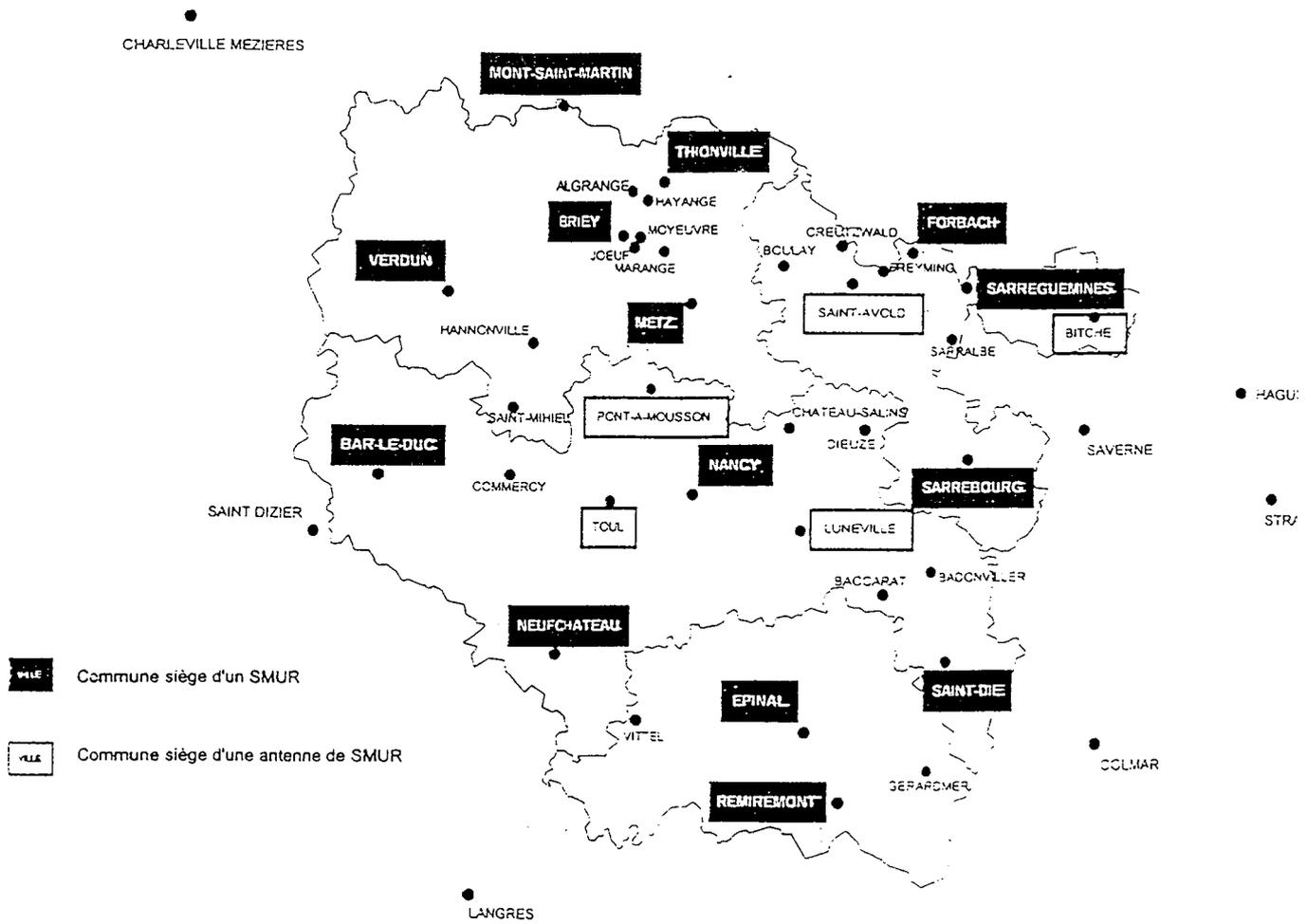


Tableau 1 : Répartition territoriale des sites d'urgence par Secteur Sanitaire (d'après l'ARH)(6).

Secteur sanitaire	SMUR OU Antenne de SMUR	UPATOU	SAU
	Verdun		Verdun
Thionville	Thionville		
Lorraine Nord	Metz	Agglomération de Metz	Metz
	Mont-Saint-martin	Mont-Saint-Martin	
	Briey	Briey	
	Sarreguemines	Sarreguemines	
	Bitche : Antenne SMUR		
Lorraine Nord Est	Forbach		Forbach
	Saint-Avold : Antenne SMUR	Saint-Avold	
	Sarrebourg	Sarrebourg	
	Epinal		Epinal
Lorraine Sud	Remiremont	Remiremont	
	Nancy	Agglomération de Nancy	Nancy
	Toul : Antenne SMUR	Toul	
	Pont-à-Mousson : Antenne SMUR	Pont-à-Mousson	
Lorraine Centre	Lunéville : Antenne SMUR	Lunéville	
	Bar le Duc	Bar le Duc	
	Neufchâteau	Neufchâteau	
	Saint-Dié	Saint-Dié	

Une constatation générale : les ARH se sont largement inspirées de l'existant. Tous les établissements hospitaliers ou presque sont assurés de conserver leurs urgences.

Le grand projet de l'ARH est le travail en réseau. Une coopération entre établissements hospitaliers, mais aussi parfois entre public et privé. Et surtout, une volonté affichée de s'appuyer sur les médecins libéraux, voire de les faire entrer dans l'hôpital.

C. Organisation d'un SU

Le séjour aux urgences, considéré dans son ensemble, est hétérogène : en son sein existe différents moments qui n'ont pas tous la même importance, la même valeur quant au pronostic final. Il existe différentes phases, dont l'identification et la définition concordent assez bien suivant les auteurs (34, 35, 36, 37, 38).

-1re phase d'accueil qui comprend la réalisation des formalités d'admission, l'installation en salle d'examen, la répartition des malades en grandes catégories (chirurgie médecine, psychiatrie), la prise des constantes vitales (pouls, tension artérielle, température).

-2ème phase d'ébauche diagnostique et thérapeutique : où sont prises un certain nombre de décisions thérapeutiques urgentes (pose d'une voie veineuse, correction d'une hypertension, ...), un premier examen clinique réalisé et décidés des examens complémentaires à faire en urgence. Cette phase de surcroît comprend la réalisation de ceux ci.

-3ème phase de diagnostic et de traitement, dans laquelle la première impression diagnostique est étayée par les examens complémentaires, des avis spécialisés, et la thérapeutique est engagée. On inclut à la notion de thérapeutique le traitement établi pour les 24 premières heures (malades hospitalisés), les examens complémentaires, ainsi que l'ordonnance de sortie (malades non hospitalisés).

-4ème phase d'orientation, très différente suivant que le malade est hospitalisé ou non.

+pour les malades hospitalisés, il faut leur trouver un lit dans le service adéquat, s'assurer de la bonne transmission des décisions thérapeutiques, enfin il faut organiser leur transfert.

+pour les malades non hospitalisés, cette étape comprend la remise de l'éventuel ordonnance de sortie et son explication, des documents de sortie, et la prise d'éventuels rendez-vous.

Ce découpage est en fait assez théorique, certains patients court-circuitent plusieurs étapes (c'est le cas des patients à risque vital immédiat par exemple).

L'intérêt de cette segmentation du parcours est de montrer qu'il n'est pas uniforme, et qu'à chaque phase se posent des questions et des problèmes différents. A chaque segment peuvent se trouver des objets d'évaluation variés et plus spécifiques.

D. Les critères de qualité d'un SU

Il existe des **critères** concernant les moyens et ressources disponibles d'un SU. La conformité doit répondre à des normes minimales fixées par des textes réglementaires (**23, 32, 38**).

L'application de ces recommandations de niveau 1 est obligatoire (accès du SU, environnement à proximité et d'aval, l'équipement matériel, les moyens humains médicaux et paramédicaux, le fonctionnement, les outils de communication : dossier médical, courrier au médecin traitant, consignes au patient, main courante mise à jour quotidiennement).

L'accueil est défini comme : "une manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit chez soi ou quand il arrive. C'est une prise en charge à l'arrivée. L'accueil à l'hôpital est basé, dans un moment particulier de crise, sur la communication, l'empathie. La spécificité de l'accueil au SU est de bénéficier d'une prise en charge individualisée, être entendu, être informé, être respecté dans ses besoins, ses croyances, ses sentiments et sa dignité. L'accueil est confronté à différentes réalités, matérielles, administratives, médicales et psychologiques.

Certains attacheront plus d'importance à la relation humaine pour d'autres ce sera le cadre matériel qui déterminera la qualité de l'accueil. L'accueil aux urgences nécessite une disponibilité importante en rejetant toute stigmatisation et jugement social et racial.

La communication est définie comme : "le fait d'être en relation avec quelqu'un, relation qui remplit la fonction de lien social". La communication peut être verbale par transmission d'une information. Le langage utilisé doit être clair, précis et adapté en tenant compte de l'état d'inquiétude et d'anxiété. La communication non verbale est tout aussi importante. Il s'agit du langage corporel qui repose sur des signes pas toujours immédiatement perceptibles comme le froncement des sourcils, le pincement des lèvres, les yeux qui plafonnent, la gestuelle, et même les silences... Ce type de communication existe dans l'expression comportementale de la douleur par exemple. L'écoute est définie alors comme le fait : "d'être aux aguets, d'être très attentif...". Elle a pour but de saisir ce que l'utilisateur désire et lui faire préciser ces attentes. C'est aussi la capacité de capter et de comprendre les messages transmis par le patient, verbaux et non verbaux. En médecine, le soin technique est facilement quantifiable. Il n'en est pas de même pour le soin relationnel (rassurer, informer, conseiller). La relation est d'autant plus importante que le soignant connaît le soigné. Celui-ci va reconnaître ses propres attentes à travers le soignant. Il est clair que cette relation personnalisée doit s'établir dès les premiers instants de l'échange.

A la lumière de ces quelques réflexions il apparaît que les professionnels de la santé, paramédicaux et médicaux, doivent bénéficier de formation à l'accueil et à la communication. La gestion du stress est de plus en plus demandée dans les SU où les situations difficiles sont fréquentes.

Une attente qui devrait être idéalement nulle : Il est difficile de définir l'attente dans un SU. Il faut distinguer "l'attente utile" (le diagnostic positif d'embolie pulmonaire par exemple passe par la réalisation d'examens complémentaires nécessitant un certain temps) de "l'attente inutile" (attendre 2 heures pour être soulagé d'une douleur dentaire insupportable). Dans le premier cas l'urgence peut devenir vitale dans le deuxième la plainte a été jugée bénigne. Dans le premier cas l'attente a été justifiée et argumentée mais pas dans le second. Le degré d'insatisfaction sera beaucoup plus grand chez le second patient car sa souffrance n'aura pas été soulagée rapidement. L'urgence vitale est devenue rare dans les SU. Il s'agit le plus souvent d'urgence ressentie exceptionnellement hospitalisée. C'est le patient qui définit de

plus en plus le caractère urgent de son état de santé. Les médecins du SU jouent souvent le rôle du médecin généraliste que certains patients ne vont plus voir.

Mais, un SU a pour obligation de répondre à toute demande de soins 24h sur 24h quel que soit le degré de gravité. On comprend bien que des patients classés CCMU 1 (**figures 8 et 9**) (état ne nécessitant pas d'acte) vont être pris en charge en même temps que des patients classés 2 (état peu sévère nécessitant des actes), 3 (état pouvant s'aggraver) ou 4 et 5 (état nécessitant une réanimation). Smeltzerch (**108**) a montré dans un SU situé dans un centre hospitalier universitaire américain que les patients ayant un score faible ont les délais d'attente les plus courts. Le délai global de séjour dans cette série de 110 patients est en moyenne de 2,68h. L'auteur de ce travail propose de notifier les dysfonctionnements et de les expliquer afin d'améliorer la qualité dans ce SU. Il souhaiterait également suivre le degré de satisfaction des patients de manière directe par téléphone. Les résultats de Smeltzer sont confirmés par d'autres études (**45**).

Ces travaux approchent l'attente quantitativement et ne permettent pas de proposer des référentiels applicables dans n'importe quel SU. Idéalement l'attente devrait être nulle. C'est impossible à réaliser. Il faudrait dans ce cas disposer d'un box et d'un médecin par patient, soit une centaine pour un SU moyen. La réponse ne peut être qu'un compromis entre le patient et le SU. Et proposer des délais d'attente acceptables. Comment les définir ? La littérature ne répond pas à cette question. On peut envisager de lister les motifs d'admission les plus fréquents au SU et les relier au diagnostic final au SU. Puis, analyser les délais par motif et diagnostic au temps zéro de la démarche qualité correspondant à ce qui se fait sans mesures correctrices en notifiant les événements pouvant expliquer d'éventuels délais considérés comme anormaux. L'étude est ensuite réalisée après mise en place des actions d'amélioration. Par le biais de cette démarche d'évaluation on peut probablement définir des délais optimaux. Mais on imagine la complexité de l'organisation méthodologique à mettre en place et les moyens financiers nécessaires. Car il ne s'agit pas d'inclure un effectif trop faible non représentatif de la population admise au SU si on veut avoir des résultats pertinents. Et le recueil de données doit se faire par des assistants de recherche détachés de la prise en charge au SU.

Il est important de faire apparaître que les SU peuvent être considérés comme une petite entreprise ou un petit hôpital où y exercent de nombreuses catégories professionnelles (IDE, AS, ASH, brancardiers, internes, externes, praticiens hospitaliers, consultants, ambulanciers...).

Le processus global de prise en charge au SU à l'air simple mais son fonctionnement est complexe et fait intervenir de nombreux acteurs qui n'ont pas nécessairement les mêmes préoccupations.

Dans la réalité on observe une certaine inorganisation avec difficulté à adapter les flux. Une des solutions serait de mieux définir les différents circuits de prise en charge.

Figure 10 : Schéma de la CCMU.

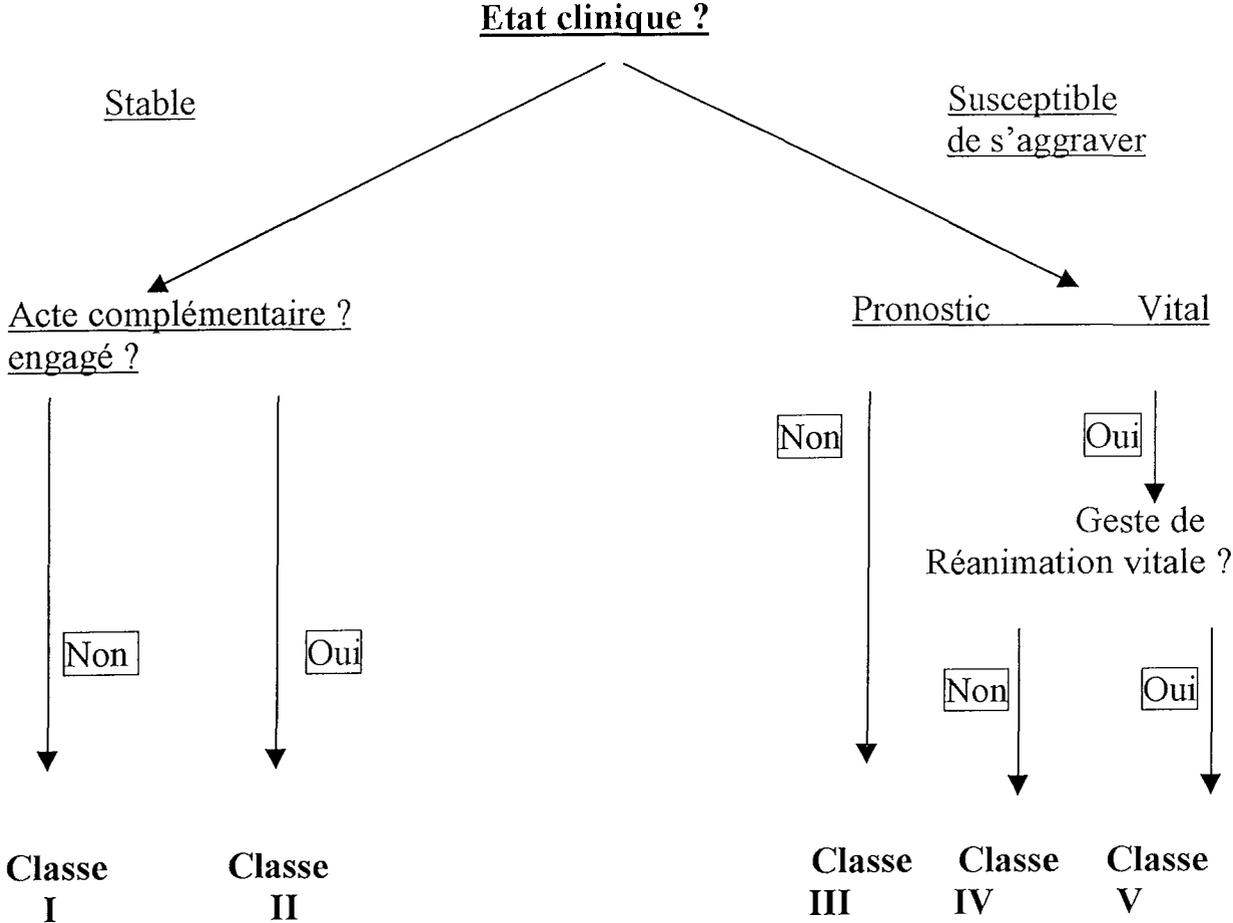


Figure 11 : Schéma de la classification GEMSA.

MODE D'ADMISSION

SORTIE DU SAU	Imprévu	Attendu ou convoqué
Décès avant toute réanimation	GEMSA 1	
Retour à domicile	GEMSA 2	GEMSA 3
Hospitalisation	GEMSA 4	GEMSA 5
Hospitalisation/Décès Soins lourds ou assidus	GEMSA 6	

E. Les techniques d'évaluation de la qualité des soins applicables aux urgences

1. Les signaux d'alarme.

Il s'agit d'événements dont la survenue est en elle-même significative. A priori ceux-ci doivent déclencher une enquête adaptée (c'est à dire plus ou moins lourde et approfondie suivant la gravité de l'événement) permettant de mettre à jour les mécanismes de survenue. Cette enquête doit être formalisée (la personne qui s'en charge doit être connue de même que les critères d'appréciation de l'événement) et autant que possible doit être réalisée au sein de l'équipe d'urgence par l'un de ses membres.

Le plus souvent la mesure de signaux d'alarme consiste en le recueil de la survenue d'événements indésirables. Si il existe un bruit de fond incompressible, l'augmentation de ceux-ci réalisent le signal d'alarme.

Les événements indésirables les plus fréquemment suivis sont : les décès, les plaintes et les incidents indésirables tels que définis par l'OMS :

-coupure, piqûre, perforation, hémorragie accidentelle ou autre incident survenu au cours d'un acte médico-infirmier.

-erreur pharmacologique quantitative (erreur de médicament).

-défaillance mécanique d'un appareil.

-administrations de produits contaminés, utilisation de produits souillés, problème de sepsis au cours d'un acte.

-problème d'incompatibilité sanguine.

-réaction allergique.

-chute, accident de transport.

En plus de l'approche ponctuelle précédemment définie, ils doivent être enregistrés afin de faire l'objet d'un suivi de tendance. A ce titre, ils font partie des indicateurs d'un éventuel tableau de bord des urgences, au sens où leur augmentation par rapport à un niveau jugé normal sert de signal d'alarme. Déclenchant des enquêtes plus approfondies ou plus synthétiques que celles réalisées au cas par cas.

2. Les délais.

Le problème de l'attente aux urgences est régulièrement mis en avant.

L'étude des délais d'attente entre les différentes étapes du passage aux urgences permet de pointer un certain nombre de problèmes (délai de la prise en charge médicale, accessibilité au plateau technique,...)

La mesure des délais peut être affinée de plusieurs façons :

+en différenciant les délais d'attente selon les catégories de malade (plus ou moins grave, plus ou moins urgent).

+en pointant tel ou tel délai.

+en pondérant différemment les délais entre chaque étape selon l'importance qu'ils ont sur le pronostic final du passage aux urgences ou selon l'importance qu'on leur accorde (par exemple en valorisant plus le délai de première prise en charge médicale par rapport au délai de sortie).

Enfin, la variation de la durée de séjour aux urgences et/ou de tel ou tel délai peut être un indicateur de type « tableau de bord » de suivi des urgences.

3. Le suivi d'examens types.

Il s'agit de suivre la rationalité de la prescription diagnostique au sein des urgences à l'aide d'examens représentatifs d'un risque de prescription erronée, inutile donc entraînant une moindre qualité des soins aux urgences (perte de temps, informations inutiles risquant d'entraîner une mauvaise conduite thérapeutique ultérieure, surcoûts injustifiés,...). L'exemple type est la radiographie de crâne standard prescrite systématiquement lors d'un traumatisme crânien.

Le recours à des examens types comme marqueurs de la qualité peut être étendu et affiné à d'autres examens (radiographie pulmonaire) ou à des ensembles d'examens (bilan pré-opératoire standard). Ces marqueurs permettent ainsi de mesurer qualitativement un aspect de la prise en charge aux urgences mais aussi de quantifier l'impact de stratégies de formation sur toute l'équipe des urgences.

4. La revue systématique de dossiers.

Tout les indicateurs précédents ont comme caractéristiques de n'étudier qu'un aspect de la prise en charge aux urgences : délais d'attente, prescription de tel examen,...

Avec la revue de dossier il s'agit d'évaluer ce qui a été fait lors du passage aux urgences dans son ensemble. Le principal problème est celui de la tenue (voire même de l'existence) d'un dossier d'urgence, de la qualité de son remplissage, de son archivage.

5. Le suivi de traceurs.

Il peut apparaître comme affinage de la revue des dossiers. En fait sa philosophie en est radicalement différente : au lieu, à travers une revue systématique, d'apprécier la qualité des soins dans son ensemble, il s'agit de centrer cette étude sur certains dossiers précédemment sélectionnés comme étant à problème.

Le choix du traceur dépend donc directement de ce que l'on veut observer au sein des urgences.

6. La mesure de la satisfaction des patients :

Les enquêtes de satisfaction (EDS) des usagers restent encore peu fréquentes dans le domaine de la santé en France à l'inverse des pays anglo-saxons (46, 58, 63, 66, 67, 71, 74, 82, 83, 91, 94, 103, 104, 110, 113, 120). Elles sont d'apparition récente dans les textes légaux : ordonnance du 24 avril 1996 et le décret n° 97-1165 du 16 décembre 1997 relatif aux conditions de réalisation de l'évaluation prévue à l'article L.712-12-1 du code de la Santé Publique. Les établissements hospitaliers doivent, de manière légale, intégrer une politique d'évaluation de la satisfaction des usagers. Le patient est mis au cœur du dispositif hospitalier. Dans les pays anglo-saxons (Etats-Unis, Angleterre), ces EDS sont considérées comme des indicateurs de la qualité des soins et elles font parties des démarches d'accréditation depuis la fin des années 80. La satisfaction du patient est un élément de la qualité des soins et de l'état de santé. La mise en place d'un système de mesure adaptée est un élément essentiel de la politique d'amélioration continue de la qualité. En France, l'information du patient et la prise en considération de ses besoins sont une des priorités du Ministère de la Santé. Cette démarche s'inscrit dans le cadre réglementaire de l'ordonnance du 24 avril 1996 qui introduit dans l'article L.710-1-1 l'obligation d'évaluer la satisfaction des patients. La démarche comporte plusieurs étapes : repérer les attentes des patients en suivant les lignes directrices de la charte du patient hospitalisé (circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995) ; définir les niveaux de performance à atteindre pour certaines de ces attentes, la participation de groupe de patients est souhaitable ; formaliser les objectifs et engagements "quasi-contractuel" dans le livret d'accueil des patients dont la remise systématique doit être assurée suivant l'esprit de l'arrêté du 7 janvier 1997 et de sa circulaire d'application du 17 janvier 1997 ; procéder à des

enquêtes auprès des patients pour mesurer leur degré de satisfaction. Le degré de satisfaction d'un usager à l'égard d'une situation de soins reflète l'écart existant entre ce que ce dernier en attendait et ce qu'il en a perçu. La satisfaction est un domaine subjectif dont il faut extraire des données quantitatives et qualitatives. La satisfaction du patient dépend surtout du comportement des équipes soignantes à son égard et à celui de son entourage que du contenu technique des soins. En effet, si un patient n'a pas la compétence pour juger une thérapeutique, il sait comment on l'a traité (respect), si on lui a expliqué ce que l'on devait lui faire et pourquoi (information), si l'on s'est soucié de son bien être physique et moral (attention et bienveillance), si on lui a demandé son avis sur les décisions thérapeutiques prises quand cela est possible (préférence des patients) et si on lui a donné les informations nécessaires à la reprise d'une vie normale à la sortie (continuité des soins). Ce sont ces critères qui vont induire sa confiance à l'égard de l'équipe soignante. Les méthodes d'investigation sont descriptives et analytiques (questionnaire, entretiens, téléphone, courrier).

Les EDS sont un élément incontournable pour évaluer un SU. Elles permettent d'apprécier la qualité des soins, des performances, du comportement des professionnels, de la logistique. Elles identifient les domaines à améliorer et renseignent sur les attentes des usagers. Elles sont la première étape de toute démarche assurance qualité centrée sur le patient. La réalisation d'une EDS dans un SU doit répondre à certains critères et respecter des phases méthodologiques. Un groupe projet est constitué et s'assure de la réalisation, de la continuité et de la pérennité du projet. Il est composé de volontaires, représentatif de l'équipe, et de référents. Le binôme "médecin-cadre infirmier" apparaît souvent dans la littérature. La conception du projet est la phase essentielle. Elle doit amener à identifier et clarifier les objectifs de l'enquête (préparer une restructuration, créer un livret d'accueil propre au SU...). La population étudiée doit être ciblée (patients, médecins libéraux...). Les personnes ressources sont définies et leur degré de disponibilité évalué. Les méthodes d'investigation seront sélectionnées en tenant compte de leur pertinence et de leur facilité d'utilisation. Quel que soit le mode d'interrogation, la libre expression doit être garantie, l'anonymat préservé et l'objectivité totale. En cas d'entretien direct ou d'appel téléphonique, l'enquêteur ne pourra pas être un agent de l'établissement. Enfin, un pré-calendrier de la réalisation de l'EDS sera défini. Les moyens matériels, humains, logistiques et financiers nécessaires à la réalisation du projet seront évalués.

Les outils de mesure du degré de satisfaction doivent être adaptés au SU (16, 18, 84, 90). Il existe de nombreuses techniques de mesure du degré de satisfaction dans un SU.

On distingue tout d'abord l'**analyse des lettres** de plaintes. L'article X de la charte du patient hospitalisé de 1995 met à sa disposition la possibilité de remplir un questionnaire de sortie intégré au livret d'accueil ou d'adresser une lettre de plainte lui permettant de manifester son insatisfaction. Cette technique est peu coûteuse et l'analyse des données est simple (78). Elle respecte la discrétion des patients (119). Les limites sont : le nombre peu élevé des plaintes, un manque de spécificité clinique (véracité et validité inconnues) (78), elles ne constituent qu'une fraction minimale de l'insatisfaction (92). Le nombre de plaintes écrites envoyées à la direction des hôpitaux augmentent depuis une dizaine d'années (7, 47). Le support favorisant l'expression d'une insatisfaction, peut être une lettre rédigée par le patient ou une lettre pré-imprimée de plainte (122) interrogeant volontairement sur les points ayant générés de l'insatisfaction. Une diffusion plus large du livret d'accueil et du questionnaire de sortie doit être plus développé pour mieux évaluer le degré d'insatisfaction vis à vis des services hospitaliers. On pourrait imaginer la même démarche dans les SU.

La littérature concernant ce type d'indicateur du degré de satisfaction comporte quelques études (13, 21, 27, 41, 43, 64, 100, 107) D'une façon générale, ces lettres émanent du patient, de la famille et des proches, des médecins ou plus rarement des avocats. Une seule étude, belge (41), montre que dans 60,4% les services sont en cause et le SU dans 24,4%. L'essentiel des plaintes porte sur le corps médical(76,8%) et les infirmières(20,7%), les soins médicaux dans 47,6%. La qualité de la communication et l'attitude des professionnels sont critiqués dans 39% et 33,5% des cas. L'écart des motifs restants concerne des problèmes d'organisation. L'enquête sur les urgences du CHU de Bichât (64) retrouve des résultats similaires et montre que les plaintes portent principalement sur les défauts de soins et d'examen complémentaires, le mauvais accueil médico-infirmier, les délais d'attente trop longs. Les problèmes d'hôtellerie et de confort n'attire pas l'attention des patients. Il existe un rapport étroit entre les lettres de mécontentement et la réception de la facture de soins. Le plus souvent les plaintes reposent sur une volonté d'informer l'hôpital d'un dysfonctionnement ou d'obtenir des informations supplémentaires (41).

Les **enquêtes par entretien** n'existent pas dans la littérature médicale. Elles sont mal connues et discutées sur le plan scientifique. Les entretiens peuvent être directifs ou semi-directifs et explorent des faits dont la parole est le vecteur principal. Ces faits concernent les systèmes de représentation (image du corps médical) et les pratiques sociales (réseaux de soins). Il s'agit de techniques très lourdes, 1 heure d'entretien représente 2 à 3 heures de traitement et d'analyse. L'entretien suit une méthodologie (grilles, recueil du discours) et repose sur

l'interaction interviewer et interviewé constituant alors un biais. Ces méthodes sont difficilement applicables au SAU.

Les questionnaires de satisfaction restent la méthode la plus utilisée. Les limites sont connues : méthode lourde ; coûteuse ; des biais peuvent exister en raison d'une mauvaise conception (effet halo par exemple) (56); Des biais sont possibles par l'exclusion de certains groupes de patients (50) ; La satisfaction du patient est basée sur une perception personnelle des soins et non sur la qualité réelle de la prestation (89). Enfin le degré de satisfaction peut être lié aux espérances du patient (93). Néanmoins, elle permet de colliger un nombre important d'informations, un traitement quantitatif des données et d'inclure une population plus importante. Leur fiabilité et leur pertinence dépendent de la qualité de la conception et de l'utilisation, de la taille de l'échantillon et des choix des méthodes statistiques. Le questionnaire doit être compréhensible et ce critère est validé par un pré-test. Il doit respecter les méthodes de formulation et la présentation des questions afin d'éviter les biais. Enfin, les questions doivent se prêter aux traitements statistiques. Les questions de type fermées ou "cafétéria" sont les plus utilisées dans les SU (59, 76, 79, 80) et les hôpitaux (9).

Les échelles de Ware et Lickert (115, 116, 117), chacune en 5 points (de tout à fait satisfait ou d'accord à tout à fait insatisfait ou désaccord) ont fait la preuve de leur efficacité. Elles sont reproductibles et simples. L'équipe de Lyon-Sud utilise une notation sur 10 et des échelles visuelles analogiques simples mais d'interprétation difficile et nécessitent des méthodes mathématiques complexes avec calcul matriciel (85).

Le questionnaire peut directement être donné à l'utilisateur ou à l'entourage qui le complétera lui mêmes ou par des enquêteurs (18, 76, 79, 80). Cette méthode influence le taux de réponse qui est très élevé : *70 à 90% de questionnaires rendus et analysables.*

Le questionnaire peut être envoyé par correspondance accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe timbrée. L'enquête du SU de Lyon (9), a obtenu un taux de retour sur 15 jours de 51% (le taux accepté est de 45%). Le taux de réponse est augmenté si on associe une relance téléphonique systématique. Les enquêtes par téléphone donnent un taux de réponse de 30 à 40% (44, 114). Mais il existe un biais socio-économique car on n'enquête pas ceux qui n'ont pas de téléphone. Aucun travail n'a été réalisé avec un échantillon construit. Le plus souvent l'échantillonnage est réalisé par tirage au sort ou prend en compte tous les consultants sur une période donnée. Héricord (69) a montré que ces techniques n'induisait pas de biais dans les SU. Il est reconnu que le nombre d'enquêtés doit être supérieur à 200. L'outil informatique permet l'utilisation de techniques statistiques très sophistiquées. L'analyse

multicritères avec coefficients de corrélation bivariés met en évidence les actions correctrices ayant une incidence en terme d'amélioration concrète (12). L'analyse en composantes principales peut être utilisée (59).

Dans les secteurs de la santé, les patients attachent moins d'importance aux attributs qu'ils peuvent difficilement évaluer (aspects théoriques et techniques). Ils accordent plus d'importance aux attributs associés (comportement, présentation), aux qualités recherchées (accueil) ou expérimentés (douleur). Ces notions sont confirmées par les différentes enquêtes menées dans les SU (16, 18, 19, 44, 59, 64, 69, 75, 76, 79, 80, 84, 90, 121, 122). *L'indice de satisfaction global est très élevé avec des points faibles dans les domaines de la communication et de l'information.* Le degré de satisfaction de l'utilisateur dans une situation de soin est conditionné par sa maladie et la compréhension qu'il en a (85). Les patients attachent beaucoup d'importance au traitement symptomatique de la douleur, de l'angoisse qui constituent un déterminant fort de la satisfaction. L'équipe de Créteil (18) a montré une corrélation entre le sentiment de sécurité, l'explication de la pathologie, des examens et le niveau de satisfaction. Les délais d'attente sont significativement corrélés au degré de satisfaction. Ils sont acceptés par le patient quand ils sont justifiés et expliqués. Les variables d'hôtellerie et de confort sont secondaires. Dans une étude rétrospective de 258 patients, Bruschi (19) étudie par téléphone les variables qui sont corrélés avec le degré de satisfaction. Parmi les 14 variables intervenant dans la satisfaction, 5 sont considérés comme importantes après une analyse de régression multiple. Il s'agit du délai d'attente avant une prise en charge, le caractère humain de la prise en charge paramédical et médical, la perception de l'organisation de l'équipe du SU, et la transmission de l'information concernant la prise en charge du patient.

Les dysfonctionnements dans les domaines de l'information (déroulement de la prise en charge, diagnostic, traitements, démarches administratives, identification des acteurs de soins) et de la relation professionnels-usagers sont les principales sources d'insatisfaction dans les SU. Dans une étude cas-contrôle (cas : groupe de patients recevant une information et contrôle : groupe ne recevant pas d'information), Kurhsel et Baraff (75) ont montré que plus le patient était informé plus son degré de satisfaction augmentait de manière significative ($p < 0,0001$). Les autres facteurs qui interviennent sont l'habileté et la compétence, une relation humaine, la capacité à diminuer l'état d'anxiété, l'explication de la maladie et du traitement. Il est clair que *plus on informe les patients plus la satisfaction est grande et la perception de la qualité des soins meilleure.*

L'usager a la capacité d'observer, de décrire et d'évaluer. Il va de plus en plus être replacé au centre de nos préoccupations en matière de santé. Les associations de consommateurs deviennent de plus en plus puissantes et écoutées par l'opinion publique. Il est clair qu'un des enjeux de la médecine moderne sera d'intégrer l'usager dans toute démarche ayant pour objectif de tendre vers la qualité totale. De même, les établissements hospitaliers sont tenus légalement de mettre en place une politique d'évaluation de la satisfaction des usagers s'intégrant inévitablement dans l'accréditation.

Bien que la sensibilité et la spécificité des enquêtes de satisfaction ne soient démontrées, elles sont nécessaires à la mise en place de la Démarche Assurance Qualité dans les SU. L'indice de satisfaction globale est élevé mais des efforts doivent être menés dans les domaines de l'accueil, la relation, la communication et l'information. Il s'agit de dysfonctionnements de type comportemental qui sont souvent difficiles à corriger. L'identification de ces dysfonctionnements doit amener à une prise de conscience collective et individuelle des soignants que les usagers peuvent les évaluer et souhaitent une réponse à leurs attentes. La mise en place d'actions correctrices en vue d'une amélioration de la qualité des soins doit tenir compte des enquêtes de satisfaction. Afin que cette amélioration soit continue ces enquêtes doivent être itératives. Elles ne peuvent s'envisager dans les SU qu'avec une complète adhésion de la direction et un suivi méthodologique permanent. Car les moyens humains, matériels et financiers nécessaires ne sont pas négligeables.

F. Performance médicale et bonnes pratiques cliniques

Ce sont les Etats-Unis qui ont les premiers développé le concept de bonnes pratiques cliniques (« guidelines ») (20). Ils pensent que le développement de ce concept est impossible car chaque patient est unique. Cette attitude combinée avec le fait que les bonnes pratiques cliniques sont une approche simpliste de la prise en charge d'un patient (« cookbook medicine ») et une porte d'entrée à de mauvaises pratiques expliquent la difficulté de la mise en place de ce concept. La mise en place de celui-ci en médecine d'urgence pourrait être discutée.

Historiquement, l'origine du développement de bonnes pratiques cliniques vient des professions médicales en 1938. Après une période d'accalmie, c'est au milieu des années 80 que l'on retrouve un intérêt pour ce type de démarche. On constate depuis plusieurs années une escalade et de nombreux guides de bonnes pratiques se développent.

La première idée qui a motivé le développement des bonnes pratiques cliniques est le désir d'établir un niveau acceptable de la prise en charge des patients. La qualité est une obligation envers les patients.

La seconde motivation est l'intérêt croissant pour la qualité et la non-qualité. Aux Etats-Unis, comme en France maintenant, s'exercent des pressions importantes pour le développement de bonnes pratiques cliniques avec comme instance de contrôle la « JCAHO » (The Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organization). Par exemple, « The American College of Cardiology and the American Heart Association » a développé un protocole pour la prise en charge d'un infarctus du myocarde. Le développement de ce type de protocole pourra donc permettre une baisse des mauvaises pratiques.

Le développement de bonnes pratiques cliniques en médecine d'urgence pose de nombreux problèmes. En effet, les situations sont souvent complexes avec parfois plusieurs pathologies intriquées. La prise en charge doit être rapide en particulier pour les patients ayant un risque vital.

L'élaboration des recommandations médicales et professionnelles constituent une des stratégies permettant d'utiliser de manière plus appropriée les ressources financières disponibles, tout en garantissant une qualité des soins la meilleure possible. Quelque soit la méthodologie suivie pour leur élaboration, ces recommandations ont toutes pour objectif d'être des outils d'aide à la décision médicale et d'améliorer la qualité des soins.

Ces recommandations sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». (54).

1. Les méthodes d'élaboration des recommandations

En France, l'ANAES a développé, avec les professionnels de santé, principalement deux méthodes :

- Les Conférences de Consensus (C.C.) ;
- Les Recommandations pour la Pratique Clinique (R.P.C).

Ces deux méthodes font toutes deux appel à l'analyse de la littérature et à l'avis d'experts et de professionnels selon des modalités spécifiques.

1.1 Les Conférences de Consensus

Cette méthode consiste en la rédaction de recommandations par un jury au terme d'une présentation de rapports d'experts délimitant l'état des connaissances. Le déroulement tient à

la fois du débat scientifique, au cours duquel des experts présentent et argumentent leurs travaux, du débat démocratique où experts et public présent expriment leur point de vue et du modèle judiciaire avec l'intervention d'un jury (3). Le jury multidisciplinaire et multiprofessionnel établit les recommandations à huit clos, en distinguant ce qui relève de la preuve scientifique, de la simple présomption ou de la pratique usuelle.

La Conférence de Consensus permet un débat professionnel public et aboutit à une prise de position par un jury indépendant dont les recommandations ne seront pas rediscutées.

Cette méthode trouve typiquement sa place quand :

- Le thème à traiter est limité et peut se décliner en 4 à 6 questions pour lesquelles des recommandations peuvent être faites dans le temps limité (24 à 48 heures) dont dispose le jury à l'issue de la séance publique ;

- Le thème à traiter donne lieu à une controverse nécessitant un débat public et une prise de position de la part de la communauté professionnelle. Les données scientifiques existent mais elles sont souvent parcellaires et incomplètes.

L'ANDEM est ainsi intervenue soit en accompagnant sur le plan méthodologique 18 conférences de consensus (participation), soit en attribuant 18 fois et à la demande des promoteurs d'une conférence de consensus, un label méthodologique (**tableau 2**).

Cette méthode a des limites liées aux indications elles-mêmes de cette méthode (thème restreint, nombre limité de questions,...). Pour ces raisons et à la suite de l'important travail réalisé par l'Agence for Health Care Policy and Research (AHCPR), l'ANDEM a décrit et développé dès 1993, la méthode « recommandations pour la Pratique Clinique » (4).

Les Conférences de Consensus en Médecine d'Urgence en France validées par l'ANDEM sont :

- Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux .(1)
- Prise en charge des crises d'asthme aiguës graves de l'adulte.(29)
- Prise en charge de l'entorse de cheville.(51)
- Prise en charge de l'état de mal épileptique.(53)
- Prise en charge de l'hypertension artérielle.(72)
- Prise en charge des malaises.(98)
- Prise en charge de la colique néphrétique. (97)
- Prise en charge de la douleur (congrès de la SFUM à Roanne).
- Prise en charge de l'ivresse aiguë.
- Prise en charge des intoxications aiguës. Place de l'épuration digestive.(52)

1.2 La méthode « Recommandations pour la Pratique Clinique »

Il s'agit d'une méthode combinant l'avis d'experts et une analyse standardisée de la littérature fondée sur la quantification du niveau de preuve scientifique (4).

C'est un travail de synthèse de données multiples et souvent dispersées destiné à traiter un thème souvent vaste et décliné en de nombreuses questions et sous-questions.

Ce travail permet de définir des stratégies médicales optimales en fonction de l'état des connaissances et de l'art en précisant ce qui est approprié ou non et ce qui doit faire l'objet d'études complémentaires (dans le domaine de la recherche clinique, par exemple).

C'est une méthode bien adaptée lorsqu'il s'agit d'établir des recommandations sur des stratégies médicales lourdes et complexes pour lesquelles la littérature médicale à analyser est abondante et souvent de qualité inhomogène quant au niveau de preuve scientifique fourni. Les thèmes pour lesquels l'ANDEM a élaboré des recommandations avec la « méthode RPC » figurent dans le **tableau 3**.

2. Comment utiliser des recommandations médicales et professionnelles

Les modalités de diffusion des textes issus de l'élaboration de recommandations sont un des éléments déterminants de l'impact des recommandations. La diffusion fait appel à des documents écrits et à des actions de communication, voire médiatiques.

Les actions médiatiques cherchent à sensibiliser d'autres cibles que les professionnels directement concernés. Il peut s'agir d'un communiqué de presse ou d'une conférence de presse avec dossier de presse reprenant les messages essentiels des recommandations.

Les recommandations sont largement diffusées dans la presse professionnelle et implantées sur des supports multimédia (CD-ROM, minitel, internet,...).

La simple diffusion de recommandations n'est cependant, bien souvent, pas suffisante pour espérer avoir un impact sur les pratiques professionnelles et sur la qualité des soins (65, 87).

Les recommandations ne doivent être alors considérées que comme un outil au service d'actions d'amélioration de la qualité des soins. Les moyens à mettre à disposition sont :

-L'utilisation des recommandations, comme référentiels cognitifs et pédagogiques, lors d'actions de formation initiale de nature universitaire ou non et lors d'actions de formation continue. Les méthodes pédagogiques utilisées doivent alors faire appel non seulement au texte écrit des recommandations mais aussi à des études de cas, à la communication orale et à des supports interactifs ;

-L'utilisation des recommandations comme référentiels au cours d'une démarche d'évaluation de la pratique professionnelle (audits, programme d'assurance qualité). Il y a

alors appropriation et utilisation des recommandations afin de conduire et d'influencer un changement des pratiques professionnelles. L'impact de telles actions d'appropriation de recommandations a bien été démontré dans des conditions cliniques particulières (95)

-Enfin, ces recommandations peuvent servir de point de départ à l'élaboration de standards de pratique dans l'optique d'une régulation médicalisée des dépenses de santé (recommandations et références médicales) ou d'une reconnaissance externe (accréditation et certification).

Tableau 2 : Liste des Conférences de Consensus (d'après l'ANDEM).

Conférences de consensus auxquelles l'ANDEM a directement participé

- Médicaliser la ménopause
- Lithiase vésiculaire : stratégie thérapeutique
- Bilan d'extension du cancer bronchique non à petites cellules
- Prophylaxie de l'endocardite infectieuse
- Diagnostic, pronostic, traitement et surveillance des polyglobulies
- Indications de la transplantation hépatique
- Utilisation des globules rouges pour la compensation des pertes sanguines en chirurgie de l'adulte
- Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques
- Arthroscopie du genou
- Les choix thérapeutiques dans les cancers du rectum
- La nutrition artificielle péri-opératoire en chirurgie programmée de l'adulte
- Suivi des patients opérés d'un mélanome de stade I
- Maladie ulcéreuse et gastrites à l'heure d'*Helicobacter pylori*
- Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir, devenir
- L'utilisation des solutions d'albumine humaine en anesthésie-réanimation chez l'adulte
- Hépatite C : dépistage et traitement
- Prise en charge de l'arrêt de tabac
- Prévention, dépistage et prise en charge du cancer du colon

Conférences de consensus pour lesquelles un label a été demandé par l'ANDEM

- Sevrage de la ventilation mécanique chez l'adulte à l'exclusion des pathologies neurologiques et musculaires prédominantes
- La prise en charge de la stérilité : pour qui ? comment ? pour quels résultats ?
- La décontamination digestive sélective en réanimation
- Evaluation de la fonction ventriculaire chez l'adulte au lit du malade
- Epuration digestive lors des intoxications aiguës
- Sédation en réanimation : concept et pratique
- Maladies sexuellement transmissibles (MST) chez la femme, la mère, la mineure
- Facteurs pronostiques chez les malades en réanimation
- Les infections liées aux cathéters veineux centraux en réanimation
- Assistance ventilatoire au cours des décompensations aiguës des insuffisances respiratoires chroniques de l'adulte
- Place respective des différentes techniques non instrumentales de désencombrement bronchique
- L'entorse de cheville au service d'accueil des urgences
- Prise en charge de l'état de mal épileptique (enfants-adultes)
- Le déclenchement de l'accouchement
- Les méningites purulentes communautaires
- La prise en charge des malaises au service d'accueil des urgences
- Utilisation des catécholamines au cours du choc septique (adultes-enfants)
- Prévention des infections à bactéries multirésistantes en réanimation

Tableau 3 : Méthode Recommandations Pour la Pratique Clinique
(d'après l'ANDEM).

- Acné
- Aérateurs transtympaniques
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Anti-ulcéreux
- Antibioprophylaxie en chirurgie
- Appendicite
- Asthme : critères de gravité, aspects diagnostiques et thérapeutiques
- Bon usage des antibiotiques à l'hôpital
- Chirurgie de la surdité
- Cholécystectomie
- Conduite à tenir en urgence devant une hémorragie chez un hémophile
- Cystites et pyélonéphrites aiguës simples de la femme de 15 à 65 ans, en dehors de la grossesse
- Diagnostic biologique des hépatites virales
- Dysmorphoses dento-maxillaires
- EFR (Epreuves Fonctionnelles Respiratoires)
- Eléments d'évaluation pour le choix et l'emploi des différentes classes de produits de contraste iodés hydrosolubles lors des examens tomodensitométriques et urographiques
- Endartérectomie
- Endoscopies digestives basses
- Evaluation et état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte
- Examen électroencéphalographique
- Examen électromyographique
- Explorations et chirurgie du genou
- Hématologie en pratique courante
- Hypolipidémiant
- Hystérectomie
- Immuno-histochimie en anatomie pathologique
- Implants oculaires
- Indications, contre-indications et conditions d'utilisation des produits sanguins labiles (globules rouges, plaquettes, granulocytes, plasma)
- Indications de l'épuration extra-rénale dans l'insuffisance rénale chronique terminale
- Indications des explorations dans le diagnostic et suivi du reflux gastro-oesophagien du nourrisson et de l'enfant
- Insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs
- Laser en ophtalmologie
- Lombosciatique commune
- Massokinésithérapie dans le syndrome fémoro-patellaire et les suites de méniscectomies

- Massokinésithérapie dans la conservation de l'activité ambulatoire (marche, transferts, équilibre) des malades âgés
- Massokinésithérapie dans les lombalgies communes
- Médicaments antidépresseurs
- Méthode d'épuration extra-rénale dans l'insuffisance rénale chronique
- Oxygénothérapie à long terme chez les insuffisants respiratoires chroniques
- Pontage aorto-coronaire
- Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col
- Prescription des hypnotiques et anxiolytiques
- Prescription des neuroleptiques
- Prescription des vasoactifs dans le traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- Prescription pluri-médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans
- Principes méthodologiques d'évaluation des orientations thérapeutiques d'un établissement thermal
- Prise en charge de l'incontinence urinaire de l'adulte en médecine générale
- Prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire
- Prise en charge diagnostique du nodule thyroïdien
- Prise en charge en urgence d'un patient hémophile suspect d'hémorragie
- Prothèse totale de hanche
- Recherche d'HCG chez la femme enceinte
- Recommandations en cas d'inefficacité des transfusions de plaquettes au cours des thrombopénies d'origine centrale
- Stérilité du couple
- Suivi des psychotiques
- Surveillance biologique de la femme enceinte en bonne santé et sans antécédents pathologiques
- Techniques invasives dans l'insuffisance coronaire
- Traitement du cancer localisé de la prostate
- Tumeurs cutanés
- Utilisation des produits sanguins labiles
- Vaso-dilatateurs, anti-ischémiques et vasculo-protecteurs, dans la symptomatologie d'une insuffisance circulatoire cérébrale
- Veinotropes

OBJECTIFS

Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) est un service central dans un établissement hospitalier. En effet, c'est le premier ou le seul contact que le patient aura avec l'hôpital. Il est difficile de connaître ce qu'attendent les usagers du SAU. Les mécontentements ou la satisfaction sont rarement formulés par les usagers. Les critiques souvent émises oralement au personnel par les usagers sont :

- **la mauvaise qualité de l'accueil**
- **la mauvaise qualité de la transmission de l'information**
- **des délais d'attente trop longs**

L'objectif principal de ce travail est de présenter une synthèse de la démarche Qualité entreprise par le SAU depuis 1997. Cette démarche s'intègre dans un Projet d'Assurance Qualité (PAQ) contractualisée par la Direction des Hôpitaux et l'ANAES. Le thème d'appel à projet choisi était "**La Réponse aux attentes des usagers**".

Les objectifs poursuivis par ce PAQ étaient :

- **améliorer la qualité de l'accueil et de l'information des usagers du SAU**
- **réduire les délais d'attente**

Deux indicateurs ont été utilisés :

- **la mesure du degré de satisfaction des usagers**
- **la mesure des délais d'attente et de prise en charge au SAU**

MATERIELS ET METHODES

I. MATERIEL

Le PAQ a été réalisé dans les locaux du SAU du CHU de Nancy. L'ensemble des acteurs (paramédicaux et médicaux) du SAU ont été impliqués dans cette démarche.

II. METHODES

Nous avons suivi la méthodologie proposée par l'ANAES dans le cadre des Programmes Assurance Qualité nationaux lancés en 1995. Les étapes de réalisation de ce PAQ étaient :

1. Constitution d'un groupe projet, d'un comité de pilotage, de groupes de travail.
2. Planification des réunions et utilisation des outils de la Démarche Qualité.
3. Construction du processus actuel.
4. Identification des dysfonctionnements.
5. Construction du nouveau processus.
6. Proposition d'actions d'amélioration.
7. Mise en place des actions.
8. Propositions d'indicateurs de suivi continu de l'amélioration de la Qualité.
9. Mise en place des indicateurs.

A. Organisation

1. Composition du groupe projet

- Dr A Bellou, PH : Responsable
- Mme O de Canteloube, Cadre Infirmier Supérieur : Responsable
- Pr H Lambert, Chef de Service : Membre
- Dr J Manel, PH : Membre
- Dr P Peton, PH : Membre
- Dr M Maignan, PH : Membre
- Mme AM Winsback, Cadre Infirmier : Membre
- Mr JM Kleffert, Cadre Infirmier (service brancardage) : Membre
- Mr B Taine, Cadre Infirmier Supérieur (service de radiologie) : Membre
- Mme J Dawint, Cadre Infirmier : Membre

2. Comité de pilotage

- Mr Ch Vuillemin : Directeur Général Adjoint
- Mme E Toussaint : Directeur Adjoint
- Mr G Thomas : Infirmier Général

3. Encadrement méthodologique

- Pr S Briançon : Chef de Service, Service d'Epidémiologie et d'Evaluation Cliniques
- Dr F Empereur : Assistant Chef de Clinique, Service d'Epidémiologie et d'Evaluation Cliniques
- Mr M Virion : Ingénieur, Service d'Epidémiologie et d'Evaluation Cliniques
- Dr J Manel : PH au SAU, spécialiste en statistiques

4. Modalités de fonctionnement

4.1. Planning de travail (annexe 1)

Le projet a nécessité de nombreuses réunions.

4.2. Organisation

4.2.1 Phase de réflexion et mise en place du PAQ

Cette phase a duré 3 mois après la réunion de lancement national des PAQ en novembre 1996, permettant de réunir la bibliographie afin de mieux comprendre la Démarche Assurance Qualité et d'organiser le groupe projet. Pendant cette phase, les responsables se sont réunis 1 à 2 fois par semaine. Une première réunion a été organisée le 23 janvier 1997 avec le directeur général adjoint afin de bien cadrer le projet et de s'assurer de la faisabilité. Il a été souligné l'importance du PAQ pour l'établissement et le soutien de la direction générale. Il a été rappelé que 2 domaines principaux de ce projet devront être analysés :

- **l'accueil et l'information des usagers**
- **les délais d'attente des usagers**

Parallèlement, il nous a fallu attendre les conclusions de différentes commissions mises en place par la CME, ayant pour but d'élaborer des propositions d'organisation des urgences au CHU de Nancy (obtention des rapports en février 1997). Il était important de connaître le contexte dans lequel le PAQ allait pouvoir être lancé. Celui-ci étant favorable nous avons pu planifier différentes réunions de travail. Le groupe projet a été réuni le 22 janvier 1997 afin de bien définir les objectifs, d'analyser le processus de prise en charge et ses différents segments.

4.2.2 Fonctionnement

A partir du mois de mars, un planning de réunion a été proposé (**annexe 1**). Cette phase d'organisation des groupes a été longue et laborieuse en raison des problèmes de disponibilité et du manque d'expérience du service à ce type de méthode de travail. Initialement, 7 groupes de travail avait été proposés (**figure 12**).

Nous avons dans un premier temps laissé chaque membre de groupe de travail analyser individuellement sa fonction dans les différents segments du processus. Puis une réflexion au sein du groupe a été proposée, guidée à chaque réunion par les responsables. Le but était de lister les événements pertinents et quantifiables se déroulant dans le service au cours du processus de prise en charge, ces événements pouvant être considérés comme normaux ou anormaux.

Le travail du groupe était structuré de la façon suivante :

- animation par les responsables
- 1 secrétaire prend des notes
- 1 scribe note les événements sur un paper-board
- le groupe était subdivisé en sous groupes de 4 ou 5 et nommait un rapporteur

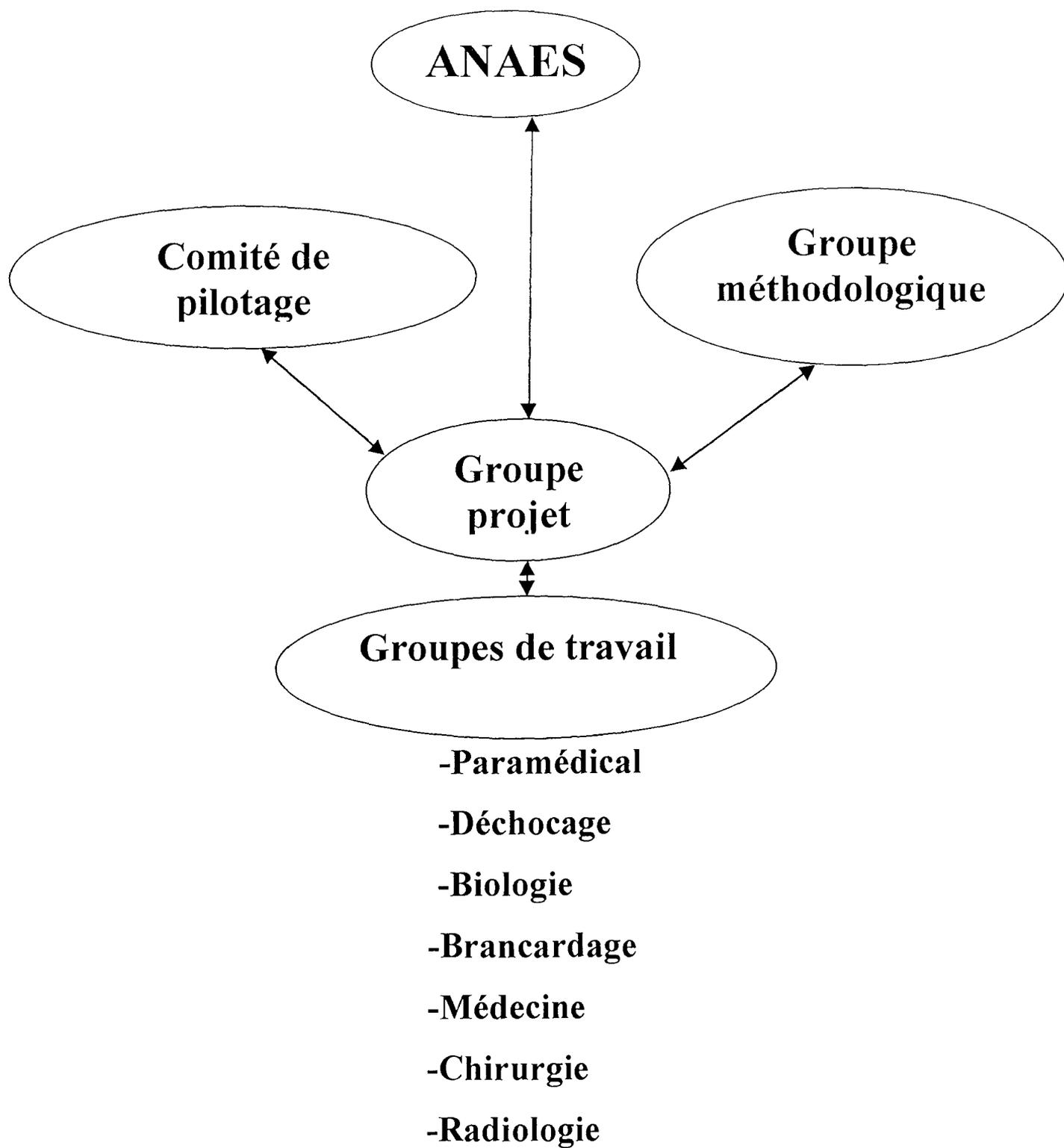
Au terme de ces réunions, une synthèse était réalisée afin de sélectionner les items qui serviraient à l'élaboration des questionnaires de satisfaction et d'observation événementielle.

Toutes les informations et les documents concernant le PAQ ont été transmis à l'ensemble du personnel du SAU (projet initial, guides méthodologiques de chaque étape, rapports...). Toute information nouvelle pouvant influencer le déroulement du projet était diffusée largement.

Nous avons utilisé les outils méthodologiques proposés par l'ANAES :

- le diagramme des flux (pour modéliser le processus et les segments)
- le Q (qui?) Q (quoi?) O (où) Q (quand) C (comment) P (pourquoi?) : cet outil permet l'analyse de chaque segment
- l'outil 5 M (Matière : support; Main d'œuvre : personnel ; Matériel : moyens ; Méthode : organisation ; Milieu : environnement) : il permet d'identifier les ressources nécessaires à la réalisation d'une tâche, d'un segment de processus
- la méthode de résolution de problèmes
- le brain-storming

Figure 12 : Mise en place des groupes de travail



B.Méthodologie des enquêtes d'évaluation

1. Analyse des lettres de plaintes

L'étude des lettres de plaintes de l'année 1997 a permis d'analyser le type de mécontentements formulés par les usagers après leur passage au SAU.

2. Enquêtes de satisfaction

Ces enquêtes ont été réalisées du 23 Juin au 1 juillet 1997 et du 22 au 29 Juin 1999. Les patients admis au SAU étaient inclus dans l'étude pour constituer la **population dite « générale »** de 1997 et 1999. A l'intérieur de chacune de ces populations un sous-groupe de patients a été sélectionné pour participer à une enquête de satisfaction. Le consentement du patient était obtenu avant le début de l'enquête. Certains patients étaient exclus de l'enquête : état clinique jugé grave nécessitant une prise en charge immédiate, troubles psychiatriques, tentative de suicide, éthylisme aigu, syndrome confusionnel, problèmes de compréhension, enfants, absence de consentement.

Deux types d'enquêtes de satisfaction ont été réalisées :

+ une enquête immédiate : un enquêteur extérieur au SAU propose à chaque patient inclus de répondre à un questionnaire détaillé (**Annexe 1**) mais rapide (pas plus de 15 minutes) à la fin de la prise en charge avant son départ du SAU. Il s'agissait d'enquêteurs extérieurs au SAU mais compétents dans ce domaine (personnels de l'UFATT). Ils ont enquêtés 24h sur 24H. Pour chaque période d'enquête il y avait deux enquêteurs toute la journée et un la nuit.

+ une enquête différée : pour avoir une vue synthétique du souvenir du vécu au SAU, l'ensemble des patients admis pendant la période d'enquête ont reçu un questionnaire simplifié accompagné d'une enveloppe timbrée, au domicile 14 jours après leur arrivée, qu'il devait adresser rempli au SAU. Cette enquête n'a été réalisée qu'en 1997.

3. Enquête d'observation événementielle

L'enquête a été réalisée du 23 Juin au 1 Juillet 1997. **Sept cent dix huit patients** ont été inclus.

Le parcours du patient a été observé dans les différents segments du processus (arrivée, le premier contact, la prise en charge, et l'orientation). A l'époque, il n'y avait pas une prise en charge « type », formalisée, d'un malade au SAU.

L'observation a été réalisée par des observateurs extérieurs à la prise en charge mais appartenant au service qui notaient les différents événements. Deux types d'observateurs ont participé à cette enquête :

+ un observateur général qui analysait le fonctionnement global du service pouvant retentir sur la prise en charge du malade. Son lieu d'affectation était le poste d'accueil. C'est un point central où il pouvait observer l'arrivée des malades, l'activité de l'IAO, du répartiteur, de l'agent administratif, des ASB, l'encombrement du hall d'accueil et de la salle d'attente. Il observait la qualité de l'accueil et de l'information. Les données étaient colligées dans un questionnaire appelé « **phase 1** » (**Annexe 1**), **302 questionnaires** ont été recueillis.

+ des observateurs qui suivaient chacun 1 patient simultanément, notaient les événements de la prise en charge et de l'orientation. Ces questionnaires ont été appelés « **phase 2** » (**Annexe 1**), **232 questionnaires** ont été recueillis. Sept patients ont seulement eu la « phase 2 » et 184 patients n'ont eu ni la « phase 1 », ni la « phase 2 ».

Les questionnaires phase 1 et 2 et de satisfaction ont été rapprochés sur le numéro de venue du patient.

A chacun des segments du processus **l'attente, l'information, la relation, l'environnement et la décision** ont été étudiés. Il a été également noté les temps de survenue des événements, permettant de mesurer des **délais globaux de prise en charge**. Le but était de dépister des temps d'attente inutiles.

Les **laboratoires de biologie** (Biochimie, Cytologie, Hémostase, Toxicologie) ont participé à l'enquête afin de connaître les délais d'arrivée des prélèvements, de réalisation des dosages et de transmission des résultats au SAU. Les techniciens remplissaient à chaque demande une fiche accompagnant le prélèvement sanguin. Cette fiche comportait deux parties. La première partie de la fiche était remplie par les intervenants du SAU (médecin, soignant, aide-soignant, brancardier). Elle était commune à tous les laboratoires. La deuxième partie correspondait plus spécifiquement à la réalisation du bilan, elle était complétée par les techniciens de laboratoire. Chaque laboratoire concerné (cytologie, hémostase, biochimie, toxicologie) recevait un exemplaire de la fiche biologie où il remplissait les items qui le concernait tout particulièrement.

C. Propositions des actions d'amélioration

Le travail de groupe et les différentes enquêtes réalisées dans cette première partie du PAQ ont permis de proposer des actions d'améliorations avec **rédaction de procédures et planification des actions.**

D. Mesure de l'impact de la démarche Qualité au SAU

L'impact du PAQ a été mesuré par une 2^{ème} enquête de satisfaction réalisée en 1999, 2 ans après la mise en place de la démarche. De plus, nous avons également étudié l'évolution des délais d'attente, de prise en charge et de durée de séjour globale au SAU avec la réalisation d'une nouvelle enquête observationnelle. Les résultats obtenus en 1997 étaient comparés à ceux de 1999.

E. Méthodes statistiques

L'étude statistique a été réalisé par Mr Virion, statisticien et informaticien au Service d'Epidémiologie et d'Evaluation Cliniques du CHU de Nancy (Chef de Service : Professeur S Briançon). Le logiciel utilisé était BMDP (Chicago, USA).

1. Etude descriptive

- 1.1 Etude descriptive de la population générale en 1997.
- 1.2 Etude des populations étudiées en 1997 à chaque phase du processus (phase 1, phase 2, phase 1+2) par rapport à la population générale.
- 1.3 Mesure du degré de satisfaction en 1997.
- 1.4 Etude descriptive du processus de prise en charge en 1997.
- 1.5 Etude descriptive des délais mesurés en 1997.

2. Etude analytique

2.1 Etude de la relation acteurs/usagers :

2.1.1 Comparaison des enquêtes satisfaction 1997 et 1999.

2.1.2 Comparaison 1997/1999 de la relation patients/soignants :

Nous avons comparé les différents critères concernant la relation des patients avec les soignants en 1997 et en 1999. Le test statistique utilisé était le chi 2.

2.1.3 Etude des commentaires libres et comparaison 97/99 :

Lors de l'enquête, les observateurs avaient la possibilité de noter en commentaires libres des éléments concernant la nature de la relation entre les patients et les soignants. Ces commentaires ont été codés afin de pouvoir les étudier. Le test statistique utilisé était le chi 2.

2.1.4 Comparaison de l'enquête observationnelle avec l'enquête satisfaction de 1997:

Le but était de rechercher une différence entre le degré de satisfaction des patients et la qualité de la relation observée par les acteurs.

Certains items identiques ou se rapprochant dans leur signification ont été comparés par un test chi 2.

2.2 Etude des délais :

L'objectif de cette enquête était non seulement de déterminer certains délais pertinents mais aussi d'identifier et d'analyser les différents critères influencent certains délais. Ainsi, les patients ont été classés en différents groupes selon l'importance des délais. Les groupes étaient comparés statistiquement en fonction des critères de la population, afin de rechercher des différences significatives entre les groupes.

2.2.1 Les délais choisis : Ces délais ont été choisis car ils représentaient le mieux l'ensemble des délais calculés.

DAP : délai entre l'arrivée du patient et sa prise en charge. C'est la différence entre l'heure de prise en charge par le personnel soignant et l'heure d'arrivée du patient au SAU. C'est le **délai d'attente**.

DPC : délai entre la fin de prise en charge et son début par un soignant. Il correspond à l'examen clinique du patient et aux examens paracliniques nécessaires au diagnostic. Une décision thérapeutique pourra alors être prise. Il représente la **durée de prise en charge**.

DAS : délai entre l'arrivée et le départ du patient du SAU. C'est la **durée de séjour globale**.

DAA : délai avant analyse ; il correspond au temps qui sépare le départ des tubes du SAU du début de la réalisation de l'analyse biologique pour chaque laboratoire (cytologie-hémostase-biochimie-toxicologie). C'est le **temps de transport des prélèvements**.

DRB : durée de réalisation de la biologie pour chaque laboratoire. Il correspond à la différence entre l'heure de fin et de début de réalisation de l'analyse biologique.

DTB : délai total en biologie. C'est le délai entre l'heure de demande de prélèvement par le médecin et l'heure de fin de réalisation de l'examen. Il correspond à la **durée du processus du segment Biologie**.

2.2.2 Les critères de comparaison choisis et les tests statistiques utilisés :

<u>Les critères de comparaison choisis sont :</u>	<u>Tests statistiques utilisés</u>
-Le sexe	chi 2
-L'âge	analyse de la variance à un facteur
-Le mode d'arrivée	chi 2
-Filière médecine/chirurgie	chi 2
-CCMU	chi 2
-GEMSA	chi 2
-Heure d'arrivée	analyse de la variance à un facteur
-Prélèvement sanguin présence/absence	analyse de la variance à 2 facteurs
-Examen radiologique présent/absent	analyse de la variance à 2 facteurs
-Traumatologie/non traumatologie	chi 2
-Spécialités	chi 2

2.2.3 Comparaison des résultats obtenus en 1997/1999 :

Le test utilisé était l'ANOVA à 1 facteur.

2.2.4. Comparaison en fonction des différentes spécialités :

Toutes les pathologies observées en 1997 et 1999 ont été codées pour chaque spécialité et comparées par l'intermédiaire de trois délais principaux (DAP, DPC, DAS).

Ces comparaisons ont permis d'identifier les pathologies pour lesquelles les délais étaient les plus élevés.

Il n'a pas été possible de faire une étude plus fine en fonction du type de diagnostic car les effectifs étaient trop faibles. L'étude a été réalisée par spécialités (Cardiologie, Psychiatrie, Chirurgie, Neurologie, Divers).

RESULTATS

ETAPE 1 : BILAN DE L'EXISTANT EN 1997

IDENTIFICATIONS DE DYSFONCTIONNEMENTS

I. Présentation du SAU

Il existe actuellement plusieurs sites d'urgences au CHU de Nancy :

- le SAU situé à l'Hôpital Central : 33 000 patients y ont été admis en 1997
- l'Unité d'Accueil des Hôpitaux de Brabois : 14 000 patients
- l'Unité d'Urgences du Service de Chirurgie D : 15 000 patients
- le SAU de l'hôpital d'Enfants : 23 000 patients

Les prévisions, pour la période quinquennale de 1998 à 2003, argumentée sur ces chiffres et les modifications apportées par l'ouverture de l'Hôpital Neurologique sur le site de l'Hôpital Central et les modifications de flux des urgences orientées vers l'Unité d'Accueil des Hôpitaux de Brabois, s'établissent à une activité du SAU de 40-45 000 patients par an.

Les locaux actuels du SAU (**Figures 13 et 14**) datent de 1984 et couvrent une superficie de 1200 m². Ils étaient adaptés quantitativement à l'activité annuelle de 22 000 entrées. Ils comportent : un SAS d'entrée pour l'arrivée des véhicules, un hall, une salle d'attente, un local destiné aux ASB où sont stockés les brancards et les fauteuils., un poste d'accueil, un bureau infirmier, un local à pharmacie, 6 salles d'examen pour la prise en charge des patients admis pour un motif médical, 2 salles de chirurgie, 2 salles de soins de chirurgie, 1 salle de plâtre, une salle de déchocage pour l'accueil des urgences vitales et des malades polytraumatisés, 2 salles d'examens radiologiques, 1 salle de restauration et de détente. Il n'y a pas de salle de réunion et de bibliothèque. Enfin, le SAU ne dispose pas d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHTCD).

Actuellement, 40 à 50% des malades admis pour un motif médical sont hospitalisés dans les services d'aval. Les délais d'attente sont augmentés par la recherche des lits d'hospitalisation et la prescription d'examens complémentaires dont les résultats sont attendus au SAU avant le départ du patient du service. Ces malades peuvent être hospitalisés à différents sites du CHU du plus proche (hôpital central) au plus éloigné (hôpitaux de Brabois à 4 km, hôpital Jeanne d'Arc à 30 km) du SAU. Le service dispose de l'ensemble des structures nécessaires à son bon fonctionnement : services de médecine, chirurgie, cardiologie, neurologie, ORL, maxillofaciale, ophtalmologie, réanimation médicale et chirurgicale, une unité d'urgence

psychiatrique, radiologie conventionnelle, interventionnelle et neuroradiologie, laboratoires de biologie (biochimie, toxicologie, hématologie, microbiologie, transfusion sanguine).

L'hôpital central est structuré sous forme de pavillons éclatés représentant des services. Les laboratoires de biologie ne sont pas proches du SAU nous obligeant à porter les prélèvements dans ces structures. Le délai moyen habituel d'un parcours est de 15 à 20 minutes contribuant à l'augmentation du délai de séjour au SAU. De même, la localisation des services de radiologie oblige l'organisation du transport des malades dépendant de la disponibilité des ASB et des chauffeurs ambulanciers.

Les dossiers du service sont informatisés depuis 1995.

Depuis le rapport Steg et les décrets parus à la suite de sa publication, le SAU a été structuré comme un service. Antérieurement, le SAU ne fonctionnait qu'avec des internes DES de garde changeant tous les jours. L'augmentation de la médicalisation et de l'équipe paramédicale ont permis d'organiser l'activité médicale. Depuis 1995, le SAU dispose de 4 PH et un chef de service. Un senior (docteur en médecine) est présent 24h sur 24h. Des internes résidents ont été affectés au SAU pour une période de 6 mois depuis 1996 et des étudiants hospitaliers depuis 1997. Deux PH supplémentaires ont été obtenus en 2000.

Figure 13 : Plan de l'Hôpital central

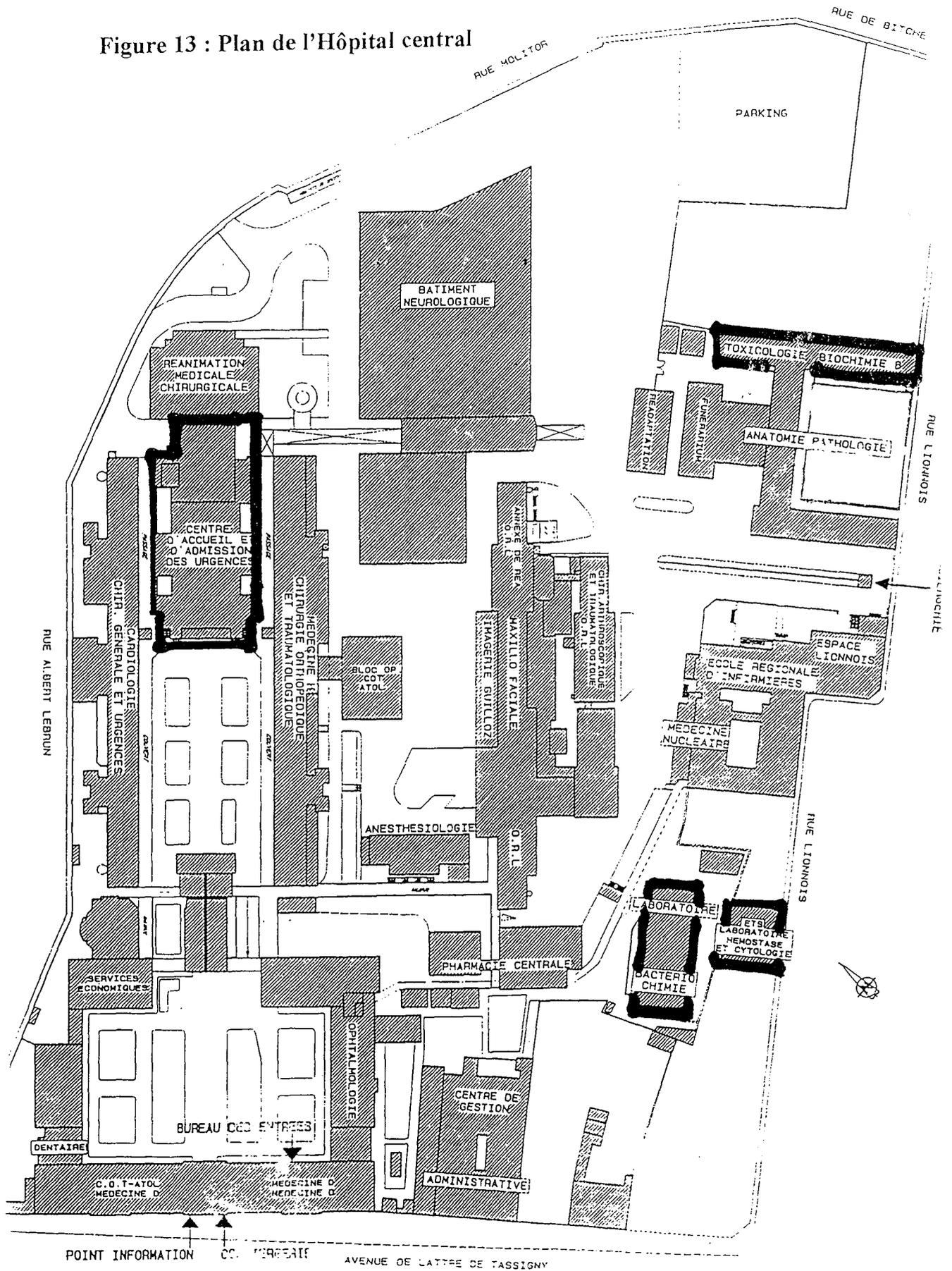
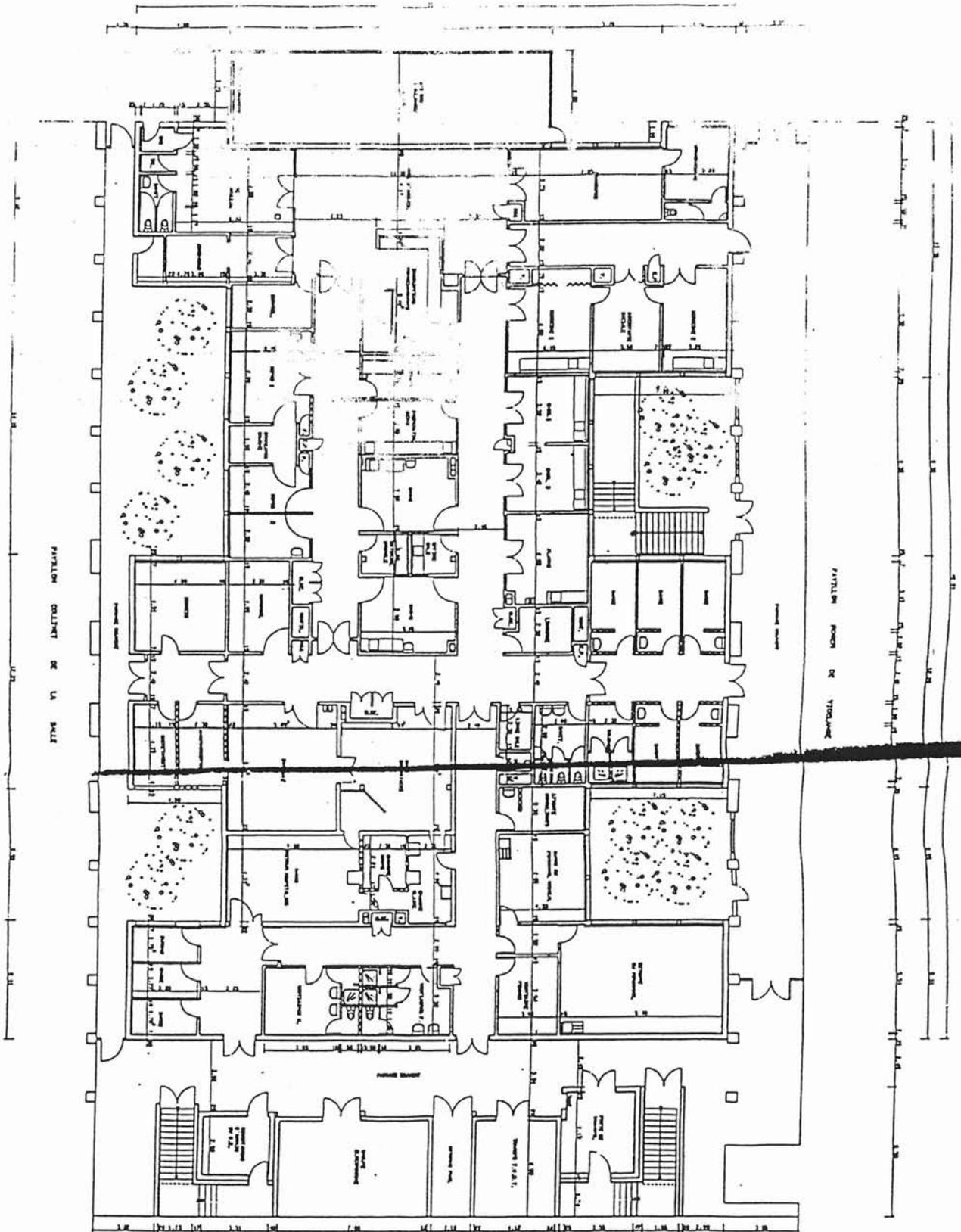


Figure 14 : Plan du Service d'Accueil des Urgences



II. Bilan de l'existant en 1997

A. Etude du processus actuel et de ses segments

Le processus général au SAU est schématisé dans la figure 15. Il apparaît clairement que le circuit du patient au SAU est complexe en raison de la multiplicité des acteurs agissant à différents segments du processus où une relation s'établit avec le patient.

1. Arrivée et premier contact :

Dans le processus actuel, le malade est accueilli par une infirmière d'accueil et d'orientation qui va juger de la bénignité ou de la gravité du motif d'admission selon les plaintes du patient, de l'entourage ou de la lettre du médecin traitant. Le patient peut être pris en charge immédiatement ou placé en salle d'attente en fonction du flux. Les malades ayant un risque vital sont d'emblée pris en charge en salle de déchocage.

2. Phase de prise en charge :

C'est le segment le plus complexe car de nombreux intervenants y agissent. C'est au cours de cette phase que des décisions sont prises conduisant à la sortie ou à l'hospitalisation du patient. L'accueil initial est assuré par les IDE ou les AS. Le premier examen clinique était en 1997, au moment du PAQ, effectué le plus souvent par l'étudiant hospitalier qui collecte les données dans le dossier informatisé. L'interne complète la prise en charge en décidant des mesures thérapeutiques à prendre, les examens complémentaires à réaliser et des avis spécialisés à demander.

Sur le plan médical, la prise en charge du patient dans la filière « médecine » était assurée par 5 médecins (1 PH, 2 résidents, 2 externes) aux jours et heures ouvrables et par 4 médecins (1 PH, 1 interne DES de médecine, 2 externes) la nuit, samedi et jours fériés. L'activité chirurgicale était assurée par 1 interne DES de chirurgie et 2 externes quels que soient le jour et l'heure. Il n'y a pas de senior de chirurgie présent 24 h sur 24 h au SAU. Les médecins spécialistes ou les chirurgiens consultants peuvent être sollicités pour un avis diagnostique ou thérapeutique et décider une hospitalisation dans leur service. Il s'agit toujours d'un interne DES qui réfère à son senior d'astreinte.

3. Phase d'orientation :

C'est pendant cette phase que la décision d'une hospitalisation ou de sortie est prise. Si le malade est hospitalisé, un contact téléphonique au service receveur est nécessaire .

En absence d'unité d'hospitalisation de très courte durée au SAU les malades sont toujours hospitalisés dans les services d'aval. Les principaux acteurs impliqués dans ce segment du

processus sont les internes, le PH, les soignants, les ASB et les chauffeurs-ambulanciers pour le transport des malades hospitalisés dans un site distant du SAU.

En cas de sortie, l'IDE vérifie les bonnes conditions du départ (prévenir l'entourage, contacter une ambulance privée).

4.Segmentation temporelle du processus (figures 15 et 16) :

La segmentation du processus permet d'observer des temps ou moments dont il faut tenir compte dans une démarche d'assurance qualité visant à réduire d'éventuels délais d'attente considérés comme trop longs par l'utilisateur. On devrait pouvoir connaître l'heure de survenue d'un événement à chaque segment où un acteur particulier assure une tâche. A partir de ces informations, on peut mesurer des délais de prise en charge. Dans la situation actuelle nous ne pouvons pas les mesurer de manière fiable malgré l'informatisation du dossier. Les événements peuvent survenir successivement ou simultanément rendant complexe l'étude des délais au SAU. La synthèse du dossier est souvent faite de manière isolée par le médecin référent sans la présence du soignant. Celui-ci peut avoir en charge plusieurs malades en même temps. De même, chaque tâche effectuée n'est pas validée en temps réel dans le dossier. Il en résulte une durée globale de séjour au SAU anormalement allongée.

La participation d'acteurs non permanents au SAU (externes, internes, seniors, équipe soignante de secours) ne connaissant pas ou mal le fonctionnement du service est un facteur supplémentaire d'une mauvaise traçabilité des événements.

Figure 15 : Processus global de prise en charge du patient au SAU

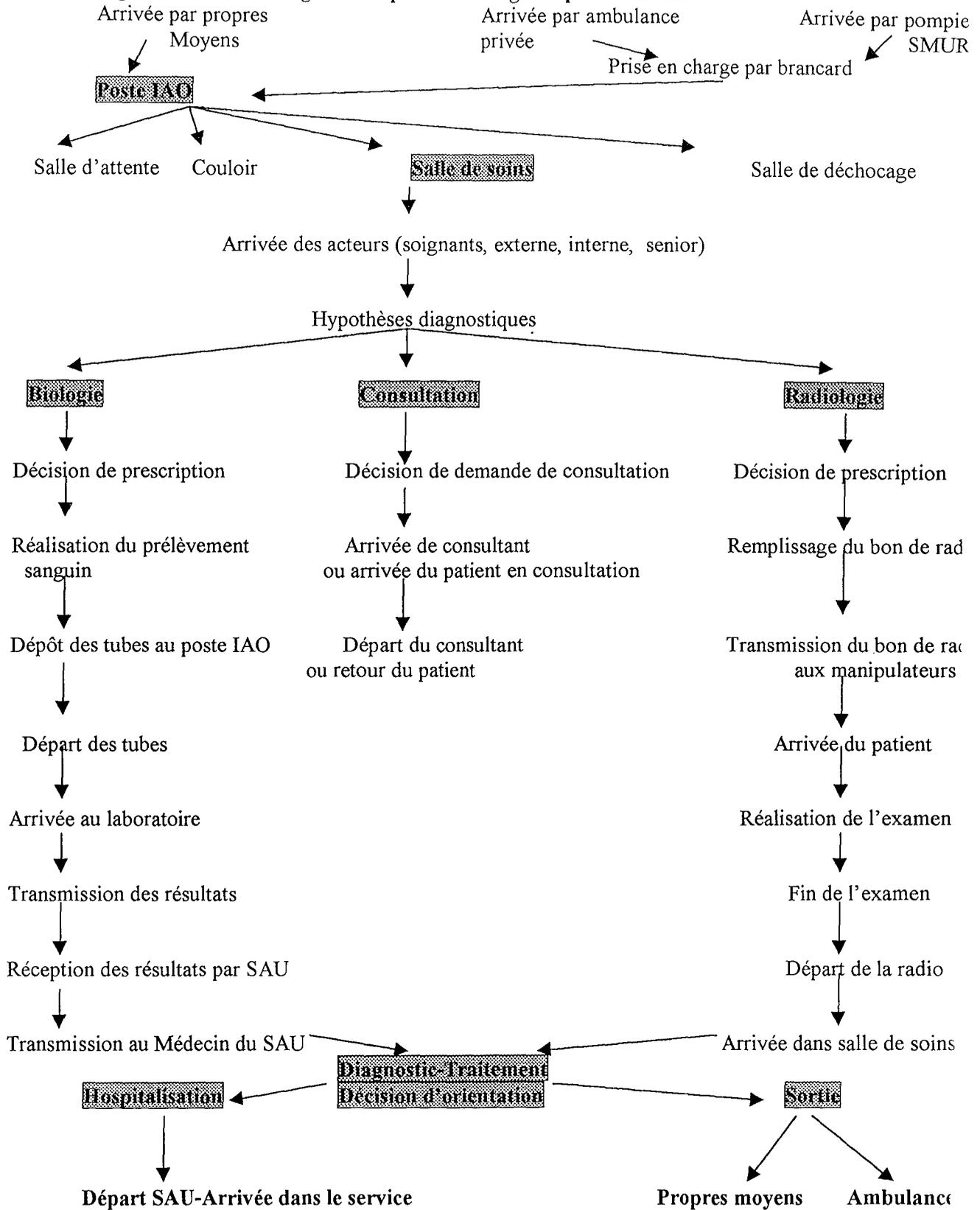
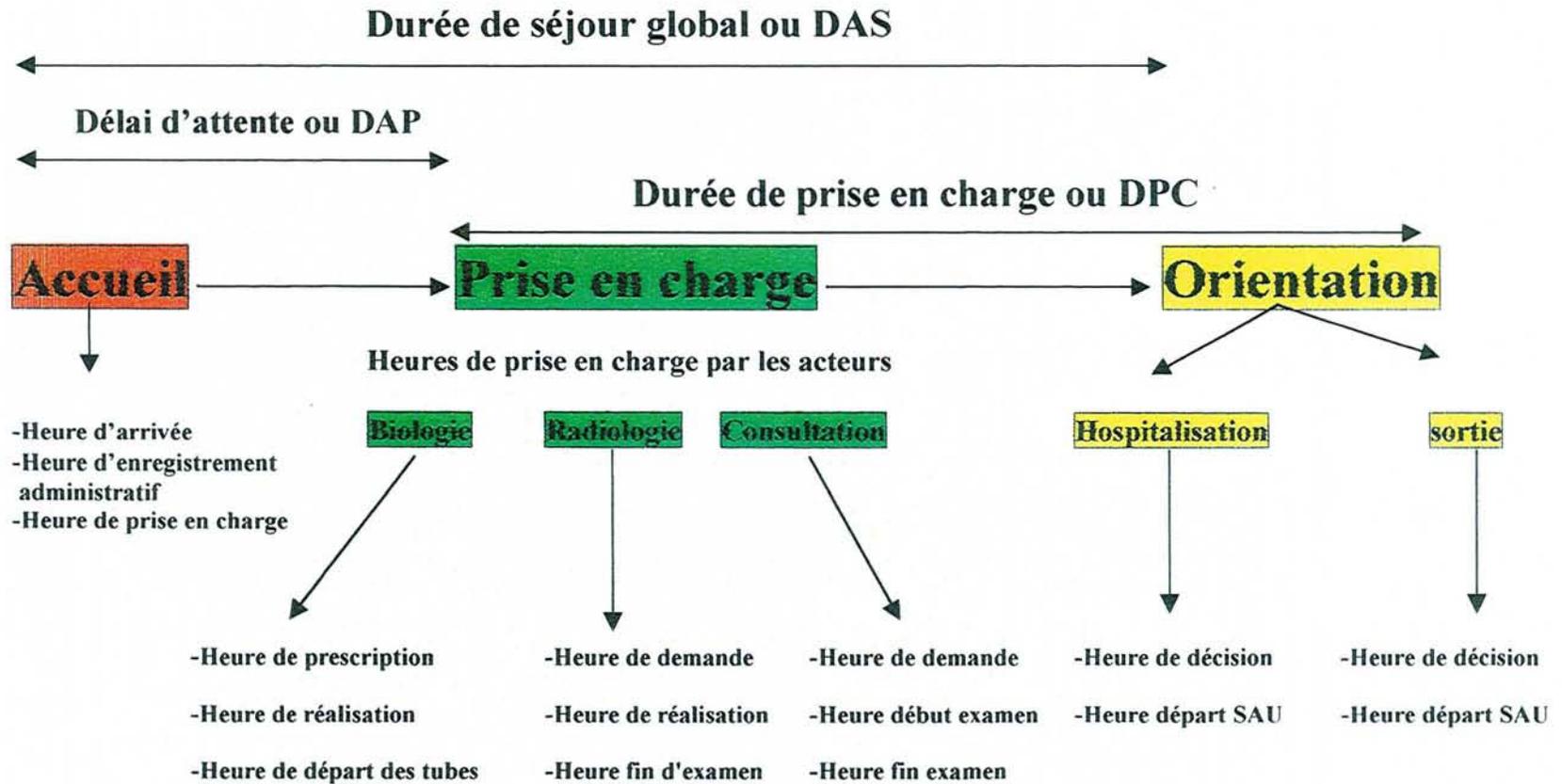


Figure 16 : Les principaux horaires de la segmentation du processus



B. Identification des acteurs du SAU en 1997

1. Personnel exerçant leur activité professionnelle au SAU :

- + Praticiens Hospitaliers : 4 PH et 1 PU-PH chef de service
- + Internes : 3 résidents
- + Externes : 11
- + Cadres infirmiers : 1 cadre supérieur et 1 cadre infirmier
- + Soignants (IDE et AS) : 24
- + AS Brancardiers : 17
- + Répartiteur : 1
- + Agents de service : 8
- + Agents administratifs : 4
- + Secrétaire : 1
- + Chauffeurs-ambulanciers : 7

2. Acteurs intervenant directement au SAU :

2.1. Médecins :

- + Réanimateurs médicaux et chirurgicaux : joignables 24h sur 24h (internes DES et seniors d'astreinte la journée et de garde la nuit, le samedi et le dimanche)
- + Cardiologues : internes DES ou senior d'astreinte ou de garde
- + Psychiatres : d'astreinte (interne ou senior) et de garde sur place (interne ou senior)
- + Médecins du centre anti-poison : d'astreinte (interne ou senior) et de garde sur place (interne ou senior)
- + Médecins radiologues : interne et assistant d'astreinte
- + Médecins anesthésistes : interne et senior d'astreinte
- + Neurologues : interne ou senior d'astreinte et de garde

2.2. Chirurgiens :

- + Orthopédistes : interne et assistant d'astreinte
- + Viscéraux : interne, assistant et chef de service d'astreinte
- + ORL : interne et assistant d'astreinte
- + Maxillo-faciale : interne et assistant d'astreinte
- + Neurochirurgiens : équipe d'astreinte et interne de garde.

3. Acteurs sollicités par le SAU :

- + Personnel médical et non médical des services de médecine interne et de spécialités médicales et chirurgicales du CHU de Nancy
- + Laboratoires de biologie : Biochimie, Hémostase, Cytologie, Etablissement de Transfusion Sanguine, Toxicologie, Microbiologie
- + Service de Médecine Nucléaire de l'Hôpital Central pour la réalisation de scintigraphies pulmonaires
- + Service de radiologie de l'Hôpital Central
- + Service de Neuroradiologie

C. Missions et tâches des différents acteurs du SAU en 1997

L'analyse de l'activité du personnel du SAU montre que les tâches effectuées sont multiples et variées, et parfois elles ne dépendent pas de leur mission. Par exemple, l'IAO assure des tâches administratives importantes, ne lui permettant pas de jouer correctement son rôle d'accueil et d'orientation (l'agent administratif n'est pas présent 24H/24H). La nuit, il n'y a pas d'IAO ; l'IAO est remplacée par une AS, non formée à ce poste et elle assure également le rôle de répartiteur. Les ASB effectuent de nombreuses tâches pour d'autres services (courses pour l'hôpital, transport des malades).

1. Tâches du personnel médical

1.1. Le praticien hospitalier

Il accueille les patients dès leur arrivée si l'IAO en fait la demande ou si il s'agit d'un déchocage. Il organise l'activité médicale au SAU et répond aux demandes d'avis des internes et des soignants. Il assure la prise en charge de tous les patients admis au SAU. Il assure également le dépistage anonyme de l'infection VIH, la prise en charge des détenus et des toxicomanes. Il règle les problèmes médicaux-légaux. Il assure la coordination avec le SAMU et les services d'aval. Il lit les comptes rendus radiologiques et contacte les patients en cas de fractures ou d'anomalies non diagnostiquées la veille par les internes de chirurgie ou les résidents. Il assure le staff tous les matins à 8H30, excepté le samedi, dimanche et jours fériés.

1.2. Le résident

Il examine le patient (souvent après l'externe), prescrit les examens complémentaires, demande des avis spécialisés. Il réfère au PH en cas de problèmes médico-légaux, diagnostiques, thérapeutiques ou d'orientation. Il contacte les laboratoires pour l'obtention des résultats, les services d'aval à la recherche d'un lit libre pour hospitalisation, le SAMU

pour les transferts médicalisés. Il transmet les informations concernant la prise en charge du malade à l'entourage et aux internes de garde qui prennent la relève. Enfin, il présente les dossiers de la veille au staff du PH référent tous les matins de la semaine à 8H30.

1.3. L'interne de chirurgie

De même, il accueille le patient et procède à son examen. Il se réfère aux chirurgiens d'astreinte en cas de besoin, qu'il contacte systématiquement en cas d'hospitalisation. Il prend en charge initialement les malades polytraumatisés en salle de déchocage. Les dossiers de la veille ne sont pas présentés au staff.

1.4. L'étudiant hospitalier

Il recueille les premières informations médicales, procède à un examen clinique, réalise les ECG, les gaz du sang et leur dosage automatisé dans le service de réanimation, les contentions d'immobilisation et les sutures à la demande des internes de chirurgie. Il prescrit les examens radiologiques pour les patients du circuit chirurgical et porte les radiographies pour interprétation (radiologues, chirurgiens au bloc opératoire). Il n'est jamais en premier en salle de déchocage.

2. Tâches du personnel paramédical

2.1. L'infirmière d'Accueil et d'Orientation

Elle est chargée de créer un dossier administratif et infirmier, avec photocopie de la lettre du médecin, carte de sécurité sociale, mutuelle, ou certificats, ainsi qu'une fiche de renseignements pour le bureau des entrées, et les étiquettes d'hospitalisation. Elle accueille les malades et les oriente en fonction des doléances, aspect clinique, informations données par l'accompagnant. Elle conditionne si besoin le malade (brancard, fauteuil roulant, pose d'une attelle, premier pansement de protection et de décontamination).

Elle communique les premières informations au soignant ou au senior en cas de gravité. Elle a un rôle de liaison avec les soignants. Elle doit gérer le stress créé par l'état d'urgence du patient. Elle doit écouter, rassurer, informer. Elle coordonne l'information aux familles, et l'évolution des soins. Elle doit répondre au téléphone, orienter les personnes vers le service adapté. Elle est chargée également en cas de panne d'imprimante ou de photocopieuse d'appeler le personnel d'entretien. Elle active, depuis l'installation du nouveau système informatique, l'accès des médecins de garde au dossier. Elle appelle trois fois par jour les services, afin d'établir la liste des lits disponibles dans les services de chirurgie et de médecine. Enfin, lors de l'absence du répartiteur le week-end, elle répartit le travail des ASB et chauffeurs ambulanciers de 8H à 12H et de 13H à 17H.

2.2. Les infirmières

Lors de la phase de prise en charge, l'infirmière installe le patient, le déshabille, met en place des barrières de sécurité en cas de besoin, surveille les paramètres (pouls, TA, température, voire dextro, saturation en oxygène, analyse d'urine). Elle prélève les bilans selon la prescription médicale. Elle doit rassurer, créer un climat de confiance, expliquer le déroulement des soins. Elle informe le patient ou la famille de la décision de sortie ou d'hospitalisation ; elle organise le transport en vue du retour à domicile (famille, taxi, ambulance) ; elle fixe un rendez-vous si besoin et s'assure que les papiers de sortie sont remis au patient. En cas d'hospitalisation, elle s'assure que le dossier est complet (dossier infirmier, dossier médical, administratif, résultats des examens complémentaires). Elle cote les actes réalisés au SAU ; elle archive les dossiers ; enfin, elle gère le coffre-fort.

2.3. Les aides soignants

Las tâches des AS sont les mêmes que les IDE en dehors de tâches spécifiques. Ils accueillent et prennent en charge le patient ; ils préparent aux soins chirurgicaux ; ils réalisent des pansements ; ils participent à la stérilisation du matériel, à la gypsothérapie ; enfin, ils effectuent également des démarches administratives.

2.4. Les agents de service

Ils sont chargés du nettoyage des différents locaux du SAU ; dans les salles d'examen, le mobilier est décontaminé au complet tous les jours, les poubelles vidées et nettoyées, les sacs de linge systématiquement changés, les distributeurs de savons antiseptiques rechargés ainsi que les essuies-mains. Ils s'assurent que toutes les salles disposent de suffisamment de linge. Le sol est balayé et lavé. La salle à manger des médecins et du personnel est débarrassée et nettoyée. Les chambres de garde, les lavabos et les douches sont également lavés. Le linge issue de la blanchisserie est rangé. Il existe des tâches systématiques réparties selon le jour de la semaine (nettoyage des réfrigérateurs, des vitres, décapage des sols).

2.5. Le répartiteur

Son rôle est de définir la répartition des tâches des ASB et de répondre aux besoins des services de réanimation pour le lever, le coucher ou le change des patients. Il organise le départ des prélèvements sanguins dans les laboratoires, les demandes de pharmacie, le transfert dans les services d'hospitalisation, le transport des patients en radiologie et leur retour au SAU. Enfin, il annonce l'arrivée des sapeurs pompiers et appelle les taxis ou les ambulances privées pour le retour à domicile des usagers.

2.6. Les aides soignants brancardiers

Ils accueillent les usagers venant en voiture particulière ou avec les sapeurs pompiers. Ils dirigent et installent les patients vers les différentes salles du service et aident aux différents besoins du patient avec le soignant référent. Ils maîtrisent les patients agités. Ils renseignent et accueillent les personnes en vue de les diriger dans l'hôpital. Ils installent également les patients en caisson hyperbare. Ils transfèrent les patients à la sortie du service des urgences vers d'autres services ou les installent au bloc opératoire. Ils assurent les transferts en ambulance (normale, intralourde, transport de corps) ou les transferts SAMU. Ils collectent les tubes des services de l'hôpital central à 6H et 6H45 et sont chargés des demandes de sang, de pharmacie ou de matériel. Enfin, ils sont responsables du nettoyage des locaux et du matériel (brancard, fauteuil) et de vérifier les obus d'oxygène.

2.7. Les chauffeurs ambulanciers

L'équipage d'une ambulance est composé d'un chauffeur ambulancier (CA) et d'un ASB (transport extra-muros) ou de deux ASB (transport intra-muros). Elle est mise en œuvre par le SAMU ou par le SAU. Une ambulance médicalisée, avec à son bord un médecin SAMU, nécessite 2CA (de 8H30 à 20H30 du lundi au samedi inclus et le dimanche de 10H à 20H) ou 1CA et 1ASB en dehors de ces heures.

3. Tâches du personnel administratif

3.1. La secrétaire

Elle remplit des tâches habituelles de secrétariat : courriers du chef de service et des PH, comptes-rendus de réunion. Elle archive les dossiers par numéro, classe les fiches cartonnées par ordre alphabétique selon les rubriques chirurgie ou médecine. Elle envoie les comptes rendus radiologiques et les clichés au domicile des patients et/ou aux consultations de chirurgie. Elle classe les interprétations du radiologue dans le dossier médical. Elle répond aux demandes des usagers (certificats d'accident ou arrêt de travail, certificat médical initial, certificat de coups et blessures, ITT lorsqu'ils ne sont pas faits ou mal remplis par les médecins). Elle rédige sur ordinateur les certificats de consultation de médecine légale, les listes de gardes. Elle envoie les comptes rendus biologiques ou les comptes rendus du scanner, demandés par le SAU, dans les différents services d'hospitalisation. Elle recueille les données d'activité destinées à l'administration (mode d'arrivée, transfert hors CHU des patients, cotation des actes).

3.2.L'agent administratif

Il complète les dossiers des patients souvent incomplets et recherche les droits. Bien souvent, les patients ont déjà quitter le service lorsque l'agent administratif est en possession des triptyques servant à régulariser les dossiers. Le lendemain, un agent du bureau des entrées contrôle et complète les dossiers. Il s'agit le plus souvent d'une mauvaise prise de l'identité des patients, des photocopies mal faites ou illisibles, ou l'absence de vérification des droits de l'utilisateur.

3.3. L'assistante sociale

Elle a pour mission d'aider les personnes et/ou les familles en difficulté à retrouver leur autonomie et faciliter leur insertion, en proposant des solutions à plus ou moins long terme. L'aide peut être individuelle (organisation du retour à domicile, orientation en établissement ou en centre d'accueil...), collective (participation au projet du service, formation du personnel sur la nouvelle réglementation ou sur l'évolution des structures existantes...) ou administratives et sociales (problèmes d'accès aux soins, de droits...)

III. Etude descriptive des enquêtes réalisées en 1997

Cette étude a permis d'identifier des dysfonctionnements dans le processus de prise en charge des patients au SAU.

A Description des populations étudiées en 1997

1. Description de la population générale

La population générale (**Figures 17 à 24**) (**tableau 4**) était surtout représentée par des hommes (60,7% vs 39,3%). Ils s'agissait de patients le plus souvent d'origine urbaine (83,4%) que d'origine rurale (16,6%). L'âge moyen était de 40,6 +/- 20,2 ans. Les patients arrivaient le plus souvent par leurs propres moyens (58,6%). Le motif de recours était le plus souvent chirurgical (53,4% vs 46,6%). Ils étaient principalement classés en CCMU 1 (16,7%) et en CCMU 2 (72,5%). Les patients CCMU 3, CCMU 4, CCMU 5 ne représentaient respectivement que 6%, 4,2% et 0,6%. Ils arrivaient essentiellement lors d'un premier passage (GEMSA 2=72,5%). Le motif d'admission était une pathologie traumatique dans la majorité des cas (53%) suivie par la psychiatrie (15%), la cardiologie (4%), la neurologie (4%) et divers pathologies (24%).

2. Description de la population de la phase 1

La population (**tableau 4**) était surtout représentée par des hommes (58,7% vs 41,3%), d'origine urbaine (81,9%). L'âge moyen était de 40 +/- 19 ans. Les patients arrivaient par leurs propres moyens (65,4%) pour un motif le plus souvent chirurgical (54% vs 46%). Ils étaient principalement classés en CCMU 1 (16,8%) et en CCMU 2 (73,2%). Les patients CCMU 3, CCMU 4, CCMU5, ne représentaient que 4,6%, 4,6% et 0%. Ils arrivaient essentiellement lors d'un premier passage (GEMSA 2=69,8%).

3. Description de la population de la phase 1+2

La population (**tableau 4**) était surtout représentée par des hommes (60% vs 40%) d'origine urbaine (81,1%). L'âge moyen était de 41 +/- 21 ans. Les patients arrivaient par leurs propres moyens (57,9%) pour un motif de recours le plus souvent chirurgical (59,2% vs 40,8%). Ils étaient principalement classés en CCMU 1 (12,7%) et en CCMU 2 (75,4%). Les patients CCMU 3, CCMU 4, CCMU 5 ne représentaient respectivement que 7,4%, 4% et 0,5%. Ils arrivaient essentiellement lors d'un premier passage (GEMSA 2=66,7%).

Tableau 4 : Données descriptives des populations étudiées en 1997

La phase 2 seule n'a pas été étudiée car seulement 7 patients ont répondu uniquement à cette phase.

	Population générale (N=711)	Non enquêté (N=180)	Phase 1 (N=298)	Phase1+2 (N=228)
Homme	432 (60.7%)	116 (64.4%)	175 (58.7%)	137 (60%)
Femme	279 (39.3%)	64 (35.6%)	123 (41.3%)	91 (40%)
Age moyen	40.6 +/- 20.2 ans	40 +/- 19 ans	40 +/- 19 ans	41 +/-21 ans
Mode d'arrivée				
-Propres moyens	393 (58.6%)	105 (58.3%)	195 (65.4%)	132 (57.9%)
-Ambulance	101 (15%)	25 (13.9%)	40 (13.4%)	36 (15.8%)
-Pompiers	138 (20.6%)	38 (21.1%)	47 (15.7%)	53 (23.2%)
-SMUR	39 (5.8%)	12 (6.7%)	16 (2.4%)	7 (3.1%)
Origine				
-Urbaine	591 (83.4%)	161 (89.4%)	244 (81.9%)	185 (81.1%)
-Rurale	118 (16.6%)	19 (10.6%)	53 (18.1%)	43 (18.9%)
CCMU1	118 (16.7%)	39 (21.7%)	50 (16.8%)	29 (12.7%)
CCMU2	513 (72.5%)	122 (67.8%)	218 (73.2%)	172 (75.4%)
CCMU3	43 (6%)	12 (6.7%)	14 (4.6%)	17 (7.4%)
CCMU4	30 (4.2%)	7 (3.8%)	14 (4.6%)	9 (4%)
CCMU5	4 (0.6%)	0 (0%)	2 (0.8%)	1 (0.5%)
GEMSA1	1 (0.1%)	0 (0%)	3 (1%)	1 (0.4%)
GEMSA2	481 (68%)	121 (67.2%)	208 (69.8%)	152 (66.7%)
GEMSA4	225 (31.9%)	59 (32.8%)	87 (29.2%)	75 (32.9%)
Type Admission				
-Médecine	331 (46.6%)	97 (53.8%)	137 (46%)	93 (40.8%)
-Chirurgie	380 (53.4%)	83 (46.2%)	161 (54%)	135 (59.2%)

Figure 17 : MODE D'ARRIVEE

(671 Réponses)

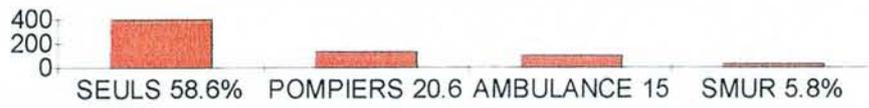


Figure 18 : CLASSES D'AGES

(710 Réponses)

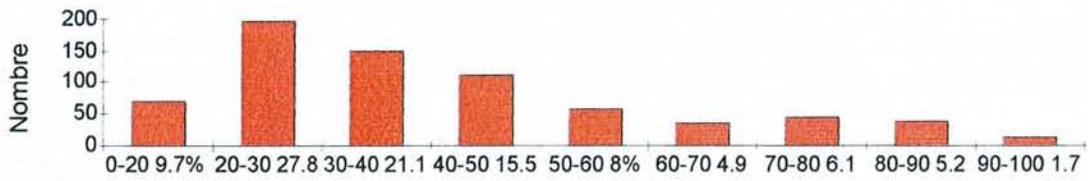


Figure 19 : CCMU

(708 Réponses)

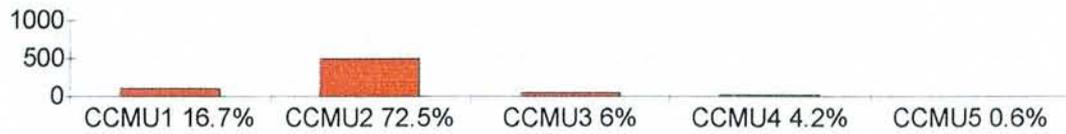


Figure 20 : GEMSA

(707 Réponses)

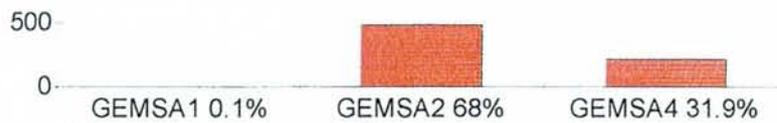


Figure 21 : LIEU D'HABITATION

(709 Réponses)



Figure 22 : TYPE D'ADMISSION

(711 Réponses)

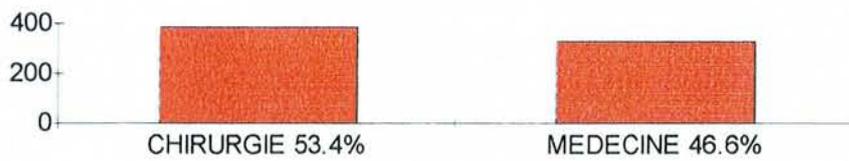


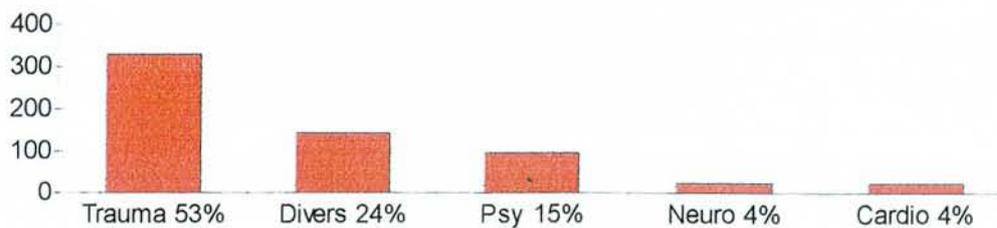
Figure 23 : TRAUMATO/NON TRAUMATO

(633 Réponses)



Figure 24 : SPECIALITES

(633 Réponses)



B. Résultats de l'enquête Satisfaction de 1997

Une thèse de Médecine Générale soutenue en Novembre 2000 par le Dr I.Barbe a permis de mesurer le degré de satisfaction des usagers du service d'accueil des urgences en 1997.

Une enquête de satisfaction a été réalisée au SAU pendant une semaine en juin 1997. Un questionnaire a également été envoyé à domicile, 14 jours après le passage au SAU pour mesurer l'évolution de la perception de la satisfaction à distance.

Quatre vingt quinze pour cent des usagers de 1997 étaient satisfaits. Les principales doléances étaient : un accueil pas toujours satisfaisant (5.1%), une absence de présentation des acteurs accueillant le patient (61.2%), un délai d'attente trop long (26.6%), un manque d'information (31.4%) de la part du personnel et une qualité de soins jugée rarement insuffisante (6.8%) bien qu'ils soient insatisfaits de la prise en charge de la douleur (14.1%).

L'analyse multivariée a montré que les facteurs intervenant dans la satisfaction étaient un motif chirurgical d'admission, un diagnostic traumatologique et le temps de séjour au SAU.

Soixante neuf patients avaient répondu à l'enquête de satisfaction réalisée au SAU et au questionnaire envoyé 14 jours plus tard à leur domicile.

C. Etude des différents segments du processus de prise en charge

1.PHASE 1 : Suivi des patients à l'arrivée

Les résultats correspondent aux données recueillies par les observateurs généraux positionnés au niveau du poste d'accueil.

Deux cent quatre vingt dix huit fiches ont été remplies (**tableau 4**).

1.1. Les conditions d'arrivée

Les patients arrivaient par leur propres moyens dans **60,7%**, par les pompiers dans **15,7%**, par une ambulance dans **13,4%**. Les arrivées étaient simultanées (supérieures à 3) dans **3,8%**.

Des documents sont demandés au patient dans **96,3%** (N=395 sur 410 réponses) : administratifs (**98,4%** ; N=317 sur 322 réponses) ; médicaux (**89%** ; N=65 sur 73 réponses) ; adresse et identité (**96,5%** ; N=136 sur 151 réponses) ; fiche de transport (**89,2%** ; N=58 sur 65 réponses).

L'arrivée du patient n'était pas annoncée dans **75,7%** (N=396 sur 523 réponses). Les ASB n'étaient pas présents dans **66%** (N=340 sur 515 réponses). Il a été observé une prise en charge par brancardage dans **34,1%** (N=168 sur 493 réponses). Celui-ci était réalisé par les ASB dans **34,3%** (N=85 sur 248 réponses), les sapeurs pompiers dans **14,5%** et les ambulanciers dans **23,8%**. Le brancardage était assuré par un autre acteur du SAU dans

23,4%. Les moyens utilisés pour le brancardage étaient : brancard (54,2%, N=130 sur 240 réponses) ; fauteuil (42,5%). Quand le contact était assuré par un ASB il n'existait pas de relation verbale dans 76,5% (N=273 sur 357 réponses) (Figure 25).

L'environnement a été jugé propre dans 97,8% (N=452 sur 462 réponses).

1.2. Qualité de l'accueil

Le premier contact avec le patient était assuré par l'IAO dans 78,3% (N= 311 sur 397 réponses), un soignant dans 13,1%, le répartiteur dans 8,6%.

Le lieu du premier contact était : le SAS d'entrée dans 11,7% (N=50 sur 428 réponses) ; le hall dans 48,6% ; le couloir dans 19,9% ; la salle de soins dans 14,2% ; la salle de déchocage dans 2,3%.

Le nombre d'items renseignés concernant le type de relation établie par l'acteur avec le patient est chiffré à 811 pour 298 fiches phase 1 remplies. De même, l'état du patient est renseigné 404 fois pour 298 fiches remplies. Ceci était lié à l'existence d'items associant plusieurs critères. Le premier contact n'était rassurant que dans 11,2%, agréable et à l'écoute dans respectivement 27,5% et 32,8% (Figure 26). Le patient était compréhensif dans 32,4% et coopérant dans 67,6% (Figure 27).

1.3 La communication

L'IAO ne donnait pas d'information concernant la prise en charge au patient dans 51,7% (N=184 sur 356 réponses). Il n'y avait pas d'information sur l'attente dans 70,2% (N=262 sur 373 réponses). La confidentialité était respectée dans 91,5% (N=356 sur 389 réponses).

L'IAO ne transmettait pas l'information aux autres acteurs dans 27,1% (N=96 sur 354 réponses). Cette information était transmise principalement aux soignants dans 88,3% (N=197 sur 223 réponses) et plus rarement au médecin du SAU dans 10,3% (N=23 sur 223 réponses). L'IAO doit rappeler plusieurs fois un acteur de la présence d'un patient dans 2,8% (N=16 sur 548 réponses).

L'observateur général estimait que les patients ont attendu dans 54,6% (N=182 sur 333 réponses). Le lieu d'attente était (237 réponses) : la salle d'attente (61,2%) ; le hall (4,6%) ; la couloir (34,2%).

Nous remarquons que les observateurs ont signalé des dysfonctionnements portant sur la relation « acteur-usager ». Ceux ci étaient moins souvent cités par les usagers lors de l'enquête de satisfaction. Les autres dysfonctionnements observés concernent le domaine de l'information transmise au patient. Plus d'un patient sur deux n'est pas informé à son arrivée au SAU sur le déroulement de la prise en charge et des éventuels délais d'attente.

FIGURE 25 : RELATION ASB/PATIENTS

(357 Réponses)

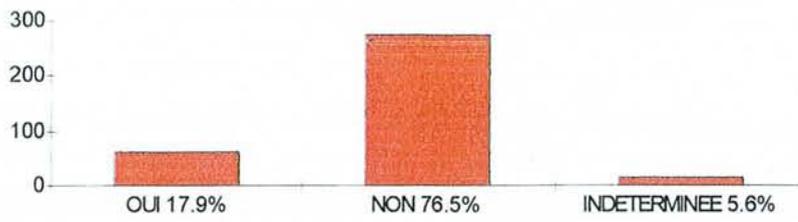


FIGURE 26 : ATTITUDE SOIGNANTS/PATIENTS

(811 items remplis)

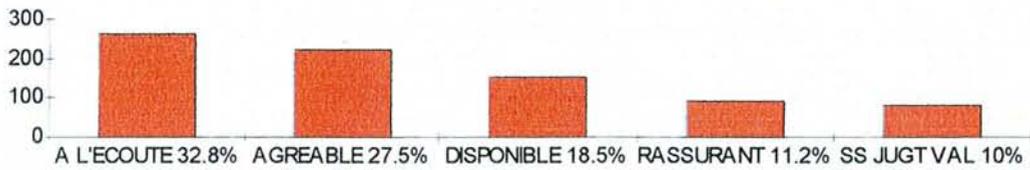
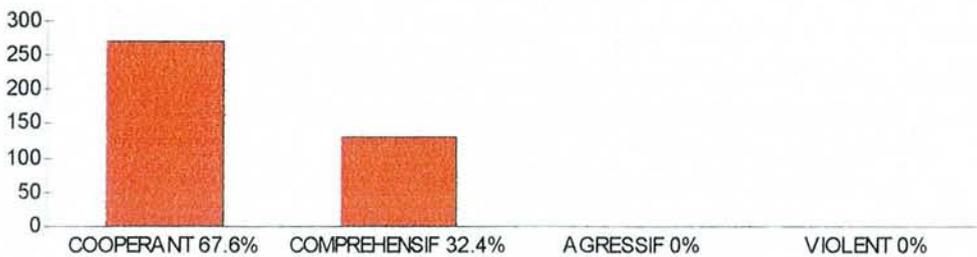


FIGURE 27 : ATTITUDE DES PATIENTS

(404 items remplis)



2. PHASE 2 : Phase de prise en charge

Les « observateurs-patients » ont suivi le déroulement de la prise en charge et notaient les événements.

Deux cent trente deux fiches ont été remplies (**tableau 4**).

2.1. Conditions de prise en charge

Les observateurs estimaient que l'environnement était propre et l'ambiance calme (respectivement **96,6%** et **91,9%**).

Les patients arrivaient dans la salle d'examen à pied (**42,4%**), en brancard (**34,8%**) ou en chaise (**22,8%**).

2.2. L'accueil et la relation

Le patient était accueilli par plus de 3 acteurs dans **26,4%** (N=64 sur 240 réponses). Il a été observé de 6 à 16 intervenants dans **9,2%** (N=22 sur 239 réponses). Le patient était accueilli par un soignant dans **66,7%** (N=235 sur 353 patients), un externe ou un interne dans **20,4%** (N=72 sur 353 réponses), un senior dans **7,7%** (N=27 sur 353 réponses) (**figure 28**).

La relation « acteur-patient » n'était pas possible dans **12,7%** (N=31 sur 243 réponses). Cette relation n'était pas attentive dans **37,4%** (N=91 sur 243 réponses). Elle n'était ni verbale et physique (gestes rassurants) dans respectivement **15,6%** et **33,8%**.

La relation (692 items remplis sur 232 fiches) (**figure 29**) était jugée :

- agréable : **28%**
- à l'écoute : **26,3%**
- rassurante : **13%**
- sans jugement : **17,4%**
- disponible : **15,2%**
- agressive : **0,1%**

2.3. Prise en charge

Lors de la prise en charge, la présence d'une douleur a été observée dans **85,6%** (N=143 sur 167 réponses) (**figure 30**). Elle était insupportable dans **1,8%**.

Les différents actes et examens colligés par les observateurs sont résumés dans les **tableaux 5 et 6**.

2.3.1. La biologie

Une biologie était réalisée dans **53,5%** des cas. La biologie représentait **27,9%** des examens réalisés au SAU.

La réalisation du bilan biologique n'était pas expliquée au patient dans **85,4%** (N=206 sur 241 réponses). Cette information était donnée par les soignants dans **87,8%** (N=50 sur 57 réponses) (**figure 31**). Une nouvelle ponction sanguine était réalisée dans **5,8%** (N=4 sur 68 réponses) pour un complément de bilan. Le bilan était réalisé par une IDE dans 94% des cas et une AS dans 3,5% des cas.

2.3.2. La radiologie

Des radiographies standards ont été réalisées chez plus d'un malade sur deux pendant cette période d'enquête. Le manipulateur radio est prévenu d'une prescription (130 réponses) par : l'externe dans **50%**, un soignant dans **30,8%**, un interne dans **14,6%**, un senior dans **4,6%** (**figure 32**).

Le bon de prescription était rempli (137 réponses) (**figure 33**) par : l'externe dans **60,5%**, l'interne dans **24%**, un soignant dans **13,1%**, un senior dans **2,4%**. Les données recueillies par les observateurs (244 réponses) montraient que certaines informations n'y figuraient pas : une absence d'identité dans **54,9%** ; une absence de motif dans **64,7%** ; une absence de demande précise dans **61,5%** ; absence du type d'informations recherchées dans **76,6%** ; localisation du patient dans le SAU non mentionnée dans **65,8%**.

Le patient normalement attendu était accueilli par les manipulateurs radio dans **58,6%** (N=143 sur 244 réponses).

Les observateurs ont jugé que la surveillance et la sécurité n'étaient pas assurées correctement en salle de radio dans **67,2%** (N=160 sur 238 réponses). Le retour après l'examen radiologique (96 réponses) était assuré par : les ASB dépendants de la radio dans **46%**, les ASB du SAU dans **26%**, le patient lui même quand il était valide. Le lieu de retour au SAU (101 réponses) était : la salle d'examen d'origine dans **65,4%**, une autre salle dans **17,8%**, le couloir dans **16%**. Il y a eu nécessité de refaire une radio dans **9%** (N=22 sur 242 réponses).

2.3.3. Consultations spécialisées

Une consultation spécialisée a été nécessaire dans **48,8%** des cas (N=41 sur 84 réponses).

2.4. Orientation finale

Quatre vingt six malades (**35,2%**) ont été hospitalisés pendant cette période. Les malades étaient hospitalisés (82 réponses) dans un service de l'Hôpital Central dans **71,9%**, des Hôpitaux de Brabois dans **7,3%**, de l'Hôpital St Julien dans **4,8%** et dans un autre site dans **16%**. La recherche d'un lit d'hospitalisation (71 réponses) (**figure 34**) était assurée par un

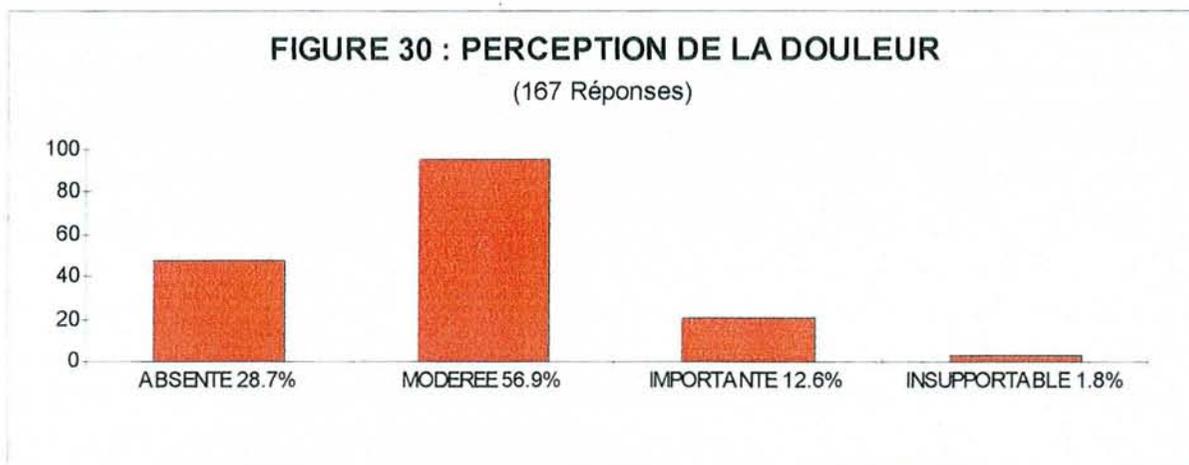
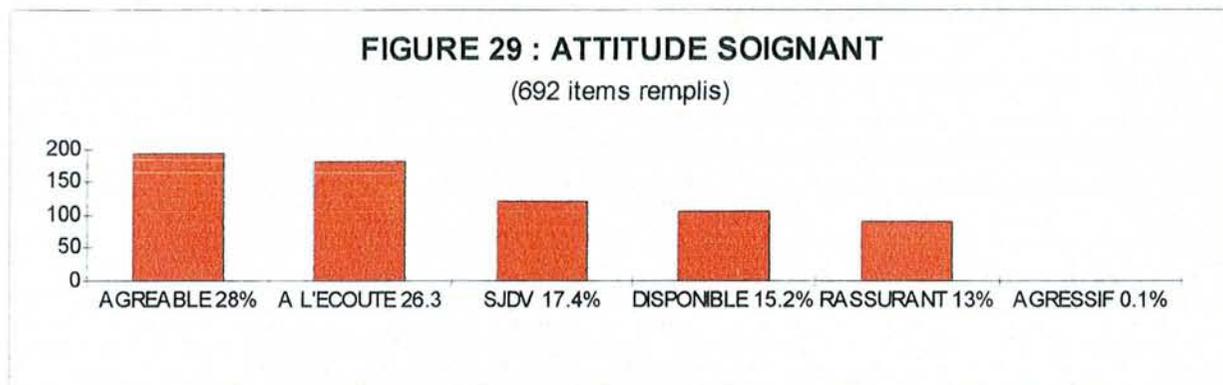
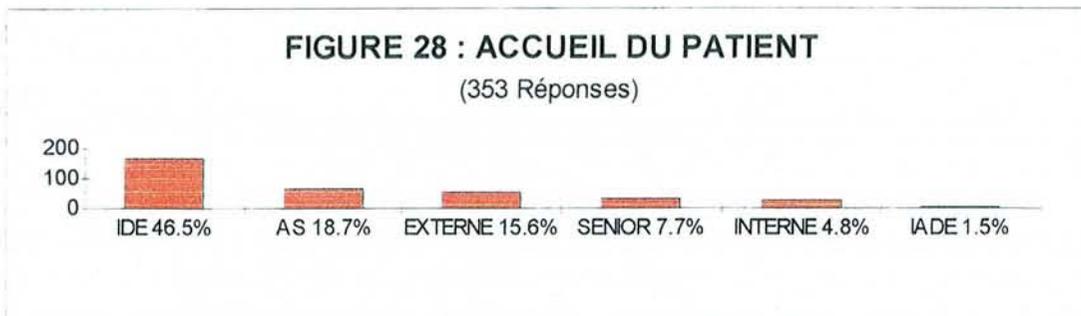
interne dans 71,8%, un soignant dans 16,5%, un senior dans 12,7%. Le transport (57 réponses) était réalisé en ambulance hospitalière ou privée dans respectivement 45,6% et 50,8%. Il était médicalisé dans 3,4%. Avant son départ (54 réponses), le patient attendait en salle d'examen dans 90,7%, dans le couloir (5,6%). Les observateurs ont estimé qu'il y avait un retard au départ dans 24,4% sans explication recueillie dans le questionnaire.

Cent soixante huit malades (64,8%) retournaient au domicile. Le transport (93 réponses) (figure 35) était assuré dans la majorité des cas par l'entourage (84,9%), une ambulance privée dans 9,7% ou un taxi dans 3,2%. Les patients attendaient principalement en salle d'examen (62%, N=31 sur 50 réponses), dans la salle d'attente (24%), plus rarement dans le couloir ou le hall (12% et 2%) (figure 36).

Nous remarquons, d'une part, que les observateurs ont, comme pour la phase 1, signalé des dysfonctionnements portant sur la relation "acteur-patient". Il a été observé la présence d'une douleur dans 85,6% des cas.

D'autre part, nous observons qu'un examen biologique et/ou radiologique était réalisé chez 1 patient sur 2. Dans 2/3 des cas les examens n'étaient pas expliqués au patient. De plus, il existe des dysfonctionnements dans le remplissage des bons de radio qui est effectué essentiellement par l'externe.

Enfin, une fois sur trois le patient était hospitalisé.



**Tableau 5 : Actes et examens réalisés au SAU
(enquête du 23 juin au 1 juillet 1997)**

<i>Actes de soins</i> (244 réponses)	%
Voie veineuse	15,5
<i>Examens</i> (244 réponses)	
Biologie	27,9
Radio standards	54,9
Echographie	3,2
Scanner	2,4
Endoscopie	0,4
Demande de consultation	15

Tableau 6 : Dosages réalisés pendant l'enquête 1997

Examens demandés	Effectif	%
<u>BIOCHIMIE</u>	184	31.2
X8	173	94.0
CPK	51	27.7
TGO	45	24.5
TGP	40	21.7
Bilirubine	34	18.5
Amylases	32	17.4
Phosphatases alcalines	31	16.8
CPK MB	15	8.2
Gamma GT	9	4.9
Calcium	4	2.2
Myoglobine	4	2.2
Ammoniemie	3	1.6
Diagnostic grossesse	2	1.1
Lactates	2	1.1
Carboxyhémoglobine	1	0.5
<u>HEMOSTASE</u>	207	35.0
<u>CYTOLOGIE</u>	161	27.2
<u>TOXICOLOGIE</u>	39	6.6

FIGURE 31 : EXPLICATION BILAN SANGUIN

(57 Réponses)

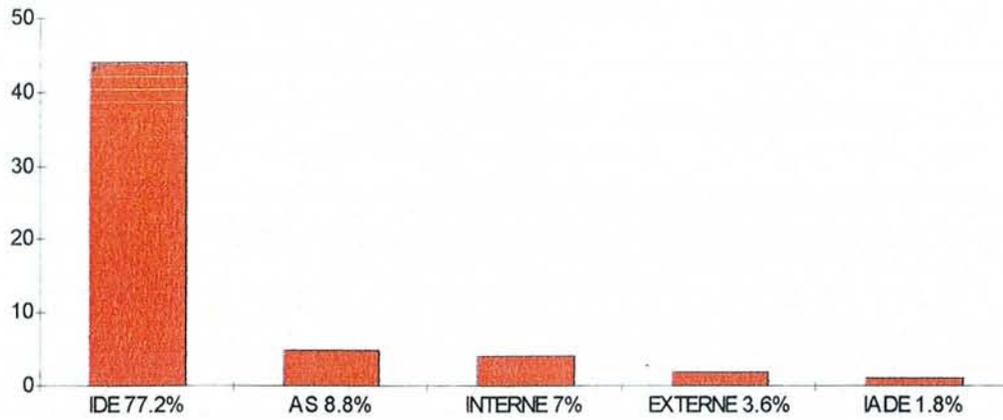


FIGURE 32 : APPEL DU RADIOLOGUE

(130 Réponses)

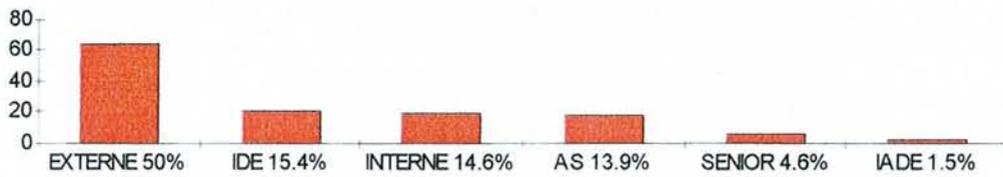


FIGURE 33 : QUI REMPLI LE BON RADIO

(137 Réponses)

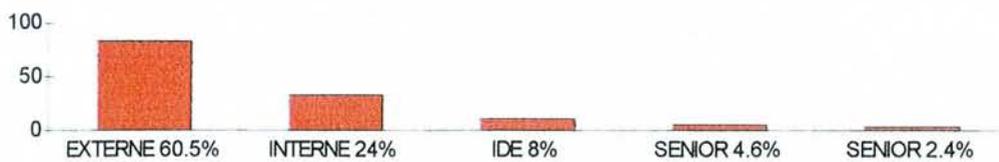


FIGURE34:RECHERCHE LIT HOSPITALISATION

(71 Réponses)

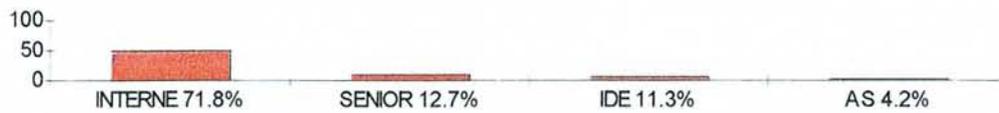


FIGURE 35 : MODE TRANSPORT DOMICILE

(93 Réponses)

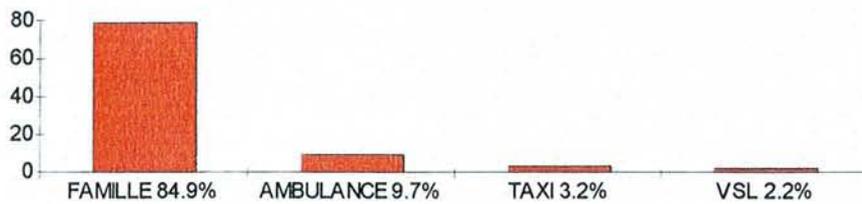
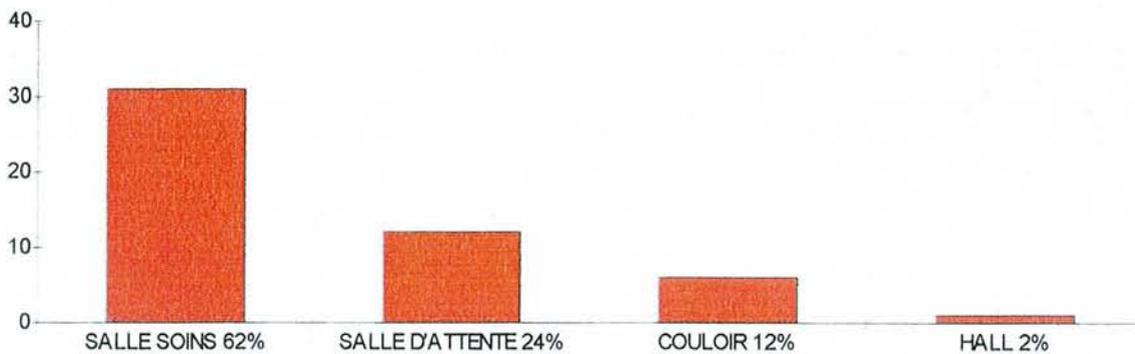


FIGURE36:LIEU ATTENTE AVANT DEPARTSAU

(50 Réponses)



3. Etude des commentaires libres

Lors de l'enquête, les observateurs avaient la possibilité de noter en commentaires libres des éléments concernant la nature de la relation entre les patients et les soignants. Ces commentaires, ne correspondant pas à des items présents dans la grille de recueil, ont été codés a posteriori afin de pouvoir les étudier (**Tableau 7**).

Ainsi, les observateurs avaient noté par écrit dans le questionnaire sous forme de commentaires libres tous les événements qui leur apparaissaient comme étant des dysfonctionnements. La synthèse des résultats montrent qu'ils sont variés et touchent principalement :

- absence de présentation des acteurs : **35%**
- relation anormale acteur/patient : **19%**
- échanges ne concernant pas le patient : **20%**
- patient non rassuré : **5%**
- agressivité des soignants : **2%**
- absence de douceur : **2%**
- une absence de coordination des acteurs entre eux : **5%**
- absence de relation patient/soignant : **9%**
- relation patient/soignant dans le couloir : **10%**

Nous remarquons que l'ensemble des dysfonctionnements qui étaient observés concernaient la relation entre les acteurs du SAU et les patients. Nos efforts futurs devront donc essentiellement porter sur l'amélioration de cette relation.

Il semble exister une contradiction entre les items cochés dans la grille de recueil des données et les commentaires libres.

Tableau 7 : Etude des commentaires libres en 1997

		Effectif	%
Relation anormale	Non	192	81
Acteur/patient	Oui	43	19
Type de relation			
-Absence de présentation	Non	153	65
	Oui	84	35
-Echange ne concernant pas le patient	Non	49	190
	Oui	49	20
-Patient non rassuré	Non	227	95
	Oui	12	5
-Manque de respect	Non	239	100
-Absence de politesse	Non	239	100
-Agressivité des soignants	Non	237	99
	Oui	2	1
-Absence de douceur	Non	234	98
	Oui	3	2
-Absence relation patient/soignant	Non	218	91
	Oui	21	9
-Relation patient/soignant dans le couloir	Non	209	90
	Oui	24	10
Relation anormale entre les Membres de l'équipe	Non	224	94
	Oui	14	6
Type de relation			
-Absence de coordination	Non	227	95
	Oui	12	5
-Anomalie transmission des informations	Non	218	91
	Oui	21	9
-Enseignement au lit du malade	Non	211	89
	Oui	27	11

4. Comparaison de l'enquête observationnelle 1997 avec l'enquête satisfaction 1997

On rappelle que l'enquête 1997 avec sa phase 1 et sa phase 2 a été réalisée par des acteurs qui se plaçaient en tant qu'observateur et que l'enquête satisfaction a été réalisée auprès des patients.

Le but de cette comparaison était de rechercher une différence entre le degré de satisfaction des patients et la qualité de la relation observée par les acteurs.

Quelques items dans les deux questionnaires étaient identiques ou se rapprochaient dans leur signification ; ils ont été comparés par un test de chi 2 (**Tableau 8**).

On remarque donc que la perception de la prise en charge par les patients était meilleure que celle des observateurs.

En effet, **94%** des patients trouvaient les soignants agréables en phase 1 contre **27%** pour les observateurs ; **99%** des patients trouvaient les soignants agréables en phase 2 contre **28%** pour les observateurs ; **69%** des patients pensaient avoir eu une information sur la prise en charge en phase 1 contre **48%** pour les observateurs ; **97%** des patients trouvaient les soignants à l'écoute en phase 2 contre **26%** pour les observateurs.

Enfin, **85%** des patients pensaient que la confidentialité était respectée contre **97%** pour les observateurs.

Nous observons que la qualité de la relation perçue par les acteurs du SAU était le plus souvent moins bonne que celle ressentie par les patients. La satisfaction des patients sur la prise en charge et la relation avec les acteurs semblaient donc être importante. Les observateurs ont été beaucoup plus "durs" que les patients lors de l'enquête.

Tableau 8 : Comparaison Phase 1 et 2 avec l'enquête satisfaction

		Phase 1 et 2		Satisfaction		p
		Effectif	%	Effectif	%	
<u>Phase 1 :</u>						
Soignant agréable	Non	588	73	9	6	<.0001
	Oui	223	27	148	94	
Info sur prise en charge	Non	184	52	49	31	0.0094
	Oui	172	48	107	69	
Info sur l'attente	Non	260	70	93	60	NS
	Oui	113	30	61	40	
Confidentialité	Non	4	3	24	15	0.0201
	Oui	158	97	127	85	
<u>Phase 2 :</u>						
Soignant agréable	Non	498	72	1	1	<.0001
	Oui	194	28	151	99	
Soignant à l'écoute	Non	510	74	4	3	<.0001
	Oui	182	26	145	97	

5. Etude descriptive des délais : (Tableau 9)

5.1. Les délais calculés sont :

Arrivée et prise en charge :

+Délais entre l'heure d'arrivée au SAU et l'heure d'enregistrement administratif ou **Dacc**.

+ Délais entre l'arrivée du patient à l'accueil et sa prise en charge par un soignant, par un externe, par un interne, par un senior ou **DAP, Dpec ex, Dpec in, Dpec se**.

ECG :

+ Délai entre la demande de l'ECG et sa réalisation ou **D ecg**.

Bilans sanguins :

+ Délais entre la première demande de bilan sanguin et la première ponction sanguine ou **D sang**.

+ Délais entre la première demande et la demande de complément de bilan ou **D sangcomp**.

+ Délais entre la première demande et le départ des tubes ou **D sangtube**.

Imagerie :

+ Délais entre la demande et la réalisation de la radio ou **D radio rea**.

+ Délais entre la réalisation de la radio et l'appel des brancardiers ou **D radio bra**.

+ Délais entre l'appel des brancardiers et le retour en salle d'examen ou **D radio ret**.

+ Délais entre la demande et le retour en salle d'examen ou **D radio tot**.

Echographie :

+ Délais entre la demande de l'examen et l'arrivée du radiologue ou **D echo radio**.

+ Délais entre la demande de l'examen et le départ du service pour sa réalisation ou **D echo dep**.

+ Délais entre l'arrivée du radiologue et la fin de l'examen ou **D echo tot**.

+ Délais entre départ du service pour la réalisation de l'examen et retour au service après fin de l'examen ou **D echo fin**.

Scanner :

+ Délais entre la demande et l'examen et le retour au SAU ou **D scan**.

Scintigraphie :

+ Délais entre la demande et l'examen et le retour au SAU ou **D scinti**.

Endoscopie :

+ Délais entre la demande et l'arrivée de l'endoscopiste ou **D endo rad**.

+ Délais entre l'arrivée de l'endoscopiste et la fin de l'examen ou **D endo tot**.

+ Délais entre la demande et la fin de l'examen ou **D endo exam**.

Orientation :

+ Délais entre la prise en charge par un soignant et la décision d'hospitalisation ou de sortie ou **DPC**.

+ Délais entre la décision d'hospitalisation et le départ du service pour hospitalisation ou **D départ**

+ Délais entre décision hospitalisation et acceptation d'un lit ou **D accept**

+ Délai entre le premier appel téléphonique et l'acceptation d'un lit ou **D lit**

+ Délais entre décision de sortie et sortie réelle du service ou **D sortie**

+ Délais entre l'arrivée du patient au SAU et son départ en hospitalisation ou sa sortie à domicile ou **DAS**.

Biochimie :

+ Délais entre l'heure de départ de tubes du SAU et l'heure début analyse au laboratoire ou **DAA bio**.

+ Délais entre l'heure de début analyse et l'heure de fin d'analyse ou **DRB bio**.

+ Délais entre la demande de prélèvement et l'heure de fin d'analyse ou **DTB bio**.

Hématologie : **DAA hémato, DRB hémato, DTB hémato.**

Cytologie : **DAA cyto, DRB cyto, DTB cyto.**

Toxicologie : **DAA tox, DRB tox, DTB tox.**

5.2. Etude des trois principaux délais de prise en charge

Comme nous l'avons vu dans le chapitre « matériel et méthodes », trois délais principaux vont être étudiés :

- DAP ou délai d'attente.
- DPC ou durée de prise en charge.
- DAS ou durée de séjour globale au SAU.

Ces délais vont être ensuite comparés aux différents paramètres de la population générale par différents tests statistiques déjà définis (**Tableaux 9, 10 et 11**).

Ces délais ont également été classés en différents groupes selon leur importance.

Le DAP est réparti en (**Tableau 12**)

- G1 : patients dont le DAP est compris entre 0 et 15 min
- G2 : patients dont le DAP est compris entre 15 et 30 min
- G3 : patients dont le DAP est supérieur à 30 min

Le DPC est réparti en (**Tableau 13**)

- G1 : patient dont le DPC est inférieur à 60 min
- G2 : patient dont le DPC est compris entre 60 et 120 min
- G3 : patient dont le DPC est supérieur à 120 min

Le DAS est réparti en (**Tableau 14**)

- G1 : patient dont le DAS est inférieur à 60 min
- G2 : patient dont le DAS est compris entre 60 et 120 min
- G3 : patient dont le DAS est supérieur à 120 min

5.2.1. Délai d'attente (DAP) :

Il était précisé pour 222 patients. Sa médiane était de **8 minutes** avec le 1^{er} interquartile à 3 min et le 3^{ème} interquartile à 15 min.. Le seul facteur influençant significativement ce délai est l'heure d'arrivée (plus les patients arrivaient tard dans la journée, plus le temps d'attente était élevé). L'attente est de 0 à 15 dans 71% des cas. Elle est supérieur à 30 minutes dans 14% des cas (**Tableau 12**).

Il est à souligner que la comparaison avec les critères CCMU et GEMSA n'a pas été réalisée en totalité en raison d'un effectif trop faible pour les CCMU 3, 4 et 5 et le GEMSA 6. On peut considérer que le délai d'attente des CCMU 4 et 5, et des GEMSA 6 est quasi nul.

5.2.2. Délai de prise en charge (DPC)

Il était noté pour 202 patients. Le délai médian était de **70 minutes** avec le 1^{er} interquartile à 49 min et le 3^{ème} interquartile à 110 min. Le délai de prise en charge est compris entre 60 à 120 minutes dans 41% des cas. Il était supérieur à 120 minutes dans 22% des cas (**Tableau 13**)

Les facteurs influençant ce délai sont :

-Le sexe : Les patients de sexe masculin ont un délai de prise en charge inférieur aux patients de sexe féminin.

-L'âge du patient :

Plus les patients étaient jeunes, plus le délai de prise en charge était court.

-Le mode d'arrivée :

Les patients arrivant par leurs propres moyens avaient une durée de prise en charge plus courte que les patients arrivant en ambulance.

-Le GEMSA :

Les patients classés GEMSA 4 avaient une durée de prise en charge plus longue que les patients classés GEMSA 2.

-Le motif d'admission médical ou chirurgical :

La durée de prise en charge des patients de médecine était plus élevée que celle des patients de chirurgie.

-Le critère « spécialité » :

Les patients de cardiologie avaient une durée de prise en charge supérieure aux autres.

-Le critère « traumatologie et non traumatologie » :

Les patients classés « non traumatologiques » avaient une durée de prise en charge plus longue que les « traumatologiques » ($p=0.0008$).

-La prescription d'un examen biologique :

Elle augmente la durée de prise en charge.

-La prescription d'un examen radiologique :

Elle augmente la durée de prise en charge.

En résumé, nous constatons que le délai de prise en charge est influencé par l'âge, le sexe, le mode d'arrivée, le GEMSA, la prescription d'un examen biologique, la prescription d'un examen radiologique, le motif de recours médical ou chirurgical, le classement en spécialité et le critère traumatologie/non traumatologie.

5.2.3. Temps de séjour global au SAU (DAS)

Il était précisé pour 208 patients. Le DAS médian était de **87 minutes** avec le 1^{er} interquartile à 59 min et le 3^{ème} interquartile à 131 min. Le temps global de séjour est supérieur à 120 min dans 29% des cas. (**Tableau 14**)

Les facteurs influençant ce délai sont :

-L'âge : Plus les patients étaient jeunes, plus le DAS au SAU était court.

-Le sexe : Les patients de sexe féminin avaient un DAS supérieur aux patients de sexe masculin.

-Le GEMSA :

Les patients classés GEMSA 4 avaient un DAS plus élevé que les GEMSA 2.

-Le mode d'arrivée :

Les patients arrivant par leurs propres avaient un DAS inférieur aux patients arrivant en ambulance.

-Le motif médical ou chirurgical :

Les patients admis dans le circuit médical avaient globalement un DAS élevé que la chirurgie.

-Le critère « spécialité » :

Le fait d'appartenir à la traumatologie diminue le DAS alors que l'appartenance à la cardiologie l'augmente.

-Le critère « traumatologie et non traumatologie » :

Les patients classés « non traumatologiques » avaient un DAS plus longue que les « traumatologiques » ($p=0.0008$).

-La prescription d'un examen biologique augmente la durée globale de prise en charge.

En résumé, nous constatons que le délai de séjour global est influencé par l'âge, le sexe, le mode d'arrivée, le GEMSA, la prescription d'un examen biologique, le motif de recours médical ou chirurgical, le classement en spécialité, le critère traumatologie/non traumatologie et la prescription d'un examen biologique.

Tableau 9 : Etude des délais

L'ensemble des résultats sont dans le tableau suivant : Toutes les valeurs sont exprimées en minutes.

DELAIS	EFFE CTIF	MOYE NNE	ECART TYPE	MEDIANE	1ER QUARTILE	3EME QUARTILE	IC 95% INF	IC 95% SUP
Dacc	280	7	7	5	3	10	6	8
DAP	222	14	16	8	3	15	11	16
Dpec ex	176	23	20	17	10	29	20	26
Dpec in	184	33	30	24	11	49	29	38
Dpec se	36	41	44	27	5	67	26	56
Decg	43	9	16	5	1	10	4	14
Dsang	47	7	13	5	2	8	3	11
Dsangcomp	3	22	29	10	1	55	49	93
Dsangtube	52	13	15	10	6	15	9	17
Dradiorea	127	12	13	10	5	16	10	15
Dradiobra	50	10	7	9	5	15	8	12
Dradioret	50	5	6	5	2	5	3	7
Dradiotot	122	25	17	20	15	30	22	28
Dechoradio	5	17	4	15	15	19	12	23
Dechodep	3	34	19	36	15	53	12	81
Dechotot	6	68	33	64	40	82	33	103
Dechofin	2	59	42	59	29	89	322	440
Dlit	35	44	141	40	20	65	0	93
Ddepart	46	51	33	40	25	75	41	61
Daccept	45	70	40	59	40	82	30	110
Dsortie	111	12	16	5	5	15	9	15
DPC	202	90	64	70	49	110	80	98
DAS	208	104	65	87	59	131	95	113
DAAbio	17	34	11	35	28	40	29	40
DRBbio	58	16	8	15	12	20	14	18
DTBbio	31	53	13	51	43	65	48	58
DAAhémato	25	84	145	45	37	70	24	144
DRBhémato	71	9	5	10	5	10	8	11
DTBhémato	24	96	148	58	46	82	33	159
DAAcyto	31	143	360	30	22	43	11	276
DRBcyto	88	8	17	3	2	8	4	12
DTBcyto	34	62	130	36	26	53	17	107
DAAtox	3	23	10	19	15	35	0	49
DRBtox	5	19	8	20	12	25	9	29

Tableau 10 : DAP, DPC, DAS au SAU en fonction des critères retenus

	DAP			DPC			DAS		
	Effectif	Médiane	p	Effectif	Médiane	p	Effectif	Médiane	p
Homme	117	8	NS	109	60	0.0004	112	73	0.0010
Femme	77	9		70	87		70	103	
Mode d'arrivée									
-Propres moyens	114	10	NS	104	60	<.0001	108	70	<.0001
-Ambulance, pompiers, SMUR	75	8		72	97		68	111	
Origine									
-Urbaine	177	14	NS	162	89	NS	166	104	NS
-Rurale		41		14	38		92	39	
CCMU1	28	10	NS	27	65	NS	28	91	NS
CCMU2	165	8		152	65		154	85	
GEMSA2	147	8	NS	135	60	<.0001	138	70	<.0001
GEMSA4	46	8		44	126		44	140	
Médecine	70	8	NS	66	90	0.0001	66	102	0.0009
Chirurgie	124	10		113	61		116	73	
Heure arrivée									
-Matin	36	6	0.0007	34	87	NS	35	100	NS
-Après-Midi	74	13		67	72		67	99	
-Nuit	24	4		22	52		22	58	
-Soir	63	10		58	63		60	85	
Biologie									
-Oui	57	11	NS	54	140	<.0001	55	151	<.0001
-Non	52	15		47	58		47	75	
Radiologie									
-Oui	117	14	NS	108	99	0.0002	112	115	NS
-Non	30	17		28	64		28	82	

**Tableau 11 : DAP, DPC, DAS, en fonction des différentes spécialités
médicochirurgicales**

	DAP			DPC			DAS		
	Effectif	Médiane	p	Effectif	Médiane	p	Effectif	Médiane	p
Traumatologie	118	10		108	61		109	73	
Cardiologie	9	8		10	147		9	160	
Neurologie	7	10	NS	6	110	0.0300	7	140	NS
Psychiatrie	20	5		18	95		18	101	
Divers Méd	32	7		31	65		33	91	
Divers Chir	7	10		6	63		6	76	
<hr/>									
Traumatologie	118	10		108	61		109	73	
			NS			0.0144			0.0218
NonTraumatologie	79	8		73	77		75	101	

Tableau 12 : Répartition du délai d'attente en trois groupes

DAP	N	%
G1 0-15 min	158	71
G2 15-30 min	33	15
G3 >30 min	30	14

Tableau 13 : Répartition de la durée de prise en charge en trois groupes

DPC	N	%
G1 <60 min	75	37
G2 60-120 min	83	41
G3 >120 min	44	22

Tableau 14 : Répartition de la durée de séjour globale en trois groupes

DAS	N	%
G1 <60 min	52	25
G2 60-120 min	95	46
G3 >120 min	60	29

ETAPE 2 : CHOIX DES ACTIONS D'AMELIORATION ET REDACTION DES PROCEDURES

I.Choix des actions d'amélioration :

L'analyse descriptive des résultats permet d'objectiver des dysfonctionnements nombreux et variés. Les enquêtes de satisfaction, d'observation événementielle et les réunions des groupes de travail ont permis de lister les principaux dysfonctionnements aux différents segments du processus. Après avoir lister les problèmes existant aux différents segments du processus nous pourrons proposer des actions prioritaires à mener.

1.Caractérisation des points critiques à chaque segment du processus

1.1.Accueil à la phase d'arrivée et de premier contact

- IAO n'est pas formée à ce poste et n'est pas présente 24 h sur 24 h.
- agent administratif en recul dans le poste d'accueil.
- identification non systématique des acteurs accueillant le patient.
- mauvaise qualité de la relation acteur/patient.
- présence de la vitre entre le poste d'accueil et le hall rendant la relation impersonnelle obligeant l'IAO à aller dans le hall pour accueillir les patients.
- manque d'informations sur la prise en charge et les délais d'attente.
- manque de respect de la confidentialité.
- présence de nombreux acteurs dans le poste d'accueil.
- présence du répartiteur dans le poste d'accueil.

1.2.Accueil à la phase de prise en charge et d'orientation

- identification non systématique des acteurs accueillant le patient.
- présence de nombreux acteurs dans la salle d'examen.
- interrogatoires multiples et enseignement médical en présence du malade.
- mauvaise qualité de la relation acteur/patient.
- intimité et confidentialité pas toujours respecté notamment dans les box à deux lits.
- patient dans le couloir.
- manque de confort et locaux non accueillants.

1.3.Attente

- attente injustifiée.
- retard et délais important de prise en charge.
- morcellement de la prise en charge, interrogatoires et examens cliniques multiples.
- retard à la décision médicale.
- décision de prélèvement tardive et départ tardif des tubes dans les laboratoires.
- retard de transmission des résultats biologiques.
- retard de départ en radio.
- retard de demande et d'arrivée des consultants.
- retard de départ pour un examen radiologique en dehors du SAU.
- difficultés de recherche de lits.
- retard de départ du SAU.

1.4.Communication

- peu de transmission de l'information au patient ou à sa famille : peu d'explication de la prise en charge, du diagnostic, des résultats des examens et de l'orientation décidée.
- anomalies de la transmission entre les acteurs : mauvaise transmission de l'information, des résultats d'examens, consignes imprécises et mal expliquées.
- senior du SAU peu sollicité.
- retard de transmission de l'information par le SAMU expliquant le retard d'activation de la salle de déchocage et d'appel des médecins et de l'infirmière anesthésiste.
- transmission d'informations imprécises par les médecins régulateurs, SMUR et sapeurs pompiers.

1.5.Biologie

- retard de demande.
- bons d'examens non présents dans la salle d'examen.
- retard de départ des tubes.
- retard de réalisation au laboratoire.
- retard de transmission des résultats.
- retard de transmission au médecin.
- bilans réalisés sans prescription médicale.

1.6.Radiologie

- bon mal rempli.
- patient non attendu.
- problèmes de surveillance et de sécurité.
- retard de retour en salle d'examen.
- radios refaites par mauvaise prescription initiale.

1.7.Avis spécialisés

- retard de demande.
- retard d'arrivée des consultants.
- consultant initial est un interne qui réfère secondairement à son senior d'astreinte qui ne se déplace pas systématiquement au SAU expliquant le retard de décision.
- manque de transcription des comptes rendus des consultants dans le dossier médical.

1.8.Environnement structurel

- salle d'attente non accueillante : tapisseries inadaptées, absence de sandwicherie, lieu pour les enfants.
- salles d'examens non accueillantes et non suffisantes.
- manque de matériels modernes et disponibles dans toutes les salles d'examen.
- lits d'examen défectueux dans les salles de soins de chirurgie.
- peu de brancards mobilisables et adaptés au brancardage.
- absence de téléphones dans les salles d'examens obligeant les soignants et les médecins à encombrer le local infirmier. Absence de téléphone portable pour que le patient puisse contacter son entourage l'obligeant à aller dans le poste d'accueil pour téléphoner.
- salles d'examen trop froides ou trop chaudes.
- ordinateurs mal placés : l'acteur tourne le dos au patient.
- nécessité de faire évoluer le système informatique.
- manque d'hygiène la nuit par manque d'ASH.
- bruit lié aux interphones et aux acteurs.
- structure pavillonnaire de l'hôpital central : laboratoire de biologie et services de radiologie éloignés du SAU.
- absence d'UHCD

1.9. Environnement humain

- rôle de l'IAO mal défini : absence de formation à l'accueil et à l'information des usagers, nombreuses tâches l'empêchant de jouer son véritable rôle (standardiste : reçoit les coups de téléphone du standard de l'hôpital n'ayant aucun rapport avec le SAU, rôle de « point I », recherche de dossiers, photocopie de documents.....)
- absence d'IAO la nuit remplacée par un AS non adapté à ce poste.
- rôle de l'agent administratif mal défini et en retrait dans le poste d'accueil.
- absence d'agent administratif à partir de 17h.
- absence d'assistante sociale à plein temps au SAU.
- chauffeurs ambulanciers peu nombreux : 1 seul pendant 24h.
- manque d'internes permanents au SAU : les internes affectés dans la filière chirurgicale sont différents chaque jour et non intégrés à la vie du service car ils ne sont au SAU que pour assurer les gardes. La remarque est la même pour les internes de médecine de garde la nuit.

2. Choix des priorités d'action

Les actions ont été proposées par l'ensemble des acteurs du SAU. Elles n'ont pas été imposées. L'ensemble des actions ont été discutées et validées par tous les acteurs du SAU.

2.1. Action n°1

Le but de cette action est d'**optimiser la prise en charge des patients**. Il faudrait que chaque acteur se prenne individuellement en charge et fasse de l'assurance qualité à son niveau. Cette action nécessite donc un changement important des comportements. En effet, chacun agit le plus souvent de manière individuelle, de son côté, sans s'occuper des autres.

L'attente au SAU n'est pas perçue de la même manière par les patients et les acteurs. D'une part le patient veut une prise en charge rapide de son problème. D'autre part, les acteurs veulent une prise en charge rapide mais complète, nécessitant souvent des examens complémentaires et des avis spécialisés, sans nécessairement s'inquiéter du temps passé.

De plus, les acteurs ne veulent pas commettre d'erreurs médico-légales. Enfin, dans la situation actuelle du SAU les acteurs ont souvent en charge plusieurs malades en même temps.

Dans l'avenir, nous devons également limiter au maximum les attentes inutiles : prise en charge rapide des pathologies bénignes (classées CCMU 1 et 2) avec réorientation vers le médecin généraliste quand cela est possible. La collaboration entre le senior et l'IAO doit être optimisée.

L'urgence vitale est rare et sa prise en charge est très bien organisée. Les plaintes des usagers dans ce domaine sont exceptionnelles.

Huit objectifs peuvent être poursuivis pour mener à bien cette première action et optimiser la prise en charge des patients :

- réduire le délai de prise en charge médico-infirmier (**action 1-1**)
- réduire le délai d'arrivée des consultants au SAU (**action 1-2**)
- réduire le délai d'acheminement des bilans biologiques aux laboratoires (**action 1-3**)
- réduire le délai de réalisation des examens biologiques (**action 1-4**)
- améliorer la transmission des résultats biologiques (**action 1-5**)
- réduire le délai d'attente en radiologie (**action 1-6**)
- réduire le délai de recherche de lit d'hospitalisation (**action 1-7**)
- réduire le délai de transport des malades (**action 1-8**)

2.2.Action n°2

Le but de cette action est **d'améliorer la qualité de l'accueil et de la transmission de l'information à l'utilisateur** et doit amener, comme dans l'action 1, à modifier les comportements. Ces 2 domaines interviennent à tous les segments du processus général au SAU.

Les objectifs poursuivis par cette action sont :

- mettre en place une formation à l'accueil et à la communication destinée à l'ensemble des acteurs du SAU
- rédiger un référentiel définissant les critères de qualité d'un bon accueil (**Annexe 3**)
- rédiger un **livret d'accueil** au SAU (**Annexe 3**)
- afficher dans la salle d'attente et toutes les salles d'examen la charte du patient hospitalisé et les droits du patient au SAU : développer un **espace de communication visuelle**.

2.3.Action n°3

Le but de cette action est **d'améliorer la transmission de l'information** entre acteurs pour obtenir une meilleure coordination entre les différents acteurs et intervenants au SAU. Un registre sera créé pour pouvoir noter en temps réel tout événement apparaissant anormal : absence de transmission de l'information par le SAMU, retard de transmission des résultats biologiques... ceci permettant ensuite de reprendre ces événements et de les analyser.

2.4.Action n°4

Le but de cette action est d'intégrer le projet d'assurance qualité du SAU dans tous les projets de restructuration du service. Ainsi, l'embauche du personnel devra tenir compte de critères choisis définissant un profil de poste adapté à un service d'urgences. La création d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), prévue dans le plan de restructuration 2001-2002, est primordiale pour l'évolution du SAU.

Enfin, l'implication du SAU ne peut être envisagée que si un « groupe qualité » est mis en place sur le principe du volontariat composé de représentants des acteurs du service et reconnu officiellement par la Direction et la commission d'évaluation de la qualité des soins.

Ce n'est pas une véritable action mais la création de ce groupe, qui sera soutenu par la Direction, permettra de clore le projet d'assurance qualité et de pérenniser la démarche qualité au SAU.

3.Choix des indicateurs de mesure de l'impact des actions

Le choix des indicateurs est essentiel pour la pérennisation du projet d'assurance qualité. L'amélioration de la qualité doit être continue et contrôlée régulièrement. Ces indicateurs doivent être simples, pertinents et facilement mesurables.

3.1.Mesure des délais de prise en charge

Il s'agit d'un indicateur simple et mesurable mais il dépend des acteurs. A partir du dossier médical informatisé on peut mesurer des délais car l'heure de survenue d'un événement est automatiquement intégrée par l'ordinateur sans qu'elle apparaisse dans le dossier imprimé. Chaque rubrique est horodatée. On peut tracer le temps mais il dépend de la notification de l'événement par l'acteur avec précision et en temps réel, c'est à dire au moment où l'événement se déroule et non pas à distance comme c'est souvent le cas actuellement.

3.1.1.Les temps globaux à suivre

- heure d'arrivée du patient au SAU
- heure en salle d'attente
- heure dans le couloir
- heure d'arrivée en salle d'examen
- heure de prise en charge médicale
- heure de validation du dossier par l'IDE
- heure de validation du dossier médical
- heure de départ du SAU

Tous ces temps permettent d'avoir une vue globale du temps passé au SAU et notamment la durée globale de séjour. Celui-ci est actuellement surestimé en raison du retard de validation alors que la prise en charge est terminée.

3.1.2. Temps concernant la biologie

- heure de décision de prescription d'examens biologiques
- heure de réalisation de la ponction sanguine
- heure de dépôt des prélèvements au poste d'accueil
- heure de départ des tubes du SAU
- heure d'arrivée au laboratoire
- heure de réalisation du dosage
- heure de fin de dosage
- heure de transmission des résultats au SAU
- heure de réception des résultats par le médecin demandeur

Les 4 premiers temps et le dernier temps dépendent du SAU. Les autres dépendent du laboratoire. Il est donc nécessaire qu'il y ait une coordination entre les laboratoires de biologie et le SAU si on veut suivre avec précision ces délais.

3.1.3. Temps concernant la radiologie

- heure de prescription
- heure de départ de la salle d'examen
- heure de réalisation
- heure de retour en salle d'examen
- heure de lecture des radios par le médecin

3.1.4. Temps concernant les consultations spécialisées au SAU

- heure de la demande
- heure d'arrivée du consultant
- heure de départ du consultant et enregistrement du compte rendu dans le dossier médical

3.1.5. Temps concernant les consultations spécialisées hors du SAU

- heure de la demande
- heure de départ du SAU
- heure de retour au SAU

La mise en place et l'utilisation de cet indicateur sont indispensables si on veut connaître avec précision les durées de prise en charge au SAU. A partir de leur mesure on pourra suivre de

manière continue la réduction ou l'augmentation de ces durées. Mais l'aspect quantitatif n'est pas suffisant. En effet, il est important d'intégrer des données qualitatives pour interpréter plus finement ces délais. A chaque temps paraissant anormal, on doit être capable de noter l'événement qui l'expliquera. Par exemple, les prélèvements sanguins n'ont pas quitté le SAU au bout de 10 minutes car le porteur de tubes en a emmené d'autres au même moment.

Ainsi, chaque acteur du SAU doit changer sa façon de travailler en prenant l'habitude de noter les événements importants dans la prise en charge du patient permettant un enrichissement continu du dossier médical. Ceci n'est pas anodin pour deux raisons : la première est la possibilité de mieux analyser les allongements anormaux des délais, la deuxième est une meilleure approche des plaintes formulées par les usagers contre le SAU en apportant des réponses plus précises qu'il n'est pas possible de donner actuellement.

3.2.Mesure du degré de satisfaction des usagers

Si notre démarche de qualité au SAU est centrée sur le patient il est important de disposer d'un indicateur permettant de suivre l'évolution du degré de satisfaction des usagers. Cet indicateur représente plusieurs mesures :

- nombre de patients insatisfaits des prestations fournies par le SAU de manière globale
- nombre de patients insatisfaits dans des domaines plus précis : les délais d'attente, la qualité de l'accueil, la qualité de la transmission de l'information, la qualité des soins
- nombre de lettres de plaintes transmises à la Direction et au chef de service

Ces mesures, en dehors du dernier paramètre, ne peuvent être obtenues que par des enquêtes de satisfaction. Nous avons opté pour 2 méthodes :

- des enquêtes sous forme de questionnaires mis à la disposition des usagers en permanence au SAU.

- des enquêtes de satisfaction itératives ponctuelles à l'aide de questionnaires plus détaillés : une enquête par an ou tous les deux ans

II. Procédures (Annexe 2)

Elles vont permettre d'optimiser et d'améliorer la prise en charge des patients aux différents segments du processus.

1- Optimisation des délais de prise en charge du patient

Les procédures correspondent aux actions 1-1 à 1-8.

2- Amélioration de l'accueil et de l'information du patient

La procédure correspond à l'action n°2.

3- Amélioration de la coordination entre les acteurs du SAU

La procédure correspond à l'action n°3.

ETAPE 3 : IMPACT DU PAQ SUR LA QUALITE

I.Impacts structurels, humains et organisationnels

A.Premiers résultats

En 1998, après un an de mise en place des actions et des procédures (Annexe 2), une première évaluation a été réalisée. Il est important de souligner que le PAQ a permis une mobilisation de l'ensemble des acteurs du SAU mais aussi des acteurs d'autres services travaillant avec le SAU. Le PAQ a permis de modifier les comportements.

L'analyse des résultats entre 1997 et 1998 montrait une diminution des délais de prise en charge de manière globale. Ainsi, le délai entre l'arrivée et la prise en charge a diminué de 2 à 3 minutes, le délai entre la prise en charge et la validation du dossier patient a diminué de 37 minutes et le délai entre l'arrivée et la validation du dossier a diminué de 42 minutes. Ces délais ont été mesurés à partir du dossier informatisé.

On peut donc conclure que, sur le plan quantitatif, la mise en place des actions paraît avoir eu un impact positif sur les délais de prise en charge. Sur le plan qualitatif, l'impact sur le degré de satisfaction n'a pas été évalué. Cependant avec la mise en place de moyens humains plus importants et une amélioration organisationnelle on peut penser que la satisfaction des usagers ne pourra que s'améliorer.

B. Impacts humain

Le PAQ a permis de prendre conscience de la nécessité d'une augmentation du personnel médical et paramédical intervenant au SAU de jour comme de nuit. Ainsi, dans le cadre du PAQ nous avons obtenu :

- **un interne supplémentaire** dans la "filiale chirurgicale" augmentant ainsi la médicalisation à 2 internes 24h sur 24h (**depuis mai 1998**)
- **9 résidents au total** assurant un pool commun avec le SAMU.
- **2 internes dont 1 résident** sont de garde de 18h30 à 8h30 le lendemain.
- **un externe supplémentaire** : amenant à 5 le nombre d'externes de garde.
- **2 PH supplémentaire (depuis 2000)** : amenant à 6 le nombre de PH. Deux PH sont présents la journée de 8h30 à 18h30 depuis septembre 2000.

C. Impact organisationnel

Le fonctionnement en binôme est opérationnel depuis mai 1998 et a permis une meilleure coordination entre le médecin et le soignant et la réduction des prises en charge successives avec interrogatoires multiples ne satisfaisant pas le patient. Le suivi du patient devient plus harmonieux et continu avec une meilleure transmission des informations entre acteurs et patient. **L'externe ne voit désormais plus le patient seul.**

D'autre part, l'agent administratif a été déplacé pour se situer **à côté de l'IAO** dans le poste d'accueil mais il n'est pas présent 24h sur 24h. L'IAO a été déchargée des tâches strictement administratives. Mais, il n'y a toujours pas d'IAO 24h sur 24h.

Enfin, le segment du processus "recherche de lits" a été optimisé pour les malades hospitalisés dans les services de **médecine interne** où les difficultés semblaient être les plus importantes (**depuis février 1998**). On distingue un service dit de première, deuxième et troisième ligne. La 1^e ligne doit pouvoir recevoir 8 malades, la 2^e ligne 4 et la 3^e ligne 2. La relation médecin du SAU et du service potentiellement receveur est obligatoire. Cette action a pu être rapidement mise en place car validée par le Conseil des urgences et la Direction, le suivi ayant été assuré par le Conseil des urgences. La réalisation a été assurée par le service d'épidémiologie et d'évaluation cliniques (**Pr Briançon**).

Une première évaluation du système de tour de garde réalisée par le service épidémiologie et évaluation cliniques (**enquête de mars 1998**) avait montré que le schéma 8/4/2 était trop lourd pour les services de médecine.

Une seconde évaluation du système de tour de garde réalisée également par le service épidémiologie et évaluation cliniques (**enquête de juillet 2000**) avait montré que le schéma 6/4/4 permettait un meilleur suivi du nombre de lits mis à disposition pour l'accueil des patients même si le résultat atteint était encore loin du 100%.

A noter qu'une restructuration du SAU est prévue pour 2001-2002 avec mise à disposition d'une UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée).

II. Evaluation en 1999

A. Amélioration de la relation

1. Comparaison du degré de satisfaction

La thèse soutenue par le Dr I.Barbe montre que, globalement, le taux de satisfaction reste élevé (**94,7%** en 1997 et **89,3%** en 1999) ; ce taux est encourageant pour l'équipe du service. Il est intéressant de noter qu'**un tiers** des patients expriment quand même le souhait d'un changement mais seuls **5,7%** en 1997 et **5%** en 1999 des usagers ne reviendraient plus au SAU et ils seraient **15%** à conseiller à leur entourage de ne pas recourir à ce service.

L'étude comparative sur les deux années a permis de mettre en évidence plusieurs points d'amélioration : les soignants sont plus nombreux à se présenter aux patients en 1999 (**48.8%** vs **61.2%** en 1997). L'entourage du patient est plus souvent averti son admission au SAU (**65%** en 99 vs **60%** en 97).

En revanche, l'attente, la communication et la prise en charge de la douleur n'ont pas atteint le degré de satisfaction escompté. Ainsi les patients estimaient dans **41,9%** des cas en 1999 que l'attente était trop longue (vs **26,6%** en 1997). Nous allons montrer dans la comparaison des délais qu'ils avaient raison.

La communication entre les acteurs et les patients restent par contre pratiquement équivalente avec **5,7%** de patients insatisfaits en 1999 contre **5,8%** en 1997.

La douleur reste en revanche un point sur lequel un effort devra être mené ; **77%** des patients en 1999 (versus **76,8%** en 1997) présentaient une douleur à leur admission au SAU ; **16%** des patients en 99 (vs **14,1%** en 97) étaient insatisfaits de la prise en charge de cette douleur.

2.Comparaison de la relation patients/soignants

La comparaison de différents critères concernant la relation des patients avec les soignants en 1997 et en 1999 a permis de mettre en évidence certaines modifications de sa qualité (**tableau 15**).

A l'analyse du tableau nous constatons des **améliorations significatives** dans la **relation** et la **communication** entre 1997 et 1999.

Ainsi, l'attitude du soignant qui prenait en charge le patient était jugée plus agréable en 99 (**54%**) qu'en 97 (**27,5%**), plus à l'écoute en 99 (**83%**) qu'en 97 (**32,8%**) et plus rassurant en 99 (**34%**) qu'en 97 (**11,2%**).

D'autre part, l'attitude du patient était jugée plus compréhensive en 99 (**57%**) qu'en 97 (**32,4%**) et il était plus coopératif en 99 (**70%**) qu'en 97 (**67,6%**).

Cependant, plusieurs détériorations de la qualité **relationnelle et communicative** entre les patients et les soignants étaient observées

En effet, il n'y avait pas de relation verbale entre ASB et patients dans **98%** des cas en 99 (vs **81%** en 97) et une activité gênait la relation dans **19%** des cas en 99 (vs **9%** en 97).

De plus, il n'y a pas d'information aux patients sur l'attente potentielle dans **92%** des cas (vs **70,2%** en 97) ni sur les raisons de cette attente dans **93%** des cas en 99 (vs **76%** en 97).

Enfin, la confidentialité n'était respectée que dans **56%** des cas en 99 (vs **91,5%** en 97).

3. Etude des commentaires libres

Lors des enquêtes, les observateurs avaient la possibilité de noter en commentaires libres des éléments concernant la nature de la relation entre les patients et les soignants. Ces commentaires, ne correspondant pas à des items présents dans la grille de recueil, ont été codés afin de pouvoir les étudier (**Tableau 16**).

A l'analyse du tableau nous constatons globalement une amélioration de la relation entre les acteurs du SAU et les patients.

En effet, la relation acteur/patient était dans **4%** des cas anormale en 1999 (vs **19%** en 1997). Elle était absente dans **9%** des cas en 1997 versus **2%** en 1999. Elle se faisait dans le couloir dans **10%** des cas en 1997 (vs **3%** en 1999).

De plus, il y avait des échanges ne concernant pas le patient dans **9%** des cas en 1999 (vs **20%** en 1997).

Par contre nous constatons une détérioration de la présentation des soignants : **35%** des soignants ne se présentait pas en 1997 versus **50%** en 1999.

Grâce à des efforts soutenus de la part de l'ensemble des acteurs du SAU nous constatons donc une amélioration significative de la relation et de la communication entre les acteurs et les patients. La mise en place prochaine du livret d'accueil permettra de soutenir cette amélioration. Cet outil de communication important permet de donner des renseignements pratiques sur l'entrée, le service, le déroulement des soins, la sortie, voir le séjour hospitalier. Dans le cadre de l'amélioration de l'accueil et de la communication, il a été également réalisé un film vidéo qui sera projeté en salle d'attente. Enfin des panneaux d'information vont être installés dans le service créant ainsi un véritable espace de communication visuelle.

Tableau 15 : Comparaison 97/99 de la relation patients/soignants

		1997		1999		p
		Effectif	%	Effectif		%
Relation verbale ASB/Patient						
	Non	273	76,6	85	98	<.0001
	Oui	64	23,4	1	2	
Attitude du soignant						
Agréable	Non	588	72,5	43	46	0.0200
	Oui	223	27,5	51	54	
A l'écoute	Non	545	67,2	16	17	<.0001
	Oui	266	32,8	78	83	
Rassurant	Non	715	88,8	62	66	0.0001
	Oui	91	11,2	32	34	
Ss jugement	Non	730	90	75	80	NS
	Oui	81	10	19	20	
Disponible	Non	661	81,5	70	75	NS
	Oui	150	18,5	24	25	
Attitude du patient						
Compréhensif	Non	273	67,6	40	43	<.0001
	Oui	131	32,4	54	57	
Coopérant	Non	131	32,4	28	30	0.0004
	Oui	273	67,6	66	70	
Agressif	Non	539	100	94	100	NS
Violent	Non	539	100	94	100	NS
Activité gênant relation	Oui	39	9	18	19	0.0065
	Non	373	91	75	81	
Info sur attente potent	Non	262	70,2	86	92	<.0001
	Oui	111	29,8	7	8	
Info sur raison attente	Non	214	76	87	93	0.0004
	Oui	69	24	7	7	
Confidentialité respectée	Non	33	8,5	35	44	<.0001
	Oui	356	91,5	44	56	

Tableau 16 : Etude des commentaires libres

		1997		1999		p
		Effectif	%	Effectif	%	
Relation anormale	Non	192	81	71	96	0.0027
Acteur/patient	Oui	43	19	3	4	
Type de relation						
-Absence de présentation	Non	153	65	51	50	0.0120
	Oui	84	35	51	50	
-Echange ne concernant pas le patient	Non	49	190	91	91	0.0113
	Oui	49	20	9	9	
-Patient non rassuré	Non	227	95	97	95	NS
	Oui	12	5	5	5	
-Manque de respect	Non	239	100	102	100	NS
	Oui	0	0	0	0	
-Absence de politesse	Non	239	100	102	100	NS
	Oui	0	0	0	0	
-Agressivité des soignants	Non	237	99	102	100	NS
	Oui	2	2	0	0	
-Absence de douceur	Non	234	98	101	100	NS
	Oui	3	2	0	0	
-Absence relation patient/soignant	Non	218	91	97	98	0.0246
	Oui	21	9	2	2	
-Relation patient/soignant dans le couloir	Non	209	90	93	97	0.0311
	Oui	24	10	3	3	
Relation anormale entre les Membres de l'équipe	Non	224	94	74	97	NS
	Oui	14	6	2	3	
Type de relation						
-Absence de coordination	Non	227	95	87	90	NS
	Oui	12	5	9	10	
-Anomalie transmission des informations	Non	218	91	90	95	NS
	Oui	21	9	5	5	
-Enseignement au lit du malade	Non	211	89	80	81	NS
	Oui	27	11	18	9	

B. Comparaison des délais

L'étude comparative des principaux délais en 1997 et 1999 (**Figures 37**) a permis de mettre en évidence des améliorations dans le sens d'une **diminution de certains délais** dans le parcours des patients au SAU. Ainsi, **le délai de prise en charge (DPC) est significativement plus faible en 1999 qu'en 1997 (60 minutes versus 65 minutes)** et le délai entre l'heure de départ des tubes du SAU et le début de l'analyse au laboratoire (DAA) va dans le sens d'une plus grande rapidité de réalisation pour les laboratoires de biologie, hématologie et cytologie. Le transport des tubes a donc été amélioré mais les délais au sein des laboratoires semblent avoir augmentés.

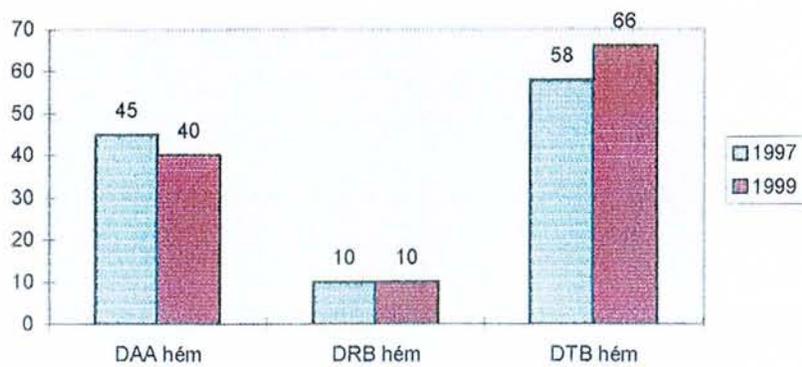
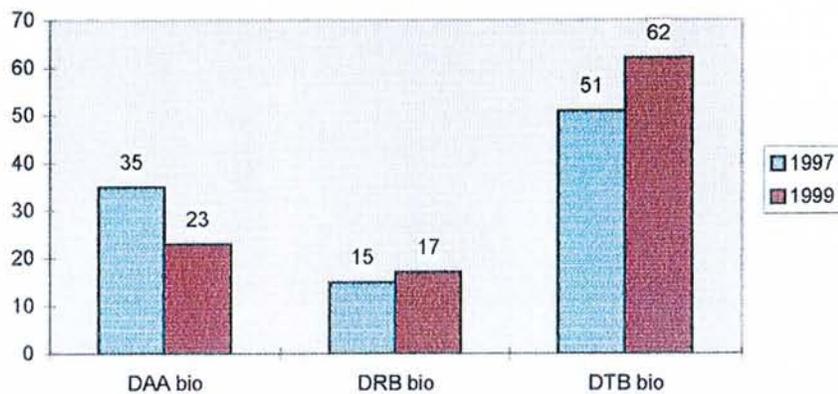
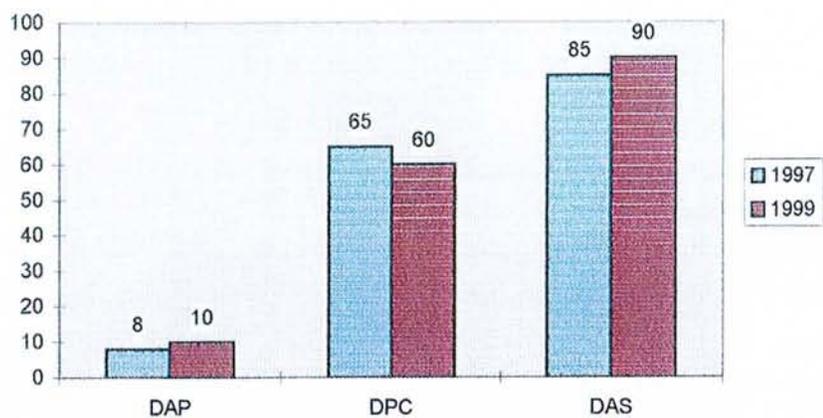
Tous les autres délais étudiés sont plus importants en 1999 qu'en 1997.

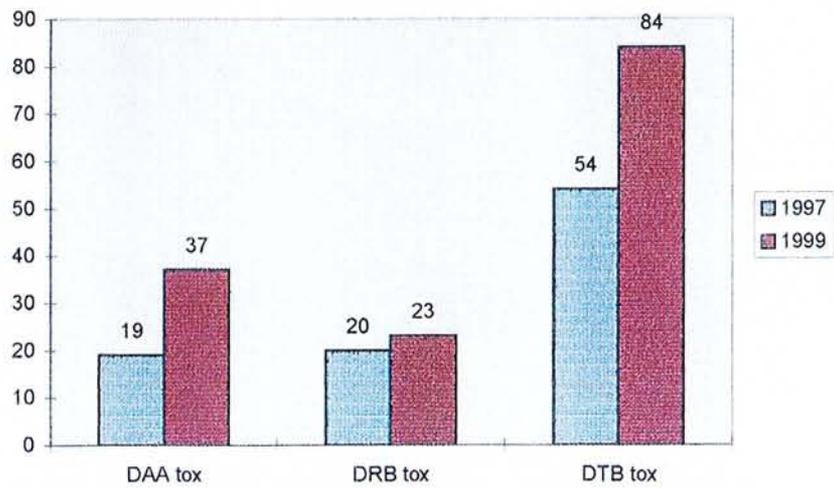
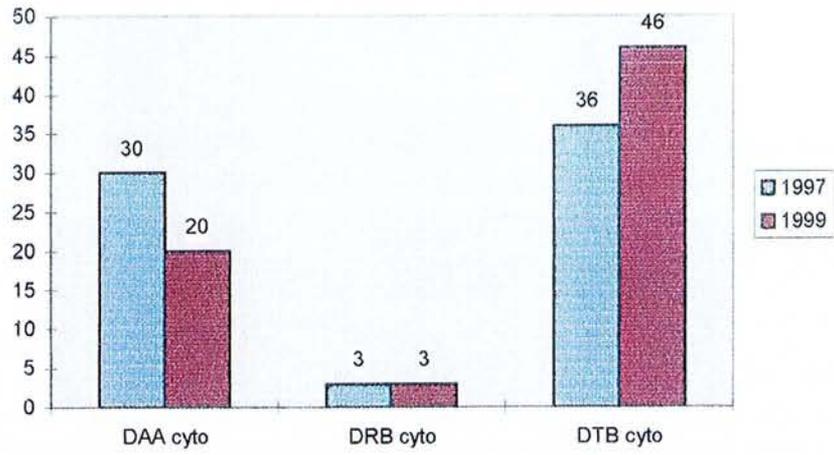
Ces résultats confirment donc l'amélioration constatée en 1998 après 1 an de mise en place des actions d'amélioration. Ainsi les actions 1-1 à 1-8 (Annexe 2) permettant d'optimiser les délais de prise en charge du patient étaient pertinentes.

Tableau 17 : comparatif des principaux délais en 1997 par rapport à 1999

DELAIS	1997					1999					p
	MEDIANE	Q1	Q3	IC INF	IC SUP	MEDIANE	Q1	Q3	IC INF	IC SUP	
DAP	8	4	19	12	17	10	3	25	19	25	<.0001
DPC	65	47	110	78	98	60	40	104	71	82	0.0298
DAS	85	59	126	93	113	90	65	145	104	119	NS
DAAbio	35	28	40	28	40	23	20	30	23	26	<.0001
DRBbio	15	12	20	14	18	17	14	20	17	23	<.0001
DTBbio	51	43	65	48	58	62	54	80	64	74	<.0001
DAAhém	45	37	70	24	147	40	23	53	8	11	<.0001
DRBhém	10	5	10	8	11	10	5	14	9	12	0.0205
DTBhém	58	46	82	33	159	66	54	82	64	76	<.0001
DAAcyto	30	22	53	11	276	20	11	25	18	25	<.0001
DRBcyto	3	2	8	4	11	3	2	4	3	9	NS
DTBcyto	36	26	53	17	107	46	33	60	44	54	<.0001
DAAtox	19	15	35	18	25	37	10	25	2	100	0.0425
DRBtox	20	12	25	9	30	23	15	30	18	29	NS
DTBtox	54	34	60	31	69	84	65	54	136	104	0.0076

Figures 37 : Comparaison 1997/1999 des principaux délais exprimés en min





DISCUSSION

Le PAQ mené par le SAU a permis d'impliquer l'ensemble des catégories professionnelles. Les différentes étapes suivies ont permis de définir précisément le processus de prise en charge et de ses segments et les tâches réalisés par chacun d'eux.

Ce processus est apparu complexe en raison de la multiplicité des acteurs et des interfaces existant entre le SAU et les autres services de soins. Le SAU peut être considéré comme une "petite entreprise" où les catégories professionnelles sont nombreuses avec des statuts variés et des intérêts parfois divergents.

Ainsi, dans l'industrie, où la Qualité est installée depuis plus de 50 ans, la première étape préalable à la démarche est l'identification très précise des acteurs et de leur tâches à chaque segment du processus. Cette méthode permet de mieux identifier les dysfonctionnements et de les corriger. En effet, la non Qualité a un segment du processus retentit en bout de chaîne sur la Qualité finale du produit. La non Qualité est rapidement perçue par le client qui ne l'achètera pas.

Ce mode de fonctionnement dans l'industrie est possible car les segments du processus peuvent être standardisés, automatisés et les acteurs bien identifiés. Le recueil des dysfonctionnements apparaît alors plus aisé.

Dans le milieu de la Santé, plus particulièrement dans les services cliniques, la standardisation est plus complexe car les situations sont souvent imprévisibles surtout au SAU. Le recueil des dysfonctionnements et l'identification des causes ne fait pas partie de la culture médicale en raison de la suspicion d'évaluation des acteurs et de leur compétences. L'identification des dysfonctionnements est alors vécu comme une critique et non pas comme la possibilité de le comprendre, de trouver sa cause et d'améliorer le processus.

Lors des différentes enquêtes descriptives réalisées dans le cadre du PAQ, nous avons remarqué que les dysfonctionnements constatés par les patients portaient essentiellement sur une absence de présentation des acteurs accueillant le patient (61,2%), un manque

d'information (31,4%) de la part du personnel, un délai d'attente trop long (26,6%), une insatisfaction sur la prise en charge de la douleur (14,1%) mais une qualité des soins jugée rarement insuffisante (6,8%) et un accueil pas toujours satisfaisant (5,1%). A leur admission au SAU, les patients présentaient une douleur dans 76,8% des cas. Ils étaient insatisfaits de la prise en charge de cette douleur dans 14,1%. Ils confirmaient que le soulagement de la douleur était important dans 99,2% des cas.

Les dysfonctionnements cités par les observateurs portaient principalement sur la relation acteur/usager. Le premier contact n'était rassurant que dans 11,2% des cas, agréable et à l'écoute dans respectivement 27,5 et 32,8%. D'autre part ils jugeaient que la transmission de l'information au patient était absente dans 51,7% des cas. Ces dysfonctionnements étaient moins souvent cités par les usagers lors de l'enquête de satisfaction. Nous observons donc que la qualité de la relation perçue par les acteurs du SAU était le plus souvent moins bonne que celle ressentie par les patients. Les acteurs sont plus "durs" dans leurs observations que les patients. Il nous paraît important de discuter la méthodologie utilisée pendant ces enquêtes. En effet, l'évaluation était effectuée par des acteurs du SAU (IDE, AS, Médecins....) détachés des soins à l'aide d'une grille de recueil de données validée. Mais, a posteriori, à la lumière des résultats il est apparu que les items étaient parfois mal renseignés probablement en raison de questions à choix multiples dans lesquels certains items avaient une signification proche. A l'avenir, il serait souhaitable d'utiliser des questions à réponse binaire (oui ou non) et d'élaborer une grille plus simple centrée sur chaque domaine étudié.

Même si ce type d'évaluation peut être critiquable, les acteurs l'ont jugé bonne car elle représentait une forme d'auto-évaluation. En observant les autres ils portaient un regard sur eux-mêmes.

Pour ce qui concerne l'**accueil**, il existait une discordance entre ce que ressentait les patients et ce qui était observé par les professionnels. En effet, les patients étaient globalement satisfaits de l'accueil alors que les observateurs l'étaient moins.

Cependant, objectivement, on peut dire que l'accueil pourrait être amélioré avec des moyens simples comme la réfection de la salle d'attente, la mise en place d'une sandwicherie et l'apposition sur la blouse d'un badge identifiant l'acteur et la fonction. La vitre présente entre l'IAO et les patients constitue une barrière dans la relation acteurs/patients. Elle oblige l'IAO à sortir dans le hall pour accueillir les patients. Il apparaît souhaitable d'envisager de l'enlever pour rendre plus chaleureux l'accueil.

La satisfaction des usagers pour l'accueil peut s'expliquer par le fait qu'ils désirent une prise en charge rapide et une réponse à leur inquiétude liée à leur état de santé. Ils semblent ne pas prêter attention à l'environnement même si l'accueil prend une part non négligeable dans la construction de l'image d'un établissement.

L'IAO a un rôle important à jouer. En effet, l'accueil nécessite une réelle compétence relationnelle. Même si le site d'accueil présente des inconvénients flagrants, l'habileté de la personne chargée de l'accueil peut inverser cette tendance. Un comportement aimable, attentif, souriant, rattrape une mauvaise impression liée au site. Dans le cadre de ce PAQ nous avons proposé un référentiel concernant la qualité de l'accueil (**Annexe 3**).

Pour la **communication**, il existait également une discordance entre ce qui était observé et ce qui était ressenti. Par exemple, 94,2% des patients étaient satisfaits de la communication alors qu'il n'était observé que 19% de relation verbale entre les ASB et les patients. C'est dans ce domaine que nos efforts doivent être plus soutenus en développant une stratégie d'amélioration de la communication. L'entrée à l'hôpital est le plus souvent ressentie comme une rupture avec les repères habituels. Pour y remédier les acteurs ont élaborés un livret

d'accueil (**Annexe 3**) spécifique au SAU. Il représente un outil de communication important en donnant des renseignements pratiques sur l'entrée, le service, le déroulement des soins, la sortie, voir le séjour hospitalier. Un entretien d'accueil avec un acteur de l'équipe pourrait compléter la remise du livret en main propres. Ce livret a été mis en place en Novembre 2000, l'impact sur la qualité de l'accueil devra être évalué ultérieurement.

D'autre part, il est important de faire évoluer la notion de salle d'attente vers la notion de salle d'accueil où l'utilisateur pourrait recevoir un certain nombre d'informations sur l'établissement, les services. A cet effet, un film vidéo a été réalisé par les acteurs et sera diffusé prochainement dans un nouvel espace de communication visuelle (ECV). Ce projet finalisé en collaboration avec l'Ecole Nationale Supérieure en Génie des Systèmes Informatiques (ENSGSI). Cet ECV comportera des panneaux d'informations (concernant le SAU, le droit des malades, la Charte sur la douleur, des informations de prévention,...) adaptés et évolutifs ; la diffusion du film et la possibilité pour les acteurs d'exprimer leurs attentes et leur insatisfaction en répondant à un questionnaire simple déposé dans une urne.

Enfin, il est indispensable de proposer une formation obligatoire à l'accueil et à la communication pour l'ensemble des acteurs du SAU.

L'**attente** est un des principaux griefs des usagers. Cependant il semble exister une discordance entre les délais constatés lors des enquêtes et la satisfaction des usagers. Ils souhaitent attendre moins longtemps même si les délais sont plutôt bons. Le délai d'attente (DAP) est de 8 minutes, la durée de prise en charge (DPC) est de 70 minutes et le temps global de séjour (DAS) est de 87 minutes. L'attente avant la prise en charge est donc très courte.

De plus, grâce aux efforts soutenus des acteurs du SAU et à la mise en place des actions permettant d'optimiser les délais de prise en charge, nous avons observé une amélioration de

certains délais dans le parcours des patients au SAU. Ainsi, le DPC est significativement plus faible en 1999 (60 min) qu'en 1997 (65 min).

Mais, le DAP est plus important en 1999 (10 min) qu'en 1997 (8 min). Une des raisons possibles est l'augmentation continue du nombre de patients au SAU. De même, le DAS est plus important en 1999 (90 min) qu'en 1997 (85 min) pour des raisons qui sont indépendantes du service comme la difficulté à trouver un lit d'hospitalisation ou l'attente avant le transport lors de l'hospitalisation ou de la sortie. De même, la description des tâches à chaque segment du processus a démontré leur multiplicité et parfois leur absence de corrélation avec les préoccupations du SAU (par exemple les brancardiers affectés au SAU qui vont assurer des tâches dans d'autres services sans rapport avec leur activité au SAU). Ces facteurs sont à discuter au niveau institutionnel.

Les patients sont probablement mécontents de ce qu'il y a autour de l'attente : un défaut de communication. Ainsi, si il y a une action à mener avec force et obstinance c'est **l'amélioration de la communication**.

Si on veut améliorer la relation des acteurs avec les patients et les délais de prise en charge et donc augmenter nos performances, il est important de disposer d'**indicateurs** en temps réel simples, fiables, reproductibles, automatisables, pertinents et peu coûteux.

En ce qui concerne les **indicateurs de délais**, pour être pertinent il faudrait mesurer l'ensemble des étapes avec bien sûr les trois délais principaux (DAP, DPC, DAS) mais aussi les délais concernant la biologie, les consultations et la radiologie. Ces délais doivent être corrélés avec le motif de recours et le diagnostic pour lister des temps acceptables de prise en charge pour chaque pathologie. Ainsi, si un écart est constaté dans un délai acceptable, on reprendrait le dossier du patient concerné pour en connaître la cause. Aucun travail dans la littérature ne décrit un référentiel sur ces délais.

Les indicateurs de délais intéressent également la Direction qui voudrait pouvoir tracer les patients dans l'ensemble de l'hôpital.

L'étude de la traçabilité temporelle n'est possible que si chaque acteur assure ses missions à chaque segment du processus. L'heure d'arrivée au SAU est toujours fiable car elle est automatiquement renseignée au moment de l'entrée administrative (rôle de l'agent administratif). L'heure de prise en charge est globalement bien renseignée. Par contre, l'heure de l'enregistrement de la validation médico-infirmière (correspondant à la fin de prise en charge) peut être améliorée car celle-ci est parfois réalisée a posteriori et il y a alors surestimation du DPC. Cette observation est encore plus vraie pour l'heure de sortie. Le DPC est la durée qui nous semble la plus représentative de l'activité du SAU. Le DAS dépend d'autres facteurs à discuter au niveau institutionnel.

L'informatisation est l'outil qui pourra permettre la mise en place d'indicateurs de temps passé ou de performance. Les délais quantitatifs ne suffisent pas. Il est en effet indispensable d'identifier la cause du dysfonctionnement. Ainsi, chaque acteur devrait s'impliquer largement dans le système en notant en temps réel tout événement important à l'origine du dysfonctionnement. La qualité du dossier médical doit être évaluée. Si on veut analyser un délai de séjour qui semble être élevé il est indispensable que la traçabilité des événements survenus au décours du passage au SAU soient clairement mentionnés dans le dossier.

Il s'agit particulièrement des prescriptions d'examens complémentaires et des avis spécialisés. On peut alors mesurer des délais concernant le segment biologie et le segment radiologie. Ils n'ont été mesurés qu'au cours du PAQ. Actuellement, il n'y a pas de système permettant de les renseigner. Par exemple, le délai du processus Biologie varie entre 36 et 84 minutes (Biochimie : 51 à 62 min ; Hémostase : 58 à 66 min ; Cytologie : 36 à 46 min ; Toxicologie : 54 à 84 min). Le délai concernant la radiologie est de 20 minutes. Il est clair qu'à partir du moment où il y a une prescription d'examen le temps s'allonge.

Actuellement, des travaux sont en cours, en collaboration avec les biologistes et les radiologues pour améliorer ces segments de processus. Mais des moyens techniques importants comme l'informatisation restent à discuter avec la Direction.

Les horaires qui nous semblent pertinents sont l'heure de prescription, l'heure de réalisation des examens, l'heure de départ du SAU, l'heure d'arrivée aux laboratoires, l'heure de réalisation de l'analyse, l'heure de fin d'analyse et l'heure de transmission des résultats. Le recueil de ces temps n'est possible que si il est automatisé. Pour l'heure de transmission on peut imaginer que les résultats biologiques soient transmis directement dans le dossier médical informatisé. Mais l'automatisation ne remplacera pas les tâches réalisées par les acteurs. En effet, si l'événement n'est pas renseigné, la traçabilité est impossible. Ceci doit être compris par chaque acteur.

L'informatique, par l'intermédiaire par exemple d'un bracelet électronique, pourrait permettre le « tracking » des patients. Cette méthode constituerait un système de traçabilité idéale indépendant des intervenants. Celui-ci permettrait l'enregistrement en temps réel de toutes les phases de prise en charge (attente en salle d'attente, arrivée dans la salle de soins, départ en radiologie, retour de radiologie, sortie du SAU) de l'admission au départ du SAU. Ce système autoriserait d'autre part la réalisation d'enquêtes statistiques et épidémiologiques afin de déceler les dysfonctionnements et de proposer des améliorations. Des travaux sont actuellement réalisés par des Sociétés pour développer ce type de système. Il paraît difficile à mettre en place pour l'instant pour trois raisons évidentes : la charge de travail trop importante pour le personnel, motivation insuffisante des acteurs du SAU et la nécessité d'une infrastructure très lourde (capteurs, informatique) et coûteuse.

En ce qui concerne les **indicateurs de la qualité de la relation** entre acteurs et usagers on peut utiliser les lettres de plaintes. C'est un indicateur non pertinent car certains patients

informatisé par la Direction depuis 1999. Le chiffre reste stable avec 15 à 20 lettres reçues chaque année

Les enquêtes de satisfaction itératives restent un indicateur fiable de la qualité. Cinq ou six questions majeurs sur l'attente, la relation, la qualité et le confort, pourraient ainsi être posées sur un questionnaire remis à la sortie du SAU.

D'autre part, des enquêtes plus complètes de satisfaction pourraient être répétées tous les deux ans. Elles constituent un bon indicateur de mesure du degré de satisfaction.

Enfin, l'amélioration de la prise en charge justifie de nous améliorer dans le **domaine organisationnel**.

Les circuits de prise en charge pourraient être améliorés avec une segmentation précise et cohérente de la prise en charge. Trois circuits sont possibles avec : un circuit de consultation de type Médecine Générale qui prendrait en charge les patients CCMU 1, un circuit médical classique (CCMU 2 et 3), un circuit de prise en charge médicale au déchocage (CCMU 4 et 5) et un circuit chirurgical en identifiant les urgences bénignes des urgences plus lourdes.

La filière d'hospitalisation avec la création d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et la création d'une Unité de Médecine Générale permettraient de proposer une alternative à l'hospitalisation classique et une amélioration des durées de séjour au SAU. Ce projet de restructuration accepté par l'ARH va dans ce sens.

Il faudrait également disposer de l'état d'occupation des lits en temps réel en améliorant l'informatisation et en responsabilisant plus les cadres.

De plus, des acteurs devraient être affectés au SAU en permanence. La journée est assurée par des résidents complètement impliqués dans la démarche qualité alors que les gardes de nuit, de week-end ainsi que le circuit chirurgical sont assurées par des internes de spécialité,

détachés ponctuellement d'autres services. Ils sont nécessairement moins bien intégrés au fonctionnement du SAU et donc moins enclin à participer à l'amélioration continue de la qualité dans le service. Un personnel entièrement dévolu au SAU serait à même de participer plus activement à l'amélioration de la qualité des soins. Il apparaît pertinent de créer un groupe qualité constitué de représentants du SAU et de ces partenaires.

Des réunions d'interface pourraient s'organiser (médecins/soignants, SAU/SAMU, SAU/services d'aval, SAU/biologistes, SAU/radiologues) avec pour objectif de trouver des solutions rapides et cohérentes à certains dysfonctionnements.

Le Projet Assurance Qualité contractualisé par la Direction des Hôpitaux et l'ANAES a permis au SAU d'initier une Démarche Qualité. Cette démarche a été longue et difficile mais elle se pérennise comme nous allons le voir.

Nous pouvons distinguer plusieurs phases à cette démarche en terme d'impulsion.

La première phase a été l'**impulsion externe** provoquée par l'acceptation et le financement de notre projet. A partir de ce moment nous avons une obligation de résultat, c'est à dire démarrer le projet et formaliser la démarche.

La deuxième phase a été l'**impulsion interne** qui a permis d'aller jusqu'au bout du projet et concrétiser cette démarche. L'ensemble des catégories professionnelles a été impliqué et a participé activement à ce projet. Nous pouvons dire que le PAQ a été un véritable détonateur et a permis de décloisonner les différents acteurs du SAU qui ont souvent des intérêts divergents. Le décloisonnement, accepté par la base, doit être soutenu par les cadres de soins (Médicaux et Paramédicaux) et l'Institution. Le PAQ a permis de réunir pour la première fois les acteurs qui ont élaborés en commun un projet centré sur le patient mais également sur eux-

mêmes car la démarche passait par une remise en question de leurs modalités de fonctionnement. Cette impulsion ou dynamique interne a duré au moins deux ans.

La troisième phase a été une **nouvelle impulsion externe** qui a permis de pérenniser la Démarche Qualité. Cette phase constitue le développement d'une recherche dans ce domaine en collaboration avec le Laboratoire de Recherche en Génie des Systèmes Industriels dirigé par le Dr GRANDHAYE.

Cette recherche se formalise depuis 1999 selon trois axes :

-L'amélioration de la communication en mettant en place un espace de communication visuelle intégrant la diffusion de l'information sous forme de panneaux adaptés, de la remise d'un livret d'accueil et le visionnement d'un film d'information. Cette action est sous tendue par l'élaboration d'indicateur de suivi (enquêtes de satisfaction permanentes et itératives) permettant d'évaluer l'impact sur l'amélioration continue de la Qualité comme nous l'avons vu précédemment. Cet axe de travail est centré d'abord sur le patient et il est prévu par la suite de s'intéresser à la communication interne entre les acteurs du SAU.

-La mise en place de l'outil AMDEC pour suivre les actions d'amélioration du segment « Biologie » dont le processus intègre la prescription jusqu'à la transmission des résultats biologiques. Ce travail fait l'objet d'un DEA en collaboration avec l'ENSGSI.

-L'étude des modes d'apprentissage au SAU et leur retentissement sur l'organisation et le bon fonctionnement du service s'intègre à notre Démarche Qualité. Cet axe de travail est développé en collaboration avec l'ENSGSI et l'ILSTEF (Institut Lorrain des Sciences du Travail, de l'Emploi et de la Formation). Il a démarré depuis septembre 2000.

Cette impulsion externe permet au SAU de pérenniser la Démarche Qualité et de l'ouvrir à d'autres compétences.

La quatrième phase sera l'institutionnalisation et la valorisation de la Démarche Qualité au sein de l'établissement dans le cadre de l'accréditation avec un soutien indispensable de la Direction.

CONCLUSION

Ce PAQ a été une expérience enrichissante et importante pour l'avenir du SAU.

Ce projet a généré une prise de conscience de l'intérêt d'une démarche qualité dans notre pratique de soins.

Nous pensons avoir atteint les objectifs fixés par le PAQ avec une amélioration de la qualité de l'accueil et de l'information des usagers et une réduction de délais d'attente.

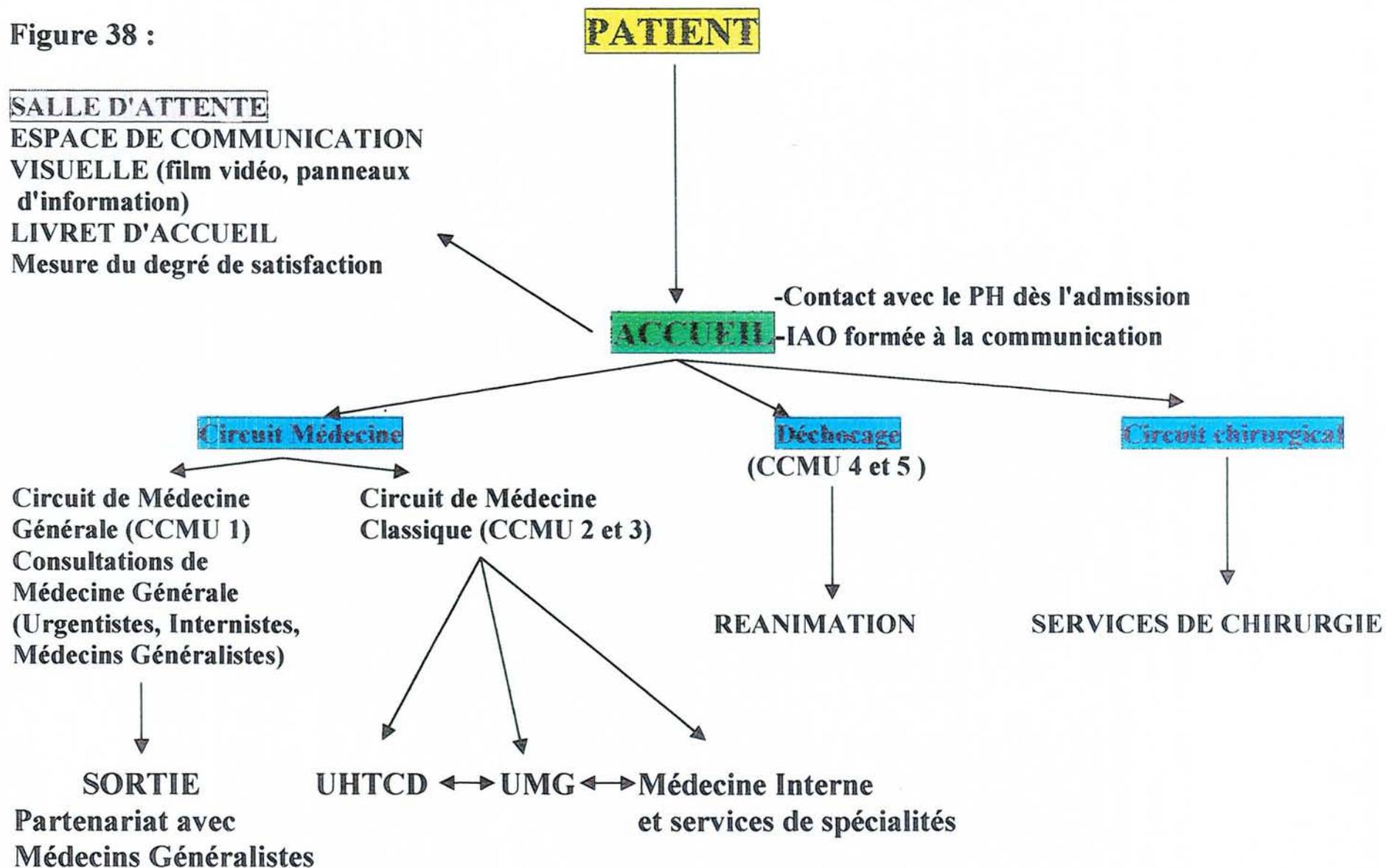
Le poste clé au SAU est celui de l'infirmière d'accueil et d'orientation. La qualité de la prise en charge des patients dépendra de la qualité du segment "arrivée et premier contact". C'est au cours de ce segment du processus général que la qualité du "tri" (orientation en Chirurgie, Médecine Générale, Médecine Classique, état bénin ou grave, sollicitation du senior,...), de l'accueil et de l'information de l'utilisateur va être prépondérante.

Ainsi, à la vue de ce PAQ, nous pouvons proposer un nouveau processus de prise en charge (**Figure 38**).

Bien qu'il reste beaucoup de chemin à parcourir, ce PAQ a permis de formaliser les dysfonctionnements et les solutions à apporter pour les réduire. Certaines de ces solutions ont été mises en place, d'autres sont en cours de réalisation avec de nombreuses réformes dans le domaine des locaux et de l'organisation du service.

Enfin, ce PAQ a permis d'inciter le personnel à poursuivre dans la voie de l'humanisation de la prise en charge des patients afin de ne pas privilégier les actes techniques à la relation humaine.

Figure 38 :



BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Accidents Vasculaires Cérébraux dans les services d'accueil et d'urgence.
Conférence de Consensus, Nice le 4 Avril 1997.
Réa Urg, 1997 ; 6 : 491-597.
2. AFNOR.
Gérer et assurer la qualité.
1995.
3. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.
Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France.
Paris : ANDEM 1996.
4. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.
Les recommandations pour la Pratique Clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France.
Paris : ANDEM, 1996.
5. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.
Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé.
Principes méthodologiques.
Paris : ANDEM, 1996. 79 P.
6. Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine.
Document relatif à l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire.
Nancy : Janvier 1999. 87 P.
7. ALLSOP J, MULCAHY L.
Dealing with clinical complaints.
Quality in Health Care, 1995 ; 4 : 135-143.
8. American College of Emergency Physician.
Emergency care guidelines.
Ann Emerg Med 1991 ; 1389-1395.
9. ANHOUR YP, ASTIC MR, BONHOMME D, MAZE MC, MERCATELLO A.
Les malades sont-ils satisfaits de nos prestations ?
Tonic Journal Hospices Civils de Lyon, 1993 : 12-14.
10. Arrêté du 25 novembre 1985 déterminant la nature et les conditions d'utilisation des moyens mobiles de secours et de soins d'urgence.
11. Arrêté du 25 juillet 1996 relatif à l'information du consommateur sur l'organisation des urgences médicales.
12. BAELLEN M.
L'analyse multicritères des perceptions des patients : une méthode qualitative de contrôle.
7^{ème} congrès de l'Association Latine pour l'analyse des systèmes de santé.
Callass, 1996.

13. BARK P, VINCENT C, JONESA, SAVORY J.
Clinical complaints : a means of improving quality of care.
Quality in Health Care, 1994 ; 3 : 123-132.
14. BELLOU A.
Programme Assurance Qualité.
Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, 1998.
15. BERTRAM D.
Managing an emergency department. The effect of patient flow on physician performance.
Q.R.B, 1983, 9, 175-180.
16. BJORVELL H, STIEG J.
Patient's perceptions of the health care received in an emergency department.
Ann Emerg Med, 1991 ; 20 : 734-738.
17. BOYER L, EUQILBEY N.
Le projet d'entreprise.
Les éditions d'organisation, Paris, 1986.
18. BRODSKY D, GALLET M.
Satisfaction de la clientèle du service d'accueil et d'urgences d'un hôpital général.
Réa Urg, 1994 ; 3 : 413-416.
19. BRUSCH B, BEEZY J, SHOW R.
Emergency Department satisfaction : what matters most ?
Ann Emerg Med, 1993 ; 22 : 586-591.
20. CANTRIL SV.
Clinical Standarts.
Emergency Medicine Clinics of North America. 1992 : 10 ; 507-522.
21. CAREY RG, POSAVAC EJ.
Using patient information to identify areas for service improvement.
Health Care Manage Rev, 1982 ; 7 : 43-8.
22. CARR-HILL RA.
The measurement of patient satisfaction.
J Public Health Med, 1992 ; 14 : 236-249.
23. Circulaire n° 1471 du 24 décembre 1987 relative à la prise en charge d'un afflux de victime à l'hôpital.
24. Circulaire N°88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente.
25. Circulaire DH-DGS 90-326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences.

26. Circulaire n° DH 413 DGS 313/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale. Cette circulaire décrit les moyens matériels et humains dont les urgences doivent disposer.
27. CLEARY PD, EDGMAN-LEVITAN S, ROBERTS M et al.
Patients evaluate their hospital care : a national survey.
Health Affairs, 1991 ; 10 : 254-67.
28. Commission de Médecine d'Urgence de la Société de Réanimation de Langue Française.
Recommandations concernant l'évaluation de l'activité des services d'accueil des urgences (SAU).
Réan Urg, 1994 ; 3 : 299-306.
29. Crises d'asthme aiguës graves de l'adulte.
3e Conférence de Consensus en Réanimation et Médecine d'urgence.
Paris : 28 Octobre 1988.
30. DAVIDO A, NICOULET I, LEVY A, LANG T.
Appropriateness of admission in an Emergency Department : Reliability of assessment and causes of failure.
Qual Ass Health Care, 1991 ; 3 : 227-234.
31. Décret 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant aux SAMU.
32. Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'autorisation nécessaire pour un établissement de santé pour exercer l'activité d'accueil et traitement des urgences, relatif aux conditions d'implantation et aux modalités de fonctionnement d'un service d'accueil des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de santé publique.
33. Décrets du 9 mai 1995 dans leur partie relative au SMUR. (Art. R712.71 du CSP)
34. Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins " Accueil et Traitement des Urgences ".
35. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
36. Décret n° 97-311 DU 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L.791-1 du code de la santé publique.
37. Décret n° 97-615 DU 30 MAI 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire.
38. Décret n°97-616 DU 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique.

39. Décret N°97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des SMUR et modifiant le code de la santé publique.
40. Décret N°97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des SMUR et modifiant le code de la santé publique.
41. DEHON M, GOSSEE JP, MEIRESONNE A.
Les plaintes de patients constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins ?
Gestions hospitalières, 1996 ; 5 : 389-92.
42. DEMING E.
Hors de la crise.
Paris : Economica, traduit par Gogue JM 1991 : 352 P.
43. DENNIS B, OVERTON DT, SCHWARTZ LR, et al.
Emergency department complaint frequency : Variation by median household income.
Ann Emerg Med, 1992 ; 6 : 746-748.
44. DERMYERT A, RHEE KJ.
Patient satisfaction with a nurse practitioner in a University Emergency Service.
Ann Emerg Med, 1995 ; 4 : 130-132.
45. DIGIACOMO EV, KRAMER LD.
A study of emergency unit waiting time.
QRB, 1982 ; 7 : 10-13.
46. DOERING ER.
Factors influencing in patient satisfaction with care.
QRB, 1983 ; 9 : 291-9.
47. DONABEDIAN A.
Quality assurance in health care. Consumer's rôle.
Quality in Health Care, 1995 ; 4 : 135-43.
48. DOUCHY JM.
Le management stratégique par la qualité.
Dunod, 1990.
49. DUNCAN A.
Industrial Quality Control.
Pergamon Press, New York, 1950.
50. ENFORS M, SMEDBY B.
Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care : problems of sampling non response and other losses.
Quality Assurance in Health Care, 1993 ; 5 : 19-32.

51. Entorse de cheville au service d'accueil et d'urgence.
Cinquième Conférence de Consensus en Médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgences Médicales.
Roanne :28 Avril 1995.
Réa Urg 1995 ; 4 : 15-20
52. Epuration digestive lors des intoxications aiguës.
Société de Réanimation de Langue Française.
Xème conférence de consensus en réanimation.
Réa Urg 1993 ; 2 : 169-175.
53. Etat de Mal Epileptique.
XIV Conférence de Consensus en Réanimation et Médecine d'Urgence, Le Kremlin Bicêtre :
23 juin 1995.
54. FIELD MJ, LOHR KN.
Institute of Medicine. Clinical practice guidelines. Directions for a new program.
Washington : National Academy Press. Eds 1990 ; 160p.
55. FINKLER SA.
Total Quality Management. Mesuring costs of quality.
Hosp Cost Manage Account, 1996 ; 7 : 1-6.
56. FITZPATRICK R.
Surveys of patient satisfaction. Important general considerations.
Br Med J, 1991 ; 302 : 887-9.
57. FROMENTIN D.
Santé et Assurance qualité.
Edition Berger Levrault. 1996 : 238 P.
58. GAUPY F, THELOT B, RULHMANN O, FRANCOIS J, JELLY D.
La satisfaction des patients de l'AP-Hôpitaux de Paris.
Gestions Hospitalières, 1990 ; 294 : 208-16.
59. GENTILE S, BLANDINIÈRE D, LEDORAY V, SAMBUC R.
Satisfaction des patients des urgences.
Réan Urg, 1997 ; 5 (2) : 125-128.
60. GERBAUD L.
L'évaluation de la qualité des soins aux urgences.
Th : Méd : Paris 5, Université R.Descartes : 1990.
61. GIBSON PR, HOANG K, TESH SK.
An investigation into quality costs.
Qual Forum 1991 ; 17 : 29-39
62. GIRAUD Alexandre.
Evaluation Médicale des Soins Hospitaliers.
Santé Publique. Ed Economica.

63. GRAY LC.
Consumer satisfaction : an attribute or indicator of indicator of quality care ?
IJHCQA, 1988 ; 1 : 29-32.
64. GRILLON N, STAIKOWSKY F, MICHARD F, ALUSSE D, HEFI A, PEVIRIERI F.
Lettres de plaintes à l'encontre d'un service d'urgences médicales. Qui, Comment, Pourquoi ?
Réan Urg, 1994 ; 3 (abstract).
65. GROL R.
Implementing guidelines in general practice care.
Qual Health Care, 1992 ; 1 : 184-65.
66. HALL JA, DORNAN MC.
Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care : A
meta-analysis. Soc Sci Med, 1990 ; 30 : 811-818.
67. HALL JA, DORNAN MC.
What patients like about their medical care and how often they are asked : A meta-analysis of
the satisfaction literature.
Soc Sci Med, 1988 ; 27 : 935-939.
68. HEALTH J.
Waiting in the emergency room : how to improve patient satisfaction.
1993 ; 13(2) : 26-33.
69. HERRICORD P, DESBONNET F, JOST T, et al.
Valeur d'un échantillonnage de la population des urgences.
Réa Urg, 1996 ; 5 : 138 (abstract).
70. HOSOTANI K.
Le guide qualité de résolution de problème. Les réalités de l'entreprise.
Dunod-Institut Renault-1997.
71. HOUSTON C, PASANEN W.
Patient's perceptions of hospital care.
Hospitals, 1972 ; 46 : 70-4.
72. Hypertension artériel au service d'accueil et d'urgence (femmes enceintes et enfants de
moins de 15 ans exclus).
Quatrième Conférence de Consensus en Médecine d'Urgence de la Société Francophone
d'Urgences Médicales.
Nancy : 15 Avril 1994
Rea Urg, 1995 ; 11 : 71-76.
73. JURAN J.
An leadership for quality. An executive Handbook.
Ed The Free Press. New York 1989.

74. KAPLAN SH, WARE JE.
The patient role in health care and quality assessment.
Chicago, American College of Physicians, 1989 : 28-68.
75. KRISHEL S, BAROFF LT.
Effect of Emergency Department information on patient satisfaction.
Ann Emerg Med, 1993 ; 22 : 568-572.
76. LANGLOIS JH, HEMERY F, LACOSTE G, et al.
Quels éléments déterminent la satisfaction des consultants sur les soins reçus aux urgences ?
Réan Urg, 1995 ; 4 : 231 (abstract).
77. La santé en France 1994-1998.
Haut Comité de la Santé Publique. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
La Documentation française - Paris, 1998.
78. LEATHERMAN S, PETERSON F, HEINEN L, QUAM L.
Quality screening and management using claims data in managed care setting.
QRB, 1991 ; 17 : 349-59.
79. LENON V, COLIN A, BENSOUSSAN TA.
SAU pédiatrique : les raisons du mécontentement des parents.
Réan Urg, 1996 ; 5 : 139 (abstract).
80. LENON V, GARO B, BENSOUSSAN TA, BOLES JM.
Service des urgences médicales du CHU de Brest : évaluation du mécontentement des consultants.
Réan Urg 1996 ; 4 : 231 (abstract).
81. LETEUTRE H, PATRELLE I.
La qualité hospitalière.
Audit Hôpital. Edition Berger Levrault.
82. LIKE R, ZYZANSKI SJ.
Patient satisfaction with the clinical encounter : social psychological determinants.
Soc Sci Med, 1987 ; 24 : 351-357.
83. LINDER-PELZ S, STRUEMING EL.
The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit.
J Comm Health, 1985 ; 10 : 42-54.
84. LINN BS.
Patient's evaluation of emergency department care.
Ann Emerg Med, 1982 ; 11 : 235-259.
85. LLORCA AG.
L'opinion des malades, éléments d'appréciation d'un service médical.
Gestions Hospitalières, 1994 ; 336 : 372-377.

86. Loi N°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
87. LOMAS J.
Words without action? The production, dissemination and impact of consensus recommendations.
Ann Rev Public Health 1991 ; 12 : 41-65.
88. MAYER TA.
Emergency department staffing in Principles and Practice of Emergency Medicine.
Schartz GR et al, Lea & Febiger Ed, 1992, 3250-3257.
89. MC MILLAN JR.
Measuring consumer satisfaction to improve quality of care.
Health Progress, 1987 ; 68 : 76-80.
90. MC MILLAN JR, YOUNGER MS, DEWINE LC.
Satisfaction with hospital ED as a function of patient triage.
Health Care Med Rev, 1986 ; 11 : 21-27.
91. METERKO M, NELSON EC, RUBIN HR.
Patients judgments of hospital quality : Report of a pilot study.
Med Care 1990 ; 28 (suppl) : 1-45.
92. MONRAD I.
Malpractice.
Quality Assurance in Health Care, 1991 ; 3 : 21-39.
93. MORRIS B.
Aspects of quality in health care.
IJHCQA, 1989 ; 2 : 25-9.
94. NELSON EC, HAYS RD, LARSON C, BATALDEN PB.
The patient judgment system reliability and validity.
QRB, 1989 ; 185-191.
95. NICOLAS F, RAIMONDEAU JY, BLANLOEIL Y, LE CONTE PH, VILLERS D, TOUZE MD.
Maîtrise médicalisée des dépenses : influence des consensus, audits et leaders d'opinion, sur les pratiques médicales.
J Econ Méd 1996, 14 : 145-57.
96. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
97. Prise en charge de coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil des urgences.
8^{ème} conférence de consensus de la Société Francophone d'Urgences Médicales.
Marseille : 23 Avril 1999.
Ed : Masson : Pratiques Médicales et Thérapeutiques 2000, 3 : 28-32.

98. Prise en charge des malaises au service d'accueil et urgence.
Sixième Conférence de Consensus en Médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgences Médicales.
Réa Urg 1996 ; 5 : 537-601.
99. QUINTANA JM.
Patient satisfaction survey in emergency departments in acute care hospitals.
Gac Sanit, 13(1) : 38-45 1999 Jan-Feb.
100. REICHL M, SLEET RA.
Complaints against accident and emergency department : Current Trends.
Arch Emerg Med, 1990 ; 7 : 246-248.
101. RENARD J.
Théorie et pratique de l'audit interne.
Les éditions d'organisation. 1998.
102. RHEE KJ, DONABEDIAN A, BURNEY RE.
Assessing the quality of care in a Hospital Emergency Unit. A framework and its application.
QRB, 1987 ; 13 : 4-16.
103. RUBIN HR, WU AW.
Patient satisfaction : its importance and how to measure it. In Gitnick G, Rothenberg F, Weiner JL : The business of medicine.
New York, Elsevier Science Publishing, 1991 : 396-409.
104. ROBERTS JG , tugwell p.
Comparison of questionnaires determining satisfaction with medical care.
Health Serv Res, 1987 ; 22 : 637-654.
105. SCHNEIDERMAN N, WISEMAN M.
Quality assurance manuel for emergency medicine. American College of Emergency Physicians. Dallas 1987.
106. SCHRIGER DJ, CANTRILL SV, GREENE CS.
The origines, benefits, harms and implications of emergency medicine clinical policies.
Ann Emerg Med, 1993 ; 597-602.
107. SCHWARTZ CR, OVERTON DT.
Emergency Department complaints a one year analysis.
Ann Emerg Med, 1987 ; 16 : 857-861.
108. SMELTZER CH, CURTIS L.
Analysing patient time in the emergency department.
QRB, 1986 ; 12 : 380-382.
109. Société Francophone des Urgences Médicales.
Séminaire " Evaluation aux Urgences ".
Paris-30 Janvier 1997.

110. THOMPSON AGH, SUNOL R.
Expectation as determinant of patient satisfaction : concept, theory, and evidence.
Intern J Quality in Health Care, 1995 ; 7 : 127-41.
111. Usagers ou clients ?
Ecoute, marketing et qualité dans les services publics. Deuxième édition. Collection service public. Septembre 1998.
112. WEINER JP, POWE NR, STEINWACHS, DENT G.
Aplying insurance claims data ta assess quality of care/a compilation of potential indicators.
QRB, 1990 ; 16 : 424-38.
113. VENTURA MR, FOX RN, CORLEY MC et al.
A patient satisfaction measure as a criterion to evaluate primary nursing.
Nurs Res, 1982 ; 31 : 226-230.
114. WALKER AH, RESTUCCIA D.
Obtaining information on patient satisfaction with hospital care. Mail versus telephone.
Health Services Research, 1984 ; 19 : 291-306.
115. WARE JE, SNYDER MK.
Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services.
Medical Care, 1975 ; 13 : 669-682.
116. WARE JE, SNYDER MK, WRIGHT WR, DAVIS AR.
Defining and measuring patient satisfaction with medical care.
Evaluation and Program Planning, 1983 ; 6 : 247-263.
117. WARE JE, HAYES RD.
Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters.
Medical Care, 1988 ; 26 : 393-402.
118. WEINBERG NS, STASON WB.
Managing quality in hospital practice.
Int J Qual Health Care, 1998 ; 10 : 295-302.
119. WEINER JP, POWE NR, STIENWACHS, DENT G.
Aplying insurance claims data to assess quality of care / a compilation of potential indicators.
QRB, 1990 ; 16 : 424-438
120. WEISMAN E, KOCH N.
Special patient satisfaction issue.
QRB, 1989 ; 15 : 166-7.
121. WHICOMB JE, STUEVEN H, TOUSFELDT D, KASTENSON G.
Quality assurance in the emergency department.
Ann Emerg Med, 1985 ; XII : 1199-204.

122. WRENN K, RODEWALD L, LUMB E, SLOVIS C.
The used of structured complaint-specific patient encounter forms in the emergency department.
Ann Emerg Med, 1993 ; V : 805-12.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Planning des réunions

Questionnaire de l'enquête de satisfaction

Questionnaire de l'enquête observationnelle

Questionnaire de l'enquête sur les délais

Planning des réunions

- 22/01/97 : groupe projet
- 23/01/97 : comité de pilotage
- 30/01/97 : séminaire « Evaluation aux Urgences » à Paris organisé par la Société Francophone de Médecine d'Urgences
- 7/02/97 : groupe projet
- 14/02/97 : groupe projet
- 19/02/97 : groupe projet
- 25/02/97 : groupe projet
- 28/02/97 : groupe projet
- 10/03/97 : préparation communication interne dans le SAU
- 12/03/97 : réunion de l'ensemble du service pour lancer le PAQ en présence du comité de pilotage
- 19/03/97 : groupe projet
- 27/03/97 : comité de pilotage
- 7/04/97 : présentation à la commission d'évaluation de la qualité des soins
- 10/04/97 : groupe projet
- 11/04/97 : groupe projet
- 15/04/97 : groupe paramédical
- 18/04/97 : groupe projet, validation des questionnaires de satisfaction et d'observation événementielle
- 18/04/97 : formation d'un groupe méthodologie
- 18/04/97 : présentation du PAQ au groupe déchocage
- 18/04/97 : groupe radiologie
- 21/04/97 : groupe paramédical

- 22/04/97 : présentation du PAQ au Responsable du Département d'Anesthésie de l'Hôpital Central
- 28/04/97 : groupe ASB
- 29/04/97 : groupe paramédical
- 30/04/97 : groupe médecins
- 2/05/97 : groupe projet
- 5/05/97 : présentation du PAQ aux chirurgiens
- 5/05/97 : groupe biologie (biochimie)
- 7/05/97 : groupe projet
- 6/05/97 : groupe biologie (hématologie)
- 7/05/97 : groupe échocardiographie (IDE et IADE)
- 9/05/97 : groupe paramédical
- 12/05/97 : groupe paramédical
- 14/05/98 : ANAES
- 15/05/97 : groupe échocardiographie
- 16/05/97 : groupe biologie (hématologie)
- 20/05/97 : groupe projet
- 21/05/97 : groupe paramédical
- 22/05/97 : groupe échocardiographie (cardiologie)
- 23/05/97 : groupe projet
- 26/05/97 : groupe projet
- 28/05/97 : présentation du PAQ aux anesthésistes
- 29/05/97 : présentation de la méthodologie de l'enquête d'évaluation au personnel
- 2-3/06/97 : pré-enquête
- 4/06/97 : groupe projet

- 21/06/97 :groupe projet
- 23/06 au 1/07/97 : 1e enquête d'évaluation de la satisfaction et d'observation événementielle
- 15/10/97 : groupe de pilotage
- 14/01/98 : groupe projet
- 25/01/98 : ensemble du personnel du SAU
- 27/01/98 : personnel du SAU
- 16/02/98 : participation à un groupe de travail sur l'évaluation de la satisfaction au CHU
- 19/02/98 : groupe méthodologie
- 23/02/98 : groupe chirurgie
- 24/02/98 : groupe déchocage (réanimation médicale)
- 25/02/98 : groupe biologie
- 27/02/98 : groupe projet
- 5/03/98 : groupe chirurgie
- 6/03/98 : groupe méthodologie
- 10/03/98 : présentation d'un poster concernant le PAQ : séminaire ayant pour thème « la
démarche assurance qualité aux urgences »
- 13/03/98 : groupe chirurgie
- 20/03/98 : présentation de l'état d'avancement du PAQ au personnel du SAU
- 24/03/98 : réflexion sur le mise en place des indicateurs de suivi avec le groupe projet
- 3/04/98 : groupe évaluation de la satisfaction au CHU
- 4/05/98 : groupe évaluation de la satisfaction au CHU
- 05/05/98 : validation des actions d'amélioration avec la direction
- 6/05/98 : validation des actions d'amélioration avec la direction
- 15/05/98 : validation des actions d'amélioration avec la direction

- 19/05/98 : validation des actions concernant l'accueil et l'information des usagers avec le personnel
 - 20/05/98 : validation des actions d'amélioration avec la direction
 - 5/06/98 : groupe évaluation de la satisfaction au CHU
 - 8/06/98 : réunion avec le CRIH, analyse des dysfonctionnements concernant la transmission des résultats biologiques par CIRUS
 - 10/06/98 : groupe méthodologie
 - 22/06/98 : validation des actions par le personnel du SAU
 - 24/06/98 : validation des actions par le personnel du SAU
 - 30/06/98 : validation des actions par le personnel du SAU
 - 2/07/98 : validation des actions par le personnel du SAU
 - 7/07/98 : présentation de l'état d'avancement du PAQ à l'ANAES
 - 28/09/98 : groupe évaluation de la satisfaction au CHU
 - 5/11/98 : ANAES : fin des PAQ
 - 19/11/98 : Conseil de service : état d'avancement et clôture du PAQ. Mise en place d'un groupe qualité au SAU
 - 23/11/98 : Cellule de Communication de l'établissement : mise en place des indicateurs de mesure du degré de satisfaction
 - 24/11/98 : présentation du PAQ à une réunion des Contrats d'Assurance Qualité au CHU de Nancy
 - 1/12/98 : Direction de l'établissement : analyse et mise à disposition des moyens supplémentaires nécessaires pour le suivi des actions
- 01/01/99 : Transmission du rapport à l'ANAES

Questionnaire de l'enquête de satisfaction

Eléments identifiants

Etiquette

- sexe F M

- âge

- domicile

- téléphone

heure arrivée _____ heure départ _____

- droits S.S. oui non

nombre de patients présents dans le service
au moment de l'admission _____

- existence d'une mutuelle
 oui non

Mode de vie en couple seul dans la famille
 dans un établissement

avez-vous laissé à domicile quelqu'un qui nécessite impérativement votre
présence ? oui non

Plus haut niveau scolaire atteint

primaire brevet CAP BEP bac
 études supérieures

Activité professionnelle oui non

Si non retraité en recherche d'emploi scolarisé
 invalidité parent au foyer

Localisation géographique urbaine rurale
 de passage dans le secteur

Première venue au SAU oui non ne sait pas
si non pour lui-même pour accompagner quelqu'un

Mode d'arrivée

propres moyens pompiers - smur ambulance privée
 ambulance CHU police

Accueil

concernant l'accueil que vous avez reçu lors de votre arrivée	vous êtes <input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> plutôt satisfait <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> totalement insatisfait	l'accueil, pour vous, c'est <input type="checkbox"/> essentiel <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> assez important <input type="checkbox"/> sans importance	vous souhaiteriez retrouver <input type="checkbox"/> le même accueil <input type="checkbox"/> une petite amélioration <input type="checkbox"/> une grande amélioration <input type="checkbox"/> un changement total
---	---	--	---

Attente

Avez-vous eu l'impression d'une attente importante

oui non ne sait pas

Si oui à quels moments ?

Lieu	Temps	Justification attente	Pourquoi ?
<input type="checkbox"/> salle d'attente	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
<input type="checkbox"/> dans le couloir	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
<input type="checkbox"/> salle de soins	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
<input type="checkbox"/> avant prise de sang	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
<input type="checkbox"/> après prise de sang	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
<input type="checkbox"/> avant radio	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
<input type="checkbox"/> après radio	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
<input type="checkbox"/> au moment du départ	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
<input type="checkbox"/> autres	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____

Communication patient-personnel

En ce qui concerne les échanges d'explications entre les soignants et vous pendant les soins	vous êtes <input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> plutôt satisfait <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> totalement insatisfait	la communication, pour vous, c'est <input type="checkbox"/> essentiel <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> assez important <input type="checkbox"/> sans importance	vous souhaiteriez retrouver <input type="checkbox"/> la même qualité d'échange <input type="checkbox"/> une petite amélioration <input type="checkbox"/> une grande amélioration <input type="checkbox"/> un changement total
--	---	---	---

Douleur

Quand vous êtes arrivé, aviez-vous mal ?

oui non ne sait pas

si oui :

concernant la prise en compte de votre douleur	vous êtes <input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> plutôt satisfait <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> totalement insatisfait	pour vous, traiter votre douleur, c'est <input type="checkbox"/> essentiel <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> assez important <input type="checkbox"/> sans importance	vous souhaiteriez retrouver <input type="checkbox"/> la même prise en compte <input type="checkbox"/> une petite amélioration <input type="checkbox"/> une grande amélioration <input type="checkbox"/> un changement total
---	--	---	--

Soins

en ce qui concerne les soins que vous avez reçus	vous êtes <input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> plutôt satisfait <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> totalement insatisfait	pour vous, cela est <input type="checkbox"/> essentiel <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> assez important <input type="checkbox"/> sans importance	vous souhaiteriez retrouver <input type="checkbox"/> la même qualité de soins <input type="checkbox"/> une petite amélioration <input type="checkbox"/> une grande amélioration <input type="checkbox"/> un changement total
---	--	---	---

Ressenti en matière de sécurité

en arrivant au service des urgences	vous vous êtes senti <input type="checkbox"/> en totale sécurité <input type="checkbox"/> plutôt en sécurité <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> plutôt pas en sécurité <input type="checkbox"/> pas du tout en sécurité	pour vous, cela est <input type="checkbox"/> essentiel <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> assez important <input type="checkbox"/> sans importance	Vous souhaiteriez retrouver <input type="checkbox"/> la même qualité de service <input type="checkbox"/> une petite amélioration <input type="checkbox"/> une grande amélioration <input type="checkbox"/> un changement total
--	--	---	---

Départ

concernant l'organisation matérielle de votre départ	vous êtes <input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> plutôt satisfait <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> totalement insatisfait	Pour vous, cela est <input type="checkbox"/> essentiel <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> assez important <input type="checkbox"/> sans importance	vous souhaiteriez retrouver <input type="checkbox"/> la même organisation <input type="checkbox"/> une petite amélioration <input type="checkbox"/> une grande amélioration <input type="checkbox"/> un changement total
---	--	---	---

Ressenti général

concernant votre passage dans le service	vous êtes <input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> plutôt satisfait <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> totalement insatisfait	Pour vous, c'est <input type="checkbox"/> essentiel <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> assez important <input type="checkbox"/> sans importance	vous souhaiteriez retrouver <input type="checkbox"/> les mêmes choses <input type="checkbox"/> une petite amélioration <input type="checkbox"/> une grande amélioration <input type="checkbox"/> un changement total
---	--	--	---

Si votre état de santé nécessitait à nouveau le recours à un soin d'urgence et que vous ayez le choix entre plusieurs services

vous reviendriez ici vous ne reviendriez pas ici vous ne savez pas

Si l'état de santé d'une personne de votre entourage nécessitait un soin d'urgence lui conseilleriez-vous de venir ici ?

oui non ne sait pas

Commentaire libre

Accueil

Douleur

Dès votre prise en charge, le personnel

vous a-t-il demandé si vous souffriez ? oui non nsp

si oui, qu'avez-vous répondu ? oui non nsp

vous a-t-il proposé une solution
pour calmer la douleur ? oui non nsp

si oui avez-vous accepté ? oui non nsp

cette solution a-t-elle été mise en place ? oui non nsp

Par qui avez-vous été accueilli à votre arrivée dans le service ?

infirmier(e) brancardier aide-soignant(e) médecin ne sait pas

La personne qui vous a accueilli était-elle aimable ?

oui non ne sait pas

Vous a-t-elle expliqué ce qui va se passer : comment on va s'occuper de vous ?

oui non ne sait pas

Vous a-t-elle informé des délais d'attente ?

oui non ne sait pas

Avez-vous pu expliquer votre problème en toute confidentialité ?

oui non ne sait pas

Dès votre arrivée, avez-vous été installé dans une salle de soins ?

oui non ne sait pas

Si non :

Avez-vous attendu dans la salle d'attente ou dans le hall ?

oui non ne sait pas

Si oui, combien de temps ? _____

Avez-vous attendu dans le couloir ?

oui non ne sait pas

Si oui, combien de temps ? _____

Examens complémentaires

Biologiques

Vous a-t-on fait une prise de sang ?

oui non ne sait pas

Entre le moment de la prise de sang et la reprise des soins, après le résultat, avez-vous eu le sentiment d'une attente importante ?

oui non ne sait pas résultats en attente

A combien de temps l'évaluez-vous ? _____

Radio

Avez-vous passé une (ou plusieurs) radios ?

oui non ne sait pas résultats en attente

si oui

entre le moment où le médecin a ordonné la radio et le moment où vous avez effectivement été accueilli dans la salle de radio avez-vous eu l'impression d'une attente importante

oui non ne sait pas

à combien de temps l'évaluez-vous ? _____

Avez-vous trouvé le personnel du service de radiologie aimable ?

oui non ne sait pas

Pendant les radios avez-vous été installé confortablement ?

oui non ne sait pas

Votre intimité a-t-elle été respectée ?

oui non ne sait pas

Avez-vous eu le sentiment d'être traité avec égard ?

oui non ne sait pas

Après la radio, et avant de retourner en salle de soins, avez-vous eu l'impression d'une attente importante

oui non ne sait pas

à combien de temps l'évaluez-vous ? _____

quelle est à votre avis la raison de cette attente ? _____

Quand vous étiez dans la salle de soins

Avez-vous trouvé les soignants aimables ?

oui non ne sait pas

Vous êtes-vous senti traité avec égard ?

oui non ne sait pas

A votre avis, les soignants ont-ils respecté les règles d'hygiène ?

oui non ne sait pas

Pensez-vous que les soins que vous avez reçus répondent bien à votre problème ?

oui non ne sait pas

Jugez-vous efficaces les soins que vous avez reçus ?

oui non ne sait pas

Pendant les soins avez-vous été installé confortablement ?

oui non ne sait pas

Votre intimité a-t-elle été respectée ?

oui non ne sait pas

Avez-vous pu expliquer ce que vous ressentiez en toute confidentialité ?

oui non ne sait pas

Pensez-vous que votre problème aurait pu être réglé plus rapidement ?

oui non ne sait pas

Avez-vous eu le sentiment d'attendre en salle de soins ?

oui non ne sait pas

Si oui était-ce justifié ?

oui non ne sait pas

Pourquoi ? _____

Compte tenu du problème qui vous a amené ici, et en dehors des moments d'attente, pensez-vous que les soignants vous ont consacré le temps dont vous aviez besoin ?

oui non pas assez non trop ne sait pas

Si non pensez-vous que c'était justifié ?

oui non ne sait pas

Pourquoi ? _____

Souhaitez-vous dire autre chose concernant le personnel (infirmière, interne, brancardier, aide-soignant, externe, médecin, ...)

Communication

Avez-vous pu dire, aux personnes qui se sont occupées de vous, tout ce que vous souhaitiez à propos du problème qui vous amène ici ?

oui non ne sait pas

Pensez-vous que ces personnes vous ont écouté ?

oui non ne sait pas

Pensez-vous que ces personnes vous ont bien compris ?

oui non ne sait pas

Combien de personnes différentes vous ont demandé d'expliquer votre problème ?

1 2 ou 3 4 et plus

Cela vous a-t-il gêné ?

oui non ne sait pas

Les soignants vous ont-ils expliqué les examens que vous avez subis ?

oui non ne sait pas

Les soignants vous ont-ils informé sur les soins que vous alliez recevoir ?

oui non ne sait pas

Les soignants vous ont-ils expliqué le diagnostic ?

oui non ne sait pas

Les explications étaient-elles suffisantes ?

oui non ne sait pas

Les personnes qui se sont occupées de vous se sont-elles présentées ?

oui non ne sait pas

Avez-vous trouvé facilement l'accès du service des urgences ?

oui non ne sait pas

Si non, pourquoi ?

Quelles suggestions nous feriez-vous ?

Quelqu'un de votre entourage vous a-t-il accompagné ou rejoint au service des urgences ?

oui non

Si oui

En salle de soins, souhaitiez-vous que cette personne soit présente à vos côtés ?

oui non ne sait pas

Si oui est-ce qu'elle vous a effectivement rejoint

oui non ne sait pas

Si non pourquoi ? _____

concernant cette situation	vous êtes <input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> plutôt satisfait <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> totalement insatisfait	pour vous, cela est <input type="checkbox"/> essentiel <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> assez important <input type="checkbox"/> sans importance	si vous deviez revenir aux urgences, vous souhaitez que quelqu'un de votre entourage <input type="checkbox"/> soit présent <input type="checkbox"/> ne soit pas présent <input type="checkbox"/> indifférent
----------------------------	---	--	---

Si personne ne vous a accompagné, quelqu'un de votre entourage est-il prévenu que vous êtes ici ?

oui non

Si oui a-t-il été prévenu

par vous-même par les soignants du service ne sait pas

A-t-on mis à votre disposition un téléphone du service pour prévenir vos proches ?

oui non ne sait pas

concernant le fait que votre entourage soit, ou non, prévenu	vous êtes <input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> plutôt satisfait <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> totalement insatisfait	pour vous, cela est <input type="checkbox"/> essentiel <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> assez important <input type="checkbox"/> sans importance	si vous deviez revenir aux urgences, vous souhaiteriez que votre entourage <input type="checkbox"/> soit prévenu <input type="checkbox"/> ne soit pas prévenu <input type="checkbox"/> indifférent
--	---	--	---

Mode de départ

propres moyens hospitalisation ambulance privée ou taxi

police

Questionnaire de l'enquête observationnelle

Etiquette

• Segment 1 : Arrivée

- Arrivée : _____ Heure : _____
- Moyen : Pompiers SMUR Amb.privée
Voiture Police Amb.hospit.
Fourgon pénitentiaire A pied
- Sas de déchargement : Libre ? Non Oui N/D
↳ Nbre véhicules : _____
- Arrivées concomitantes : Nombre : _____
- Patient annoncé ? Non Oui N/D
- Service brancardage présent ? Non Oui N/D
- Prise en charge brancardage ? Non Oui N/D
↳ Pourquoi ?----->
- Par qui ? : Brancardiers Pompiers Ambulanciers
Personnel non brancardier Autres →
- Moyens ? : Fauteuil Brancard Aide
- Eléments majorant le délai d'attente : Non Oui N/D
- Relation verbale entre ASB et patient ? Non Oui N/D

Causes / Explications / Commentaires

• Segment 2 : Premier contact

- Qui ?**
- « Autres usagers » : 1.Famille/accompagnants
2.S.Pompiers/Ambulanc./Taxi
- Patient : Information non disponible
I.A.O. I.D.E. I.A.D.E
A.S. Cadre inf. Médecin
Répartiteur Autre → Préciser : ---->
- Famille (1): Information non disponible
ou accompagnant I.A.O. I.D.E. I.A.D.E
A.S. Cadre inf. Médecin
Répartiteur Autre → Préciser : →
- S.P./Amb.(2): Information non disponible
I.A.O. I.D.E. I.A.D.E
A.S. Cadre inf. Médecin
Répartiteur Autre → Préciser : →
- Absence de l'I.A.O. : Non Oui → Préciser N/D
- ↓ patient ↓
- Où ?**
- Patient : Information non disponible
Sas Hall Salle attente
Couloir Salle soins Déchocage
- Comment ?**
- Attitude du soignant : Information non disponible
Agréable A l'écoute Rassurant
Sans jugement de valeur Disponible Agressif
Autre → Préciser : →
- Attitude du patient : Information non disponible
Compréhensif Coopérant Non réceptif
Violent Agressif
Autre → Préciser : →

Causes / Explications / Commentaires

• **Arrivées et départs :**

- ⇒ Combien de patient(s)
- ⇒ Et combien de personnes...



• **Arrivée en urgence (nombre de rupture du flux) :**

- ⇒ Nombre.

• **Heure de départ et de retour des ASB pour**

- ⇒ Transfert des prélèvements sanguins.
Noter le(s) laboratoire(s).
- ⇒ Brancardage.
Noter le lieu de destination.
- ⇒ Demande de sang.
- ⇒ Tout autre motif (à préciser)...

• **Défaut d'accueil**

- ⇒ Le téléphone sonne, un patient arrive, quelqu'un attend à la "banque" mais il n'y a personne...
Noter l'heure.
Où est l'IAO, que fait-elle ?

• **Appel des réanimateurs**

- ⇒ Noter l'heure du premier appel.
- ⇒ Noter le nombre d'appels nécessaires.

• **Appels du personnel (si nombre d'appels > 1)**

- ⇒ appel des soignants, nombre et heure du premier appel.
- ⇒ appel des IADE, nombre et heure du premier appel.
- ⇒ appel des ASB, nombre et heure du premier appel.
- ⇒ appel des médecins, nombre, fonction (Externe, interne,...) et heure du premier appel.

• **Téléphone (relié par heure du nombre d'appels)**

- ⇒ sans rapport avec le SAU
- ⇒ en rapport avec l'activité du SAU

• **Salle d'attente**

- ⇒ Nombre de patients dans la salle d'attente (à relever par 1/4 h)
- ⇒ Présence dans la salle d'attente et hall « d'éléments indésirables » pour les autres usagers (SDF, agités, personnes agressives; à l'attitude provocante,...)
Noter l'heure, combien, pourquoi « indésirable »...

- Evénements susceptibles de donner au patient une **image négative** du service

- ⇒ Arrivée de la police,...

- ⇒ Personnels ou usagers bruyants, provocants, agressifs,...

- Note: l'heure et la description de l'événement

Exercices personnels dans la « buée » (> 3)

- ⇒ Note: l'heure, le nombre, la fonction des personnes présentes,...

Problèmes techniques (éclairage défectueux, bruit excessif, dysfonctionnement d'équipements, terminaux et postes de travail informatique,...)

- ⇒ Note: l'heure, la nature du problème, le délai de résolution, tout commentaire utile à son interprétation...

• • • •

• Examens d'imagerie

⇒ *Radiologie standard* : Non Oui Heure demande : _____

• Radiologue prévenu par :

IDE AS IADE Cadre
 externe interne Senior Autre

• Bon accueil par :

IDE AS IADE Cadre
 Externe Interne Senior Autre

• Informations du dossier : Identité Motif entrée Demande

Eléments recherchés Localisation patient ds service
 Absence précaution particulière nécessaire
 Absence date dernières règles nécessaire

• Patient attendu et accueilli : Non Oui

• Heure de réalisation de l'examen : _____

• Nécessité de retoucher un cliché : Non Oui
 → Pas

• Surveillance et sécurité assurées : Non Oui

• Retour assuré par : ASB Radio ASB service Patient (valable)

• Heure de l'appel des brancardiers : _____

• Lieu du retour : Salle origine Salle autre Couloir

• Heure du retour : _____

⇒ *Echographie* : Non Oui Heure demande : _____

• Nature de la demande : _____

• Réalisation : Au SAU (1) En radio (2)

1. → Heure arrivée médecin radiologue : _____

2. → Heure départ du service : _____

Heure du retour au SAU ou heure fin examen : _____

⇒ *Scanner* : Non Oui Heure demande : _____

• Nature de la demande : _____

Heure de départ du SAU : _____

• Réalisation : A Central A Saint-Julien

Heure du retour au SAU : _____

⇒ *Scintigraphie* : Non Oui Heure demande : _____

• Nature de la demande : _____

Heure de départ du SAU : _____

• Réalisation : Heure du retour au SAU : _____

⇒ *Endoscopie* : Non Oui Heure demande : _____

• Nature de la demande : _____

• Réalisation : Au SAU (1) Autre lieu (2)

(1) → Heure arrivée méd. radiologue : _____

(2) → Heure de départ du SAU : _____

Heure du retour au SAU ou heure fin examen : _____

Causes / Explications / Commentaires

Handwritten notes and comments in the right margin, including the text "Causés / Explications / Commentaires" at the top. The area contains several horizontal lines for writing.

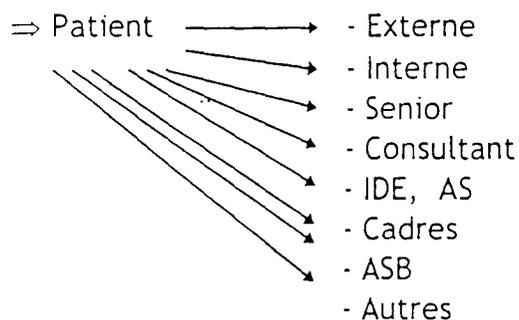
A. Éléments majorant les délais d'attente

- Absence de branchements quand ils sont nécessaires.
 - ⇒ Où sont-ils ?
- Retard de prise en charge du patient par les soignants...
 - ⇒ Où sont-ils ?
- Retard de la prise en charge par les médecins...
 - ⇒ Distinguer : externe, interne, senior...
 - ⇒ Sont-ils informés ?
 - ⇒ Où sont-ils ?
 - ⇒ Nombre d'appels nécessaires (préciser pour chaque acteur).
- Observer la répétition des examens cliniques
 - ⇒ Nombre de questionnements du malade.
 - ⇒ Précisez par qui ?
- Observer l'absence de synchronisation de la prise en charge par les soignants et médecins (notion de prise en charge morcellée).
- Retard d'arrivée des consultants.
- Notion d'attente inexplicquée aux acteurs et au patient (notion d'absence de consigne).
- Observer l'influence de la prescription d'examens complémentaires...
 - ⇒ *Radiologie* :
 - insuffisance de prescription initiale (répétition des radiographies).
 - retour dans le couloir (la salle initiale est occupée, attente de l'interne et soignant).
 - ⇒ *Biologie* :
 - Observer le moment où le demandeur a eu connaissance des résultats (résultats arrivés et non communiqués).

- Observer l'attente au moment du départ du SAU (absence d'ASB, retard arrivée moyen de transport (ambulance hospitalière, privée, intra lourde, intra légère, taxi, famille,...))
- Observer les modalités d'hospitalisation.
- Observer l'événement « présence du patient dans le couloir »
 - ⇒ Type de malade : IPK, autre,...
 - ⇒ Pourquoi cette présence ?
 - ⇒ Est-elle connue ?
 - ⇒ Amenée par qui ?

2. Dysfonctionnement dans la relation

- Entre qui ?



- ⇒ Entre les membres de l'équipe :
 - * précisez leur fonction
 - * nombre présent

◊ *Relation Patient - Personnel*

- Type ?
 - ⇒ Verbal
 - . Physique (prendre main, rassurer, ...)
 - . Aimable
 - . Sans jugement
 - . A l'écoute

- . Disponible
- . L'acteur se présente
- . Respect de la confidentialité
- . Agressivité
- . Absence de relation, relation distante (dos tourné, ordinateur, ...)

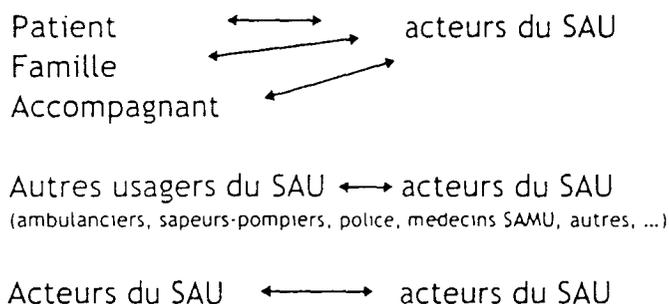
- Respect de l'intimité :
 - . malade dévêtu
 - . portes ouvertes
 - . stores fermés (salles d'attente, pots, ...)

◊ *Relations entre les membres du personnel*

- Préciser entre qui (protagonistes...).
- Préciser la nature de la relation...
 - ⇒ Relation conflictuelle.
 - ⇒ Echanges de propos ne concernant pas le malade (autre patient, match de foot, occupation du week-end, cinéma, TV, ...).

3. Dysfonctionnement dans la transmission de l'information

- Entre qui ?



- Nature de l'information (administrative, médicale, pratique, explication des gestes, des délais, prospective, devenir, ...)
- Observer s'il y a redondance (répétition)

- Rechercher la notion de rétention de l'information (information utile, attendue mais non diffusée)

- Observer la recherche d'information complémentaire ou l'essai de transmission d'information : appel du médecin traitant, de la famille, de l'institution,...

Noter les difficultés rencontrées (mauvais numéros de téléphone, absence, ...)

- Noter ou décrire les éléments qui ont pu provoquer les conséquences sur la prise en charge.



ENQUETE ASSURANCE QUALITE du 23.06.97 9 H au 01.07.97 9 H
--

FICHE TOXICOLOGIE
(Pr ROYER)

A remplir pour tout malade du Service d'Accueil des Urgences
de l'HOPITAL CENTRAL

ETIQUETTE SAU

* HEURE D'ARRIVEE DES TUBES AU LABO ET/OU DEMANDE DE DERIVES SANGUINS :
Commentaires :

* PRE ANALYSE : TEMPS
Commentaires :

* HEURE DE REALISATION DE L'ANALYSE :
TEMPS DE REALISATION (minute) :

TYPE DE BILAN

- Alcoolémie
- Autres, précisez

- Alcoolémoe
- Autres, précisez

Commentaires :

* HEURE DE FIN D'ANALYSE :
Commentaires :

* HEURE DE TRANSMISSION DES RESULTATS :

- Par téléphone : NON OUI N° TEL. A QUI ? :
- Par CIRUS : NON OUI SI NON, POURQUOI ? :
- Informatique labo en panne : NON OUI
- Nombre de coups de téléphone par les Urgences : Heure 1er appel :
- Appel du service hospitalisation : NON OUI Heure de contrôle :

Commentaires :

ENQUETE ASSURANCE QUALITE du 23.06.97 9 H au 01.07.97 9 H
--

FICHE BIOCHIMIE
(Pr NABET)

A remplir pour tout malade du Service d'Accueil des Urgences,
de l'HOPITAL CENTRAL

ETIQUETTE SAU

* HEURE D'ARRIVEE DES TUBES AU LABO :
Commentaires :

* PRE ANALYSE : TEMPS
Commentaires :

TYPE DE BILAN

* HEURE DE REALISATION DE L'ANALYSE :
TEMPS DE REALISATION (minute):

- X8 :
- TGO :
- TGP :
- Bilirubine :
- Ph. alcalines :
- Amylase :
- DIG :
- HBCO :
- Autres :

- X8
- TGO :
- TGP :
- Bilirubine :
- Ph. alcalines :
- Amylase :
- DIG :
- HbCO :
- Autres Précisez:

Commentaires :

* HEURE DE FIN D'ANALYSE :

Commentaires :

* HEURE DE TRANSMISSION DES RESULTATS :

- Par téléphone : NON OUI N° TEL. A QUI ? :
- Par CIRUS : NON OUI SI NON, POURQUOI ? :
- Informatique labo en panne : NON OUI
- Nombre de coups de téléphone par les Urgences : Heure 1er appel :
- Appel du service hospitalisation : NON OUI Heure de contrôle :

Commentaires :

ENQUETE ASSURANCE QUALITE
du 23.06.97 9 H au 01.07.97 9 H

FICHE HEMOSTASE - CYTOLOGIE - TRANSFUSION SANGUINE
(SERVICE DE GARDE DE NUIT ET WEEK-END)

A remplir pour tout malade du Service d'Accueil des Urgences
de l'HOPITAL CENTRAL

ETIQUETTE SAU

* HEURE D'ARRIVEE DES TUBES AU LABO :
Commentaires :

* PRE ANALYSE : TEMPS :
Commentaires :

* HEURE DE REALISATION DE L'ANALYSE :
TEMPS DE REALISATION (minute) :

- NF :
- Groupe :
- R.A.I. :
- Sang et dérivés :
- TQ-TCA-Fibrine :
- D Dimères :
- Autres : précisez

TYPE DE BILAN

- NF :
- Groupe :
- R.A.I. :
- Sang et dérivés :
- TQ :
- TCA :
- Fibrine :
- D Dimères :
- Autres : précisez :

Commentaires :

* HEURE DE FIN D'ANALYSE :

Commentaires :

* HEURE DE TRANSMISSION DES RESULTATS :

- Par téléphone : NON OUI N° TEL. A QUI ? :
- Par CIRUS : NON OUI SI NON, POURQUOI ? :
- Informatique labo en panne : NON OUI
- Nombre de coups de téléphone par les Urgences : Heure 1er appel :
- Appel du service hospitalisation : NON OUI Heure de contrôle :

Comimentaires :

ENQUETE ASSURANCE QUALITE
du 23.06.97 9 H au 01.07.97 9 H

FICHE CYTOLOGIE
(Dr HUMBERT)

ETIQUETTE SAU

• HEURE D'ARRIVEE DES TUBES AU LABO :
Commentaires :



• PRE ANALYSE : TEMPS
Commentaires :

TYPE DE BILAN

• HEURE DE REALISATION DE L'ANALYSE :
TEMPS DE REALISATION (minute) : • NFS :

• NFS

Commentaires :

• HEURE DE FIN D'ANALYSE :
Commentaires :

HEURE DE TRANSMISSION DES RESULTATS :

- Par téléphone : NON OUI N° TEL : A QUI ? :
- Par CIRUS : NON OUI SI NON, POURQUOI ? :
- Informatique labo en panne : NON OUI
- Nombre de coups de téléphone par les Urgences : Heure 1er ar
- Appel du service hospitalisation : NON OUI Heure de

Commentaires :

ENQUETE ASSURANCE QUALITE
du 23.06.97 9 H au 01.07.97 9 H

FICHE HEMOSTASE
(Pr LECOMPTE)

ETIQUETTE SAU



• HEURE D'ARRIVEE DES TUBES AU LABO :
Commentaires :

• PRE ANALYSE : TEMPS :
Commentaires :

• HEURE DE REALISATION DE L'ANALYSE :
TEMPS DE REALISATION (minute) :
• TQ-TCÀ-Fibrine :
• D Dimères :
• Autres : précisez

TYPE DE BILAN

• TQ :
• TCA :
• Fibrine :
• D Dimères :
• Autres : précisez :

Commentaires :

• HEURE DE FIN D'ANALYSE :

Commentaires :

• HEURE DE TRANSMISSION DES RESULTATS :

- Par téléphone : NON OUI N° TEL. A QUI ? :

- Par CIRUS : NON OUI SI NON, POURQUOI ? :

- Informatique labo en panne : NON OUI

- Nombre de coups de téléphone par les Urgences : Heure 1er appel :

- Appel du service hospitalisation : NON OUI Heure de contrôle :

Commentaires :

ENQUETE ASSURANCE QUALITE
du 23.06.97 9 H au 01.07.97 9 H

FICHE OBSERVATION
APRES SORTIE DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES
ET ARRIVEE DANS LE SERVICE D'HOSPITALISATION.

A remplir pour tout malade du Service d'Accueil des Urgences
de l'HOPITAL CENTRAL

ETIQUETTE SA

* HEURE D'ARRIVEE DU PATIENT :

Commentaires :

* PRESENCE DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX :

- identité correcte (étiquette correspondante) : NON* OUI
 - données administratives (cocher si présentes) n° S.S. N° Mutuelle Adresse Date naissance
 - dossier infirmier : NON* OUI
 - dossier médical : NON* OUI
- * Si NON : commentaires :

* EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- * ECG (si réalisé au S.A.U.) : NON OUI
- * Radio (si réalisé au S.A.U.) : NON OUI
- * Si NON : commentaires :

- * Biologie faite au SAU : NON OUI
- si OUI, résultats dans le dossier : NON OUI

si résultats absents du dossier :

- avez-vous été prévenu par les Urgences ? : NON OUI
- (de la réalisation du bilan)
- les avez-vous contacté pour cela ? NON OUI N° Tél. _____
- Heure 1er appel : _____
- avez-vous été renseigné ? NON OUI
- avez-vous contacté le laboratoire ? NON OUI Heure d'appel : _____
- avez-vous refait un bilan ? NON OUI Heure de réalisation : _____

COMMENTAIRES

Questionnaire de l'enquête sur les délais

Fiche Patient

Enquête délais d'Attente

Consultation SAU

Etiologie :

Date :

- 1- Motif d'admission : Médecine Chirurgie
- 2- Mode d'arrivée : Propres moyens Ambulance privée Complète SMUR

3- Heure d'arrivée au SAU (à noter par l'IAO) :

4- Heure en salle d'attente (à noter par l'IAO) :

5- Heure dans le couloir (à noter par l'IAO) :

6- Heure de prise en charge :

Soignant : Externe : Interne :

Senior :

7- Examens complémentaires (à noter par le médecin) :

- Biologie
- Radiologie au SAU
- Radiologie Centrale
- Consultation

8- Heure de la demande d'un consultant :

type de consultant :

- psychiatre Heure d'arrivée :
- réanimateur médical
- réanimateur chirurgical
- cardiologue
- médecin du CAP
- interne de CGU
- interne de neurochirurgie
- interne de neurologie
- interne de COT-ATOL

Heure de départ :

9- Heure de fin de prise en charge :

Soignant : Externe : Interne :

Senior :

10- Heure de recherche d'un lit d'hospitalisation :

11- Service d'hospitalisation

.....

12- Heure d'acceptation de l'hospitalisation :

13- CCMU (à noter par le médecin) : 1 2 3 4 5

14- GEMSA (à noter par le soignant) : 1 2 4 6

15- Diagnostic (à noter par le médecin) :

16- Heure de départ du SAU (à noter par le soignant) :

Fiche Patient

Enquête délais d'Attente

Consultation SAU

Biologie

(cette fiche sert à enregistrer les prélèvements et les données en laboratoire et est remise au porteur au moment de la consultation au laboratoire qui ensuite recueille les données)

N° de l'étiquette patient : _____

Date : _____

1- Heure de la demande de prélèvement (à noter par le médecin) :

--	--	--	--	--	--	--	--

2- Heure de la réalisation du prélèvement (à noter par le soignant) :

--	--	--	--	--	--	--	--

3- Heure de départ des prélèvements du SAU (à noter par le responsable) :

--	--	--	--	--	--	--	--

4- Heure d'arrivée au laboratoire (à noter par le porteur de tubes) :

--	--	--	--	--	--	--	--

5- Type de bilan

- Biochimie X8 CPK TGO TGP Bili Troponine β HCG

Autre précisez :

- TQ TCA D dimères Fibrine NFS Groupe Pannel

- Alcoolémie autres toxiques

précisez :

6- Temps de pré analyse :

- | | | | |
|--------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 2 min | <input type="checkbox"/> | 3 min | <input type="checkbox"/> |
| 5 min | <input type="checkbox"/> | 10 min | <input type="checkbox"/> |
| 15 min | <input type="checkbox"/> | 20 min | <input type="checkbox"/> |
| 30 min | <input type="checkbox"/> | > 30 min | <input type="checkbox"/> |

7- Heure de réalisation de la biologie :

Biochimie :

--	--	--	--	--	--	--	--

NFS :

--	--	--	--	--	--	--	--

Pannel :

--	--	--	--	--	--	--	--

TQ :

--	--	--	--	--	--	--	--

TCA :

--	--	--	--	--	--	--	--

Groupe :

--	--	--	--	--	--	--	--

D dimères :

--	--	--	--	--	--	--	--

Fibrine :

--	--	--	--	--	--	--	--

alcoolémie :

--	--	--	--	--	--	--	--

autres toxiques :

--	--	--	--	--	--	--	--

8- Heure de fin d'examen :

Biochimie :

--	--	--	--	--	--	--	--

NFS :

--	--	--	--	--	--	--	--

Pannel :

--	--	--	--	--	--	--	--

TQ :

--	--	--	--	--	--	--	--

TCA :

--	--	--	--	--	--	--	--

Groupe :

--	--	--	--	--	--	--	--

D dimères :

--	--	--	--	--	--	--	--

Fibrine :

--	--	--	--	--	--	--	--

alcoolémie :

--	--	--	--	--	--	--	--

autres toxiques :

--	--	--	--	--	--	--	--

9- Heure de transmission des résultats au SAU :

--	--	--	--	--	--	--	--

par : téléphone CIRUS

Fiche Patient
Enquête délais d'Attente
Consultation SAU
Unité de Radiologie

à compléter et à retourner au SAU à remplir par le personnel de l'Unité

Efficacité Unité :

Date :

- 1- Heure de la demande de radio :
- 2- Heure de dépôt de la demande de radio :
- 3- Heure d'appel du malade :
- 4- Heure de départ de la salle d'examen :
- 5- Heure d'arrivée en radiologie :
- 6- Type d'examen :

- radiologie conventionnelle
- Nombre :
- échographie abdominale
- échographie veineuse
- scanner : thoracique
- abdominal
- autre :
- Précisez :

- 7- Heure de réalisation de l'examen:
- 8- Heure de fin d'examen :
- 9- Heure de départ de radiologie :
- 10- Heure de retour au SAU :
- 11- Heure de reprise en charge :

ANNEXE 2 : Les procédures

Action 1-1 : Réduction du délai de prise en charge dans la filiale "médecine"

1. Groupe de suivi

- Personnes responsables du suivi :

Dr Bellou (PH-SAU)

Dr Maignan (PH-SAU)

Mme Dawint (surveillante-SAU)

- Acteurs impliqués :

Mme Coulama (IDE-SAU)

Mme Heitz (AS)

Mr Lazarus (résident)

2. Procédures de réduction du délai de prise en charge médico-infirmier

• Arrivée du patient au SAU

- si contact avec l'IAO : possibilité de contacter le senior sur le caractère d'urgence et l'orientation à donner selon la plainte exprimée ou le motif d'admission. Les patients présentant un problème médical jugé bénin doivent être pris en charge dans la salle d'examen « Médecine 2 ».
- si entrée directe au déchocage : **appel systématique** du senior.
- le médecin s'inquiète des patients en attente et doit être régulièrement en contact avec l'IAO.

• Arrivée dans la salle de soins

- contact avec le binôme soignant (IDE ou AS) - médecin (interne et externe ou senior et externe) : il y a nécessité de sectoriser l'activité des soignants pour rendre fonctionnel le binôme. Dans la mesure du possible il est préférable qu'il y ait une sectorisation : une IDE suit un interne. C'est l'interne qui est en mesure de choisir le moment où la synthèse avec le soignant est possible.
- l'installation est à discuter d'emblée selon le motif de venue : déshabillage, monitoring, évaluation de la douleur, oxygénothérapie...
- interrogatoire et examen clinique unique et immédiat
 - . par l'interne du binôme : qui se rend disponible
 - . par le senior en cas d'afflux de patients
- l'externe est présent, participe et recueille les données de l'examen clinique
- énoncer des hypothèses diagnostiques : diagnostic principal et diagnostics différentiels à expliquer au patient, famille et au soignant.
- prescription d'examens complémentaires, demande d'avis spécialisé : cette prescription est du ressort de l'interne après référence au senior (1 mois de formation initiale), quand un avis

spécialisé est jugé nécessaire à l'orientation, la demande doit être précoce, indépendamment des résultats des examens complémentaires. Les avis spécialisés sont saisis sur l'ordinateur. L'ordre et la réalisation des prescriptions sont discutés par le binôme. Si le médecin juge nécessaire, il prend contact avec les laboratoires. Le binôme s'informe régulièrement des résultats des examens complémentaires et de la venue des consultants.

- synthèse médicale : énoncé d'un diagnostic et d'une conduite à tenir en présence du soignant et de l'externe à faire valider par le senior si nécessaire.
- décision finale : sortie ou hospitalisation et information du patient et de sa famille.

• Départ du patient

- décision de sortie : discuter les modalités de transport et les délais de réalisation. Le retour en salle d'attente est possible pour les patients valides et non mineurs.
- décision d'hospitalisation : appel du soignant pour disponibilité de lits et appel du médecin pour présentation du patient au médecin d'astreinte du service receveur.

Action 1-2 : Réduction du délai de prise en charge dans la filière chirurgicale

1- Groupe de suivi

- Personnes responsables du suivi :

Pr Lambert (chef de service-SAU)

Pr Grosdidier (chef de service-CGU)

Dr Bellou (PH-SAU)

- Acteurs impliqués :

Pr Delagoutte (chef de service-COT)

Pr Coudane (chef de service-ATOL)

Pr Mainard (service de COT)

Mme Dawint (surveillante)

Mme Corbier (AS-SAU)

Mme Mouchi (IDE-SAU)

Melle Pimenta (IDE-SAU)

Celui-ci étant plus proche de l'IAO du fait de la réorganisation de la filière médicale dans un souci d'une meilleure médicalisation de l'accueil du patient au SAU.

3-2- Proposition d'un circuit organisé



3-2-1 Pathologie supposée viscérale

- diagnostic chirurgical clairement défini

→ hospitalisation : le patient doit être rapidement orienté dans le service destinataire où le bilan sera réalisé.

→ décision d'une intervention chirurgicale : nécessité d'un bilan biologique ou d'imagerie proposé par le chirurgien et transfert rapide au bloc opératoire.

- diagnostic chirurgical non clairement défini avec doute sur un problème médical

→ avis du senior de médecine obligatoire qui prescrira les investigations nécessaires. Cet avis doit être demandé rapidement, 30 minutes est le délai raisonnable si l'enquête chirurgicale ne fait pas sa preuve.

→ une règle est à respecter : l'ECG doit être systématique pour ne pas passer à côté d'un infarctus du myocarde à forme digestive par exemple. Il doit être interprété par le senior de médecine.

3-2-2 Problème traumatologique

- **pathologie bénigne** : c'est pour ce type de patient que le délai d'attente est actuellement le plus long au SAU. Il s'agit essentiellement d'une activité de consultation rapide. Ces patients doivent être examinés en priorité par l'un des 2 internes.

- **pathologie justifiant d'une hospitalisation ou d'une intervention chirurgicale**

→ ces patients ne doivent pas séjourner plus d'une 1 heure au SAU.

- **pathologie avec intrication médicale** (par ex : chute du sujet âgé)

→ dès qu'un problème chirurgical est éliminé, un avis est systématiquement demandé au senior de médecine. Là aussi le délai raisonnable est de 30 minutes.

→ l'ECG est systématiquement réalisé en cas de chute chez un sujet âgé dès son arrivée et est interprété par le senior de médecine.

3-2-3 La prise en charge du patient est unique

- le patient est pris en charge par le **binôme « soignant-interne »** dès son arrivée. L'externe est en stage et assiste à l'examen réalisé par l'interne et recueille les données médicales. Il peut effectuer une tâche demandée par l'interne (ex : suture, compressif...).
- le bon de radio est rempli par l'interne qui devra suivre les procédures proposées par les radiologues.
- cette procédure de prise en charge doit amener à optimiser et adapter le nombre de soignant aux flux des patients : il est proposé 5 soignants de 12h à 0h00 pour la filière chirurgicale.

4- Organisation matérielle

- suppression des brancards fixes dans les salles de chirurgie.
 - avoir en permanence 3 brancards à roulettes dans le couloir facilitant le déchargement des patients et évitant l'encombrement des salles.
- matériels disponibles dans toutes les salles
 - pour la réalisation des actes, la prise des paramètres vitaux.
 - téléphone (utile pour la recherche de lits et pour les patients).
- suivre l'évolution des techniques afin d'avoir à sa disposition du matériel moderne couramment utilisé en chirurgie.

faciliter la location de cannes anglaises à partir du SAU

Action 1-3 : Réduction du délai d'arrivée des consultants au SAU

1- Groupe de suivi



- Personnes responsables du suivi :

Dr Bellou (PH-SAU)

Dr Peton (PH-SAU)

- Acteurs impliqués :

Pr Coudane (service ATOL)

Pr Grosdidier (Service CGU)

Dr Nace (réanimation médicale)

Dr Kraft (cardiologie)

F. Kuntzburger (UAUP)

Dr Garric (réanimation chirurgicale)

Dr Carpentier (réanimation chirurgicale)

Mme Burtin (surveillante - anesthésie-réanimation)

Mme Dawint (surveillante - SAU)

2- Liste des médecins et chirurgiens intervenant au SAU

- Réanimation Médicale
- Réanimation Chirurgicale
- Anesthésie
- Cardiologie
- UAUP
- Chirurgiens Orthopédiques : COT - ATOL
- Chirurgiens Viscéraux : CGU
- ORL - Ophtalmologie : en général le patient est adressé par le SAU dans le service
- Neurochirurgie et Maxillo-Faciale : se déplacent si nécessaire au SAU
- Centre Antipoison

2-1 Réanimation chirurgicale

Cette activité est principalement « centrée » sur la salle de déchocage et doit être coordonnée avec l'activité des chirurgiens. Elle implique également le SAMU.

2-1-2 Arrivée du réanimateur et prise en charge des polytraumatisés

- nécessité d'un appel du SAU programmé et toujours médical (contact téléphonique senior du SAU - réanimateur)
- obligation d'un appel du médecin SAMU (message radio ?, imprimante ?) au SAU et en Réa Chir (contact toujours médical)
- Dès réception de l'information : activation de la salle de déchocage avec présence d'une IADE et d'une IDE du SAU.
- Dès l'arrivée du malade : l'IAO appelle le réanimateur qui descend dans les 5 minutes.

- Dans l'organisation de la Réa Chir, c'est l'interne qui prend en charge initialement le malade (les seniors de Réa Chir en prennent la responsabilité).
- Le senior du SAU a un rôle d'organisation et s'assure du respect des procédures. La prise en charge médicale est sous la responsabilité du réanimateur.

2-1-3 Arrivée des chirurgiens

- Le senior de Chirurgie Viscérale doit être toujours présent et en même temps que le réanimateur qui est chargé de le contacter.
- En cas de problème orthopédique, la prise en charge initiale doit être assurée par un senior d'orthopédie d'astreinte.
- Proposition d'un système d'astreinte à 2 étages :

⇒ 1ère équipe opère

2e joignable

⇒ la 1ère équipe ne doit pas avoir d'activité réglée et n'opère que les urgences.

⇒ Ce système est possible aux heures et jours ouvrables.

A adapter la nuit et jours fériés.

⇒ Problème pour la chirurgie viscérale car il n'y a que 3 seniors potentiels.

Proposition que la Chirurgie C puisse prendre le relais en second en cas de nécessité

2-1-4 Cas du polyfracturé

- Le senior de chirurgie orthopédique prend en charge le malade dès son arrivée avec l'interne d'orthopédie de garde.
- Le réanimateur ne joue que le rôle de consultant et il est contacté par les chirurgiens. Il donne son avis et n'intervient dans la prise en charge que si une complication médicale est suspectée.

- Le senior du SAU s'assure que les procédures d'appel sont respectées. C'est l'interne de chirurgie de garde qui appelle le senior de chirurgie. Le délai reste à définir avec les chirurgiens.

2-2 Réanimation médicale

- **procédure d'appel**

→ 9h-24h : bip 277 si pas de réponse en 5 minutes faire le 51495/51605

→ 24h-9h : 51495/51605

- **délai** : la réponse (arrivée en salle de déchocage) < 5minutes sauf si médecin seul ou occupé (en particulier la nuit) en réanimation

- **procédure générale**

→ médecin de garde rappelle le déchocage pour s'informer sur le degré d'urgence

→ si le patient est pré orienté (état de choc, patient intubé, coma) : appel immédiat souhaitable

→ si demande d'avis : examen clinique et pré bilan réalisés par le médecin du SAU.

2-3 Cardiologie :

2-3-1 Problèmes actuels

- disponibilité du cardiologue limitée par son activité d'hospitalisation, technique, et les problèmes à gérer en USCI
- disponibilité des moyens techniques, en particulier l'échographie
- pertinence et degré d'urgence de la demande du SAU

2-3-2 Hiérarchisation des demandes de consultation cardiologique

A1- Pathologie menaçant à court terme le pronostic vital et nécessitant une prise en charge technique immédiate et une hospitalisation en cardiologie :

- IDM
- TV/FV
- BAV complet

A2- Pathologie engageant le pronostic vital nécessitant un avis cardiologique mais une prise en charge technique dans une autre unité :

- embolie pulmonaire
- dissection aortique
- OAP massif ischémique (coronarographie)
- rupture isthmique aortique (ETO)

B- Pathologie cardiaque grave n'engageant pas le pronostic vital à court terme mais nécessitant une hospitalisation en USCI :

- OAP
- Angor instable

C- Pathologie cardiaque nécessitant une hospitalisation en secteur de cardiologie :

- insuffisance cardiaque
- angor instable
- troubles du rythme supra ventriculaire
- HTA

D- Avis concernant un problème cardiologique ou une anomalie ECG pour un patient dont le motif principal d'hospitalisation n'est pas cardiologique

E- Demande d'examen complémentaire pour un patient dont le motif n'est pas cardiologique

2-3-3 Solutions proposées

Engagement des cardiologues en fonction du degré de l'urgence qui doit être hiérarchisé au SAU

- Urgence absolue : intervention immédiate quelque soit la disponibilité sauf réanimation en cours . Il s'agit des cas A1 et A2
- Urgence relative : intervention aussi rapide que possible en fonction de la disponibilité : cas B
- Pas d'urgence : intervention différée en fonction de la disponibilité : cas C,D,E (si conditionne la prise en charge immédiate)
- Pas d'indication : consultation à prévoir à partir du service d'hospitalisation : cas D et E (si ne change rien à la prise en charge immédiate)

2-4 Psychiatrie (UAUP)

2-4-1 Patients en provenance de l'UAU de Brabois

Admission directe à l'UAUP sans passage par le SAU mais après accord téléphonique obligatoire.

2-4-2 Patients adressés à l'UAUP par un médecin libéral

Après accord téléphonique avec le médecin envoyeur : admission directe à l'UAUP

Si il est seulement fait mention sur l'enveloppe de l'adresse de l'UAUP : passage par le SAU

2-4-3 Patients se présentant directement et spontanément à l'UAUP

Evaluation directe par l'infirmier psychiatrique d'accueil : passage par le SAU si doute sur une pathologie mixte. Admission directe si problème psychiatrique pur.

2-4-4 Appel du SAU pour une intoxication médicamenteuse volontaire

2-4-4-1 Intoxication médicamenteuse justifiant une hospitalisation

Consultation psychiatrique différée au réveil du patient dans le service d'hospitalisation sauf cas particulier (demande du patient, famille...)

2-4-4-2 Intoxication médicamenteuse compatible avec une hospitalisation à l'UAUP

Entretien au SAU par l'IDE psychiatrique puis consultation différée au réveil du patient à l'UAUP.

2-4-4-3 Dans les demandes de sortie contre avis médical du SAU

Consultation obligatoire d'un psychiatre.

2-4-5 Appel au SAU autres que pour une IMV

2-4-5-1 Le jour de 9h à 18h30

Afin d'obtenir une réponse la plus rapide possible, un IDE psychiatrique vient faire l'accueil du patient au SAU et ce dans un délai maximum de 15 minutes.

En cas d'affluence, il pourra hiérarchiser le caractère urgent de la consultation et prendre l'initiative du choix du lieu de celle-ci au SAU ou à l'UAUP.

Bien entendu, dans tous les cas, l'entretien ne remplace pas la consultation du psychiatre qui aura lieu mais lui est complémentaire.

Lorsque la consultation a lieu au SAU, il apparaît préférable de disposer d'un bureau, ce qui a pour avantage de libérer plus rapidement une salle d'examen.

2-4-5-2 La nuit 18h30-9h

Les délais étant beaucoup moins importants, l'interne de garde en psychiatrie et l'IDE psychiatrique viennent au SAU pour tous les appels.

2-5 Centre anti-poison

La mission du CAP est de répondre, notamment en cas d'urgence, à toute demande d'évaluation des risques et à toute demande d'avis ou de conseil en matière de diagnostic, de pronostic et de traitement des intoxications.

L'intervention du CAP entre dans le cadre des consultations spécialisées demandées au SAU. L'anamnèse et l'examen clinique initial sont réalisés par les médecins du SAU. En cas d'intoxication supposée, le médecin du CAP est appelé en consultation par l'un des membres de l'équipe médicale ayant réalisé l'examen initial.

Les propositions pour réduire les délais d'attente au SAU sont :

- délai d'intervention du CAP : 5 minutes au plus après l'appel
- la situation du patient et les premiers éléments de l'examen clinique sont présentés au médecin du CAP
- celui-ci précise l'examen clinique si nécessaire et propose en fonction des toxiques suspectés : les recherches biologiques à mettre en oeuvre immédiatement ; les prélèvements conservatoires utiles à une analyse a posteriori si nécessaire et qui seront congelés au laboratoire de toxicologie ; une évaluation du risque qui tiendra compte : du patient, de ses antécédents, du délai de prise-admission, de la toxicité propre des produits (dose toxique si elle est définie), des interactions des toxiques supposées et notamment de leur potentialisation, de l'état clinique au moment de l'examen ; les diagnostics différentiels possibles compte tenu de la clinique seront évoqués ; une prise en charge thérapeutique associant, s'il y a lieu : un traitement évacuateur et ou adsorbant, un traitement antidote spécifique, un traitement symptomatique et un lieu d'hospitalisation compatible avec les risques évalués, les nécessités particulières de surveillance, les traitements à mettre en oeuvre ou déjà mis en oeuvre ; en accord avec le médecin senior du SAU il pourra participer aux

premières étapes de la prise en charge ; il consignera les consignes dans le dossier médical informatisé du SAU sous la rubrique « consultations spécialisées : Centre Antipoison ».

En aucun cas, le médecin du CAP ne doit rester isolé et réaliser la prise en charge complète du patient aux urgences : il intervient comme consultant spécialisé sur la demande du SAU. Les décisions thérapeutiques sont prises en concertation et il doit participer à leur mise en oeuvre pour le lavage gastrique ou l'ingestion de charbon activé.

Action 1-4 : Réduction du délai d'acheminement des tubes dans les laboratoires de Biologie

- Personne responsable du suivi :

Mr Kleffert (surveillant brancardage)

- Acteurs impliqués :

Dr Bellou (PH-SAU)

Dr Franck (PH-Biochimie-Hôpital Central)

Mr Pillons (aide soignant-brancardier)

Action 1-5 : Réduction du délai de réalisation des examens biologiques

- Personnes responsables du suivi :

Dr Bellou (PH-SAU)

Dr Manel (PH-SAU)

- Acteurs impliqués :

Pr Nabet (chef de service-Biochimie-Hôpital Central)

Pr Lecompte (chef de service-Hémostase)

Pr Lambert (chef de service-SAU)

Dr Gelot (PH-Biochimie-Hôpital Central)

Dr Franck (PH-Biochimie-Hôpital Central)

Dr Demaistre (PH-Hémostase)

Dr Humbert (chef de service-Cytologie)

Dr Aguiès (PH-Transfusion)

Dr Maignan (PH-SAU)

Mme Dawint (surveillante-SAU)

Dr Felten (interne-SAU)

Action 1-6 : Amélioration de la transmission des résultats biologiques

- Personnes responsables du suivi :

Dr Bellou (PH-SAU)

Dr Manel (PH-SAU)

- Acteurs impliqués :

Pr Nabet (chef de service-Biochimie-Hôpital Central)

Pr Lecompte (chef de service-Hémostase)

Pr Lambert (chef de service-SAU)

Dr Gelot (PH-Biochimie-Hôpital Central)

Dr Franck (PH-Biochimie-Hôpital Central)

Dr Demaistre (PH-Hémostase)

Dr Humbert (chef de service-Cytologie)

Dr Aguiès (PH-Transfusion)

Dr Maignan (PH-SAU)

Mme Dawint (surveillante-SAU)

Dr Felten (interne-SAU)

1- Réduction du délai d'acheminement des tubes dans les laboratoires

1-1 Mise en place d'une procédure d'acheminement des tubes

→ 1 porteur/24h

→ hiérarchiser les bilans biologiques :

urgences absolues

urgences relatives

urgences différées

→ hiérarchiser le circuit du transporteur en fonction du degré d'urgence

(nécessité de connaître le délai optimal de transport)

→ le transporteur doit donner les tubes personnellement aux techniciennes

(ne pas laisser les tubes sans avoir eu de contact avec un agent du laboratoire !)

→ l'heure de départ des tubes doit être systématiquement notée pour chaque patient

→ l'heure d'arrivée au laboratoire est notée par la technicienne

1-2 Restructuration de l'accueil des bilans et demandes des produits sanguins

→ mise en place d'un circuit obligatoire pour le transporteur

(secrétariat et distribution seront dans la même enceinte, contact humain obligatoire)

2- Réduction du délai de réalisation des bilans biologiques

• Identification du patient (problèmes avec les étiquettes pré numérotées)

→ mise en place de la procédure d'identification en hémovigilance

→ essentiel pour la traçabilité du patient

- **Remplissage du bon de biologie**
 - obligation de noter : heure de prescription
 - nom du prescripteur
 - informations médicales
- Acheminement obligatoire de l'ordonnance de demande de produits sanguins
- Délai optimal retenu pour l'obtention des résultats : **45 minutes (D dimères en 1 heure mais il faut prévenir le laboratoire 30 minutes avant l'envoi des tubes)**
- **Dysfonctionnement important concernant les prélèvements hémolysés du SAU**
 - leur nombre est estimé à 15%
 - suppression des bilans pré hospitaliers à discuter
 - problèmes dus au garrot
 - IDE ne doit plus prélever sans prescription médicale
- **Amélioration de la transmission d'information SAMU-ETS**
 - identification
 - prévenir l'ETS du transfert
 - communiquer les documents

3- Réduction du délai de transmission des résultats

- **Amélioration de l'informatique des laboratoires**
- **Globalement CIRUS fonctionne bien**
 - le rendre plus convivial
 - écoute permanente ?
 - problème : pas de validation la nuit par un biologiste

→ ne plus téléphoner au laboratoire car perte de temps pour la réalisation du bilan

- **Améliorer GESMAL**

- n'est pas bidirectionnel

- orientation finale du patient non connue par les laboratoires

- **Ne plus envoyer au SAU les résultats validés a posteriori des patients hospitalisés**

4- Délocalisation de la biologie au SAU

- en discussion actuellement

- réorganiser l'existant

- l'idéal : avoir les laboratoires de biologie à proximité du SAU. Ceci est prévu dans 5 à 10 ans.

Action 1-7 : Réduction du délai d'attente en radiologie

- Personnes responsables du suivi :

Mr Taine (surveillant-Radio-SAU)

Pr Blum (Radiologie-Hôpital Central)

- Acteurs impliqués :

Pr Coudane (chef de service-ATOL)

Pr Grosdidier (chef de service-CGU)

Pr Lambert (chef de service-SAU)

Dr Manel (PH-SAU)

Dr Peton (PH-SAU)

Dr Maignan (PH-SAU)

Dr Bellou (PH-SAU)

Mr Kleffert (surveillant brancardage)

1- Procédures pour la prescription d'examen radiologique.

Afin de garantir la bonne indication des examens radiologiques et d'éviter de refaire des radiographies, il faut que la demande d'examen soit validée par un médecin compétent (à partir de l'interne) que les renseignements cliniques soient mentionnés.

Pour simplifier la procédure de demande d'examen, nous proposons que les bons de radio ne soient rien d'autre que des dossiers médicaux informatisés où apparaîtraient l'identité du patient, les données de l'examen clinique et la suspicion diagnostique. En fonction de la suspicion de diagnostic, un bilan radiographique sera réalisé selon un cahier de protocoles d'examens radiographiques validé par les différents acteurs médicaux du S.A.U. et de la Radiologie. Exemple : luxation de l'épaule droite (rempli par le médecin prescripteur)

Le manipulateur sait alors qu'il doit réaliser une incidence de Face et une incidence de Lamy.

Le dossier sera directement imprimé dans l'unité de Radiologie du S.A.U., ceci évitera tout déplacement de personnel paramédical et permettra un gain de temps.

2- Réduction des délais d'attente.

Dans tous les cas, les patients du S.A.U. ont priorité sur les autres usagers et ceci depuis de nombreuses années.

Dans la mesure où le dossier médical est automatiquement transmis en radiologie, la coordination entre les différents acteurs est améliorée. Pour permettre un accès exclusif aux patients du S.A.U. dans une salle de radiologie, il serait nécessaire de disposer d'une troisième salle. Par ailleurs, on peut considérer que le temps d'examen a diminué avec les nouveaux appareillages (15 minutes en moyenne).

3- La sécurité et la surveillance des patients.

La sécurité des patients est une de nos préoccupations majeures et a été à l'origine du choix de notre nouveau matériel et des modifications de nos locaux.

Le système à base d'écrans radioluminescents à mémoire permet aux manipulateurs de réduire considérablement le temps où il quitte des yeux le patient favorisant une meilleure surveillance dans l'attente des résultats.

L'arceau numérisé (polystar) permet un contrôle direct des clichés sous la surveillance constante des manipulateurs et permet également de libérer le patient sans attendre le développement des films.

Les locaux, qui ont été modifiés, offrent un champ de vision plus large sur les patients et contribuent à une meilleure surveillance des patients polytraumatisés.

Par ailleurs, le système de garde des manipulateurs va probablement être modifié (en attente d'accord de la Direction) en conservant un budget constant. Devant le nombre des bilans radiologiques exécutés les nuits des dimanches impairs un manipulateur supplémentaire sera de permanence sur place de façon à améliorer la prise en charge et la sécurité des patients polytraumatisés.

Pour éviter aux usagers de se perdre dans les locaux du S.A.U., essentiellement ceux qui sont valides, il conviendra de les raccompagner au service d'accueil des urgences. Le manipulateur préviendra le répartiteur ou les infirmières présentes du retour de leur patient.

Trois matelas rigides radiotransparents sont attendus suite à l'achat du nouveau scanner au service d'imagerie GUILLOZ. Ils devraient permettre d'accueillir le polytraumatisé directement à son arrivée en salle de déchocage et ainsi lui éviter les manipulations de son transfert vers la Polystar et ou le scanner.

Action 1-8 : Réduction du délai de recherche de lit

- Personnes responsables du suivi :

Dr Peton (PH-SAU)

Pr Lambert (chef de service-SAU)

Mme de Canteloube (cadre supérieur-SAU)

- Acteurs impliqués :

Dr Bellou (PH-SAU)

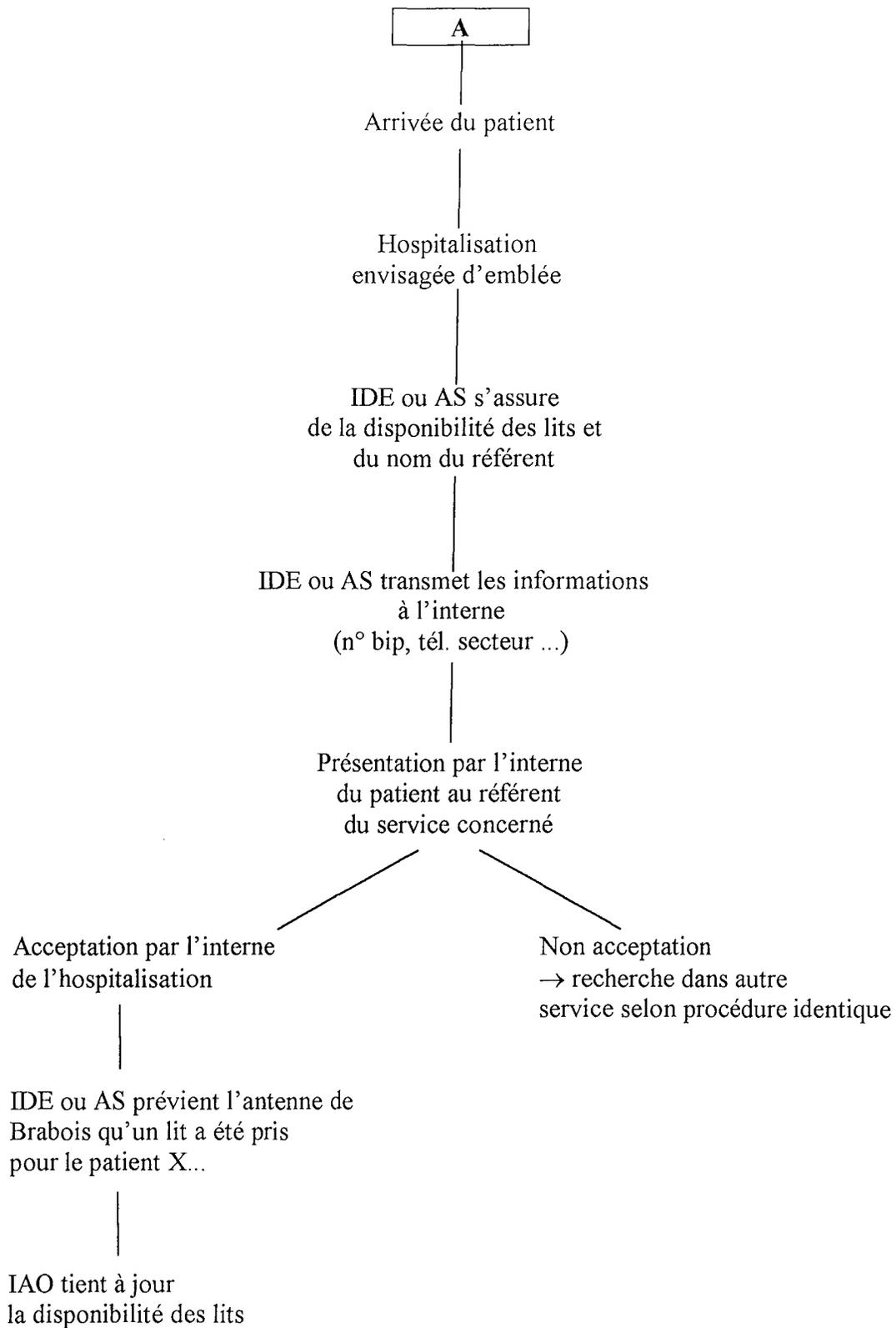
Mme Dawint (surveillante-SAU)

Dr Lazarus (interne-SAU)

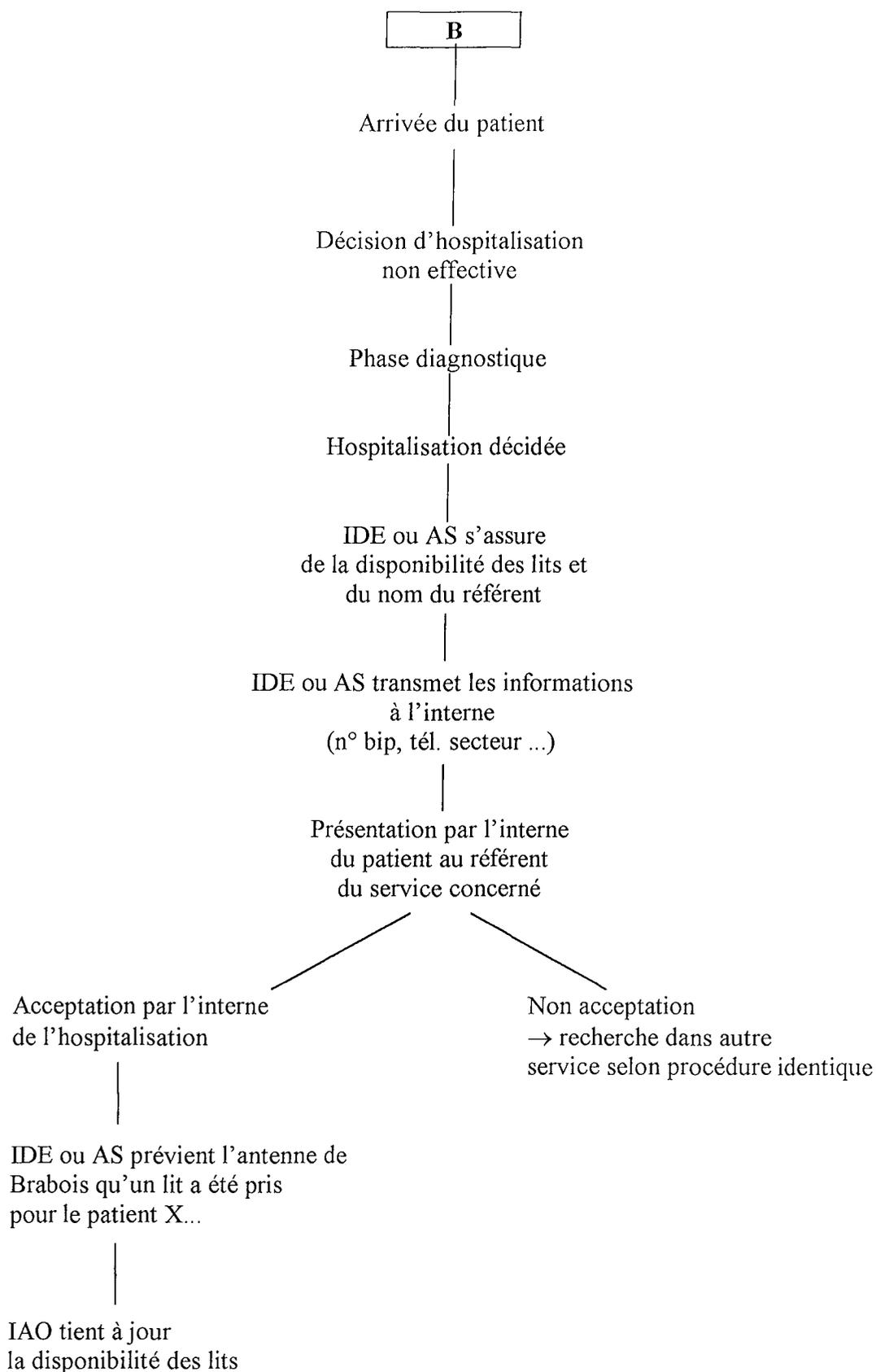
Devant le constat et les difficultés rencontrées, nous proposons les actions correctrices suivantes, et avec **3 fiches techniques filière médecine et chirurgie** de conduite à tenir.

- Toute communication téléphonique entre le SAU et le secteur ne doit pas rester anonyme, le nom et la fonction des 2 interlocuteurs sont connus.
- Faire en sorte que le système informatique de l'institution donne la disponibilité des lits 24 H sur 24 en temps réel.
- Connaître 3 fois par jour (9 H - 13 H - 18 H) la disponibilité des lits de 1ère, 2e et 3e ligne en médecine.
- Permettre un accès permanent à une banque de données centrale des tableaux de garde avec numéros de bips, tatoo, etc... ou à défaut une liste manuscrite mise à jour par le service concerné.
- L'IAO et l'aide-soignant de nuit tiennent à jour les informations transmises concernant la disponibilité des lits de médecine et de chirurgie et en réfèrent de jour comme de nuit aux cadres en cas de difficultés.
- Mobiliser les autres services autour de cette action d'amélioration de la recherche de lit.

Filière Médecine



Filière Médecine



Filières Médecine et Chirurgie (traçabilité délais)

Phase d'arrivée	Arrivée du patient	T0
Phase diagnostique	Décision d'hospitalisation	T1
Phase d'orientation	Recherche de lit	T2
Phase de départ	Patient quitte le service	T3
	Patient arrive dans le service	T4



Action 1-9 : Réduction du délai de transport des malades

- Personne responsable du suivi :

J.M. Kleffert (surveillant brancardage-SAU)

- Acteurs impliqués :

Mme de canteloube (cadre supérieur)

Dr Bellou (praticien hospitalier)

Mr Anclin (chauffeur ambulancier)

Mr Ascencio (ASB)

1- Redéfinir les missions

A) des A.S.B. (Aides Soignants)

Ils assurent tous les transports intra-muros demandés par le SAU, et ont une autonomie de moyens dans le respect des consignes données.

Tout malade accompagné d'un médecin doit être convoyé par le SAMU par les agents affectés à ce service quel que soit le moyen de transport employé.

Pour tout transport médicalisé, la présence constante d'un médecin est obligatoire. Les actes de monitoring, soins techniques, ..., sont sous son entière responsabilité. Les A.S.B. sont responsables du transport mais n'ont aucune possibilité légale d'effectuer des actes infirmiers et encore moins médicaux.

Leur activité doit être centrée sur le SAU !!!

Une coordination avec les A.S.B. du bâtiment de neuro-sciences est en cours de discussion et devra être précisée.

Il est à rappeler qu'actuellement, un A.S.B. est occupé environ 18h/24 pour effectuer les transports en ambulance.

B) des C.C.A. (ambulanciers) affectés au SAU

Actuellement, ils assurent, avec un A.S.B., les transports extra-muros, la nuit, les transports médicalisés du SAMU, les week-end et la nuit le transport des tubes, pharmacie, diverses courses et missions vers les services éloignés du CHU.

Toutes ces missions doivent être redéfinies afin de donner la priorité au transport des malades du SAU et diminuer l'emploi d'ambulances privées.

Une coordination avec les P.C. des ambulances de Brabois, Toul et M.V.F. est à proposer.

Il est rappelé qu'une mission doit être menée à son terme.

C) Transport médicalisé (intra hospitalier)

Les transports en ambulance « intra légère » doivent être supprimés.

Un transport est médicalisé ou non. Cette décision est sous la responsabilité du P.H. du SAU.

D) Ambulance privée

En l'absence de C.C.A., afin de réduire les délais d'attente, il peut être fait appel à des ambulances privées.

Cette décision est une prescription médicale. Le groupement est, actuellement, l'interlocuteur privilégié.

Le délai d'intervention admis est de : 20 mn. Passé ce temps, il peut être fait appel à une autre société.

E) Formation continue

Il est indispensable de maintenir à niveau et d'améliorer les compétences des acteurs concourant au transport des patients, A.S.B. et C.C.A., de façon continue.

2- Hiérarchiser les transports

A) Besoins en personnel

Pour effectuer les transports extra-muros de manière optimale, deux C.C.A. affectés au SAU sont nécessaires durant 24 h.

Pour effectuer les transports intra-muros et en tenant compte de l'ouverture du bâtiment de neuro-sciences, trois A.S.B. sont à affecter en supplément au S.A.U. (plus de 50 % de transports extra-muros vont devenir intra-muros).

B) Transports médicalisés intra et extra-muros

Ils doivent être effectués par le SAMU, en accord avec le P.H. du SAU.

C) Transports non médicalisés

En intra-muros ils doivent être effectués par les A.S.B.

En extra-muros, par les deux C.C.A. affectés au SAU.

3- Proposition d'organisation interne concernant les transports des malades

A) Moyen en personnel

Il apparaît indispensable de pouvoir disposer d'un répartiteur de travail 24 h /24.

B) Organisation

1°) Toute demande de transport ou de manipulation, à l'intérieur du SAU ou pour l'extérieur, doit impérativement être demandée au répartiteur de travail ou à la personne le remplaçant, afin de savoir à tout moment les possibilités en personnel dont nous disposons.

2°) Les A.S.B. ou les C.C.A. qui effectuent le transport ont besoin de renseignements sur les précautions particulières à prendre concernant ce travail, par exemple : suspicion de fractures, malade agité, ne doit pas se lever, sondes ou drains divers, ... d'indications précises du lieu où attend le malade, du lieu où il doit être transporté, par exemple repos 1 pour la Med D 3e, de renseignements sur le moyen de transport : couché, assis ou valide. Ces renseignements doivent, pour les indications de lieux et les moyens à employer être notés sur l'enveloppe et pour les précautions leur être transmis oralement.

3°) Pour utiliser au mieux les moyens en personnel, tout acteur du service peut effectuer un changement de box, par exemple, sans faire appel de façon systématique aux A.S.B.

4°) A la fin de chaque tâche, les agents doivent informer le répartiteur de travail de leur disponibilité.

5°) Une coordination avec les A.S.B. du bâtiment de neuro-sciences doit être envisagée concernant les entrées vers ce service.

6°) Une plus grande cohésion entre les différentes catégories de personnel est indispensable à un travail d'équipe.

Action n° 2 : Améliorer l'Accueil et l'Information

Personnes responsables :

- Mme Dawint (cadre infirmier)
- Mme de Canteloube (cadre supérieur)
- Dr Bellou (PH)

Acteurs impliqués :

- Mme Wang (chef du bureau des entrées)
- Mme Prin (agent administratif)
- Mr Engel (agent administratif)
- Mme Rouyer (agent administratif)
- Melle Antoine (IDE)
- Mme Hangard (AS)
- Mme Coulama (IDE)
- Mr Stefan (AS)
- Mme Lambert (IDE)
- Mr Ascencio (ASB)
- Mr Sfriso

« L'accueil des malades et des accompagnants doit être assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission. Dès son arrivée dans l'établissement, chaque hospitalisé reçoit un dépliant ou une brochure contenant toutes les informations qui lui seront utiles pendant son séjour » (Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. JO. du 16 janvier 1974, art. 38 et 39, chap. II).

Ceci doit être applicable au SAU.

1- Différentes phases du processus accueil au SAU

1-1 Phase d'arrivée et de premier contact

- **acteurs impliqués :**

- IAO

- agent administratif

- ASB

Le contact est établi avec les usagers : patient, famille, entourage

Le SAU ne doit pas jouer le rôle de « **point I** ». En effet l'IAO a souvent un rôle d'information de personnes qui n'ont rien à voir avec le SAU et demandent des renseignements n'impliquant pas le service.

Pour éviter des différences de qualité entre le jour et la nuit il est indispensable que nous disposions d'une IAO et d'un agent administratif 24h sur 24h samedi et dimanche compris.

L'IAO doit être capable :

- d'accueillir

- d'informer le patient ou l'entourage du déroulement de la prise en charge et d'expliquer les éventuelles attentes prolongées

- d'orienter au mieux le patient : filière médecine, chirurgie, déchochage

- de faire appel à un médecin quand cela est nécessaire
- d'accompagner le patient en salle d'attente ou en salle de soins et d'éviter les attentes dans le hall
- d'organiser l'activité des soignants et suivre régulièrement la libération des salles d'examens
- de remettre le livret d'accueil

• **Environnement :**

- la salle d'attente doit être accueillante : peintures agréables, meubles avec porte documents (journaux, revues...), distributeurs de boissons et de sandwiches, un coin enfant. Une salle d'attente médecine et une pour la chirurgie serait souhaitable. Ces 2 salles d'attente devront être vitrées afin de permettre une surveillance appropriée. Les informations concernant les grands problèmes de santé publique (alcoolisme, tabagisme, hépatites, sida.....) doivent être affichées. Le patient est informé de l'organisation de la prise en charge par un poster.

- suppression de la vitre dans le poste d'accueil qui ne permet pas un accueil de qualité mais il est justifié de surélever et élargir la banque pour éviter les risques de violence.

1-2 Phase de prise en charge

L'accueil doit se faire en présence **obligatoire** du binôme « soignant-médecin ». Le premier médecin référent est l'interne ou le senior. L'externe est présent pour le recueil des données. Le patient doit être informé régulièrement de l'évolution de la prise en charge et des décisions le concernant.

2- Critères de qualité de l'accueil

- Accueil courtois du patient, des proches dès l'arrivée au SAU
- Saluer par une formule de politesse énoncée d'un ton chaleureux
- Vérifier l'identité de la personne en l'appelant par son nom ou en le lui demandant
- Transmission des informations relatives au type de prise en charge et aux délais d'attente
- Remise du livret d'accueil
- Se présenter par son nom et sa fonction
- Porter un badge ou une identification sur la blouse
- Porter une tenue vestimentaire propre
- Accompagner le patient
- L'aider à s'installer si besoin
- Etre à l'écoute des questions posées par le patient et les proches et y apporter des réponses pertinentes
- Utiliser un langage clair et adapté
- S'assurer de la compréhension des explications données
- Absence de jugement
- Respect de la confidentialité
- Respect de l'intimité

La phase administrative doit être à la charge de l'agent administratif.

3- Rôle de l'agent administratif

La situation géographique, qui représentait l'inconvénient majeur, doit être résolue, la place de l'Agent Administratif est aux côtés de l'IAO. Il est cependant indispensable qu'une

identification claire soit effectuée, afin de permettre au patient de savoir qui est son interlocuteur.

La priorité est l'accueil immédiat du patient par l'IAO. L'Agent Administratif intervient ensuite. Il lui appartient de réclamer les cartes de sécurité sociale et de mutuelle et de saisir les données afin d'éditer les étiquettes, celles-ci étant l'identification première du patient dans le service. Il est indispensable que ce travail soit effectué de la façon la plus complète. En effet, de mauvaises informations saisies ont des répercussions sur le plan médical et administratif, et peuvent avoir une incidence grave. Il faut bien intégrer que le travail de l'Agent Administratif sera modifié et admettre que les dossiers ne seront plus régularisés au niveau du SAU, mais par le Bureau des Entrées, cela ne devrait pas lui apporter une charge de travail supplémentaire puisque tous les dossiers sont vérifiés le lendemain. En revanche, si l'Agent Administratif du SAU obtient un maximum de renseignements, cela simplifiera la régularisation. La présence de l'Agent Administratif ne doit pas se limiter à l'amplitude horaire actuelle (8H - 12H / 13H - 17H). Il est proposé d'envisager une présence 24H / 24H comme sur le site de Brabois, mais en attente de cette décision, il semble opportun de décaler la prise de poste le matin, l'activité du SAU est généralement plus intense aux environs de 10 H et décaler également sa présence au moment où l'activité est plus importante. On peut envisager une extension du travail de l'Agent Administratif, ainsi qu'une collaboration plus étroite avec l'IAO et l'équipe soignante. Cela pourrait se définir ainsi :

- répondre aux appels téléphoniques et renseigner les patients lorsque leur demande reste dans un cadre que l'on pourrait considérer administratif. A titre d'exemple, renseigner l'interlocuteur sur l'éventuelle rédaction de documents tel un feuillet AT...

- intervenir au niveau de l'attente, puisqu'il apparaît qu'une attente non expliquée est mal vécue.

- on peut envisager également une collaboration plus étroite avec les Assistantes Sociales, restant à définir.

- apporter une aide aux soignants quant à la rédaction d'un inventaire ceci n'est pas exhaustif.

De nouvelles propositions émergeront sûrement à l'issue du fonctionnement.

Il est évident que dans le cadre de ces nouvelles procédures, il demeure important que chacun assure sa tâche, et que les relations se situent au niveau de la collaboration. En cas d'absences momentanées de l'Agent Administratif le relais doit être possible, ainsi que quelques aménagements matériels tel que l'accès au Minitel et une ligne téléphonique directe. Il est souhaitable que l'Agent Administratif soit sous la responsabilité directe du responsable des urgences qui a une meilleure appréhension des problèmes quotidiens et par conséquent une meilleure aptitude à trouver les solutions.

Il semble que l'ensemble de ces modifications et améliorations peuvent encore évoluer et pourront apporter une meilleure motivation des agents, ils se verront plus impliqués dans la vie du service. Il est important également de noter que libérer l'IAO de ces tâches administratives lui permettra d'avoir une disponibilité améliorant la qualité de l'accueil.

Action n°3 : Améliorer la transmission de l'information entre les acteurs du SAU

1- Groupe de suivi

Personnes responsables :

Dr Bellou

Personnes impliquées :

Dr Nace (SAMU)

Dr Carpentier (Réanimation chirurgicale)

Dr Atain-Kouadio (SAMU)

2- Procédures

2-1- Amélioration de la transmission de l'information par le SAMU.

⇒ permet l'organisation des moyens pour mieux accueillir les patients.

⇒ message papier (imprimante).

⇒ message téléphonique du Centre 15 (contact avec le médecin du SAU obligatoire).

2-2 Amélioration de la transmission de l'information médicale en salle de déchocage.

L'IADE doit être systématiquement présente aidée par une IDE du SAU.

⇒ polytraumatisés : présence du médecin SAMU

du médecin du SAU

du chirurgien

du réanimateur chirurgical

⇒ malade ayant une pathologie médicale (intubé - ventilé) :

présence du médecin SAMU

du médecin du SAU

du réanimateur médical

⇒ autres situations :

présence du médecin SAMU

du médecin du SAU

Ce type de prise en charge n'est possible que si l'on peut anticiper l'organisation des moyens.

Il permet de réduire le délai de prise en charge et de décision (en particulier l'orientation du malade). La gestion de cette organisation est centralisée par l'IAO. Le message SAMU doit être le plus complet possible.

2-3- Toute information médicale doit être immédiatement transmise au médecin du SAU.

2-4- Transmission immédiate des résultats d'examens biologiques et radiologiques au médecin du SAU dès leur réception.

Annexe 25 : Moyens nécessaires pour mener à bien les différentes actions

1- Environnement matériel

1-1 Structures

- 1 salle polyvalente de médecine : prise en charge de malades ne justifiant pas d'hospitalisation. Il s'agit de malades de consultation de Médecine Générale.
- 1 salle polyvalente de chirurgie : prise en charge de la chirurgie légère.
- Des lits d'ultracourt séjour : permettant de dégager les salles d'examen
- 1 salle mortuaire
- Fléchage d'orientation dans le SAU
- Nomination visible des salles de soins
- 1 salle de staff-bibliothèque
- 1 bureau pour recevoir les familles
- 1 bureau de consultation psychiatrique : permettant de dégager les salles d'examen.
- Supprimer la vitre de la bulle d'accueil.
- 1 salle d'attente patient
- 1 salle d'attente « départ » patient
- 1 salle d'attente « famille-entourage »
- Aménager les salles d'attente : peinture, boissons, sandwicherie, musique, ...
- Système d'interphonie : efficace, moins bruyant
- Télécopieur
- Organiser le réseau téléphone
- Système de bips personnalisés

- 1 ordinateur avec imprimante supplémentaire pour les médecins du SAU pour ne pas encombrer les postes de travail
- 1 poste d'hôtesse d'accueil
- 1 poster (avec couleurs) : décrivant avec précision le processus de prise en charge dans les salles d'attente et d'examen
- 1 poster : décrivant la charte du malade hospitalisé ; et pourquoi pas la charte du malade admis au SAU.

1-2 Matériels

- médicaux et paramédicaux : à disposition dans toutes les salles d'examens (stéthoscopes, tensiomètres, appareil multifonction, ophtalmoscope, otoscope, lampe, abaisses langue..)
- Bons de laboratoires et de radio
- Faciliter la location de cannes anglaises pour les patients qui repartent à domicile
- suppression des brancards fixes dans les salles de chirurgie et prévoir 3 brancards à roulettes
- remplacement de certains matériels (en chirurgie)
- Equipement cardiologique au SAU : échocardiographe adapté
- interphonie en sélectif
- 1 téléphone portable pour familles, patients, ...
- 1 téléphone affecté pour la transmission des résultats biologiques et radiologiques
- 1 tableau avec la liste des médecins et chirurgiens d'astreinte sur Hôpital Central et Brabois mise à jour quotidiennement ou de manière hebdomadaire (n° Tél, bip, tatoo, ...) .
Eviter les feuilles volantes.
- 1 tableau des services de garde de médecine et de chirurgie avec nombre de lits vacants en temps réel.
- faire évoluer le système informatique du SAU

- Amélioration de l'identification des patients et de leur suivi : orientation finale du patient (fonction GESMAL)
- Amélioration de la transmission des résultats biologiques (CIRUS)
- Amélioration du transport des prélèvements
- Réflexion sur l'intérêt d'une biologie déportée au SAU

2- Environnement humain

- Médical :
 - 2 médecins senior supplémentaires
 - 1 interne de chirurgie polyvalent
 - 1 interne de chirurgie technique
 - 1 interne de médecine supplémentaire de 8h30 à 18h30
 - 1 interne supplémentaire la nuit pour la filière médecine (intégrer les résidents du CHU)

intégration des attachés du SAMU au système de garde du SAU et au fonctionnement du SAU la journée
- 1 agent administratif : 24 H / 24 soit 4 postes pour couvrir cet horaire
- 1 IAO 24 H / 24 soit 2,5 postes
- 1 hôtesse d'accueil (Point I) : standard
 - renseigne les familles ...
- 1 assistante sociale : 24 H / 24
- 1 ASH de nuit
- 2 chauffeurs / jour pour le transport intra-hospitalier médicalisé
- 1 répartiteur 24h sur 24h soit 2,5 postes de brancardiers
- 3 ASB supplémentaires
- 1 transporteur de tubes 24 H / 24

- Renforcement du secrétariat :
 - 1 secrétaire médicale
 - 1 secrétaire service
 - 2 postes de soutien : rangement des dossiers, ...

ANNEXE 3 : Référentiel Qualité

Livret d'accueil

Plan des futurs locaux des urgences

**Référentiel « Qualité de l'accueil et la
transmission de l'information aux
usagers du Service d'Accueil des
Urgences du CHU de Nancy »**

Législation

Les textes qui sont parus au Journal Officiel concernent principalement les malades hospitalisés. Il n'est pas fait allusion de manière spécifique à l'accueil dans les services d'urgences dont l'activité est encore considérée comme de la consultation externe. Ceci doit nous interpeller car les SAU évoluent de manière quantitative (croissance régulière de 5% tous les ans et au moins 20% des patients sont hospitalisés à partir du SAU) et qualitative (meilleure médicalisation, développement de l'assurance qualité). On constate depuis quelques années une volonté de mieux informer le patient de ces droits au sein de l'hôpital. Cette tendance est imposée par des textes organisant une meilleure information qui est un préalable indispensable au consentement du patient. Cette meilleure information s'inscrit dans une dynamique de communication globale. Parallèlement, les médecins s'attachent à mieux répondre aux attentes des patients et expliquer les soins qui leur sont prodigués.

L'article 28 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 prévoit que les hôpitaux publics sont tenus de communiquer le dossier des malades, hospitalisés ou reçus en consultation externe au médecin appelé à dispenser des soins à ces malades. La loi n°91-748 du 31 juillet portant réforme hospitalière fait apparaître la notion de communication du dossier médical au malade par l'intermédiaire du médecin qu'il désigne à cet effet. Enfin, la Charte du patient de 1995 diffusée à chaque admission contient des dispositions en matière d'information et le Code de déontologie médicale dans sa dernière version (1995) comporte plusieurs articles relatifs à l'information du patient. Le décret n°93-221 du 16 février 1993 sur les règles professionnelles des infirmières les invite à informer le patient sur les les moyens mis en œuvre pour le soigner. La déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe, de 1994, fait référence à un principe d'information du patient, plus particulièrement sur son droit à être pleinement informé de son état de santé mais aussi des risques et avantages que comportent les actes médicaux proposés. Enfin, le statut du personnel des établissements publics impose aux agents une obligation, dans le respect des règles du secret, d'informer les malades.

Référentiel

1-Phase d'Arrivée et de Premier contact (Phase 1)

	Standard	Observé
a- Acteurs impliqués		
- IAO	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Agent Adm	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Répartiteur	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
b- Accueil en dehors de l'orientation assuré par		
- IAO	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- en cas d'absence par l'agent administratif	10 %	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
c- Recueil des données administratives		
- par l'IAO en cas d'absence de l'Agent Adm	10%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- par Agent Adm	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
d- Le poste d'accueil du SAU n'est pas un « point I » (renseignement d'ordre général, orientation dans l'hôpital....)	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
e- Mais il doit informer tout usager se présentant au SAU qu'il peut se rendre au point I du CHU	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

	Standard	Observé
f- Qualité de l'accueil		
- porter une tenue vestimentaire propre	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- se présenter par son nom ou prénom et sa fonction	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- porter un badge ou une identification sur la blouse (fonction, nom ou prénom)	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- accueil courtois du patient et des proches	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- absence de jugement de valeur (conditions sociales ou ethniques)	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- respect de la confidentialité	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- respect de l'intimité	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- le patient est salué par une formule de politesse énoncée d'un ton chaleureux	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- l'IAO ou l'agent administratif ou le médecin rassure le patient et l'entourage	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- l'identité du patient est vérifiée en l'appelant par son nom ou en le lui demandant	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- être à l'écoute des questions posées par le patient et les proches et y apporter des réponses pertinentes	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- le langage utilisé est clair et adapté	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- l'IAO ou l'agent adm s'est assuré de la compréhension des explications données en les reformulant	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- remise du livret d'accueil	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- inviter le patient à se rendre en salle d'attente ou l'accompagner en salle d'examen	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- l'aider à s'installer si besoin	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
g- L'IAO informe, avec un langage clair et adapté, le patient et l'entourage du déroulement de la prise en charge	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
h- L'IAO informe et argumente les éventuelles attentes prolongées	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

	Standard	Observé
i- L'IAO doit orienter au mieux le patient en fonction des données de l'interrogatoire (médecine, chirurgie, déchocage)	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
j- L'IAO fait appel au senior en cas de doute pour une orientation rapide du patient	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
k- Le senior doit répondre à la demande de l'IAO	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
l- L'IAO accompagne le patient et évite les attentes dans le hall	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
m- Les soignants doivent régulièrement contacter l'IAO pour prendre en charge un patient dès la libération d'une salle d'examen	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
n- L'IAO ne doit pas mettre un patient dans le couloir sans en référer au soignant et au médecin	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
o- La salle d'attente est accueillante (peinture, meubles avec porte documents, distributeurs de boissons, sandwich...)	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
p- Information décrivant la prise en charge et les devoirs et droits du patient au SAU est disponible dans la salle d'attente	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
q- Prise en charge des patients en fauteuil et brancard dès leur arrivée	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

II- Phase de prise en charge et orientation

	Standard	Observé
a- Accueil du patient par un binôme « soignant-interne ou senior »	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
b- L'externe n'accueille pas seul le patient	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
c- Qualité de l'accueil		
- porter une tenue vestimentaire propre	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- se présenter par son nom ou prénom et sa fonction	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- porter un badge ou une identification sur la blouse (fonction, nom ou prénom)	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- l'identité du patient est vérifiée en l'appelant par son nom ou en le lui demandant	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- accueil courtois du patient et des proches	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- absence de jugement de valeur (conditions sociales ou ethniques)	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- respect de la confidentialité	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- respect de l'intimité	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- le patient est salué par une formule de politesse énoncée d'un ton chaleureux	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- les soignants, les médecin rassurent le patient et l'entourage	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- être à l'écoute des questions posées par le patient et les proches et y apporter des réponses pertinentes	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- le langage utilisé est clair et adapté	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- le soignant ou le médecin se sont assurés de la compréhension des explications données en les reformulant	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- accompagner le patient en salle d'examen	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- l'aider à s'installer si besoin	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

	Standard	Observé
d- Le patient est informé avec un langage clair et adapté des premières conclusions par le médecin (interne ou sénior)	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
e- Le patient reçoit par le médecin (interne ou sénior), après que le binôme ait fait une synthèse de la prise en charge, des explications claires et complètes sur les examens, le diagnostic, les traitements	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
f- Le patient, l'entourage, la famille sont informés des conclusions en accord avec le patient	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
g- Les soignants ont assuré les modalités du départ : appel de la famille ou d'un transport, documents utiles (certificats médicaux, arrêt de travail, ordonnances)	100%	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

> On attend parfois dans un service des urgences... c'est vrai.

Mais il y a différentes raisons à cela. Souvent, l'attente est la conséquence des actes qui sont pratiqués : c'est le temps de traitement de vos radios, le délai de réception de vos analyses de sang...

Lorsque la priorité est donnée à un blessé grave qui vient d'être admis dans le service... Cela retarde d'autant votre prise en charge...

Enfin, il est vrai que parfois, votre attente est due à une organisation imparfaite du service, que nous nous efforçons d'améliorer.

Pourtant, sachez que nous nous sommes engagés à vous informer des raisons de votre attente. Nous serons toujours prêts à vous expliquer pourquoi.

Si vous le souhaitez, à tout moment, vous pouvez demander à parler au médecin senior...

> VOTRE AVIS

NOUS INTÉRESSE

En nous donnant votre avis, vous nous aiderez à améliorer la qualité de notre accueil.



NUMÉROS UTILES

> Infirmière d'accueil et d'orientation

03 83 85 14 61

> Médecins du service

03 83 85 14 61

> Cadre infirmier

03 83 85 20 54

> Agent administratif

03 83 85 14 61

> Secrétariat

03 83 85 14 61

> Télécopie

03 83 85 29 88

Notre adresse



> Service d'Accueil des Urgences

Hôpital Central
CO N°34

54035 NANCY CEDEX

VOTRE SÉJOUR AU SERVICE DES URGENCES

Une certaine de personnes par jour sont prises en charge par l'équipe du Service d'Accueil des Urgences. Si une grande majorité est satisfaite des soins prodigués, l'accueil qui vous est réservé mérite d'être amélioré. Plusieurs actions sont en cours, dont l'édition de ce petit guide.

LE SOUHAIT DE MIEUX VOUS INFORMER

Un reproche qui nous est souvent fait est celui du manque d'information : « Est-ce grave ? Devrais-je faire des examens ? Combien de temps vais-je attendre ? Qui va me renseigner ? » Autant de questions que vous vous posez, d'interrogations légitimes auxquelles nous souhaitons mieux répondre. Aussi, nous nous engageons à vous informer et à satisfaire vos attentes dans la mesure de nos moyens.

Vous venez de franchir les

portes du Service d'accueil des urgences du CHU de Nancy, situé à l'hôpital Central. Notre mission est de vous accueillir 24h/24 et de vous dispenser des soins liés à votre état de santé.

> Etre brutalement plongé dans l'univers des urgences n'est pas pour vous une situation facile... Notre équipe va néanmoins tout mettre en œuvre pour que tout se passe pour le mieux.



Il y a urgence et urgence



- L'urgence vitale est celle qui met en jeu la vie du patient. Elle est prioritaire pour l'équipe soignante

c'est l'arrêt cardiaque, le traumatisme crânien grave...

- L'urgence relative impose des soins urgents, mais pas nécessairement immédiats.

C'est l'entorse de la cheville, la petite plaie, la crise d'appendicite...



COMMENT FONCTIONNE UN SERVICE D'ACCUEIL DES



Les Services d'Accueil des Urgences des hôpitaux permettent l'accueil de tous les patients. Qu'ils soient venus par leurs propres moyens, transportés par le SMUR, les pompiers, les ambulances privées ou même parfois par la police. Du plus petit « bobo » au grave polytraumatisme, nous devons à chacun des soins adaptés. Selon leur nature, ces soins pourront être dispensés sur place ou dans l'un des 50 services du CHU.

VOTRE PRISE EN CHARGE

Dès votre arrivée dans nos murs, nous veillerons à vous accueillir, apprécier l'urgence qui vous concerne et remplir votre dossier administratif. Vous serez ensuite examiné par l'équipe médicale, sous la responsabilité d'un médecin urgentiste expérimenté. Lorsque nous le jugeons utile, un avis est demandé à un confrère

d'une autre spécialité : cardiologue, chirurgien...

Trois cas peuvent se présenter :

- l'urgence traumatologique
- l'urgence non traumatologique
- l'urgence vitale.

Il est évident que dans cette dernière situation la gravité du diagnostic en fait une priorité absolue.

Parfois, des examens complémentaires seront nécessaires pour établir un diagnostic : prises de sang, radios...

SOINS SUR PLACE OU HOSPITALISATION

Selon la nature et la gravité du diagnostic posé par l'équipe médicale, vous pourrez rentrer chez vous : c'est le cas pour 70 % des personnes vues dans la journée. Dans ces cas simples (plâtres, sutures...) nous nous efforcerons de vous soigner sur place pour vous permettre de rentrer chez >

> vous le jour même. Dans un souci de sécurité, nous pouvons aussi demander à votre médecin traitant qu'il vous surveille pendant quelques jours. Parfois, nous souhaiterons vous revoir pour un contrôle. S'il est nécessaire que vous soyez hospitalisé, nous vous dirigerons vers le service spécialisé dans la pathologie qui vous affecte.

> QUI FAIT QUOI ? >

Un service des urgences est une petite « entreprise » composée de nombreux professionnels où chacun remplit un rôle bien précis, et contribue à la bonne marche de l'ensemble.

● L'équipe soignante

Ce sont les médecins du service, les consultants spécialisés, internes en médecine et chirurgie, étudiants hospitaliers spécialisés, infirmières, aides soignantes, brancardiers, manipulateurs en radiologie...

● Le personnel administratif et social

Il est composé de secrétaires, d'agents administratifs, d'assistantes sociales.

● Le personnel logistique

Ce sont les agents des services hospitaliers.



POSEZ-NOUS DES QUESTIONS !

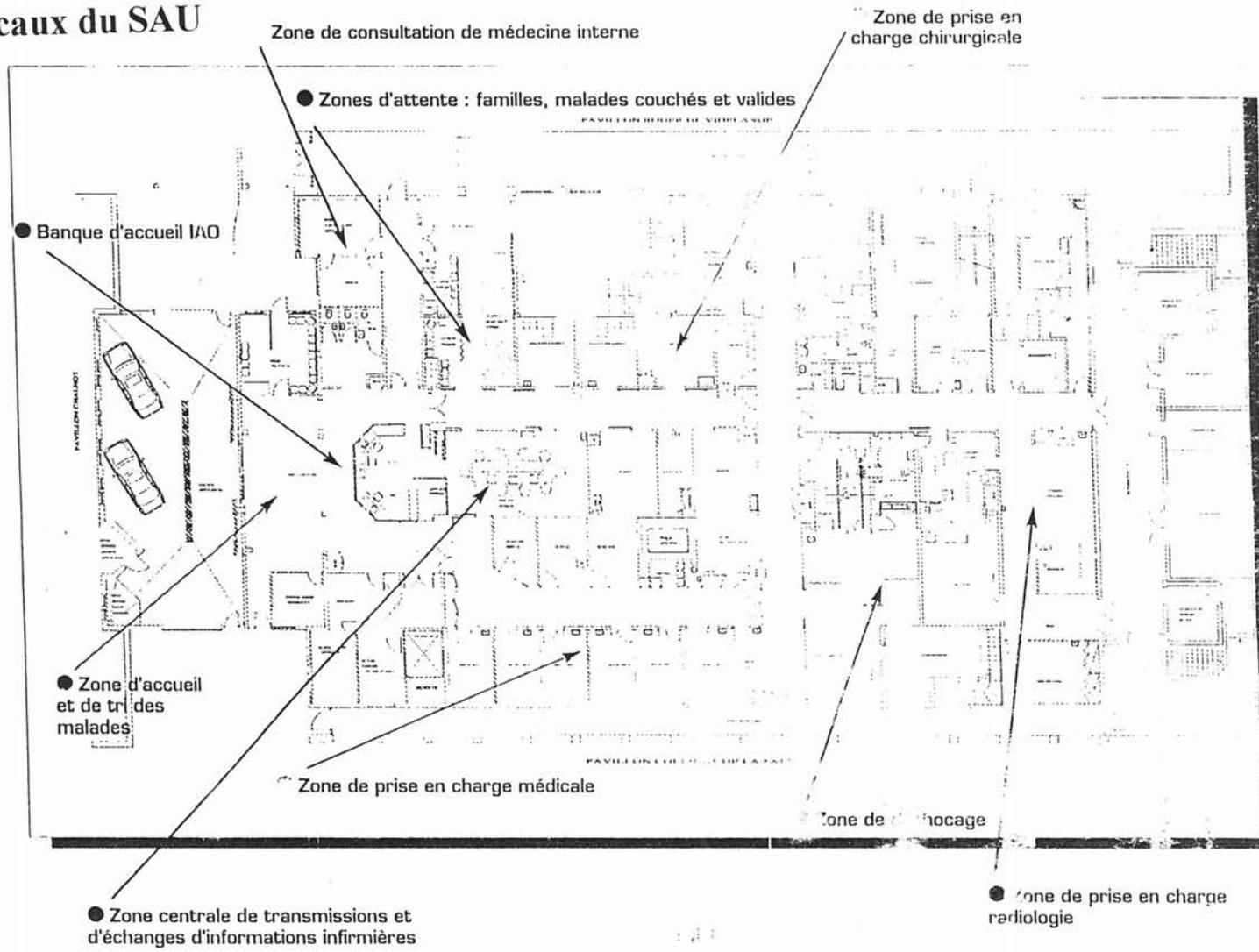
Même si nous sommes tous très occupés, posez-nous des questions ! Nous souhaitons que vous compreniez le déroulement de votre prise en charge, les raisons de l'attente d'un spécialiste, les examens demandés... Mais nous ne pouvons deviner les questions que vous vous posez. N'hésitez pas à nous solliciter...



L'ANGOISSE : C'EST NORMAL

Etre dans un service d'urgence, attendre le résultat des examens, ce que vont dire les médecins, ou tout simplement de les voir, est toujours angoissant. Cette réaction est normale et mérite de notre part une grande attention.

Plan des futurs locaux du SAU





VU

NANCY, le **2 AVRIL 2001**
Le Président de Thèse

Professeur **H. LAMBERT**

NANCY, le **3 AVRIL 2001**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **6 AVRIL 2001**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

RESUME DE LA THESE

Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) est un service central dans un établissement hospitalier. En effet, c'est le premier ou le seul contact que le patient aura avec l'hôpital. Il est difficile de connaître ce qu'attendent les usagers du SAU. Les mécontentements ou la satisfaction sont rarement formulés par les usagers.

Une démarche Qualité a été entreprise par le SAU de l'Hôpital Central de Nancy depuis 1997. Cette démarche s'intègre dans un Projet d'Assurance Qualité (PAQ) contractualisé par la Direction des Hôpitaux et l'ANAES. Le thème d'appel à projet choisi était « La réponse aux attentes des usagers ». Les objectifs poursuivis par ce PAQ étaient l'amélioration de la qualité de l'accueil et de l'information des usagers du SAU et la réduction des délais d'attente. Les deux indicateurs étaient la mesure du degré de satisfaction des usagers et la mesure des délais d'attente et de prise en charge au SAU. Des dysfonctionnements ont été mis en évidence et des actions d'amélioration ont été proposées et mesurées.

TITRE EN ANGLAIS

Development of Quality Assurance in a department of Emergency Medicine of Nancy University Hospital since 1997.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2001

MOTS CLEFS :

Service d'Accueil des Urgences

Qualité

Délai d'attente – délai de séjour – durée de prise en charge

Enquête de satisfaction

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 – VANDOEUVRE LES NANCY Cedex.
