



HAL
open science

Démarches d'évaluation organisationnelle développées au sein de la Société Francophone de Médecine d'Urgence en France depuis 1992

Sébastien Lefevre

► **To cite this version:**

Sébastien Lefevre. Démarches d'évaluation organisationnelle développées au sein de la Société Francophone de Médecine d'Urgence en France depuis 1992. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01734365

HAL Id: hal-01734365

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734365v1>

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>

T/NCY/2005/LEFEVRE

DOUBLE

UNIVERSITE HENRY POINCARÉ, NANCY 1
FACULTE DE MEDECINE

2005

N° 163

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE



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

Par

Sébastien LEFEVRE

Le 29 Novembre 2005

**Démarches d'évaluation organisationnelle développées au
sein de la Société Francophone de Médecine d'Urgence en
France depuis 1992.**

Examineurs de la thèse :

M. Abdelouahab Bellou	Professeur	Président du jury et directeur de thèse
M. Henri Lambert	Professeur	}
M. Serge Briançon	Professeur	}
M. Mahmut Gundesli	Docteur en Médecine	}

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 251403 1

UNIVERSITE HENRY POINCARE, NANCY 1
FACULTE DE MEDECINE

2005

N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE



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

Par

Sébastien LEFEVRE

Le 29 Novembre 2005

**Démarches d'évaluation organisationnelle développées au
sein de la Société Francophone de Médecine d'Urgence en
France depuis 1992.**

Examineurs de la thèse :

M. Abdelouahab Bellou	Professeur	Président du jury et directeur de thèse
M. Henri Lambert	Professeur	}
M. Serge Briançon	Professeur	}
M. Mahmut Gundesli	Docteur en Médecine	} Juges

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – 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 – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – 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

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –

Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

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

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Bernard FORTIER

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : **PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCILLAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : **PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP

51^{ème} Section : **PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

52^{ème} Section : **MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : **MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

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

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur François ALLA

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

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : **CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

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

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

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

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

49^{ème} Section : **PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

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

Docteur Jean PAYSANT

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : **SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : **CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE**

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : **SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : **MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : **GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : **BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : **BIOLOGIE DES ORGANISMES**
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE -
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND –
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

=====

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)
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, Directeur de Thèse et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Abdelouahab BELLOU,
Professeur de Médecine Interne, de Gériatrie et de biologie du
vieillissement.

*Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce travail et de le
juger.*

Merci pour votre aide et vos conseils éclairés.

Merci pour votre confiance.

*Que ce travail soit l'expression de notre reconnaissance et de notre
profond respect.*

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Henri LAMBERT,
Professeur de réanimation médicale, Chevalier de l'Ordre des Palmes
Académiques.

*Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au jury de
notre thèse.*

Soyez assuré de toute notre estime et de notre plus grand respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON,
Professeur d'Epidémiologie, d'Economie de la Santé et de Prévention de
la Santé.

Nous sommes très fiers de vous compter parmi nos juges.

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre admiration et
de notre profonde gratitude.*

A notre Maitre et Juge,

Monsieur le Docteur Mahmut GUNDESLI,
Praticien hospitalier.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en participant à ce jury.

Soyez assuré de notre sollicitude et de notre plus grand respect.

A Monsieur le Docteur AUSSEDAT,
Pour la confiance qu'il m'accorde.

C'est au cours de mon passage dans votre service que s'est confirmé mon plaisir de travailler aux urgences.

A toute l'équipe du SAMU 57 qui m'a fait l'honneur et le grand plaisir de m'accepter parmi les siens.

A tous mes amis pour leur fidélité.

A Maman,
Pour ton aide, ta présence et ton amour pendant toutes ces années,
A Papa,
Pour toute ton affection et ton soutien,
Si j'en suis là, c'est grâce à vous.

A Louisa,
Pour l'amour et le bonheur que tu m'apporte chaque jour, toi qui es toujours là
pour me soutenir et m'encourager.

A ma sœur et à mon frère,
Pour leur affection et leur confiance.
Je suis fier d'être votre grand frère.

A toute ma famille,
Pour leur soutien sans faille, avec une pensée particulière pour ma grand-mère,
pour Jean-Philippe et pour ceux qui sont loin de nous.

A ma belle-famille,
Pour sa gentillesse.

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".

Table des Abréviations



ACS : American College of Surgeon.
ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
AFAQ : Association Française d'Assurance Qualité.
AFNOR : Association Française de Normalisation.
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation.
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.
CCMU : Classification Commune des Malades des Urgences.
CME : Commission Médicale d'Etablissement.
COFRAQ : Comité Français d'Accréditation.
DIM : Département d'Information Médicale.
HAS : Haute Autorité en Santé.
IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation.
IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil.
JCAH : Joint Commission on Accreditation of Hospitals.
MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers.
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
OTA : Office Technology Assesment.
PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information.
POSU : Pole Opérationnel Spécialisé d'Urgence.
SAE : Statistique Annuelle d'Etablissement.
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.
SAU : Service d'Accueil des Urgences.
SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales.
SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence.
SRLF : Société de Réanimation de Langues Française.
SROSS : Schéma Régional Organisation Sanitaire et Sociale.
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
UP : Unité de Proximité.



Introduction générale.....	18
Introduction bibliographique.....	20
DÉFINITIONS ET HISTORIQUE DE L'ÉVALUATION :	21
<i>Historique de l'évaluation dans le domaine de la santé :</i>	<i>21</i>
<i>Définitions :</i>	<i>27</i>
Santé :	27
Evaluation :	27
Accréditation :	34
Audit :	36
Qualité :	37
Assurance qualité :	37
Contrôle et le contrôle de la qualité :	38
Standard de qualité :	38
Système d'assurance qualité :	38
Norme/Normalisation :	38
Événement sentinelle :	40
Gestion des risques :	40
Notion d'indicateurs :	40
Notion de référentiels :	40
ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCES :	41
EVALUATION AUX URGENCES :	44
<i>Définition et rôle des urgences :</i>	<i>44</i>
<i>Le cadre législatif :</i>	<i>50</i>
Les textes réglementaires :	50
Plan urgence 2003 :	51
SROSS :	53
Les publications de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de l'emploi et de la solidarité :	54
<i>Référentiels SFMU :</i>	<i>56</i>
La charte de Médecine d'Urgence.	56
Tableau de bord :	56
Classification des patients des services d'urgences.....	58
Le thesaurus des diagnostics :	60
Classification commune des actes médicaux	60
Critères d'évaluation des services d'urgences :	62
Les audits organisationnels :	63
Le référentiel IOA :	63
L'architecture des services d'urgences :	64
L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions :	64
Les conférences d'experts :	64
Objectifs	66
Méthodes	68



Résultats	71
<i>EVOLUTION GLOBALE DANS LE TEMPS :</i>	<i>72</i>
<i>EVOLUTION DANS LE TEMPS DES DIFFÉRENTS ITEMS :</i>	<i>78</i>
<i>UHCD :</i>	<i>78</i>
<i>Classifications et profils des usagers :</i>	<i>82</i>
<i>Les déterminants du temps de passage :</i>	<i>85</i>
<i>L'aval des urgences :</i>	<i>86</i>
<i>Relation avec l'amont :</i>	<i>91</i>
<i>Fonctionnement des SAU :</i>	<i>95</i>
<i>Gestion des flux :</i>	<i>98</i>
<i>Les audits :</i>	<i>103</i>
<i>ABSTRACTS AYANT DONNÉS LIEUX À PUBLICATION :</i>	<i>105</i>
Discussion.....	106
Conclusion	116
Bibliographie	120
Annexes	132
Annexe 1 : titres des abstracts et publications sur l'UHCD.....	133
Annexe 2 : titres des abstracts sur la classification et le profil des usagers.....	138
Annexe 3 : titres des abstracts sur les déterminants du temps de passage.....	142
Annexe 4 : titres des abstracts traitant des relations avec l'Aval.....	145
Annexe 5 : titres des abstracts traitant des relations avec l'Amont.....	150
Annexe 6 : titres des abstracts traitant du fonctionnement des SAU.....	153
Annexe 7 : titres des abstracts traitant de la gestion des flux.....	156
Annexe 8 : titres des abstracts traitant des Audits.....	163

Introduction générale

Depuis 15 ans, la Société Française de Médecine d'Urgence s'est employée à faire de l'exercice de la Médecine d'urgence, une spécialité à part entière.

Elle est devenue une société reconnue par les sociétés savantes des autres spécialités.

Cependant la Médecine d'Urgence a encore du mal à se faire reconnaître en France, que cela soit par certains de ses usagers, qui paraissent chaque jour encore plus mécontents du service rendu, ou encore par les autres spécialités qui ne semblent pas comprendre les impératifs et les particularités d'un tel service.

La reconnaissance de notre spécialité passe donc, dans un premier temps, par le développement de l'évaluation de ce type d'exercice de la médecine, pour faire connaître et reconnaître à nos tutelles, à nos confrères spécialistes ou généralistes, hospitaliers ou libéraux et à nos usagers, nos pratiques qui leurs paraissent si singulières.

De plus, dans notre système de soins actuel, avec les difficultés conjoncturelles économiques, cette évaluation est devenue une nécessité, pour rendre des comptes à nos instances économiques et politiques ou aux usagers devenus consommateurs de soins.

Dans notre travail, nous nous intéresserons plus particulièrement à un des aspects de l'évaluation qu'est son versant organisationnel. En effet, ce point de vue sur l'évaluation présente un double intérêt : il est intéressant dans la pratique quotidienne, car il évalue l'environnement propre du service d'accueil des urgences (architecture, locaux, plateau technique, aval et amont) et il est aussi la base de notre système d'accréditation des hôpitaux.

Nous allons dans un premier temps définir l'évaluation d'un point de vue général, avec un rappel historique, puis l'organisation et l'évaluation en médecine d'urgence.

Nous nous intéresserons ensuite au cadre législatif de l'évaluation organisationnelle, puis aux productions de la Société Francophone de Médecine d'Urgence en matière de recommandations organisationnelles.

Nous étudierons ensuite les publications et communications parues lors des congrès de la SFMU depuis 1992.

Introduction bibliographique

I- Définitions et historique de l'évaluation :

A- Historique de l'évaluation dans le domaine de la santé :

Les premières évaluations sont apparues au début du siècle. Il s'agissait alors de contrôles administratifs et d'audits de gestion. Elles ont contribué à l'image négative de l'évaluation.

La pratique de l'évaluation s'est ensuite développée aux USA, puis en Europe.

Aux USA, le début des programmes d'évaluation remonte à 1918.

Ralph Tyler, en 1950, introduit une distinction claire entre évaluation et mesure. A partir de cette date, les objectifs de référence, la mesure comparative et les effets résultants seront les trois notions présentes dans un grand nombre d'évaluations.

L'évaluation médicale provient initialement de l'Amérique du Nord. Au début du siècle, l'American College of Surgeons (ACS), qui s'inquiétait du grand nombre d'interventions non justifiées et par le nombre d'interventions pratiquées par des chirurgiens sans expérience, décida de surveiller les hôpitaux. Pour cela, il établit une norme pour les hôpitaux privés désireux d'accueillir des étudiants en vue de leur décerner des certificats de conformité, moyennant une inspection par une délégation de l'Association [105]. En 1951, l'ACS s'associa avec d'autres organismes professionnels et créa la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH).

Son rôle fut confirmé en 1989 : des standards optimaux furent substitués aux standards minimaux permettant ainsi de percevoir l'évaluation comme un guide d'amélioration continue et non comme une sanction.

En France, le concept d'évaluation est apparu vers la fin des années 70.

L'évaluation médicale n'a dès lors pas beaucoup progressé, alors qu'elle été considérée, déjà à cette époque, comme indispensable. Les lacunes du système de santé français en matière d'évaluation furent d'ailleurs soulignées quelques années plus tard par le professeur PAPIERNIK dans un rapport au ministère de la santé [104].

En 1989 les rédacteurs du rapport dit « Armogathe » pour « le développement de l'évaluation médicale » insistent sur le fait qu'il est temps de définir, et surtout de promouvoir, en France, une véritable politique d'évaluation médicale, ambitieuse mais réaliste, pluridisciplinaire mais cohérente, consensuelle mais dynamique [104].

Cette politique d'évaluation est une nécessité dont la mise en œuvre, inéluctable, doit se faire sans tarder. Sans exagération, on peut dire que c'est le maintien, et surtout le développement, de la qualité de notre système de soins qui en dépendent [104].

La première instance nationale fut créée en septembre 1989, avec l'avènement de l'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale).

A l'échelon régional, les commissions régionales d'évaluation médicale des établissements (CREME) sont des commissions chargées de donner des avis techniques aux commissions régionales d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS).

L'évaluation est rendue obligatoire par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 [81] et la circulaire du 14 mai 1991 [39]. Les départements d'information médicale (DIM) ont été créés en 1989. Leur mission était de mettre en place le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettant de décrire l'activité des établissements de santé dans le domaine du séjour hospitalier complet. Ce programme est entré en application en 1992. Les urgences sont de principe exclues de ce programme sauf pour les patients relevant d'une hospitalisation de courte durée.

Ces rapports et la politique gouvernementale qui en découle, avec les objectifs fixés par le ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale dans les « grandes orientations de la politique de santé, 1989-1992 » [44], ainsi que la création de l'ANDEM, montrent un renouveau d'intérêt certain pour l'évaluation médicale et une volonté politique de progresser en ce domaine : « La pratique généralisée de l'évaluation est la seule méthode qui puisse permettre de garantir aux Français un haut niveau de qualité des soins tout en préservant le niveau de protection sociale devant la maladie » [44].

L'évaluation est donc devenue une nécessité à plusieurs niveaux :

- D'un point de vue médical, la rapidité du développement de la médecine, de ses possibilités de plus en plus étendues, la multiplication des spécialités pose un problème de tri de l'information et crée un décalage de plus en plus grand entre l'état des connaissances et de leurs mises en œuvre dans la pratique quotidienne. En résumé, devant la nécessité déontologique du médecin à fournir au patient les soins les plus adaptés, un travail d'évaluation d'aval apparaît indispensable.

- D'un point de vue économique, elle permet d'apporter une réponse sur le coût économique d'un traitement ou d'un acte diagnostique et de savoir s'il existe d'autres possibilités avec un résultat identique.

- Du point de vue de la société, la collectivité, qui finance le système, demande un droit de regard de plus en plus important sur ce qui est fait et à disposer de moyens de contrôle. Il s'agit d'une évaluation au sens de la pratique quotidienne, car le besoin d'une information objective des patients pour une meilleure compréhension et participation au système est de plus en plus d'actualité.

En 1996, trois ordonnances entament la réforme globale de la sécurité sociale. Elles sont relatives à l'organisation de la sécurité sociale, à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et à la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

L'ordonnance hospitalière du 24 Avril 1996 s'inscrit dans le fil de la réforme de 1991, tout en apportant des innovations importantes issues de la réforme globale de la protection sociale. Elle s'organise autour de trois thèmes principaux [86] :

- 1- qualité, évaluation, accréditation et formation ;
- 2- responsabilisation
- 3- intégration de l'hôpital dans son environnement.

Le titre I de l'ordonnance est relatif aux droits des malades : il prévoit que les établissements de santé doivent réaliser régulièrement des évaluations auprès des patients sur la qualité de leur accueil, de leur séjour, de leur prise en charge ..., il prévoit aussi qu'un livret d'accueil doit être remis aux patients à leur arrivée, avec en annexe, la charte du patient hospitalisé [29].

Le titre II est relatif à l'accréditation, à l'évaluation et à l'analyse de l'activité des établissements de santé. Il prévoit que pour assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé, publics ou privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation : l'accréditation [29].

L'article 2 définit l'accréditation des établissements de santé. Il s'agit d'une procédure externe à un établissement afin d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement. Jusqu'en 2001, l'initiative de la procédure d'accréditation appartenait à l'établissement, l'ARH jouant alors un rôle incitatif. Depuis 2001, elle peut déclencher la procédure d'accréditation [29].

L'article 4 crée une instance indépendante et professionnelle chargée de la mise en œuvre de l'accréditation : l'ANAES. Elle est chargée de la production de référentiels de qualité, de leurs diffusions et de l'accréditation des établissements. Elle est par ailleurs chargée d'une mission d'évaluation en santé concernant le champ hospitalier et ambulatoire [29].

Le titre III 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 [29].

Le titre IV concerne la création des agences régionales d'hospitalisation qui ont pour missions 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, ainsi que de déterminer leurs ressources [29].

La recherche de la qualité passe par la reconnaissance du rôle du patient et de la réponse à ses attentes. La création de l'ANDEM avait amorcée le principe d'évaluation en France, la mise en place de l'ANAES le consacre [86].

Dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, un nouvel organisme a été créé : la Haute Autorité de Santé (HAS).

Elle est chargée :

- d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie ;
- de mettre en œuvre la certification des établissements de santé ;
- de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public.

La Haute Autorité de santé reprend ainsi les missions de l'ANAES, celles de la Commission de la transparence et de la Commission d'évaluation des produits et prestations, et s'en voit adjoindre de nouvelles.

De plus, le souhait par le législateur de maîtriser les dépenses de santé, permet de clarifier le rôle des différents acteurs et leur responsabilisation. Ce principe se traduit par la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), qui ont pour vocation de gérer l'enveloppe hospitalière publique et privée en s'appuyant sur les contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements [86].

Au niveau des services d'urgences, les commissions médicales d'établissements des hôpitaux généraux ont réalisé une enquête sur leurs fonctionnements en 1988, inquiètes de l'augmentation de leurs activités et de leur peu de moyens [25]. Les constatations furent catastrophiques. A cette date, il n'existait pas de réelles statistiques d'activité en dehors de quelques données démographiques, la nature des pathologies prises en charge n'était pas connue, certains services d'urgences n'avaient pas de locaux spécifiques, pas de personnel propre (16%) (Certains services n'avaient pas de surveillante (22%), pas de secrétaire (35%), pas d'agent de bureau (73%)). Dans 54% des cas, le personnel paramédical était partagé avec d'autres services. Les locaux d'accueil des urgences étaient souvent dispersés dans l'hôpital, sous la responsabilité de plusieurs médecins. Par ailleurs de nombreux dysfonctionnements étaient signalés : archives inaccessibles, absence de codage des actes, informatisation des services quasi inexistante, gardes médicales le plus souvent assurées par des étudiants, lits d'hospitalisation de courte durée très peu nombreux...

Une étude similaire réalisée dans les centres hospitaliers universitaires montrait une situation analogue [82].

Cette situation a entraîné de nombreux rapports officiels dont le plus déterminant est le rapport sur la médicalisation des urgences réalisé par le professeur Steg [104].

Ce rapport soulignait le caractère délétère de l'absence d'autonomie des structures d'urgence et de l'absence de prise en compte par les établissements de santé des besoins propres des services d'urgences. Il recommandait l'autonomisation des unités fonctionnelles ou des services d'urgences avec la nomination d'un chef de service, en laissant aux instances locales, et en particulier à la CME, toute latitude d'adaptation. Il confirmait ainsi les carences du système hospitalier d'accueil des urgences et fixait les axes principaux d'une réorganisation de ces services : examiner chaque malade sous la responsabilité d'un médecin confirmé, augmenter le nombre de médecins dans les services d'urgences, former les médecins et les personnels paramédicaux, favoriser les démarches qualifiées, améliorer la régulation pré hospitalière, améliorer la coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière. Enfin et surtout, ce rapport introduisait la distinction de deux niveaux de service d'urgence, l'un concernant les urgences de médecine générale, l'autre permettant l'accès aux spécialistes médicaux et chirurgicaux.

La réflexion s'est aussi développée à d'autres niveaux. Sur le plan scientifique, la création en 1985 d'une société savante, la Société Française des Urgences Médicales, devenue en 2002 la Société Francophone de

Médecine d'Urgence, a rassemblé les professionnels concernés par l'accueil des urgences hospitalières. Celle-ci à été agréée comme organisme de formation dès 1988. Cette société s'est dotée d'une commission d'évaluation, qui s'est fixé rapidement plusieurs objectifs : le recensement d'outils d'évaluation disponible et le choix des plus pertinents, la création d'un thesaurus pour le codage, la rédaction d'un référentiel des critères d'évaluation des services d'urgences, le développement de démarches d'assurance de la qualité intégrant les outils de l'accréditation validées par l'ANAES, la réalisation d'audits pour évaluer l'organisation des services d'urgence, la réalisation d'enquêtes pour mesurer l'impact de recommandations élaborées par la SFMU (notamment organisationnelles).

B - Définitions :

- **Santé :**

Selon l'OMS, la santé est un état de complet bien être physique, mental et social, et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [89].

En 1997, le Comité Français d'Education de la Santé définit la santé globale comme la santé de l'être humain vivant en société avec ses composantes physiques, psychiques et sociales, tenant compte des implications que peuvent avoir sur sa santé, son histoire personnelle et les différentes dimensions sociales, économiques, juridiques et culturelles de ses conditions de vie et de son mode de vie [33].

- **Evaluation :**

Etymologiquement, le terme d'évaluation est construit à partir de « valeur ». Dans le dictionnaire Robert, la définition marque l'absence d'une mesure précise de l'objet d'évaluation.

Il s'agit donc d'une opération consistant à affecter une valeur à un service ou à un produit. Cette valeur doit être mesurable. Le processus d'évaluation doit être idéalement reproductible, objectif et d'application facile [26].

Selon les normes ISO, l'évaluation de la qualité est un examen systématique en vue de déterminer dans quelle mesure une entité est capable de satisfaire aux exigences spécifiées (ISO 8402) [28].

L'évaluation a donc pour objectif de porter un jugement de valeur. Cet objectif est fondé sur des normes et des critères. Celui-ci peut être déterminé à l'avance ou par les évaluateurs, ils peuvent être définis de façon empirique ou normative, c'est-à-dire sur la base d'expériences, de jugement ou de consensus.

Elle consiste à déterminer et à appliquer des critères et des normes pour porter un jugement, c'est-à-dire mesurer un écart type entre une valeur mesurée et une valeur référence.

L'OMS définit l'évaluation comme une démarche qui doit permettre de garantir 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 iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins [28].

Cette définition se rapproche plus d'une démarche d'assurance qualité que d'évaluation de la qualité.

Mais l'évaluation médicale n'est qu'un aspect de l'évaluation en matière de santé et comporte d'une part, l'évaluation des techniques et des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, d'autre part, l'évaluation de la qualité des soins.

Pour ce qui est de l'évaluation des techniques et des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, la définition de référence [66] est celle de l'Office of Technology Assessment (OTA) du Congrès américain :

« Au sens strict, l'appréciation du degré de sécurité et d'efficacité d'une technique. Au sens plus large, l'évaluation est une démarche spécifique qui permet d'analyser les conséquences à court et à long terme des techniques médicales, et peut ainsi devenir la source d'informations nécessaire aux décideurs politiques pour la gestion du système, aux industriels pour développer leurs produits, aux professionnels de la santé pour traiter leurs patients et aux usagers pour prendre leurs propres décisions concernant leur santé. »

Avec l'aide de cette définition, il est possible de distinguer l'évaluation des nouvelles technologies, visant à déterminer l'apport de la nouvelle technique ou à préciser ses conditions d'utilisation eu égard aux possibilités existantes, et l'évaluation des techniques et des pratiques médicales courantes, visant à déterminer la technique ou la procédure la mieux adaptée aux résultats techniques, cliniques et économiques.

Plusieurs auteurs et notamment DONABEDIAN [60] présentent l'évaluation comme une mesure de valeur en intégrant les éléments suivants :

- Sécurité (safety) : il faut savoir si la technique proposée est dénuée de danger. On mesure donc le risque iatrogène.

- Efficacité expérimentale ou clinique (efficacy) : on cherche à mesurer la différence apportée par la technique en situation expérimentale. Il s'agit dans la majorité des cas des essais thérapeutiques randomisés.
- Efficacité pragmatique (effectiveness) : on mesure les interactions des traitements et l'insère d'une procédure dans des conditions moyennes d'exercice du système de soins.
- Effizienz ou coût/efficacité (efficiency) : on mesure les résultats et les ressources mises en œuvre. Il faut choisir des critères spécifiques pour évaluer l'efficacité et le coût des soins. L'efficacité sera mesurée par le nombre de patients détectés, l'espérance de vie, la fréquence des complications, alors que le coût sera exprimé en unités monétaires.
- Équité (fairness) : tous les patients doivent recevoir les mêmes soins, avec la meilleure qualité possible.

A partir des travaux de Donabedian [59], on peut distinguer trois domaines d'évaluation :

- L'évaluation des structures, ou encore des ressources, qui concernent les locaux, les équipements, mais aussi les équipes médicales et paramédicales.

- 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 :

- diagnostique,
- thérapeutiques,
- diagnostiques et thérapeutiques,
- des soins infirmiers,
- et portant sur les relations entre personnel soignant et patient.

- 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, de maladies évitables.

Pour ce qui est de l'évaluation de la qualité des soins, la définition de référence [66] est celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

« Une démarche qui doit permettre de garantir 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 iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. »

Il faut aussi évoquer la notion de soins de qualité, qui ont été énumérés par la JCAHO [66] :

- Efficaces et conformes aux normes scientifiques admises par les plus hautes autorités en la matière ;
- Appropriés, sachant que des soins efficaces peuvent ne pas être appropriés dans certain cas ;
- Sûrs, c'est-à-dire comportant le minimum de risques pour le patient ;
- Accessibles et acceptables pour le patient, entraînant sa satisfaction ;
- Les moins coûteux à qualité égale.

La démarche d'évaluation médicale permet donc de mieux connaître le contenu des actes médicaux, leurs performances et leurs conséquences.

Cette évaluation assure aussi le fait de pouvoir comparer la pratique et le référentiel, mettant à jour les difficultés d'application de ces références.

La réalisation concrète de l'évaluation nécessite d'appliquer une chronologie, qui est la suivante [66] :

- Choix du thème à évaluer ;
- Etablissement des critères, en utilisant des références supposées idéales, avec des conditions optimum de compétence, d'équipement et d'organisation ;
- Comparaison entre la pratique et la référence ;
- Explication des différences observées, avec le but de déterminer des mesures correctives ;

- Proposer des mesures pour ramener les différences obtenues dans des limites acceptables ;
- Mesure de l'impact des mesures prises et de son caractère durable.

Dans leur guide des outils d'évaluation aux urgences, Bleichner et al. [26], ont défini l'évaluation comme une opération qui consiste à affecter une valeur à un service ou à un produit. Ils rappellent que le processus d'évaluation doit être idéalement reproductible, objectif et d'application facile.

Les champs d'application de l'évaluation sont nombreux dans le domaine de la santé. Classiquement, selon les auteurs nord-américains et notamment DONABEDIAN [58], l'évaluation peut porter sur l'activité clinique, les aspects organisationnels, économiques ou technologiques, sur l'évaluation des structures, des procédures et des résultats :

- L'évaluation de l'activité clinique [58] va de la description quantitative à l'appréciation de la qualité des prestations fournies. Elle utilise les techniques et les concepts développés en épidémiologie descriptive et clinique, en recherche clinique et biomédicale, ainsi que dans les sciences de l'information.

- L'évaluation économique [58] quantifie les dépenses liées directement ou indirectement aux activités médicales. Un deuxième aspect est la gestion économique dont le but est l'optimisation des choix budgétaires en proposant des données objectives sur l'utilisation des ressources allouées. L'évaluation économique peut prendre quatre formes [66] :

- L'analyse du coût ou de minimisation du coût : elle vise à connaître le coût d'une pathologie, d'un traitement, c'est-à-dire à cerner les ressources consacrées à cette pathologie ou ce traitement. Il y a trois grandes catégories de coûts : les coûts de fonctionnement à l'intérieur du système de santé, les coûts supportés par les patients et leurs familles, et les coûts supportés au niveau de la société.
- L'analyse coût-efficacité est une forme d'évaluation économique qui s'intéresse à la fois au coût et aux conséquences d'un programme de santé ou d'un traitement et qui met en relation un résultat non monétaire avec des données monétaires.

- L'analyse coût-utilité est une forme d'évaluation économique qui porte une attention particulière à la qualité du produit de santé obtenu.
- L'analyse coût-bénéfice consiste à mettre une valeur sur les bénéfices que l'on tire d'un programme ou d'un traitement.

- L'évaluation technologique [58] a pour but de justifier le bien fondé des investissements en termes de sécurité, d'efficacité et de rentabilité dans les domaines des technologies médicales et de l'équipement.

- L'évaluation des structures [58], ou évaluation organisationnelle, concerne les moyens mis en œuvre, les personnes, les processus de fonctionnement et le système d'information. Cet aspect de l'évaluation intéresse directement les structures administratives et tutélaires, et est la base des systèmes d'autorisation et d'agrément. L'analyse des structures et de leur fonctionnement (activité, transfert, filière de soins) s'inspire des technologies du management et des outils sociologiques et pédagogiques.

Elle comprend l'évaluation des installations et des équipements disponibles et utilisés pour la prestation des soins. Elle couvre tous les aspects physiques des installations et équipements et va plus loin en incluant toutes les caractéristiques de l'organisation administrative et les qualifications des professionnels de santé. La terminologie structure est ici entendue au sens large et signifie toutes les ressources utilisées pour fournir la prestation de soins ainsi que la façon dont ces ressources sont organisées.

Le fait de prendre les structures comme indicateur de qualité repose sur deux hypothèses fondamentales :

- On suppose tout d'abord qu'il est plus probable d'obtenir de meilleurs soins quand existent une équipe mieux qualifiée, des aménagements perfectionnés et une organisation administrative et financière plus solide.

- On suppose ensuite que l'on est capable d'identifier ce qui est « bon », ce qui est de qualité en matière de personnel, de structures matérielles et organisationnelles.

- L'évaluation des procédures [58] est définie comme l'évaluation des activités des médecins dans leurs relations avec les malades. Le critère d'évaluation généralement utilisé est le degré d'adéquation aux normes et attentes de la profession. Ces normes et ces attentes peuvent avoir comme origine ce qui est considéré comme une pratique idéale,

bonne ou acceptable par les chefs de file reconnus par la profession, ou être déduites des modèle de soins observés dans la pratique courante.

- L'évaluation des résultats [58] apprécie les résultats finaux en termes de santé et de satisfaction pour le malade ou la population. Cette évaluation fournit la certitude que le soin a été bon, mauvais ou sans effet. Elle repose sur un consensus social et professionnel qui définit les résultats souhaitables. Donabedian [58] voit trois avantages à l'évaluation des résultats. Le premier est son grand niveau de validité comme mesure de la qualité, quasiment jamais remis en question. Le deuxième est ce que ce mode d'évaluation permet d'intégrer tous les effets des différents facteurs et processus de soins pour traduire un effet net sur la santé. Le troisième est que l'évaluation des résultats à un effet novateur dans le sens où il amène à s'interroger sur le pourquoi du résultat et à remonter ensuite la chaîne de soins.

L'objectif principal de l'évaluation est à priori l'amélioration de la qualité des soins délivrés. De façon plus large, l'évaluation doit permettre de concourir à l'appréciation des besoins sanitaires et à l'élaboration de stratégies permettant de les satisfaire. Ces objectifs supposent une connaissance de l'activité réalisée, de son évolution ainsi que des ressources utilisées [26].

Deux types d'évaluation peuvent être réalisés aux urgences [26] :

- L'évaluation descriptive consiste à établir, au sein d'un bilan annuel d'activité, les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population prise en charge et les allocations allouées pour cette mission. Cet aspect de l'évaluation est essentiellement épidémiologique. Nous développerons plus loin les outils applicables aux services d'urgences (thesaurus, classification, tableau de bord,...).

- L'évaluation qualitative : il s'agit d'une démarche analytique et dynamique. Son intérêt réside surtout dans une gestion de la qualité ; elle implique une analyse des structures, des procédures, et de la communication. Elle doit être comparée à l'utilisation des ressources.

- **Accréditation :**

[1, 4, 7, 8, 9, 32, 76, 100, 105, 106]

Pour l'AFNOR, l'accréditation est une procédure par laquelle une autorité reconnaît formellement qu'un organisme ou un individu est compétent pour effectuer des tâches spécifiques.

L'accréditation telle que définie dans le cadre de l'ordonnance du 24 avril 1996 est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé dont le but est d'obtenir une appréciation, indépendante, de la qualité de cet établissement ou, le cas échéant d'un ou plusieurs services ou activités de cet établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement [86].

Tous les établissements de santé sont concernés par cette procédure qui s'applique également aux réseaux de soins et aux groupements de coopération sanitaires.

Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.

L'organisme accréditeur établit avec les professionnels du système de santé, des référentiels pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en termes de gain de santé et de satisfaction du patient.

En application de l'ordonnance du 24 avril 1996 [86], cette procédure est conduite par l'ANAES.

L'accréditation de l'activité médicale et des établissements de santé hospitaliers existe depuis plusieurs décennies dans les pays étrangers, elle est développée en France de façon plus récente. La loi hospitalière de 1991 fait de l'évaluation une obligation. L'ordonnance de 1996 en précise les modalités en créant l'accréditation et l'ANAES.

La démarche d'évaluation suit une méthodologie précise qui a fait l'objet d'un manuel d'accréditation émis en février 1999 par l'ANAES avec deux actualisations [6, 7, 8].

Cet ouvrage précise que les conditions de réalisation d'une accréditation qui doit être entreprise dans un délai de 5 ans suivant la

parution de l'ordonnance du 24 Avril 1996. Cette procédure d'accréditation doit être renouvelée tous les 5 ans.

L'organisation de l'accréditation repose donc sur la création de l'ANAES. Son champ d'activité porte sur deux points : l'évaluation des techniques médicales, en reprenant les missions de L'ANDEM, et l'accréditation. L'ANAES a donc pour mission d'élaborer, de valider et de diffuser des référentiels de qualité, de mettre en œuvre la procédure d'accréditation et de prononcer celle-ci.

Il en découle la notion d'agrément, qui est défini comme la permission, l'approbation, délivrée par une autorité particulière en référence à des normes spécifiques. Au Canada, ce terme est utilisé pour désigner la procédure d'accréditation des établissements de santé par l'organisme représentant les associations professionnelles (Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé).

L'accréditation s'inscrit dans une logique de progrès d'un établissement de santé. Elle accorde une place centrale au patient, à son parcours, à la coordination des soins qui lui sont apportés, à sa satisfaction.

Elle a six objectifs principaux :

- L'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins, qui constituent une attente principale des patients vis-à-vis du système de santé,
- L'appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient, grâce à la mise en œuvre d'un système reconnu de gestion de qualité,
- La formulation de recommandations explicites,
- L'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité, afin qu'ils acceptent et s'approprient les changements,
- La reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé,
- L'amélioration continue de la confiance du public.

En pratique, au niveau des services d'urgences, outre les considérations concernant le fonctionnement du service, l'environnement du service d'urgence aura une importance majeure : disponibilité et compétence des consultants, liaison avec le plateau

technique, gestion des flux de malade, organisation des filières de soins.

- **Audit :**

L'audit [5] est une méthode d'évaluation qui permet la description suivie d'une analyse, d'une ou plusieurs activités ou organisations préalablement précisées en utilisant un référentiel propre. Il est réalisé par une personne ou un organisme n'assurant pas de responsabilité dans le secteur intéressé. Il aboutit à des propositions ou des recommandations.

L'audit s'applique à un système de qualité ou à des éléments de celui-ci, à des processus, des produits ou à des services. Ces différentes formes d'audit peuvent être conduites pour des besoins internes ou externes. Dans la démarche d'assurance de la qualité, les audits portent sur la structure organisationnelle, les ressources, les processus et les procédures nécessaires pour mettre en œuvre la gestion de la qualité dans l'hôpital.

L'audit clinique [3, 5, 68] est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ses pratiques et des résultats des soins, avec l'objectif de les améliorer.

L'audit qualité est 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 efficace et sont aptes à atteindre les objectifs (ISO 8402) [62].

L'audit organisationnel est une des méthodes d'évaluation des structures dans les services d'urgences. Il est réalisé par un groupe multiprofessionnel (médecins urgentistes, infirmières urgentistes, méthodologiste et directeur d'hôpital). Il est volontaire, demandé en commun par le chef de service et le directeur de l'établissement de soins. Il repose sur une visite sur site après auto-évaluation du service d'urgence à partir du référentiel des indicateurs de qualité, sur l'analyse d'enquêtes de satisfaction réalisées auprès des services hospitaliers, du plateau technique, du personnel médical et non médical du service des urgences et des patients. L'audit sur site dure deux à trois jours avec interviews de l'amont (SAMU) et de l'aval, rencontres avec les

personnels soignants du service audité, les chefs de services des différentes structures d'hospitalisation, le président de C.M.E. et les directeurs de l'hôpital. A la fin de la visite, un compte-rendu oral est rendu aux soignants du service audité, puis un rapport écrit est établi. Il isole les points forts et les points faibles et propose des actions d'amélioration du fonctionnement ou de restructuration. Une visite sur site est généralement prévue 18 à 24 mois plus tard.

- **Qualité :**

Elle est définie comme l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites (ISO 8202) [62].

La qualité des soins est définie comme le niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d'augmentation de la probabilité des résultats pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles [27].

- **Assurance qualité :**

Ensemble des actions préétablies et systématiques pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité (ISO 8402) [62].

Elle 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 contenues dans ceux-ci.

Le programme d'assurance qualité peut donc 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 (bâtiments, équipements, matériel), de son organisation et de ses prestations conformes aux cahiers des charges (objectifs de qualité) qu'ils se sont engagés à respecter [61].

- **Contrôle et le contrôle de la qualité :**

Il existe une confusion entre contrôle et évaluation. Le contrôle fait référence à une norme, à un règlement ou à un comportement qui ne seraient pas respectés. L'évaluation, elle, apprécie l'utilité et l'efficacité de la norme, du règlement ou du comportement, pour éventuellement les modifier. Ce sont donc des procédures radicalement opposées dans leurs objectifs et dans leurs résultats.

Le contrôle de la qualité est un terme recouvrant l'ensemble des activités telles que mesurer, examiner, essayer, passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité, et de comparer les résultats aux exigences spécifiées [62].

- **Standard de qualité :**

Ce sont des normes définissant le niveau minimum, le niveau optimal ou le niveau acceptable d'une procédure ou d'un résultat. Dans le cadre de l'accréditation, le standard de qualité représente une exigence de base donnant des indications sur ce que doit être le niveau de qualité d'une activité ou d'un processus donné [62].

- **Système d'assurance qualité :**

C'est un ensemble de règles permettant de mesurer les performances nécessaires pour garantir le niveau de qualité souhaité des produits et des services. Le but d'un tel système est d'aider une organisation à maîtriser ses processus et à conserver le bénéfice des actions d'amélioration [62].

- **Norme/Normalisation :**

La norme est un document établi par consensus, qui fournit, pour des usages communs et répétés des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités ou leurs résultats, garantissant un niveau d'ordre optimal dans un contexte donné [67].

Le consensus est défini comme un accord général caractérisé par l'absence d'opposition ferme à l'encontre de l'essentiel du sujet

émanant d'une partie importante des intérêt en jeu et par un processus de recherche de prise en considération des vues de toutes les parties concernées et de rapprochement des positions divergentes éventuelles. Le consensus n'implique pas nécessairement l'unanimité [67].

En règle générale, la norme est d'application volontaire, mais dans quelques cas, elle peut être rendue d'application obligatoire par les pouvoirs publics [67].

La norme propose des solutions à des questions techniques et commerciales concernant les produits, les biens d'équipements et les services. Elle établit un compromis entre l'état de la technique et les contraintes économiques à un moment donné. La norme représente un savoir faire et une technologie [67].

La normalisation a pour objet de fournir des documents de référence comportant des solutions à des problèmes techniques et commerciaux concernant les produits, biens et services qui se posent de façon répétée dans des relations entre partenaires économiques, scientifiques, techniques et sociaux (46).

Il faut introduire ici la notion de certification. Il s'agit d'une attestation formelle délivrée par un organisme certificateur, reconnu compétent et impartial, qu'un produit, un processus ou un service est conforme à des exigences spécifiques. L'entreprise choisit l'organisme de certification. Celui-ci peut effectuer lui-même l'évaluation ou la sous-traiter à un organisme à compétences plus spécialisées, mais il garde l'entière responsabilité de la certification décernée. En France, c'est le Comité Français d'Accréditation (COFRAC) qui a la charge d'accréditer les organismes certificateurs suivant les normes européenne EN 45000. L'Association Française de l'Assurance Qualité (AFAQ) représente l'organisme certificateur du système qualité le plus important. Il base la certification sur une évaluation selon les normes ISO 9000. Le déroulement d'une certification par l'AFAQ suit aussi plusieurs étapes qui sont la prise de contact réalisée par une demande de candidature émise par l'hôpital, une visite d'évaluation, une étude de recevabilité, un audit de certification, une délivrance du certificat et un suivi de la certification par les audits des suivis.

Les expériences d'accréditation suivant les normes ISO 9000 pourraient être assimilées à une démarche de certification.

- **Événement sentinelle :**

Un événement sentinelle identifie une occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée. Ces événements représentent des extrêmes utilisés en gestion des risques et se prêtent mal à une analyse statistique. Ils sont choisis par chaque secteur d'activité clinique [7, 8].

- **Gestion des risques :**

Un système de gestion des risques est un système visant à réduire les risques de survenue d'événement indésirables ou d'accidents concernant le patient ou le personnel [7, 8].

- **Notion d'indicateurs :**

Un indicateur est une donnée objective qui décrit une situation d'un point de vue quantitatif.

Un indicateur n'a de réelle signification que s'il permet de caractériser une situation et d'effectuer des comparaisons dans le temps ou dans l'espace [7, 8].

- **Notion de référentiels :**

C'est l'ensemble de références couvrant un domaine d'activité d'un établissement de santé.

Pour l'accréditation, dix référentiels sont identifiés dans le manuel d'accréditation, regroupés en trois chapitres : le patient et sa prise en charge (droits et information du patient, dossier du patient, organisation de la prise en charge des patients), management et gestion au service du patient (management de l'établissement et des secteurs d'activité, gestion des ressources humaines, gestion des fonctions logistiques, gestion du système d'information), qualité et prévention (gestion de la qualité et prévention des risques, vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle, surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux) [7, 8].

II- Organisation des services d'urgences :

En France, l'organisation des services d'urgences répond à des règles très précises, fixées par décrets. Cette organisation peut tout de même varier en fonction des disparités locales.

Le décret du 9 mai 1995 [50-52] modifié par le décret du 30 mai 1997 [54-57] définit les modalités d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi que le schéma régional d'organisation sanitaire des urgences. L'article 712-83 propose « un projet de répartition territoriale des sites d'accueil et de traitement des patients qui est établi en tenant compte des installations et des services existants, de l'activité constatée ou prévisible et des caractéristiques sanitaires et géographiques de la région ». En France, en fonction des ressources et des besoins, sont définis trois niveaux de sites de prise en charge des urgences :

- Services d'accueil et de traitements des urgences (SAU),
- Unités de proximité d'accueil et de traitement des urgences (UP),
- Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences (POSU).

Les modalités de fonctionnement de chacun de ces sites sont fixées précisément.

- Services d'accueil et de traitement des urgences (SAU).

Le SAU doit être organisé au sein d'un centre hospitalier ou dans un établissement de santé privé. Il accueille sans sélection tous les jours de l'année et 24 heures sur 24, toute personne se présentant en situation d'urgence physique ou psychologique et procède à sa prise en charge. Pour cela, il doit disposer de locaux spécifiques facilement identifiables et d'accès commodes à la fois pour les piétons et pour les ambulances. Son entrée doit être, si possible, distinctes de l'entrée de l'ensemble de l'hôpital. Trois zones distinctes sont déterminées :

- Une zone d'accueil contigüe à la zone de soins qui permet :
 - L'accueil et l'orientation des patients puis l'attente des patients ne présentant aucun signe de gravité,
 - L'enregistrement administratif des patients,
 - L'accueil des familles ;
- Une zone d'examen qui est constituée :
 - De salles d'examen, et d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV),
 - De moyens de déchoquage immédiatement accessibles,
 - De poste de soins infirmiers,

- De bureaux médicaux équipés de terminaux informatiques permettant la réception des bilans biologiques et la connaissance des disponibilités en lits de l'établissement et de téléphone dont un permet un accès direct avec le SAMU,
 - D'un bureau fermé permettant l'information des familles en toute confidentialité,
 - D'une réserve en matériel et en médicaments,
 - D'une salle de bain pour les patients,
 - D'un local de ménage et de stockage des objets souillés ;
- Une zone de surveillance de courte durée, comportant de trois à cinq boxes individuels par tranches de 10000 passages par an et par service. Cette zone fait suite sur le plan pratique et géographique à la zone d'examen. Elle comporte des postes de soins infirmiers, un bureau médical, un matériel de déchoquage et une réserve de médicaments et de matériel distincts de la zone d'examen.

L'établissement de santé dans lequel siège le SAU doit comporter :

- Un bloc opératoire avec au minimum deux salles dont une aseptique,
- Une salle de surveillance post-interventionnelle,
- Une unité de radiologie permettant de réaliser des examens de radiologie conventionnelle, d'échographie et de tomodensitométrie,
- Un laboratoire permettant de réaliser des examens de gaz du sang, de biochimie, d'hémostase, d'hématologie, de microbiologie et de toxicologie.
- Des services d'hospitalisation de courte durée,
- D'un service de réanimation polyvalente.

L'ensemble de ces sites doit être fonctionnel 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année.

- L'unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences (UP).

L'UP doit être organisée au sein d'un centre hospitalier ou dans un établissement de santé privé disposant d'au moins un service d'hospitalisation. Elle accueille sans sélection tous les jours de l'année et 24 heures sur 24 toute personne se présentant en situation d'urgence

physique ou psychologique et procède à son examen clinique. Ensuite, elle procède au traitement des patients nécessitant des soins courants de médecine générale ou de psychiatrie ou de chirurgie de cotation inférieure à K30. Si l'établissement dispose d'un chirurgien et d'un anesthésiste réanimateur, elle traite alors les patients dont l'état nécessite pour le traitement de la douleur un acte chirurgical supérieur à K30.

L'UP oriente les patients dont l'état le nécessite et qu'elle ne peut traiter vers les services adaptés. Cette orientation est réalisée après une mise en condition préalable.

L'établissement de santé, dans lequel siège l'UP, doit assurer :

- Les examens de radiologie conventionnelle et d'échographie pendant les heures ouvrées. En dehors de ces heures, une garde de manipulateurs en radiologie réalise les clichés conventionnels et les soumet au médecin de l'UP. Une interprétation par le radiologue doit être réalisée dans les 12 heures,
- Les examens de biologie courants.

L'UP doit posséder :

- Une zone d'accueil avec les mêmes caractéristiques que pour un SAU,
- Une zone d'examen et de soins comportant une salle et des moyens de déchocage,
- Une zone de surveillance de très courte durée comportant de deux à quatre boxes individuels par tranche de 10000 passages par an à l'unité de proximité.

- Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences (POSU).

Le POSU est un service d'urgence spécialisé. De cette spécialisation découle un isolement qui crée souvent des problèmes organisationnels. Ils sont généralement implantés dans les établissements spécialisés : pédiatrie, gynéco-obstétrique, psychiatrie.

Les conditions de fonctionnement des POSU sont identiques à celles des SAU. Ces services doivent disposer, 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année, de tout moyen technique indispensable à la prise en charge des urgences qu'il accueille. Si la spécialité le nécessite, ils doivent pouvoir bénéficier au sein de l'établissement de santé dans lequel il se trouve :

- D'une unité de réanimation ou de soins intensifs,

- D'un bloc opératoire avec une salle de surveillance post-interventionnelle,
- De moyens d'imagerie conventionnelle, d'échographie et de tomodensitométrie,
- D'un laboratoire permettant de réaliser les examens nécessaires et d'en délivrer les résultats sans délai.

III- Evaluation aux urgences :

A - Définition et rôle des urgences :

La médecine d'urgence est une spécialité ayant pour mission générale de répondre en permanence, de manière adaptée, aux demandes et / ou symptômes inopinés et urgents des malades et blessés, jusqu'à leur orientation [72].

La mission d'un service d'urgence est d'assurer une réponse permanente à la demande de tout patient présentant une souffrance réelle ou ressentie. Quelle que soit la pathologie, le patient doit pouvoir bénéficier d'une réponse rapide et adaptée. Pour permettre une action efficace, il est indispensable d'avoir une structure adaptée tant sur le plan architectural, que sur le plan humain. Cette organisation peut varier en fonction des disparités locales, mais doit répondre à des règles précises [87].

Toute personne, sans sélection, confrontée à un problème de santé inopiné, peut 24h/24, accéder aux compétences des professionnels de la médecine d'urgence [72].

Les fonctions de la médecine d'urgence sont d'identifier et de hiérarchiser, en fonction des symptômes et/ou des doléances des patients, les besoins motivant le recours aux services d'accueil des urgences. La médecine d'urgence doit aussi permettre de mettre en œuvre les premières mesures diagnostiques et thérapeutiques adaptés. Son rôle est aussi de réguler et de coordonner la prise en charge des malades ou des blessés afin de les orienter vers les structures, filières ou réseaux de soins adaptés à leurs besoins. Elle doit aussi, bien entendu, assurer la surveillance, les soins et l'observation nécessaires jusqu'à l'orientation des patients. Elle doit participer aux missions de prévention de veille et d'alerte sanitaire

dans le cadre du soin urgent individuel ou collectif et répondre aux situations d'urgence collective de tout type. Elle doit en outre organiser la formation des professionnels de l'urgence, assurer l'évaluation en médecine d'urgence, s'inscrivant dans une démarche de qualité [72].

Les critères de qualité dans les services d'urgences :

Les critères de qualité concernent les moyens et ressources disponibles ainsi que l'organisation du service. Ils supposent la comparaison à des normes établies à priori.

Ces normes ou recommandations proposées peuvent provenir de textes officiels ou de critères issus des pratiques professionnelles.

La conformité des moyens dont dispose un service d'urgences aux normes minimum fixées par les textes réglementaires est un des aspects permettant de juger des moyens disponibles. Il s'agit de recommandations de niveau 1.

Les pratiques professionnelles contribuent également à l'établissement de recommandations. Certains critères sont validés dans la littérature médicale, d'autres sont le fait de bonnes pratiques habituellement admises. Ces recommandations sont généralement de niveau 2, et donc d'application souhaitable [2, 24, 40, 83, 98, 99, 101].

La démarche de qualité dans les SAU :

La conformité du service d'urgences aux normes de qualité permet de disposer des moyens humains, matériels et organisationnels permettant de réaliser des prestations de qualité. Seule une démarche de qualité permet de s'assurer des résultats obtenus [24, 63, 96, 98, 101].

Il s'agit d'une démarche locale, consensuelle et dynamique, les objectifs de cette démarche, son organisation, et ses résultats doivent être écrits et communiqués [98].

On distingue d'un point de vue pratique, deux types de démarche :

- la première consiste à mettre en place un système de monitoring de la qualité.
- la seconde est la mise en place d'un audit [2, 31, 63, 77, 84, 101].

Les 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 (JO du 7 janvier 1986)
- Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU (JO n° 17 décembre 1987)
- 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 est le premier texte qui organise officiellement l'activité d'urgence. Elle sert de guide à l'organisation des services d'urgences jusqu'à ce jour. Elle précise les obligations du plateau technique et ses liaisons. Elle précise l'organisation du service d'urgence tant sur le plan structurel, que matériel et humain. Elle définit enfin plusieurs principes essentiels : la permanence des soins, la médicalisation et la pratique de l'évaluation.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 qui introduit la notion de rapport d'activité annuel.
- Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'autorisation nécessaire pour un établissement de santé pour exercer l'activité de soins et d'accueil et traitement des urgences, relatif aux conditions d'implantation et aux modalités de fonctionnement d'un service d'accueil des urgences.
- Décret n° 95-648 du 09 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins d'accueil et traitement des urgences.
Ces deux décrets mettent en place un accueil de deux niveaux : le Service d'Accueil des Urgences et l'Antenne d'Accueil et d'Orientation des Urgences
- Ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Art L 710-5 du Code de la Santé Publique (Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée).
- Décret n° 97-311 du 07 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.

- 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 certaine modalité de préparation des schémas d'organisations sanitaire.
- 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 d'accueil et traitements des urgences.
- Décret n° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions technique 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.

Ces trois derniers décrets précisent l'organisation des services d'urgences hospitalières. Ils précisent également les modalités de mise en œuvre du « SROSS urgence ».

- Circulaire n° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Elle rappelle la nécessité d'une articulation de la permanence des soins entre la ville et l'hôpital, la nécessité d'interconnecter et de mettre en réseau les professionnels de l'urgence, la nécessité de développer des filières de soins spécifiques (gériatrie, psychiatrie et pédiatrie), la nécessité d'obtenir l'implication des établissements dans la prise en charge des urgences et dans l'organisation de l'aval, et la nécessité de mettre en place une évaluation des services d'urgence.
- Circulaire DHOS/SDO n°238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences.

Tous ces textes constituent une norme, définissant ainsi l'environnement des services d'urgences, leur accès, leurs plateaux techniques, leurs moyens techniques et leurs locaux, en notant qu'à côté des recommandations officielles, on trouve dans la littérature des recommandations générales [101, 103], leurs moyens matériels et humains.

Une mauvaise reconnaissance de l'urgence hospitalière a été soulignée par les différents rapports. Ils proposent une meilleure définition des missions de l'urgence hospitalière et la reconnaissance de son individualité. Un accord s'est fait sur une définition : « Le service d'accueil des urgences est le lieu d'accueil de tous les patients se présentant à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation dont la

prise en charge n'a pas été programmée ». Cette définition recouvre toutes les urgences quelle que soit leur gravité. A coté des urgences engageant le pronostic vital ou le pronostic fonctionnel, il existe en effet des malades de moindre gravité dont le traitement ne peut être différé. Il existe également des patients réclamant une prise en charge sociale associée aux problèmes médicaux ou psychiatriques.

Défini et organisé par des décrets, le service d'urgence devient un service à part entière. Il a un chef de service, des équipes médicales et paramédicales propres. Il comprend obligatoirement un service d'hospitalisation de courte durée. Sa place dans le fonctionnement de l'hôpital est essentielle. Dans la plupart des établissements, 40% du recrutement provient des services d'urgences. Les urgentistes assurent souvent les urgences internes de l'ensemble des services pendant les heures de gardes.

L'évaluation en médecine d'urgence, comme dans toutes les autres spécialités médicales a pour but l'optimisation du service rendu. Cette démarche d'évaluation est d'autant plus importante en médecine d'urgence qu'elle permet, en plus de l'amélioration de la qualité des soins, une structuration de cette spécialité en plein essor [72].

Elle comporte 3 grands axes :

- évaluation descriptive :

Elle consiste à établir les caractéristiques quantitatives de la population prise en charge et les allocations de ressource allouées pour cette mission [87].

Elle répond à la question « qu'est ce que je fais ? ».

C'est une évaluation épidémiologique.

La connaissance de cette activité est rendu de plus en plus nécessaire qu'il faut définir entre les différents acteurs de l'hôpital, un projet d'établissement, justifier leur compétence et l'utilisation des ressources qui leurs sont allouées.

Le recueil continu des données épidémiologiques et de veilles sanitaires permet donc l'adéquation entre les moyens disponibles et la mission de la médecine d'urgence.

Cette évaluation descriptive [72] comporte donc des données centrées sur le patient, des données socio-économiques, des données médicales (pathologie, niveau de gravité, type de prise en charge et devenir) et des données absolues sur les flux mais

aussi sur leurs variations (tranches horaires, variations saisonnières, ...)

La solution pour atteindre ces objectifs est l'élaboration d'un tableau de bord d'activité, centré sur le patient et l'inscrivant dans une filière de soins. Ce tableau de bord permet de répondre à des questions simples : qui étaient les patients de ce service, d'où venaient-ils, pourquoi étaient-ils venus, quels étaient leurs besoins, que sont-ils devenus ?

- Evaluation des processus [72] :

Elle met en place une démarche d'assurance qualité reposant sur le recueil d'indicateurs simples, fiables, reproductibles, validés et consensuels. Cette démarche est continue et permet de mesurer les dysfonctionnements éventuels pour pouvoir mettre en place les actions d'amélioration nécessaires.

Elle s'assure de l'existence de procédures, de recommandations organisationnelles et de prises en charge validées, et fait appel à des indicateurs permettant de vérifier leur bonne utilisation (exemple du taux de consommation d'antalgiques dans la prise en charge de la douleur...). Elle permet de mesurer les événements sentinelles (décès, plaintes, sorties sans soins, contre avis médical...). Elle implique également une évaluation journalière des pratiques (revue de dossier...) et des conditions d'exercice.

- Evaluation des services rendus [72] :

Elle permet de mesurer la satisfaction du patient au regard de sa demande, tant sur le plan technique (mesure de la douleur à l'arrivée et à la sortie...) que relationnel (qualité de l'accueil, empathie, communication...). Elle s'appuie sur les enquêtes de satisfaction.

B - Le cadre législatif :

a - Les textes réglementaires :

[11-22, 34-39, 44-57, 70, 78-81, 85, 86, 95]

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 impose aux structures de soins publiques et privés des procédures d'évaluations de leur activité, l'objectif étant de garantir une qualité et une efficacité des soins.

- Article L. 710-3 : afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité.
- Article L. 710-4 : les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisations des soins et de toutes actions concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité. L'ANAES, instituée à l'article L. 791-1, contribue au développement de cette évaluation. L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.

Pour satisfaire à ces obligations, différentes démarches peuvent être entreprises :

- Les sociétés savantes des disciplines concernées par la médecine d'urgence, élaborent des recommandations, des guides de procédures ou réalisent des conférences de consensus. Ces guides de bonne pratique permettent de garantir aux patients des soins conformes à l'état actuel des connaissances, et d'une homogénéité de prise en charge sur le territoire. Leur mise à jour régulière est aussi une garantie de qualité
- Une autre méthode de contrôle de la qualité des soins délivrés concerne l'évaluation des pratiques professionnelles. Il s'agit de comparer sur des thèmes choisis, les pratiques réellement appliquées par rapport à des valeurs de références considérées comme idéales. La constatation des écarts permet de fixer des objectifs

d'amélioration de la qualité des procédures. Cette pratique correspond à un audit interne.

- L'évaluation des structures peut aussi être réalisée. Il s'agit dans ce cas d'utiliser des référentiels rédigés par des organismes indépendants. C'est cette procédure qui est prévue au sein du système de santé français par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997. Elle aboutit à l'accréditation qui est une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- Les agences régionales de l'hospitalisation sont destinataires des données et des analyses de structures : elles participent à l'élaboration des outils de recueil en collaboration avec les départements d'informatiques médicale.

Les décrets de 1995 (95-647 et 95-648) mettent en place deux structures différentes pour l'accueil : le service d'accueil des urgences et l'antenne d'accueil et d'orientation. Ces structures sont fondamentalement différentes, la première est un service d'urgence complet disposant de consultants dans toutes les spécialités, alors que, l'ANACOR est une structure gérée par les urgentistes sans spécialistes de garde. Ils signalent que ces deux structures doivent évaluer périodiquement leurs activités.

Les décrets de 1997 (97-616, 97-619, 97-620) précisent l'organisation des urgences hospitalières. Ils indiquent également les modalités de mise en œuvre du SROSS urgence.

b - Plan urgence 2003 :

Durant l'été 2003, la France a du faire face à des conditions météorologiques exceptionnelles, avec des températures bien supérieures aux normales saisonnières, entraînant un recours exceptionnel aux services d'urgence, surtout parmi les populations les plus fragiles. Face à ce flux important et inhabituel, les services d'accueils ont surtout souffert du manque de personnels et de lit d'aval, encore plus marqué pendant cette période estivale [88].

Dans son discours pour présenter le plan urgence 2003, le ministre de la santé déclare que celui-ci est une partie de la réponse à cette situation [88].

Il signale par ailleurs que se sont les services d'urgences, grâce à leur fonction d'observatoire épidémiologique, qui ont permis de donner l'alerte.

Il souligne surtout le fait que, malgré toutes les démarches entreprises pour les urgences, beaucoup de choses restent à faire. Il souligne en effet les carences dans les moyens dont disposent les urgences, et surtout les carences dans la cohérence et la profondeur des solutions apportées [88].

Il propose donc de repenser totalement la place des urgences dans le système hospitalier dans son plan urgence 2003.

Ce plan est divisé en trois parties [88] :

La première traite de l'amont de l'hôpital. Il est divisé en trois sous parties, traitant respectivement de la permanence des médecins généraliste en insistant sur la permanence des soins en ville et sur l'obligation de créer des maisons médicales, sur la coordination ville-hôpital et sur la lutte contre la pénurie en zone sous médicalisée, insistant sur le développement de l'installation des médecins libéraux en zone déficitaire et sur le développement des hôpitaux locaux.

La seconde partie traite de l'amélioration des services d'urgence. Il est divisé en cinq sous parties :

- La première insiste sur le fait de développer et de faire reconnaître la médecine d'urgence comme spécialité en créant un DESC et en augmentant la formation sur les urgences pendant les études médicales.

- La seconde partie traite de l'optimisation de l'accueil en organisant l'accueil des urgences, en renforçant la logistique des urgences pour libérer du temps médical, en insistant sur la création de zone d'hospitalisation de courte durée dans les services d'urgences qui en sont dépourvus, en adaptant les effectifs à l'activité.

- La troisième partie insiste sur le fait d'affirmer les urgences comme une mission fondamentale de l'hôpital.

- La quatrième souligne l'importance de connecter les urgences avec leur environnement, en mettant notamment en place un système d'information complet sur les urgences (accueil, SAMU, SMUR) sur l'ensemble du territoire et articulant les trois niveaux « établissements », « régional » et « national » (qui à été progressivement mis en place depuis 2004. (22 millions d'euros

prévus dans « hôpital 2007 »)). Ce système d'information doit permettre une gestion des flux de patients, une gestion médicale des dossiers, une connaissance des disponibilités en lits d'aval, la connaissance qualitative et quantitative de l'activité.

- La cinquième traite des investissements nécessaires pour adapter les locaux et les équipements des structures d'urgences.

L'aval des services d'urgences, traité en troisième partie, comporte deux points :

- Le premier explique l'importance d'assurer la coopération entre établissements et le développement des réseaux.

- Le second celle d'accroître les capacités d'hospitalisation en aval des urgences en renforçant le potentiel de lits de gériatrie de court séjour, en développant les équipes mobiles gériatriques, en créant 15 000 lits de soins de suite médicalisés et en développant l'hospitalisation à domicile.

c – Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale :

L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation (93) prévoit la suppression de la carte sanitaire et des indices de besoins définis au plan national.

Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROSS) deviennent ainsi l'unique instrument de planification et leur annexe doit préciser les objectifs quantifiés de l'offre de soins définis à partir d'une analyse critique de l'adéquation entre offre de soins et besoins de santé [64].

Le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante. (CSP art. L.6121-1)

Le schéma d'organisation sanitaire comporte une annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et compte tenu de cette évaluation et des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire. Cette annexe précise les

objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire de santé, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et par équipements matériels lourds définis à l'article L.6122-14 [30]. Les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs. (CSP art. L.6121-2) [89].

Au niveau de la médecine d'urgence, les grands axes des SROSS de troisième génération reprennent la circulaire du 16 avril 2003[64] :

- Développer la mise en réseau des professionnels de l'urgence.
- Obtenir l'implication des établissements de santé dans la prise en charge des urgences et dans l'organisation de l'aval.
- Mettre en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations.
- Mettre en place un dispositif d'évaluation des urgences.

Ceci implique qu'à l'échelle du territoire du SROSS, l'ensemble des établissements soit amené à se coordonner pour définir les modalités de la prise en charge qui doit répondre aux besoins de santé de la population du territoire.

d - Les publications de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de l'emploi et de la solidarité :

La DREES est acteur au niveau international dans la mise en place d'indicateurs européens et internationaux, et au niveau national dans des actions transversales avec les autres ministères et organismes du domaine :

- niveau international : exemple : mise en place d'indicateurs de performance des établissements hospitaliers avec l'OCDE et l'OMS. Comparaison des systèmes de protection sociale en Europe.

- niveau national : INSEE, DARES, ... et dans les domaines de la santé : CREDES, INSERM (CépiDC), FNORS, InVs, CODOREP, DRASS.

La DREES a pour mission l'élaboration, la collecte et la diffusion de grandes enquêtes :

- la SAE - Statistique Annuelle des Etablissements sur les activités et les coûts hospitaliers. Pour cela elle exploite les informations issues du PMSI (notamment pour évaluer la performance des établissements dans ses travaux 2004-2005), et des fichiers de la CNAMTS (consommation individuelle de soins entre autres)

- Les Comptes de la Santé, et les Comptes de la Protection Sociale publiés annuellement, participent à l'élaboration des Comptes Nationaux.

- l'Enquête trimestrielle de conjoncture : lancée en 2000, il s'agit d'un "baromètre sur les opinions et attitudes des français à l'égard de la santé, de la famille, de l'immigration, de la protection sociale, de la pauvreté, de l'exclusion" qui donne lieu à analyses et synthèses dans ses publications.

Trois publications sont particulièrement intéressantes pour les urgences :

- La première [73], intitulée « les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés » s'intéresse à l'augmentation du nombre de passage aux urgences dans les établissements publics, aux nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins et à l'évolution de l'organisation des soins entre médecine de ville et hôpital.
- La seconde [74], intitulée « les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale » s'intéresse au profil démographique des usagers des urgences.
- La troisième [75], intitulée « motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières » aux motifs ayant motivés le recours des usagers aux services d'urgences. Elle s'intéresse aussi à l'histoire des patients avant leurs arrivée aux urgences (venu d'eux même, après conseil du centre 15, après avoir vu leur médecin ou le médecin de garde).

C - Référentiels SFMU :

- **La charte de Médecine d'Urgence.**

Dans cette charte [72], produite en 2003, sont évoquées la mission générale de la médecine d'urgence, les fonctions essentielles de celle-ci, des notions sur les différents acteurs, sur l'organisation, sur les outils et sur la formation à la médecine d'urgence. A noter un chapitre sur l'évaluation et la médecine d'urgence.

- **Tableau de bord :**

Il s'agit d'une évaluation quantitative de l'activité des services d'urgences.

Le tableau de bord a été mis en place la SFMU pour permettre la connaissance de l'activité des services d'urgences. Il a été élaboré de façon centrée sur le patient et en l'inscrivant dans une filière de soins [26]. Il répond à des questions simples : qui étaient les patients de ce service, d'où venaient-ils, pourquoi étaient-ils venus, quels étaient leurs besoins, que sont-ils devenus ?

Le tableau de bord décrit le volume et la nature de l'activité globale du service d'urgence, et permet une évaluation globale de l'activité centrée sur le patient [26].

Il ne permet pas de s'informer :

Sur tous moyens disponibles existants : effectifs en personnel médical, paramédical, les dispositions architecturales, l'environnement médico-technique [26].

Sur tous les processus de soins (procédure) : urgence interne, accidents de travail du personnel...

Il ne permet pas l'évaluation qualitative de l'accueil et des soins (résultat), mais peut donner certains éléments quantitatifs d'alerte sur les éléments du processus de soins [26].

Il est simple et robuste pour être [26] :

- Applicable à tous les types de services d'urgences,
- Comparatif en fournissant une information de base locale, régionale et nationale,
- Informatif aussi bien pour les équipes soignantes que pour l'équipe de direction administrative,
- Obtenu à partir de la saisie informatique directe.

Son but [26] est de permettre une photographie homogène comparative de l'activité globale des services d'urgences en France.

Il permet aussi [26] de constituer un système d'information sur le fonctionnement en amont du service d'urgence, sur les grands flux pathologiques et leurs caractéristiques à l'intérieur des services d'urgences, sur l'orientation d'aval, sur l'épidémiologie.

Il constitue de plus un observatoire de l'attractivité du service d'urgence et de son hôpital [26].

Il permet de dépister un dysfonctionnement en réalisant un système d'alerte quantitatif [26].

Il permet de relever la place du SU dans la filière de prise en charge d'un patient [26].

Et enfin [26], il permet de décrire l'activité médicale et pour cela, comporte la codification des diagnostics et actes médicaux selon un thesaurus.

La SRLF et la SFUM ont recommandées (recommandation de niveau I) que le recueil des données du tableau de bord de base soit systématique et informatisé [26].

Deux niveaux d'établissement du tableau de bord sont possibles [26] :

Un tableau de bord de base qui exploite les données d'une saisie individuelle minimum. Il concerne une période de temps définie : année pour le rapport d'activité, plus courte pour certaines enquêtes ponctuelles.

Un tableau de bord optimal, plus informatif que le tableau de bord de base, et qui est l'objectif à atteindre pour tous les services d'urgences.

Ce tableau de bord permettra donc [26] :

L'évaluation de l'amont du SU : passage au SU après avis médical, le mode de transport pour venir au SU, la commune d'origine, l'âge et le sexe, le passage au SU dans les huit jours précédents, l'hospitalisation dans les trente jours précédents (pour ces deux derniers items, on peut savoir si il s'agit de la même pathologie ou non).

L'évaluation de la prise en charge du patient dans le secteur d'accueil du SU : classification GEMSA, classification CCMU, calcul de la durée de passage, pourcentage de patients de traumatologie, moyens mis en œuvre (nature des actes et leurs codifications), codage du diagnostic et des actes médicaux, traitements médicamenteux mis en œuvre, antériorité dans l'hôpital.

L'évaluation de l'orientation des patients après leur prise en charge dans le SU : orientation, motif de transfert, reconvoication.

Par sa place particulière au sein de la société, son volume d'activité important, la diversité des populations amenées à consulter, et la précocité de recours, la médecine d'urgence est donc capable de détecter rapidement les modifications de l'état de santé sanitaire de la population [72].

L'évaluation externe devra s'attacher à recueillir de manière continue des données épidémiologiques et de veille sanitaire afin de permettre une adéquation entre les moyens disponibles et la mission de la médecine d'urgence [72].

L'évaluation interne se basera sur les référentiels préexistants, qui serviront de base à l'évaluation des infrastructures, de l'organisation interne, et des interfaces avec l'ensemble des acteurs [72].

L'évaluation de l'activité intègre des critères médicaux et paramédicaux recueillis tout au long du processus de prise en charge (SAU, aval et plateau technique). Elle comporte des données centrées sur le patient, socio-démographiques, médicales et des données absolues sur le flux, mais également sur leurs variations (selon les heures, les saisons,...). L'évaluation de ces données se fait selon des thesaurus et des échelles validés et évolutifs [72].

- **Classification des patients des services d'urgences**

En médecine d'urgence, la diversité des pathologies traitées et les incertitudes diagnostiques aboutissent à des fragmentations extrêmes qui rendent difficile une classification utile des malades par pathologie. Une classification plus générale fondée sur la gravité des maladies et sur la lourdeur de la prise en charge est souhaitable. Il existe des indices spécifiques concernant certaines pathologies (Injury Severity Score, Glasgow Trauma Score, Score de Child, ...) qui peuvent être utilisés pour certains malades. Pour répondre à une classification globale des patients vus aux urgences, deux classifications spécifiques ont été proposées et validées. Ces deux classifications sont destinées à décrire le recrutement des services d'urgences par un langage commun quelles que soient les pathologies observées.

La **classification GEMSA** a été élaborée par le Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil (GEMSA) [26].

Elle se propose de décrire tous les patients des services d'urgences, indépendamment des différences d'organisation tant médicale que structurelle. Elle repose sur le mode d'admission et le mode de sortie du service d'urgence.

Classification des patients GEMSA :

Sortie du SAU	Mode d'admission : imprévu	Mode d'admission : attendu ou convoqué	Cas particuliers
Décès avant toute réanimation	<i>GEMSA 1</i>		
Retour à domicile	<i>GEMSA 2</i>	<i>GEMSA 3</i>	
Hospitalisation	<i>GEMSA 4</i>	<i>GEMSA 5</i>	
Hospitalisation / décès	<i>GEMSA 6</i>		<i>Soins lourds ou assidus</i>

La **Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU)** [23, 65, 69, 97, 108].

Elle est réalisée dès l'arrivée du malade aux urgences selon un jugement médical porté sur l'évolution stable ou non, la mise en œuvre du plateau technique ou de soins de réanimation.

CCMU 1 : patient stable, pas d'actes complémentaires nécessaires.

CCMU 2 : patient stable, actes complémentaires nécessaires.

CCMU 3 : état susceptible de s'aggraver au SAU sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Pronostic vital engagé, sans geste de réanimation immédiat.

CCMU 5 : Pronostic vital engagé, avec geste de réanimation immédiat.

- **Le thésaurus des diagnostics :**

Les objectifs d'un thésaurus diagnostique sont la description de l'épidémiologie et de l'activité diagnostique, l'évaluation des filières de soins par classe diagnostique. Dans les services d'urgences, le thesaurus doit permettre également de décrire le motif de recours et le diagnostic principal en associant des codes de symptômes, de syndrome et de diagnostics précis. Le niveau de précision du codage doit être suffisant pour répondre à ses objectifs.

Un tel thésaurus a été réalisé par la SFMU [42]. La conception du thesaurus principal a été établie par un groupe de travail. Ce groupe a précisé que le thesaurus devait être utilisable quotidiennement pour tout patient admis aux urgences, d'utilisation facile et rapide. Le nombre de codes est un compromis entre une exhaustivité suffisante pour coder l'essentiel des situations cliniques et une taille réduite pour permettre une utilisation rapide et aisée. Six cents codes différents, présentés à partir des motifs de recours en réalisant des arbres de codages, ont été proposés initialement par un groupe d'utilisateurs.

Une validation multicentrique du thesaurus a ensuite été réalisée [64]. Le thésaurus est formé de 17 grandes classes diagnostiques avec un total de 551 libellés. A ce thésaurus principal a été ajouté un thésaurus complémentaire qui peut être modifié et complété par chaque service.

Ce thésaurus peut être utilisé dans deux fonctions différentes : il permet d'évaluer l'activité d'accueil par un codage épidémiologique pour le motif de recours et le diagnostic principal. Il permet aussi de croiser les diagnostics avec d'autres éléments. Il permet d'évaluer la prise en charge d'une pathologie en sélectionnant un même code et de comparer pour lui, les données démographiques comme la durée du séjour, les modalités d'admission ou de sortie, la consommation des ressources. Il permet également d'étudier les modalités de prise en charge par grande classe diagnostique.

Un nouveau thésaurus à vu le jour avec la mise en route de la CCAM.

- **Classification commune des actes médicaux (thesaurus et mode d'emploi de la société française de médecine d'urgence) [94]**

Jusqu'à présent, les outils de recueil permettant de décrire l'activité médicale et d'établir leur tarification étaient respectivement le

catalogue des actes médicaux (CDAM) et la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). La pratique a montré leurs manques vis-à-vis des objectifs fixés, justifiant la création d'une classification commune des actes médicaux (CCAM) qui a commencé à se substituer à la NGAP et au CDAM depuis janvier 2004.

La genèse de CCAM débute en 1994 par la description des actes techniques. La Société Francophone de Médecine d'Urgence n'a pas participé à la définition des actes techniques, mais participe actuellement à la définition des actes cliniques.

Une première version des actes techniques de la CCAM a été diffusée fin 2000, puis une version modifiée (appelée V0B) a vu le jour en 2003. Cette version n'est pas définitive et comporte environ 7200 actes.

La définition des actes techniques et les règles de codage font, qu'aujourd'hui, la CCAM ne reflète pas de manière satisfaisante l'activité des services d'urgences. C'est pourquoi, dans l'attente des évolutions attendues, la SFMU a établi des recommandations à l'usage des services d'urgences.

Selon les règles de codage actuelles, un acte décrit une intervention diagnostique ou thérapeutique complète et achevée, ce qui pose des problèmes pour la codification dans les services d'urgence car les procédures diagnostiques et/ou thérapeutiques peuvent ne pas être complètes.

La Société française de médecine d'urgence a donc recommandé, dans l'attente de trouver une solution avec la CNAM-TS pour les actes techniques posant problème aux urgentistes et de disposer des actes cliniques, de relever toute l'activité réalisée dans les services d'urgences en codant tous les actes techniques complètement réalisés ; qu'ils aient échoués ou non et/ou qu'ils représentent ou non la première étape de prise en charge du patient dans l'établissement.

Ce codage doit respecter au mieux la notion d'acte global. Il ne faut donc pas coder les actes diagnostiques dépendant directement d'un acte thérapeutique fait aux urgences, ni coder les actes élémentaires d'un acte global fait aux urgences.

Ainsi chaque service d'urgences, privé ou public, pourra disposer de son activité réelle et évaluer l'activité « perdue » du fait des règles de codage de la CCAM. La remontée de ces informations pourra aider

la SFMU à faire évoluer le thésaurus SFMU de la CCAM, et à argumenter ses demandes de création ou de modification d'actes auprès de la CNAM-TS.

La SFMU [94] a donc proposé une première version d'un thésaurus, qui évoluera après discussion des actes posant problème. Ce thésaurus rassemble les actes les plus fréquemment utilisés aux urgences. Il n'est donc pas exhaustif. Dans le cas où un acte pratiqué par un urgentiste ne serait pas présent dans ce thésaurus, il appartient au praticien de rechercher cet acte dans la CCAM.

Le thésaurus SFMU des actes techniques de la CCAM comprend donc 218 actes.

- **Critères d'évaluation des services d'urgences :**

Il a été établi à la demande de la SFMU. Approuvé par le conseil d'administration en 1997, il a été révisé en 2001 par la commission d'évaluation [43].

L'objectif de ce référentiel était de recenser les critères de qualité du fonctionnement des services d'urgences. Ces critères doivent s'appliquer à tous les services accueillant des urgences et à l'unité d'hospitalisation de courte durée. Ils s'appliquent donc à tous les services d'urgences. Une adaptation doit être faite en fonction des textes réglementaires selon que l'on s'adresse à un SAU ou une UPATOU ; le référentiel n'a pas été validé pour les POSU.

Ce référentiel a été validé par son utilisation au cours d'audit externes dans les services d'urgences organisés par la commission d'évaluation de la SFMU. Il a été conçu pour être utilisé soit dans un but d'auto-évaluation, soit comme base d'un audit externe.

Le référentiel comporte onze chapitres concernant les buts et les missions, l'organisation générale, la gestion de l'accueil, la médicalisation, les personnels paramédicaux, les moyens techniques en terme de locaux, de matériel et sécurité, l'environnement et en particulier les consultants et les plateaux techniques disponibles, l'unité d'hospitalisation de courte durée, la gestion de l'aval des urgences, la qualité des soins aux malades, le dossier médical et la gestion des informations médicales. A la fin du référentiel, on retrouve les 28 critères, considérés par les auteurs, comme les plus importants.

Un certain nombre d'indicateurs chiffrés susceptibles de décrire les moyens et l'activité d'un service d'urgences ont été proposés [71]. Ils permettent des comparaisons par rapport aux autres établissements et aident chaque service à suivre son évolution. Les indicateurs chiffrés sont classés en trois niveaux, indicateurs de moyen, indicateurs d'activité repartis en trois chapitres (environnement, accueil des urgences, activité de l'hospitalisation de courte durée) et indicateurs de coût.

- **Les audits organisationnels :**

L'utilisation la plus importante du référentiel est la mise en œuvre d'audits internes ou externes [68]. Sur la base des références proposées, le référentiel peut permettre d'améliorer en continu la qualité de l'organisation des services d'urgences. La SFMU a mis en place une commission ayant la charge de réaliser des audits externes.

- **Le référentiel IOA :**

La création du poste infirmier IAO remonte à la fin des années 80, l'objectif des pouvoirs publics étant alors la gestion des flux et l'amélioration de la qualité de l'accueil aux urgences. Cette fonction était alors très peu encadrée d'un point de vue législatif ou administratif. De 1995 à 2000 les actions se multiplient : référentiel ANAES, recommandations des ARH, Cependant, malgré l'importance des moyens mis en œuvre, on constate une insatisfaction de l'usager portant sur la qualité de l'accueil et une insatisfaction de l'infirmier en termes d'épuisement et d'insécurité [41].

En 2001, la SFMU présentait un projet de formation devant permettre aux infirmiers d'urgence de définir l'accueil, le tri et l'orientation, de déterminer les compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la fonction d'IAO, de délimiter le champ de formation, d'en déduire les axes de formation et d'aboutir à une démarche d'évaluation [41].

En 2002, un référentiel est créé. Il définit la mission générale de l'IOA sur le tri et la décision du lieu de soins, donne des recommandations sur la disposition architecturale du service et sur les conditions d'exercices, établit un plan de formation de l'IOA et un plan d'évaluation de celui-ci [41].

- **L'architecture des services d'urgences : [93]**

Parues en Juillet 2004, ces recommandations de la SFMU ont pour but de décrire ce que devrait être l'architecture idéale que devrait avoir un SAU.

Ce référentiel propose donc plusieurs items tels que l'implantation du SAU dans l'hôpital, la circulation des flux de patient, le zonage du SAU, la sécurité, la surveillance, les relations avec le SAMU, avec les familles, la zone de stockage, etc. Il propose aussi des données techniques concernant l'architecture des bâtiments proprement dite tels que l'éclairage, la signalétique, etc., et décrit ensuite les recommandations architecturales des différentes zones de soins.

- **L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions [102].**

Ces recommandations parues en mai 2005, la SFMU a fait l'état des lieux sur l'organisation et a formulé des propositions concrètes à travers les réponses à 7 questions :

- Quelles sont les méthodes actuelles d'admission et de transfert des malades en aval du SU ?
- Comment permettre les admissions directes dans les services sans passage par le SU ? Quel doit être l'implication des spécialistes hospitaliers ?
- Quelle est la place de la gériatrie dans la prise en charge des malades des urgences ?
- Quel est l'intérêt de la médecine polyvalente dans la prise en charge des patients en aval de l'accueil ?
- A l'intérieur même des SU, quelle est la place d'une SAUV ?
- Comment organiser l'hospitalisation des patients traumatisés ?
- Quelle est la place des établissements hospitaliers privés dans la prise en charge des malades de l'accueil ?

- **Les conférences d'experts :**

- Recommandation concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitale (S.A.U.V) [91].

- Recommandation concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitale Pédiatrique [90].

- Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence [92].

Objectifs

Le but de notre travail est d'analyser la production scientifique développée au sein de la Société Francophone de Médecine d'Urgence dans le domaine de l'évaluation organisationnelle.

En nous basant sur le cadre législatif, nous rechercherons les travaux dirigés et produits par la Société Francophone de Médecine d'urgence. Nous réaliserons dans un second temps une analyse descriptive des abstracts et publications orales ayant été publiées dans le JEUR et dans Réanimation-Urgence depuis 1992.

Matériels et Méthodes

Nous avons, dans un premier temps, recherché et lu les abstracts et les publications orales parues dans le Journal Européen des Urgences et dans Réanimation Urgence, lors des congrès de la SFMU de 1992 à 2005.

Dans un second temps, nous avons sélectionné les abstracts ayant trait à l'évaluation organisationnelle.

Nous avons ensuite divisé ces publications en huit familles et scindé ces familles en sous famille de nombre variable :

- Première famille : UHCD, avec 3 sous familles :
 - Bilans d'activités des l'UHCD.
 - Evaluation de l'impact de l'ouverture d'une UHCD sur le SAU.
 - Evaluation de l'intérêt d'une UHCD spécialisée.
- Seconde famille : les déterminants du temps de passage.
- Troisième famille : classifications et fréquentation des urgences avec 2 sous familles :
 - Les classifications.
 - Fréquentation des urgences et profils des usagers.
- Quatrième famille : le fonctionnement interne des SAU avec 2 sous familles :
 - Activités des médecins pendant la garde.
 - Bilan d'activité des services.
- Cinquième famille : les audits.
- Sixième famille : les relations avec l'amont avec 2 sous familles :
 - Relations avec les médecins généralistes.
 - Evaluation de la lettre d'admission.
- Septième famille : les relations avec l'aval avec 4 sous familles :
 - Relations avec les médecins spécialistes.
 - Relations avec les usagers.
 - Difficultés ou justification d'hospitalisation.
 - Relations avec les médecins généralistes.
- Huitième famille : la gestion des flux avec 5 sous familles :
 - Réorientation à l'accueil et tri.

- Mise en place de maison médicale et médecine générale d'urgence.
- Filières de soins.
- Impact d'évènements intercurrents.

Nous avons ensuite, par l'interrogation de la base de données MEDLINE via PUBMED, recherché les abstracts et publication orales ayant donné lieu à une publication dans une revue référencée.

Nous avons, pour finir, réalisé une analyse descriptive de l'évolution dans le temps et dans les thèmes abordés de ces abstracts et de ces publications orales.

Résultats

I – Evolution globale dans le temps.

Entre 1992 et 2005, **260 abstracts** et communications orales, ayant thème l'évaluation organisationnelle des SAU ont été présentés par la SFMU.

Il existe de grandes disparités aussi bien dans le nombre de production d'abstracts et communications orales en générale, que dans les différents thèmes abordés (tableau 1 et 2).

On note un **pic de présentations en 1999**, avec **29 abstracts** publiés.

Sur les quatorze années étudiées, nous nous apercevons que le nombre moyen de publication d'abstract est de 19,07, que depuis 1994, le nombre de publication est toujours supérieur à 15, et qu'en 1995, 1997, 1998, 1999, 2003, 2004 et 2005, ce nombre est supérieur à la moyenne des quatorze années (*Figure 1 et 2*).

Il existe donc depuis 1994 une production stable d'abstract et de communication orale ayant trait à l'évaluation.

Depuis 1992, nous avons recensé **2949 abstracts** au total dont 260 sur l'évaluation organisationnelle, soit une moyenne de 8.8%.

En s'intéressant au **nombre total d'abstracts publiés en médecine d'urgence**, nous notons une augmentation depuis 1992 pour atteindre une **apogée en 2005** (*figure 3*).

En rapportant le nombre d'abstracts et de communications orales ayant pour objet l'évaluation sur le nombre total de publication de la SFMU, nous observons une chute des pourcentages à partir de 2000 (*Figure 4*). En effet, de 1992 à 1999 et en dehors de l'année 1993, le nombre relatif de publication est toujours supérieur à la moyenne. Après 1999, ce nombre relatif chute en dessous de la moyenne pour arriver à son plus bas niveau en 2005.

De plus, en ne tenant compte que des cinq années où les abstracts et communications orales n'ont été publiés que dans le JEUR, nous notons une augmentation importante du nombre total d'abstract publiés dans tous les domaines de la médecine d'urgence (en 2000, n = 222 ; en 2005, n = 472 ; moyenne = 334) (*figure 5*), alors que ce nombre restait stable dans les publications concernant l'évaluation organisationnelle (en 2000, n = 15 ; en 2001, n = 18 ; en 2002, n = 16 ; en 2003, n = 22 ; en 2004, n = 22 ; en 2005, n = 18 ; moyenne = 18.5) (*figure 6*), nous pouvons donc en

conclure que le nombre de publication sur l'évaluation organisationnelle rapporté au nombre total de publication sur la médecine d'urgence est en baisse, surtout en 2005 (*figure 7*).

Figure 1 : Nombre total d'abstracts de 1992 à 2005.

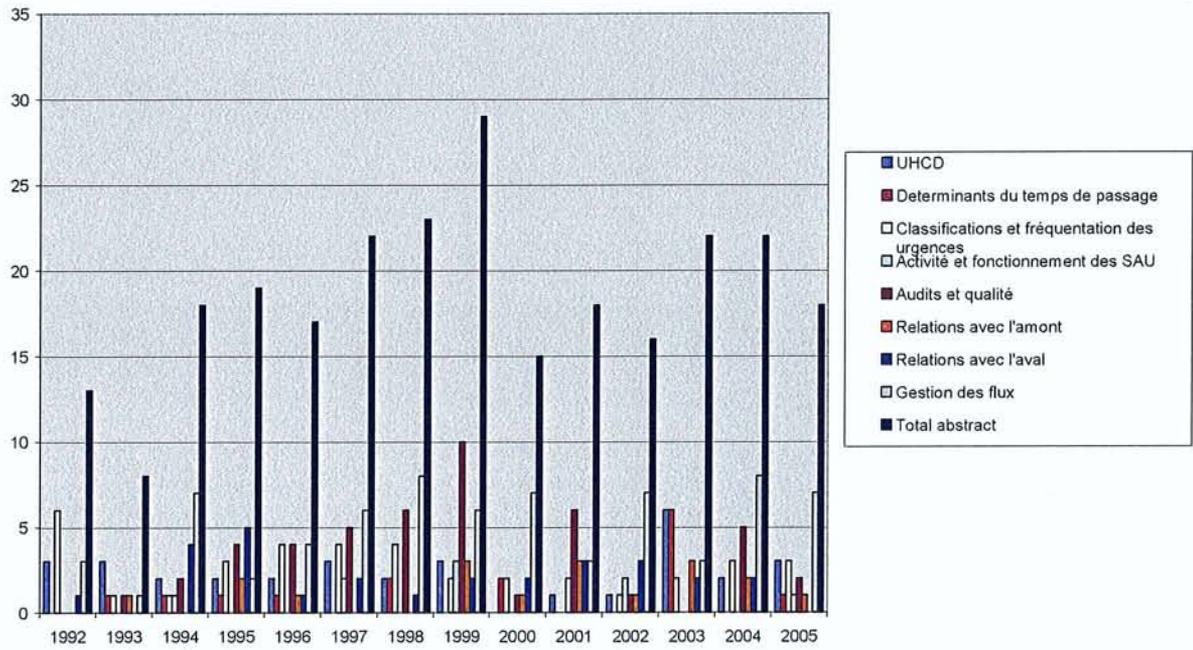


Figure 2 : Nombre total d'abstracts depuis 1992.

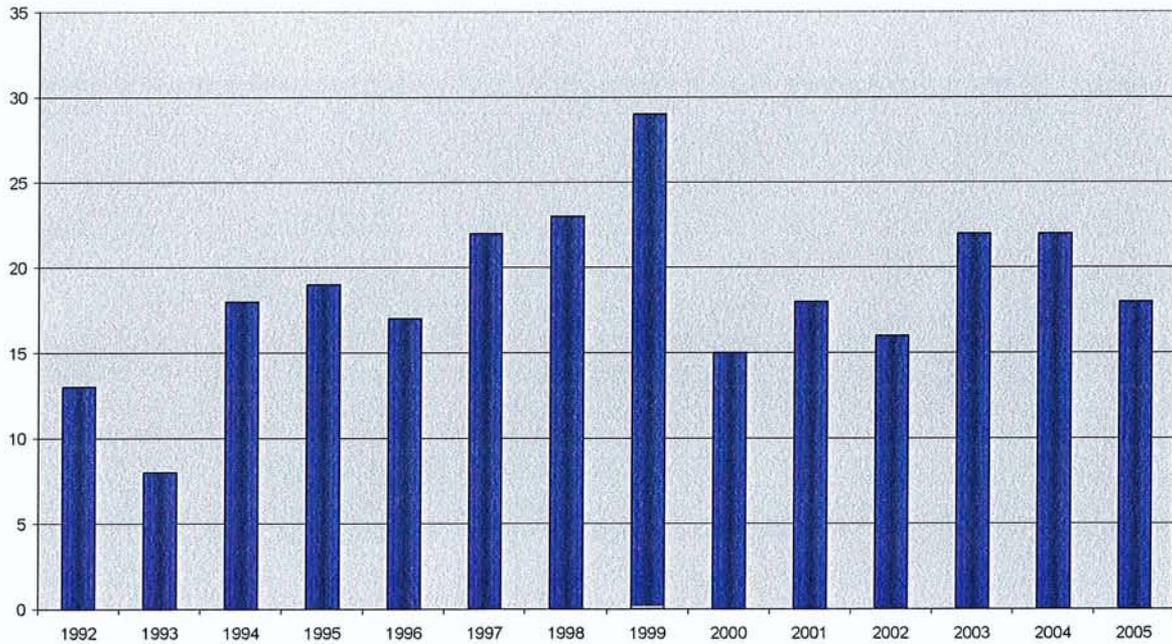


Figure 3 : Totalité des abstracts produits par la SFMU depuis 1992.

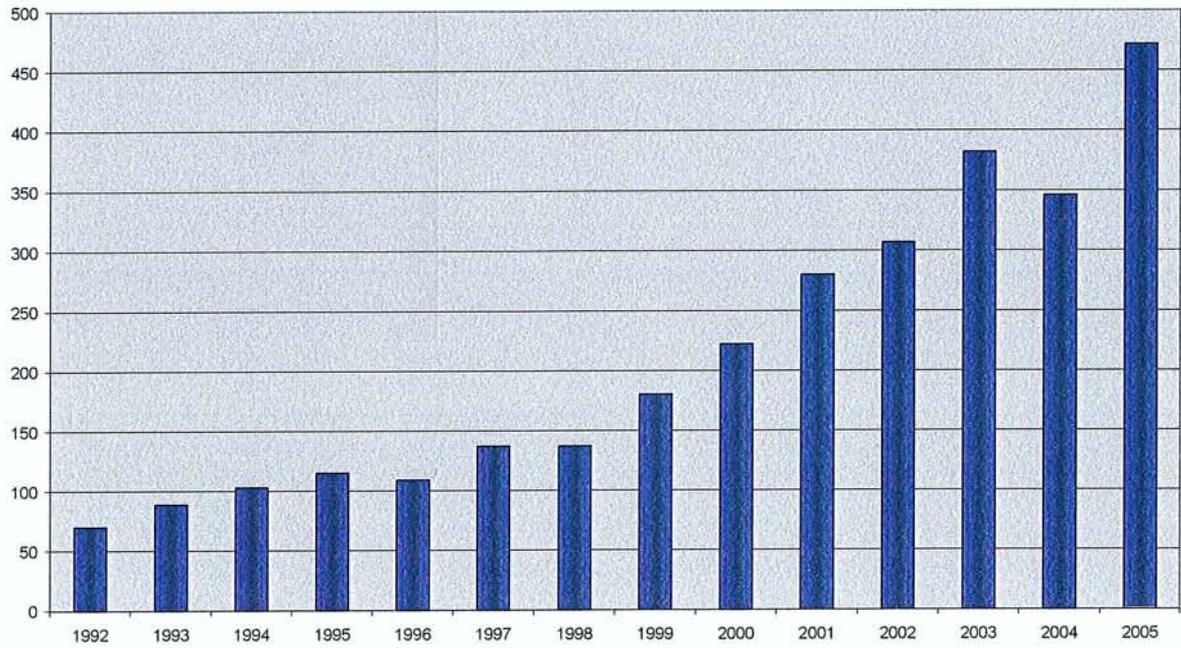


Figure 4 : Pourcentage d'abstracts étudiés rapportés à la totalité des abstracts parus.

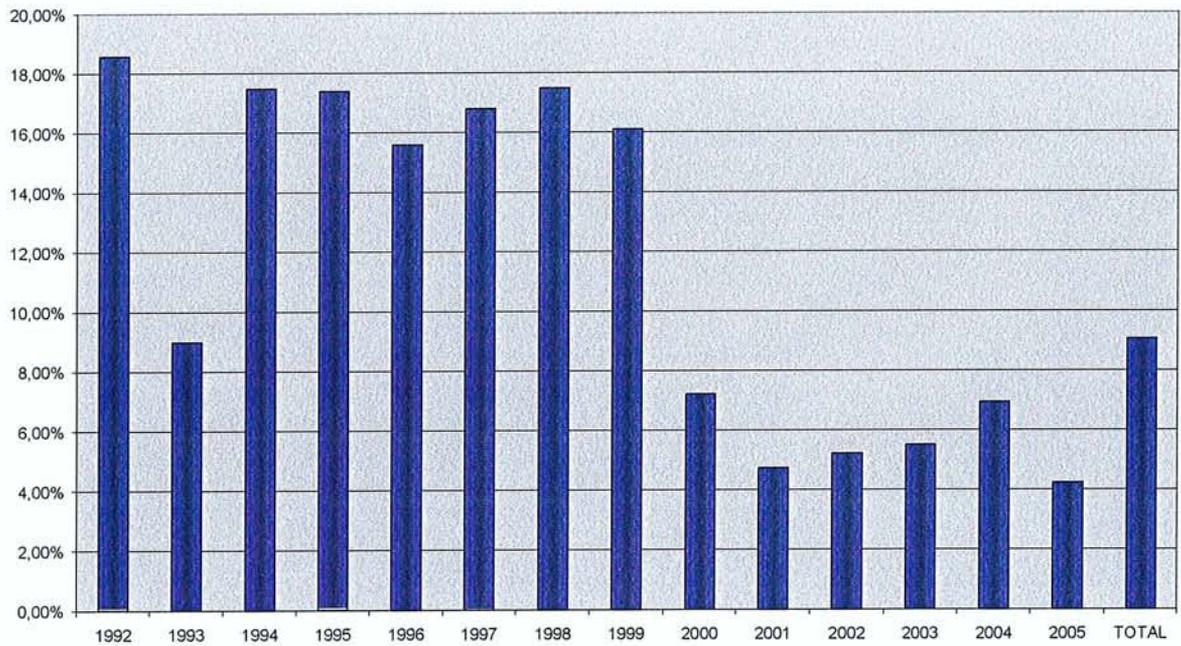


Figure 5: Nombre d'abstracts total parus de 2000 à 2005.

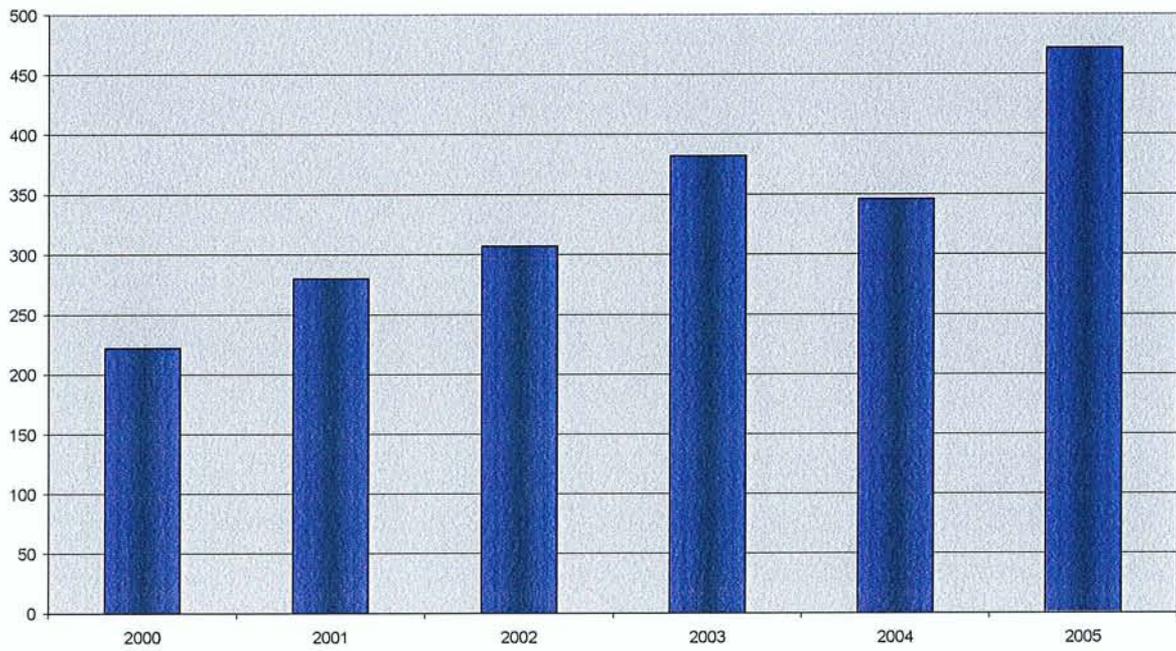


Figure 6 : Nombre d'abstracts ayant trait à l'évaluation organisationnelle de 2000 à 2005.

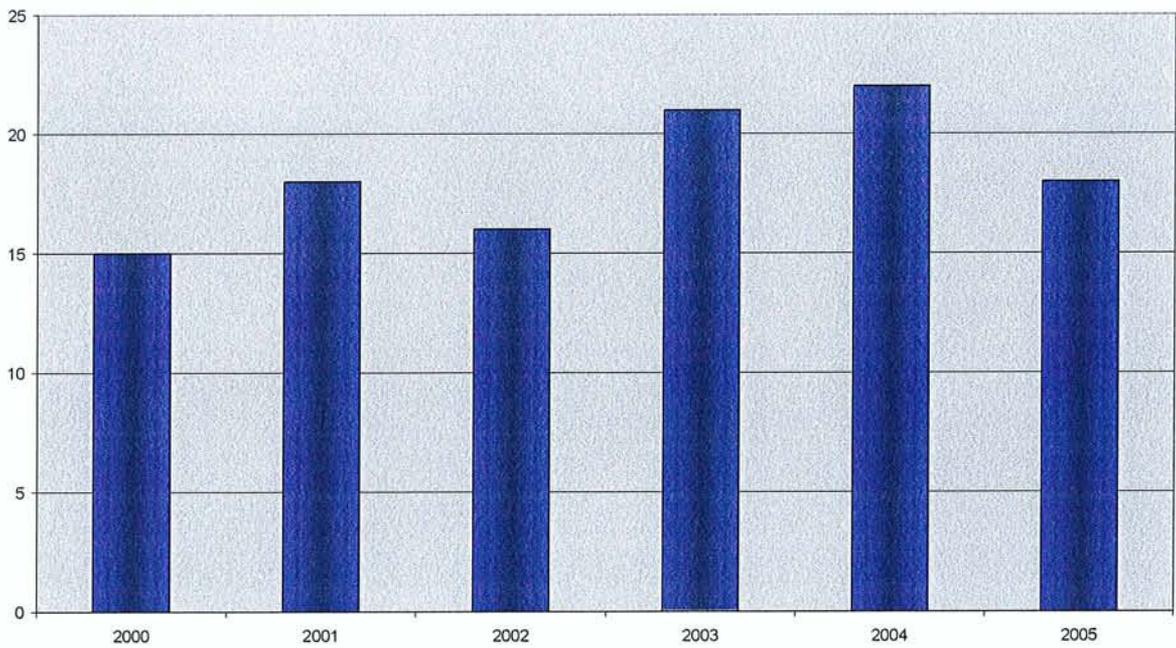
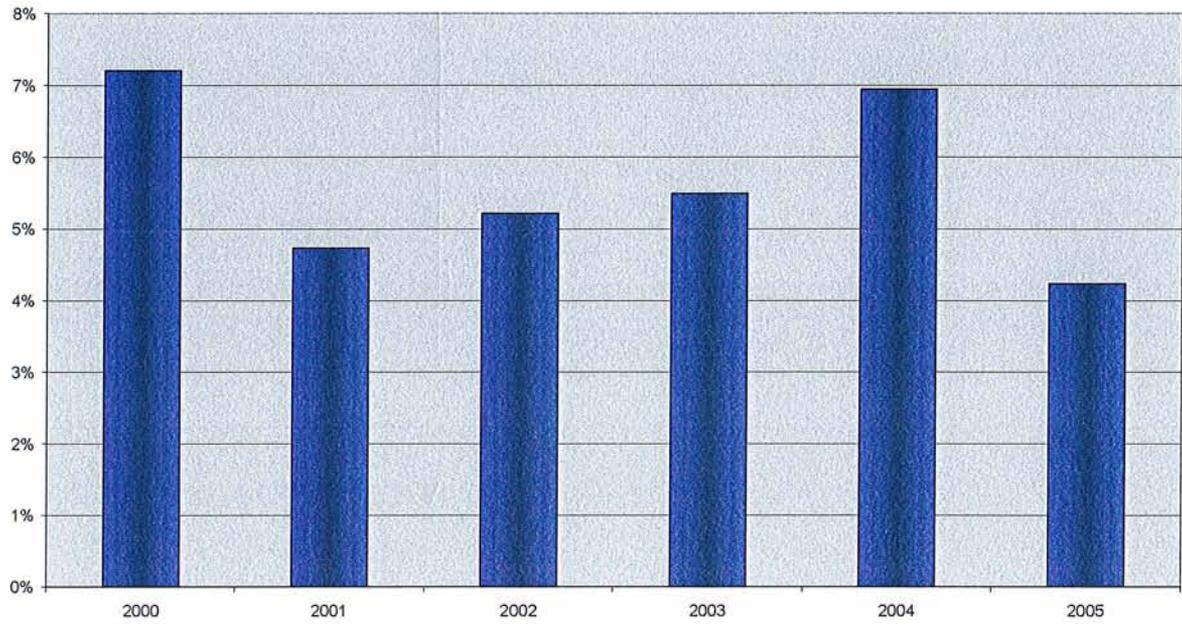


Figure 7 : Nombre d'abstracts ayant trait à l'évaluation organisationnelle rapporté au nombre total d'abstracts parus de 2000 à 2005.



II - Evolution dans le temps des différents items.

A- UHCD :

Nous avons relevé **33 abstracts ayant pour thème l'UHCD.**

Il existe au moins une publication concernant l'UHCD dans les quatorze années étudiées sauf en 2000.

Il existe **un pic : en 2003, avec six publications.**

Il existe une période avec un faible taux de publication sur le service porte entre 2000 et 2002, avec seulement 2 publications pendant ces 3 années (*Figure 8*).

La majorité des publications traite de bilan d'activité (n = 20/33).

Nous avons relevé 20 publications concernant les bilans d'activité de l'UHCD (*figure 9*), tant sur le plan économique, que sur le plan de l'activité, de la charge de travail...

Nous avons relevé 4 publications sur le thème de l'intérêt de l'ouverture d'un service porte (*figure 10*), traitant principalement de l'influence de cette ouverture sur le temps de séjour des malades au sein du service d'accueil.

Nous avons trouvé 9 publications traitant de l'évaluation de l'utilisation du service d'hospitalisation de courte durée comme service spécialisé (*figure 11*), avec quatre domaines médicaux évalués : la psychiatrie, la cardiologie, la gériatrie et la réanimation.

La majorité des abstracts ont donc pour sujet les bilans d'activité de l'UHCD (20/33). On ne retrouve pas de publication sur ce sujet en 2002, 2001, 2000 et en 1996. Pour les autres années, il existe une à deux publications par an.

Seulement 4 publications sur 33 traitent des relations entre le secteur d'accueil des urgences et l'UHCD, notamment de l'impact de l'ouverture d'une UHCD sur le fonctionnement du SAU. Ce type de publication est présent seulement dans 4 années sur 14 étudiées : en 1998, 2002, 2003 et 2005. On retrouve donc un abstract publié parmi ces 4 années.

L'intérêt des auteurs pour ce thème est donc récent et relativement limité.

9 publications sur 33 traitent de l'évaluation de l'intérêt ou de l'activité d'une UHCD spécialisée.

5 de ces 9 publications ont pour sujet l'utilisation de l'UHCD comme unité de soins continus, étudiant l'intérêt de ce type de structure au sein d'un SAU (*Figure 11*).

Les 4 autres traitent de l'intérêt d'une UHCD pour la prise en charge des suicidants, des malades de médecine générale, des personnes âgées et de l'accompagnement de la mort au SAU.

On ne retrouve que deux publications récentes, en 2001 et en 2003, soit deux publications sur les cinq dernières années.

Figure 8 : Nombre d'abstract par année traitant de l'UHCD.

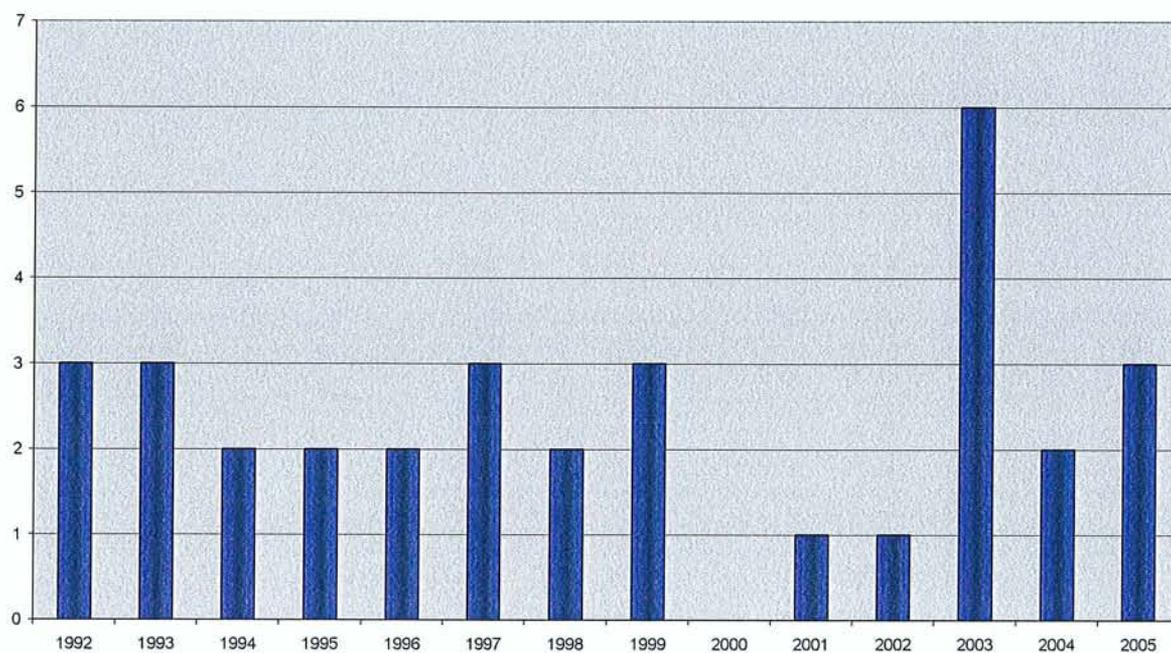


Figure 9 : Bilans d'activité des UHCD.

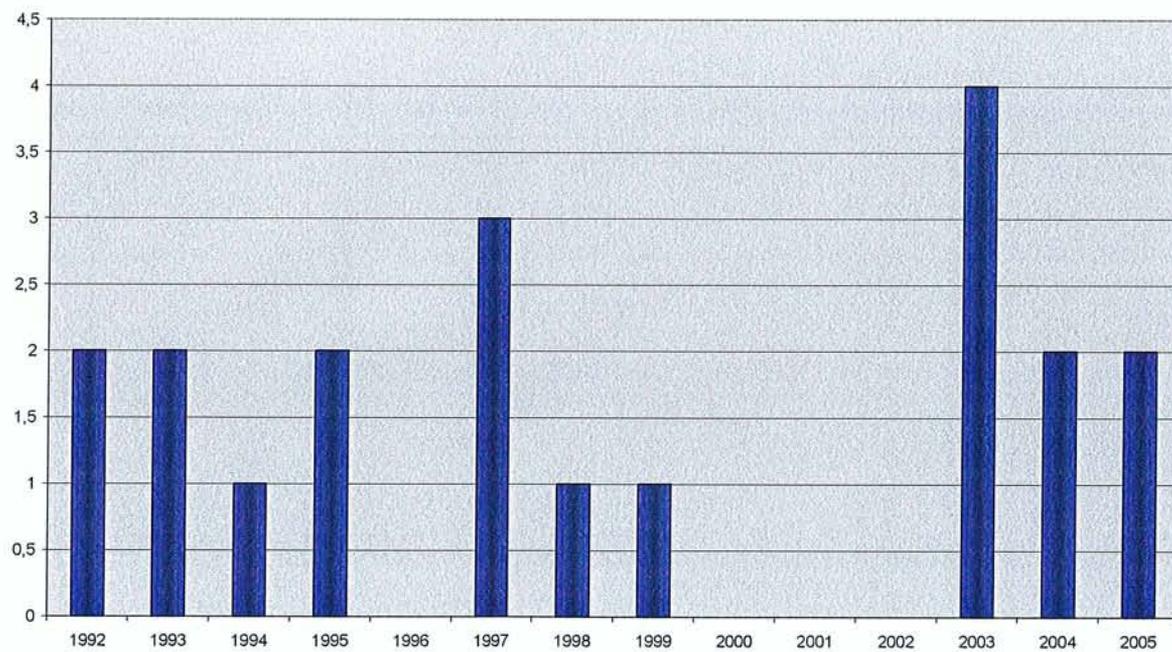


Figure 10: Evaluation de l'impact de l'ouverture d'une UHCD sur l'activité des SAU.

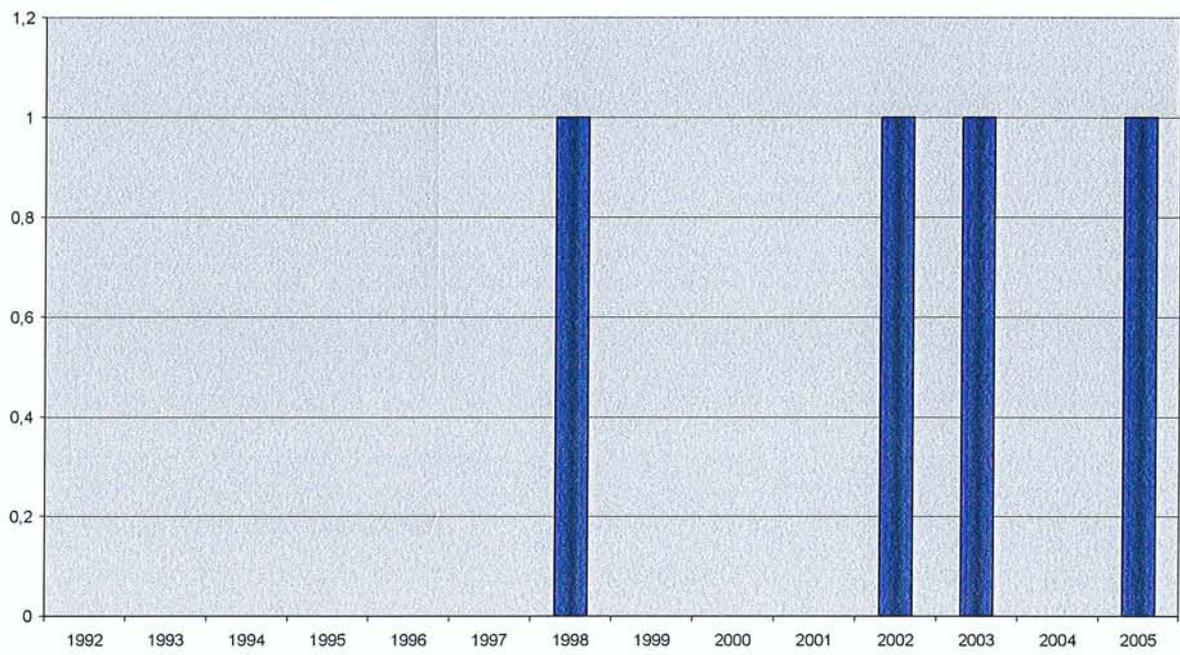
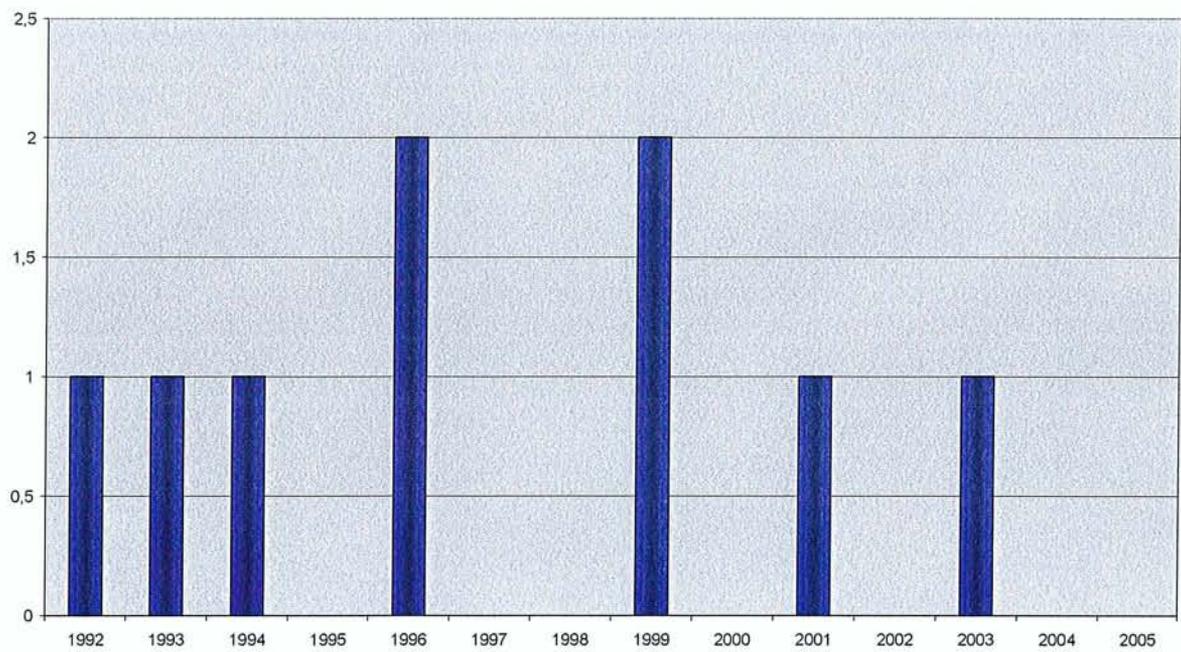


Figure 11: intérêt d'une UHCD spécialisée



B - Classifications et profils des usagers.

Nous avons recensé **36 publications traitant des classifications et du profil des usagers** (*Figure 12*).

Il existe **un pic en 1992, avec 6 publications**.

1996, 1997 et 1998 sont les années où l'on retrouve le plus de publication en dehors de 1992, avec respectivement 4 publications chacune.

Il existe une année sans publication sur ce thème : en 2001.

Concernant les classifications, il existe trois pics de publications en 1992, 1995 et 1997 avec 3 publications pour chacune de ces années (*Figure 13*).

La majorité de ces abstracts traitent de la CCMU (9 abstracts sur 14). Nous pouvons grâce à ces abstracts retracer l'histoire de cette classification, des études de faisabilité à sa validation, en passant par son utilisation en pratique quotidienne.

Nous notons également **qu'à partir de 1999, il n'y a plus d'abstracts sur la CCMU**, concomitamment de la validation de celle-ci, qui est dès lors considérée comme un outil acquis pour l'évaluation aux urgences.

Nous notons qu'il n'existe pas de publication de 1999 à 2004 et nous retrouvons quelques publications sporadiques sur diverses classifications traitant d'indices de gravités cliniques, du PMSI, de la valeur d'un codage médical (*Figure 13*).

Il s'agit donc d'un thème qui a connu un grand intérêt lors de la création et de la validation de la CCMU, mais qui depuis ne suscite plus beaucoup d'intérêt scientifique.

Pour ce qui est des publications traitant du profil des usagers, nous notons 4 pics en 1992, 1996, 1998 et 2004 avec 3 publications pour chacune de ces années.

On ne retrouve pas de publication en : 1993, 1994, 1995 et 2001 (*Figure 14*).

La majorité de ces publications, soit **15 sur 22, s'intéressent aux motifs de recours des usagers, et à leurs profils, notamment aux patients récurrents des urgences (2 publications)**.

2 publications traitent de l'épidémiologie des patients non admis aux urgences (en 1992 et en 2002).

7 publications qui traitent de ce sujet s'intéressent à des particularités régionales.

Figure 12 : Nombre d'abstracts par années - classifications et fréquentation des urgences.

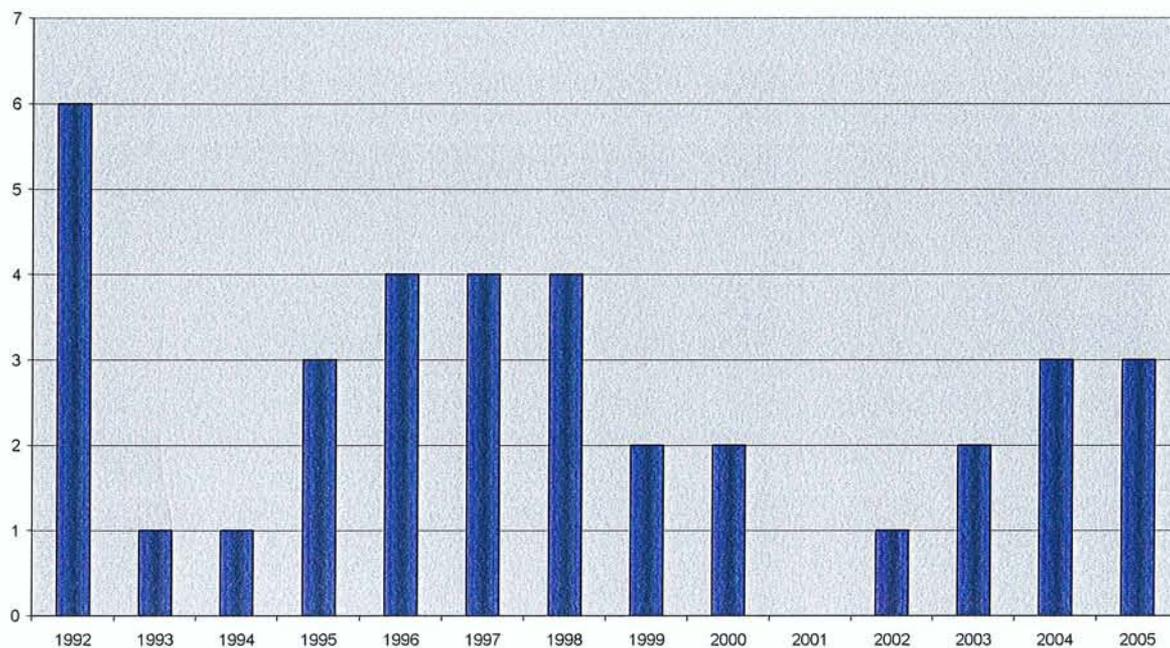


Figure 13 : Classifications.

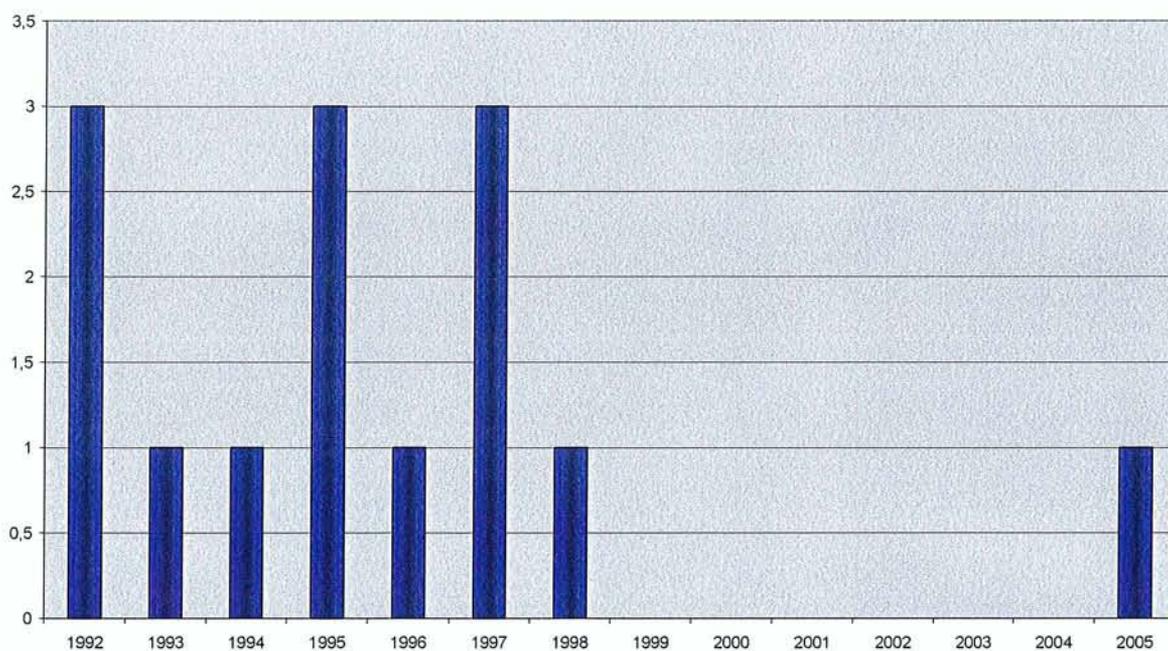
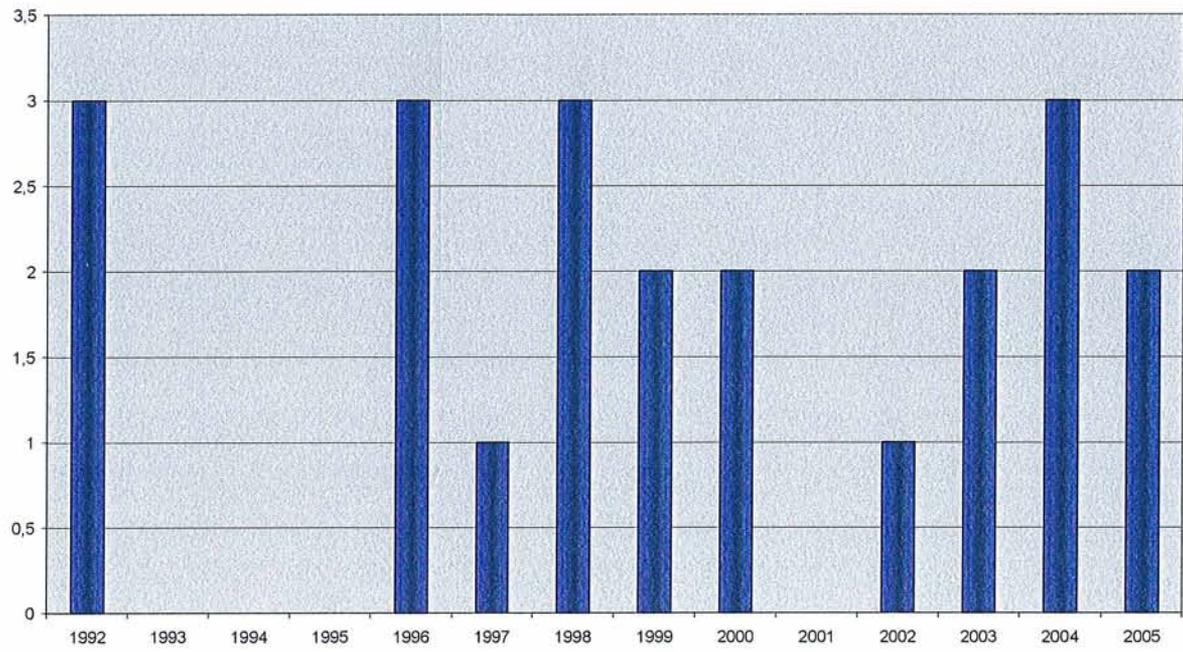


Figure 14: Profils des usagers.



C - Les déterminants du temps de passage :

Nous avons retrouvé **15 publications** traitant des **déterminants du temps de passage au SAU** (Figure 15).

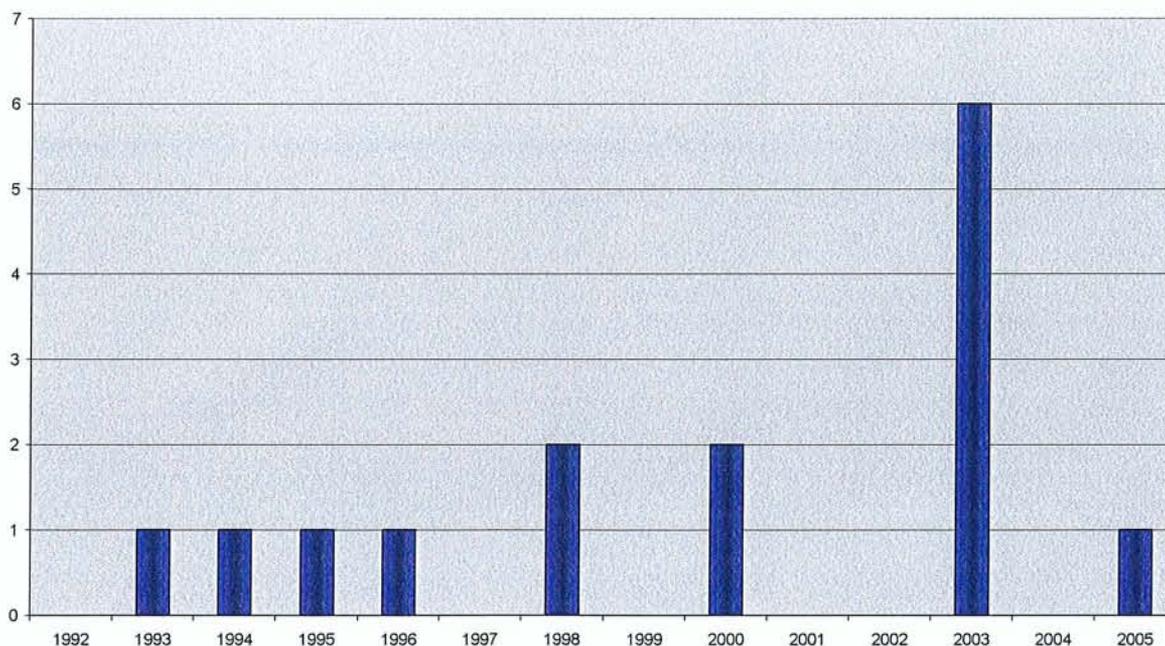
Il existe plusieurs années où l'on ne retrouve aucune publication : en 1992, 1997, 1999, 2001, 2002 et 2004.

Il existe **un pic de publication en 2003 avec 6 publications**.

On remarque qu'il s'agit d'un **thème ancien**, mais qui se pérennise et reste d'actualité. **La majorité des abstracts (12/15) se contente d'énumérer les facteurs qui déterminent le temps de passage.**

Sur les 15 abstracts présentés, **seuls 3 font des propositions pour diminuer ou améliorer le temps de passage** (en 1995, 1998, 2005). Les 12 autres font une analyse purement descriptive des différents déterminants du temps de passage, sans pour autant proposer de solution pour réduire les délais de prise en charge ou améliorer de façon qualitative ou quantitative le temps de passage.

Figure 15 : Déterminants du temps de passage.



D - L'aval des urgences

Nous avons recensés **28 publications traitant des relations qu'entretiennent les services d'urgences avec leur aval** (*Figure 16*).

On note deux années sans publication traitant de ce thème : en 1993 et en 2005.

Le pic de publication se situe en 1995 avec 5 publications.

Nous les avons séparés en **quatre sous catégories** :

- les relations avec les spécialistes,
- les relations avec les médecins de ville,
- les relations avec les usagers,
- les difficultés ou les justifications d'hospitalisation.

12 publications sur 28, soit 43 %, ont pour sujet les difficultés ou les justifications d'hospitalisation.

Concernant les publications traitant **des relations avec les spécialistes** (*figure 17*), on remarque qu'il s'agit de **publications sporadiques**. En effet, on retrouve ce type de publication dans seulement 4 des 14 des années étudiées, soit en : 1996, 2000, 2002 et 2003, avec une publication par an.

Nous remarquons donc que la moitié des publications traitent des relations avec les services de réanimation et que l'autre moitié traite des relations avec les spécialités médicales.

Concernant les publications traitant des **relations avec les médecins généralistes** (*figure 20*), nous avons relevé **7 publications** sur les 14 années étudiées. Il s'agit aussi de **publications sporadiques**. En effet, il n'existe pas de publication sur ce thème en 1992, 1993, 1994, 1996, 2003, 2004 et 2005.

Nous notons donc un relatif **intérêt pour ce thème vers la fin des années 1990 et le début des années 2000** : toutes les publications sur ce thème sont parues en 1995, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 et 2002.

On remarque aussi que **toutes les publications, à l'exception d'une seule, ont pour sujet l'évaluation du courrier de sortie des urgences.**

Concernant les publications traitant des **relations d'aval avec les usagers** (*figure 18*), nous notons aussi qu'il s'agit de **publication encore**

plus sporadiques, 11 années n'ayant pas de publication : 1992, 1993, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2002, 2003, 2004, 2005.

On ne retrouve donc ce thème que 3 années, en 1994, 1995 et 2001. Il existe un pic en 1995 avec 3 publications pour cette seule année.

Nous nous apercevons donc que dans ce thème, l'intérêt des urgentistes va à **l'analyse des lettres de plainte et à l'analyse des causes du mécontentement de l'utilisateur (cinq publications sur cinq)**. Il s'agit donc **d'un pas important vers une démarche qualité**.

Pour ce qui est de la dernière sous catégorie, traitant **des difficultés et des justifications d'hospitalisations** (*figure 19*), nous remarquons qu'il s'agit du **thème suscitant le plus d'intérêt de la part des auteurs avec 12 publications**. Il existe un pic en 1994 avec 3 publications. On note 5 années sans publications : en 1993, 1996, 1998, 2000 et 2005.

On remarque une **évolution dans les thèmes abordés** : en effet, jusqu'en 2002, le centre d'intérêt était orienté vers **l'évaluation de la pertinence des hospitalisations**, alors qu'à partir de 2002, le centre d'intérêt se déplace **vers l'évaluation des difficultés d'hospitalisation**.

Figure 16 : Les relations avec l'aval.

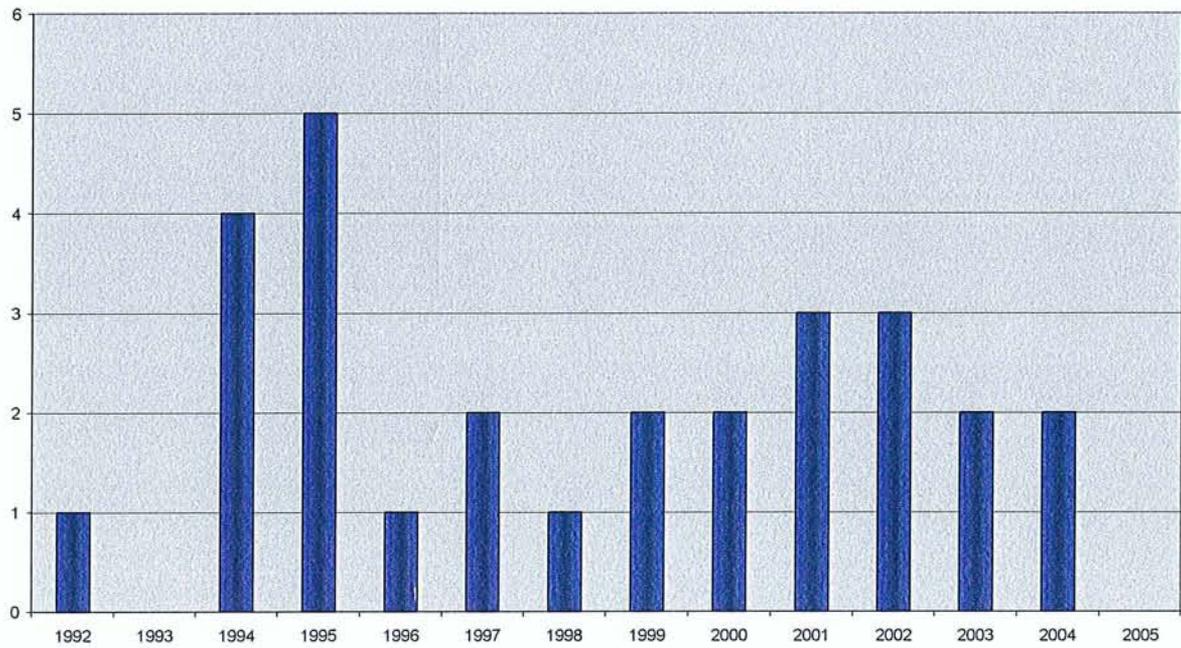


Figure 17 : Aval - relation avec les spécialistes.

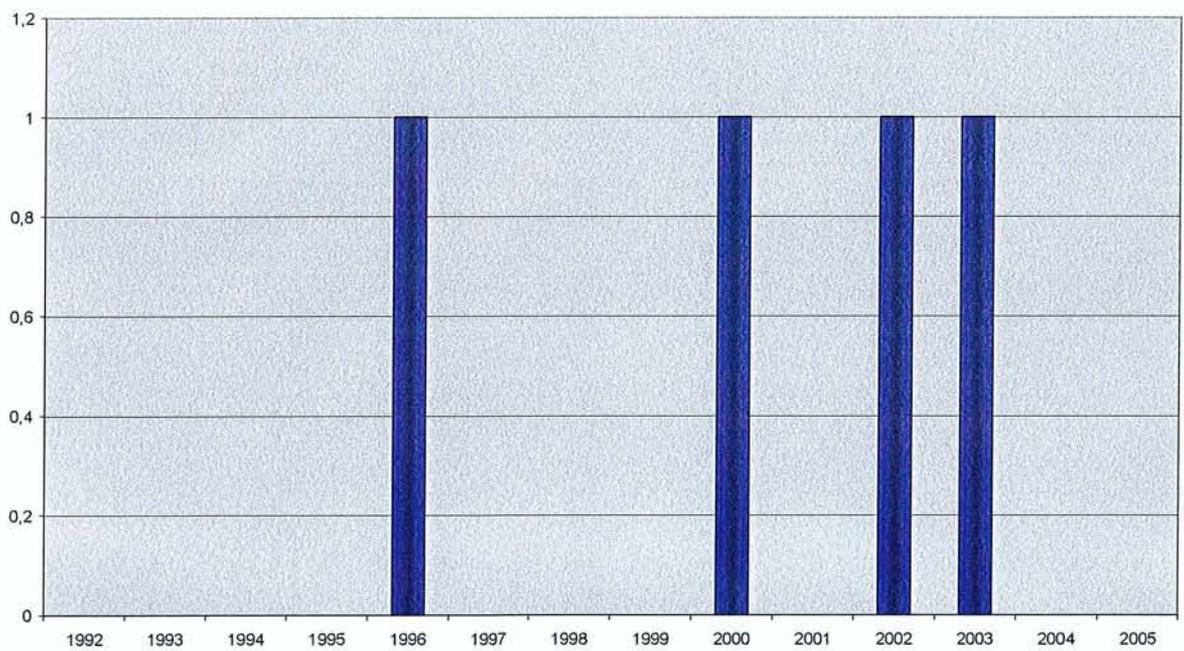


Figure 18 : Aval - relation des usagers.

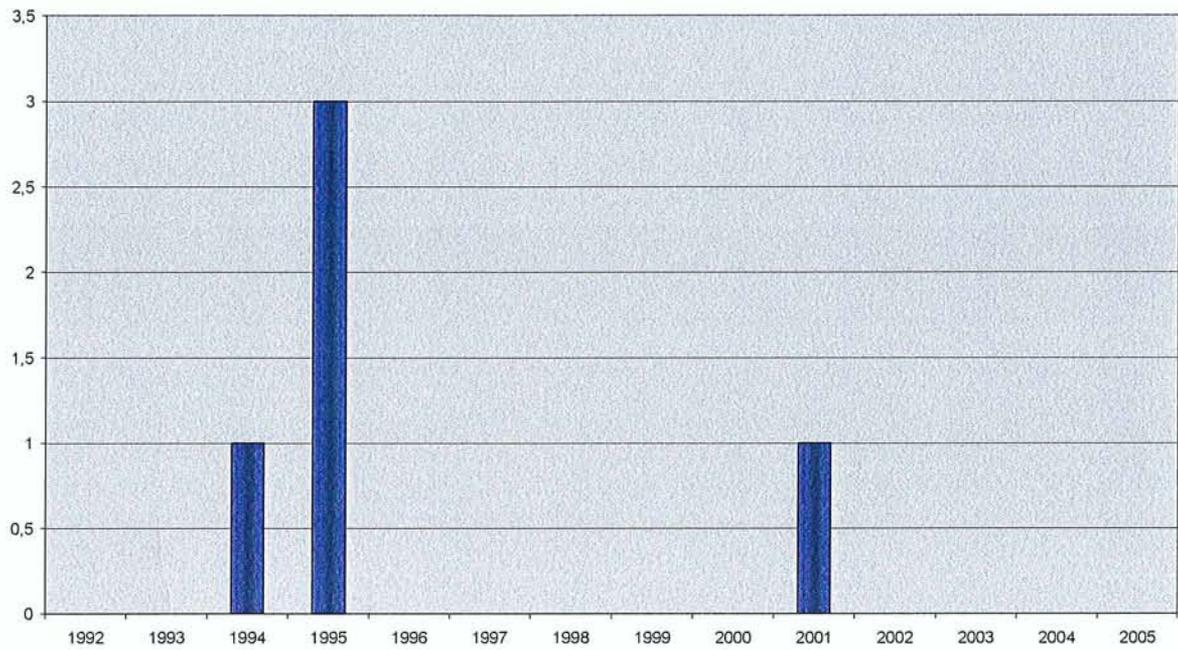


Figure 19 : Aval - difficultés d'hospitalisation / justification d'hospitalisation.

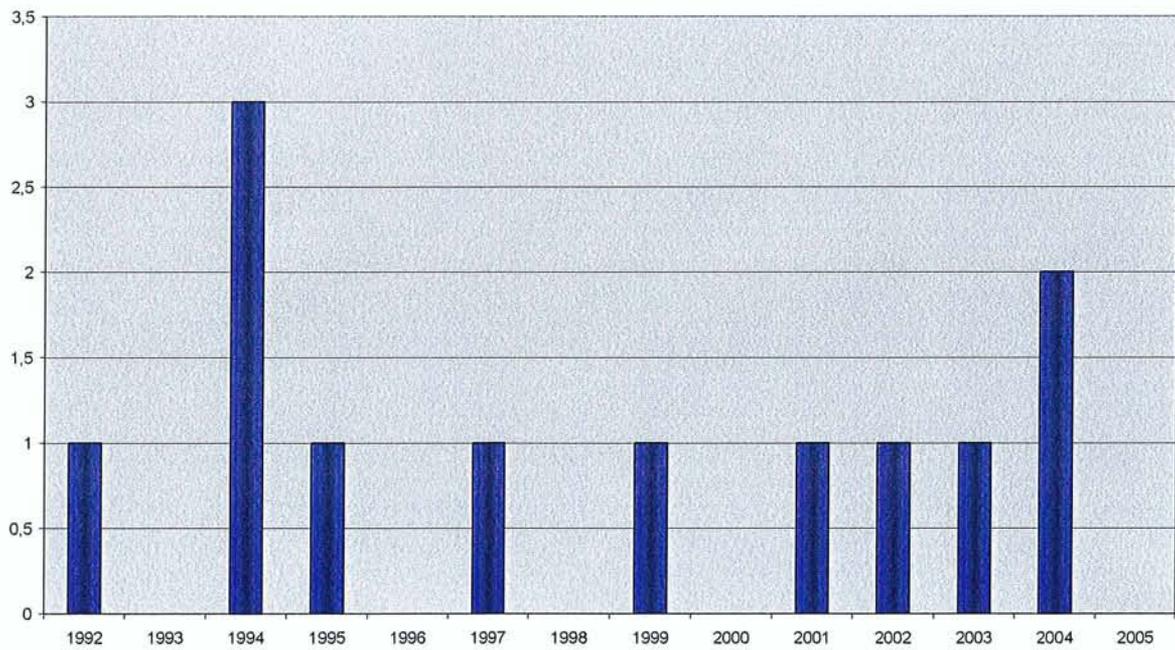
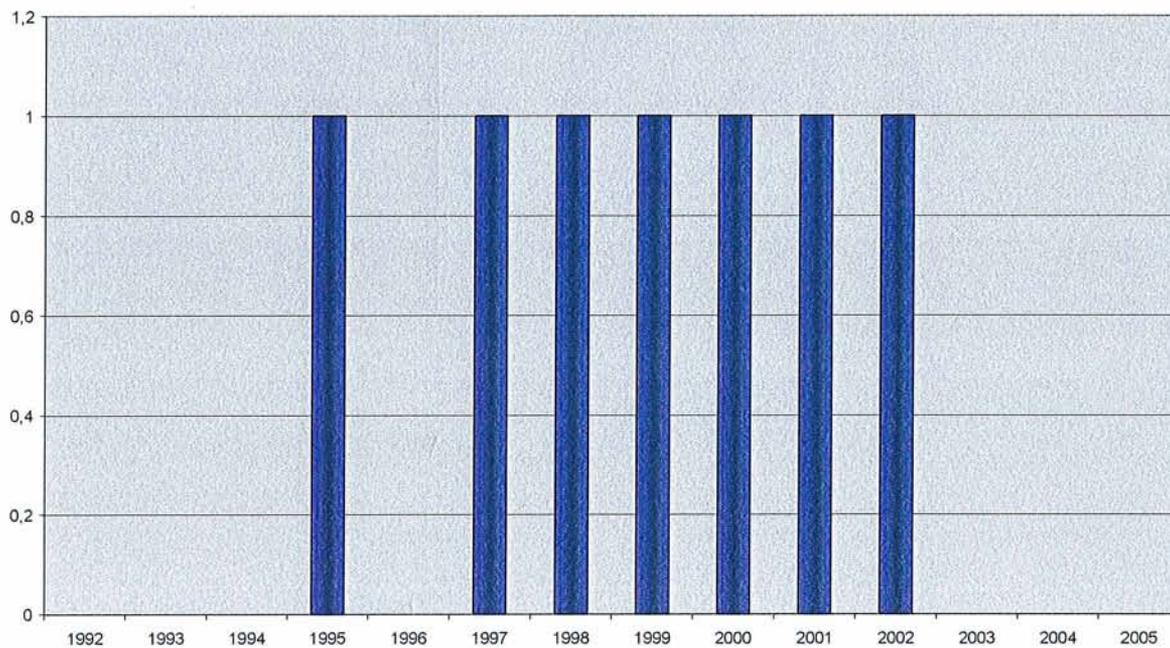


Figure 20 : Aval - relation avec les généralistes.



E - Relation avec l'amont :

Nous avons relevé **18 publications traitant des relations avec l'amont des services d'urgence** (*Figure 21*).

Il existe **3 pics** en 1999, 2001 et 2003.

On ne note que **très peu de publication avant 1999** : il existe 4 publications :

- 1 en 1993,
- 2 en 1995,
- 1 en 1996,
- 0 en 1992, 1994, 1997, 1998.

Par contre, après 1999, nous retrouvons au moins une publication par an, avec une moyenne de deux publications par an.

Nous avons relevé **deux thèmes principaux** :

- les relations avec les médecins traitants : 11 abstracts (*figure 22*),
- la lettre d'admission : 7 abstracts (*figure 23*).

Nous n'avons pas **retrouvé de publication sur la lettre d'admission avant 1999**.

Il semble donc que les relations avec l'amont soit une **source d'intérêt récente**.

Pour ce qui est des relations avec les médecins de ville, nous avons noté 2 pics de publications en 1995 et 1999. La majorité de ces abstracts sont récents : 7/11 sont parus après 1999.

Les publications traitent surtout de **l'évaluation des relations entre les urgentistes et les médecins libéraux : en effet 7 des 11 abstracts traitent de ces relations**.

Quelques publications plus récentes évaluent la **place des médecins libéraux dans le système d'AMU**.

Des publications encore plus récentes et plus spécifiques comparent les concordances diagnostiques, évoquent les choix des patients entre la médecine libérales et le SAU, d'autres encore, le point de vue des médecins libéraux sur les urgences.

Les **7 publications traitant de la lettre d'admission** ont surtout comme sujet l'**évaluation** de celle-ci et de sa **valeur informative**, que cela soit pour le médecin urgentiste ou pour l'IAO.

Il s'agit de **publications récentes**, car nous n'en avons **pas relevé avant 1999**. Toutes les autres publications sont parues après 2001.

Figure 21 : Relations avec l'amont

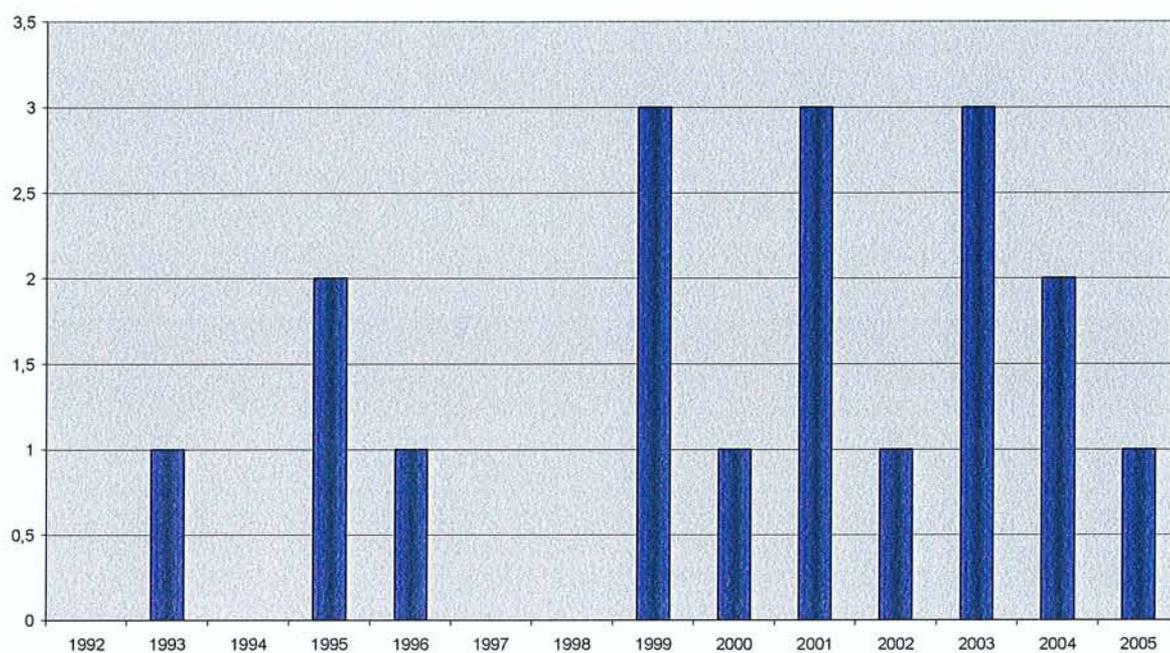


Figure 22 : Relations avec les médecins libéraux.

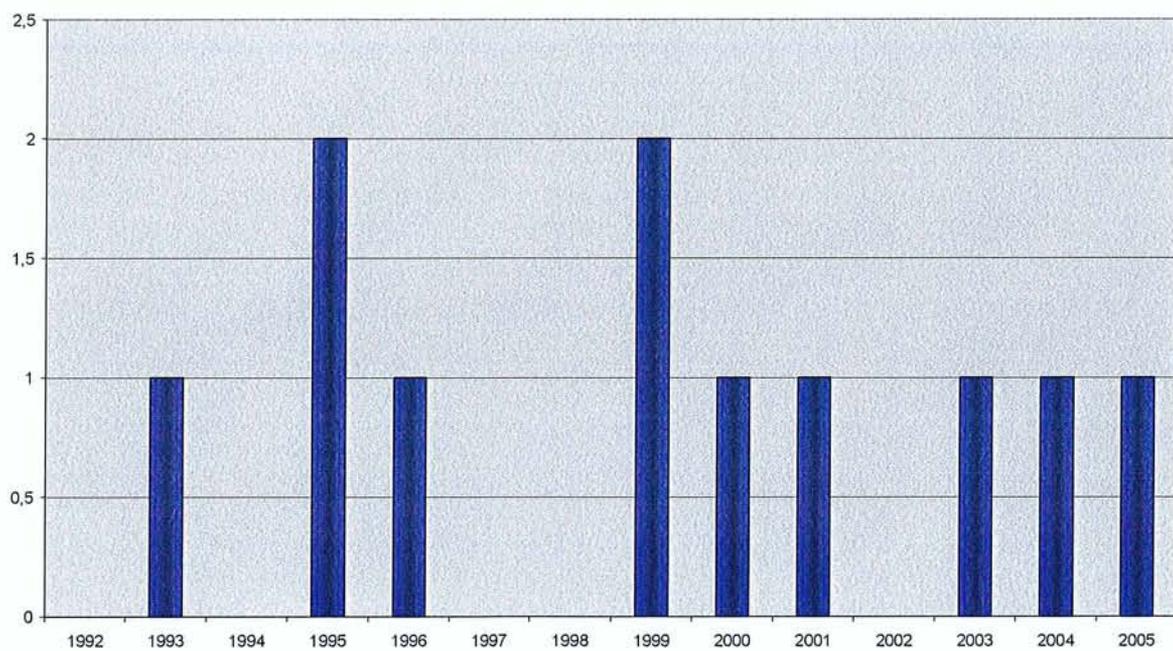
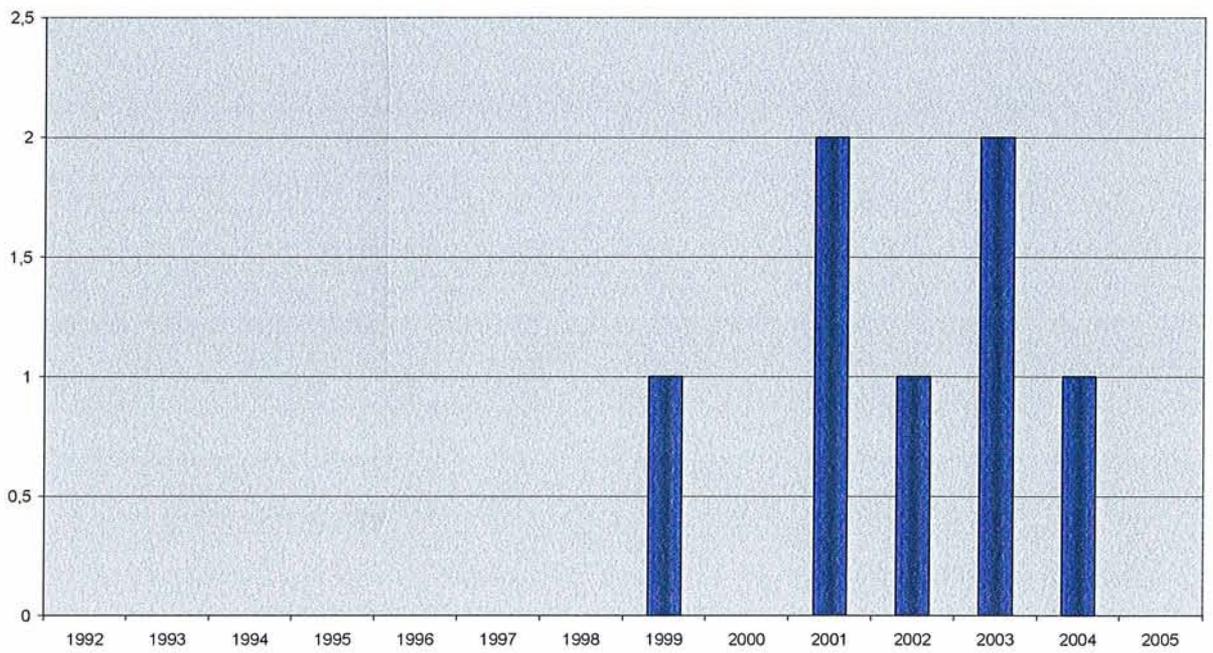


Figure 23 : Evaluation de la lettre d'admission.



F - Fonctionnement des SAU :

Nous avons retrouvés **11 abstracts** traitant de se sujet (figure 24) :

- 6 traitent de **bilan d'activité des SAU** (figure 26),
- 5 traitent de **l'activité des urgentistes pendant la garde** (figure 25).

Concernant l'activité des urgentistes pendant la garde, on remarque qu'il s'agit de **publications sporadiques** : on note 7 années sans publications : en 1992, 1993, 1995, 1998, 2000, 2003 et 2004.

Il s'agit d'un thème qui ne suscite que très peu d'intérêt. 2 des 5 publications étudient la charge de travail due au téléphone.

Pour ce qui est des bilans d'activités, on remarque que se sont des publications **encore plus disparates** : on ne retrouve des publications qu'en 1994, 1997, 1999, 2002 et 2005.

Nous avons relevé 6 abstracts. **Aucun ne traite d'une étude nationale.**

Deux abstracts (en 1999 et 2002) sont des vraies études épidémiologiques de l'activité des urgences.

Figure 24 : Fonctionnement des SAU.

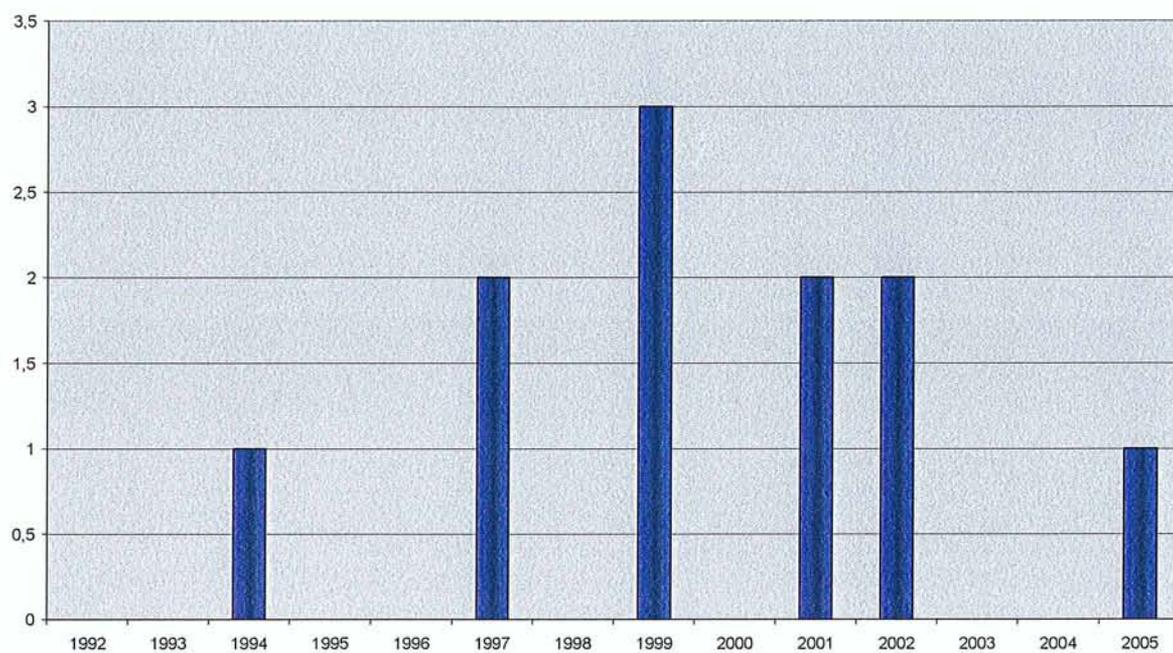


Figure 25 : Activité pendant la garde.

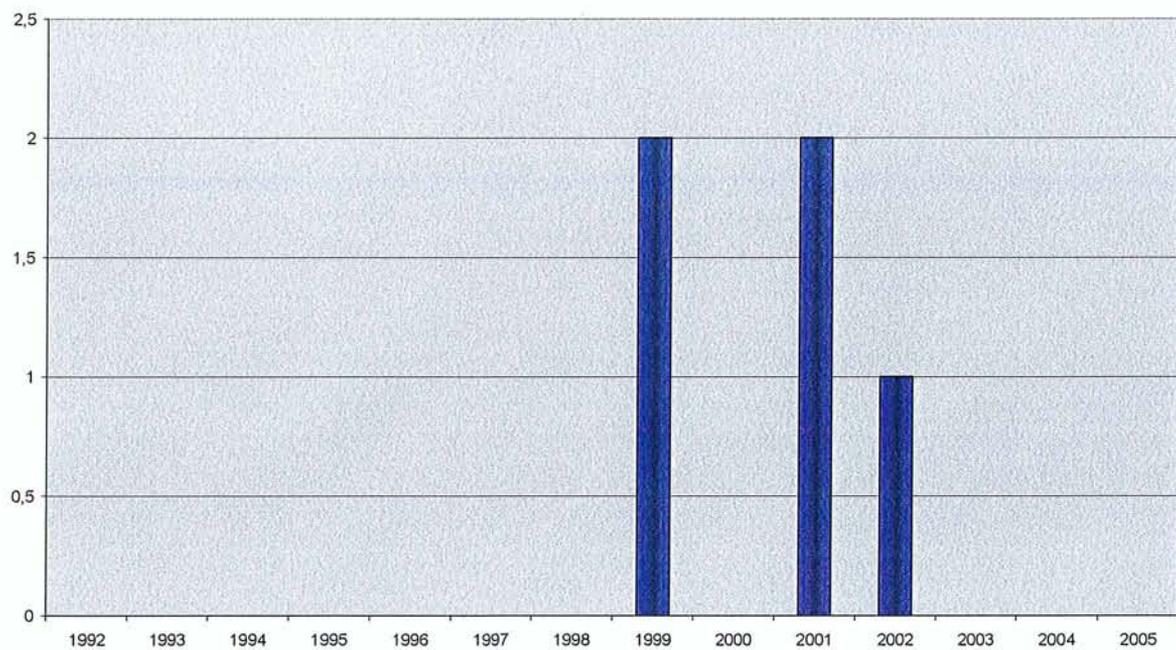
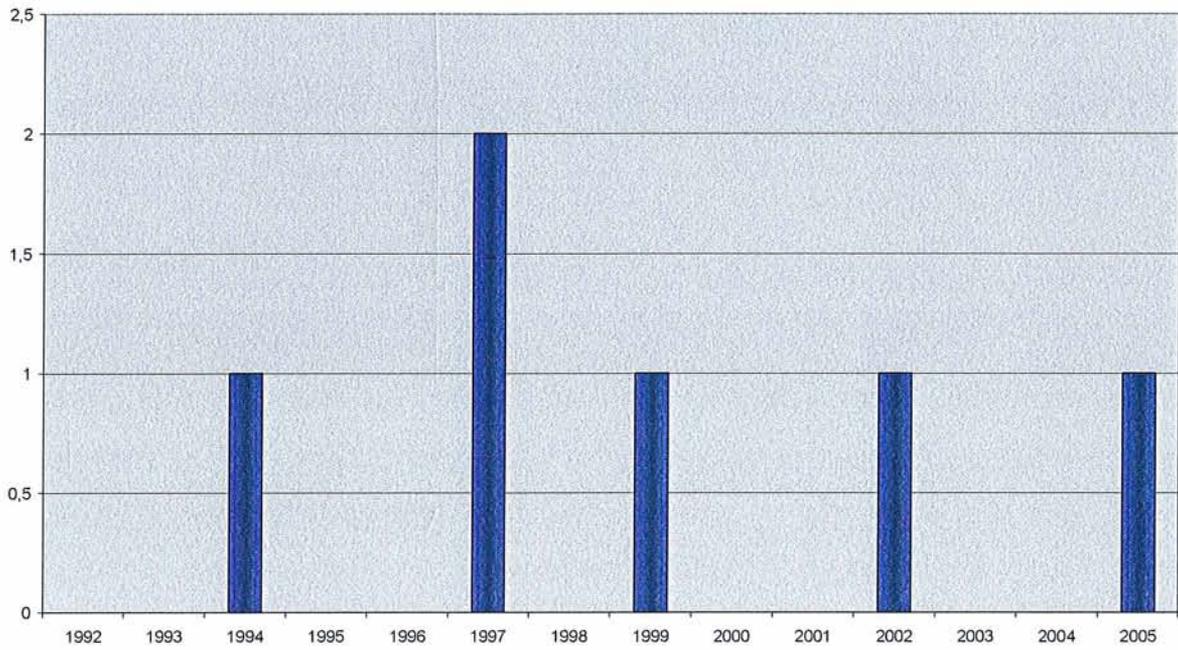


Figure 26 : Bilans d'activité des SAU.



G - Gestion des flux :

Nous avons relevé **72 abstracts traitant de la gestion des flux**.

Nous les avons séparés en 4 sous catégories.

- le tri, avec 16 abstracts,
- les maisons médicales, 15 abstracts,
- les filières de soins, avec 35 abstracts,
- et les événements intercurrents, avec 6 abstracts.

Il s'agit du **domaine qui suscite le plus grand intérêt, et représente 28% du total des abstracts publiés**. Ce thème est présent depuis 1992, et le nombre de publication est en augmentation depuis 1998 (*figure 27*).

Pour ce qui est **du tri**, nous avons donc retrouvés **16 abstracts** (*figure 28*).

Nous notons qu'il s'agit d'un **centre d'intérêt récent**, puisque nous ne retrouvons **pas d'abstract avant 1997**.

Il existe **3 pics** en 1997, 1998 et 2004, avec 3 abstracts pour chacune de ces années.

Nous pouvons remarquer une certaine **évolution dans les centres d'intérêt des auteurs** : de 1997 à 2002, les abstracts traitent **du rôle de l'IAO**, de ses compétences de tri. Après 2002, les auteurs s'orientent vers le rôle **du médecin à l'accueil des urgences et vers la réorientation des patients**.

Pour ce qui est des abstracts traitant **des maisons médicales**, nous avons pu noter qu'il s'agit aussi d'un **centre d'intérêt récent** : il n'existe pas de publication avant 1996, à l'exception d'une publication en 1994 (*figure 29*).

Nous avons relevés **15 abstracts traitant de ce sujet**.

Nous notons une **évolution dans les thèmes abordés** : jusqu'au début des années 2000, les auteurs s'intéressent au **rôle et à la place du médecin généraliste dans le système d'aide médicale urgente**. A partir des années 2000, la question n'est plus de savoir si les médecins libéraux ont un rôle à jouer dans ce système, mais d'évaluer **l'intérêt de consultation de médecine générale, proche ou au sein d'un SAU**, comme s'il semblait certain à tous les auteurs que ce genre de consultation est devenu une évidence.

Les abstracts traitant des **événements intercurrents** sont des **publications très sporadiques et anecdotiques** (*figure 30*) : nous avons trouvé ces publications en 1994, 1999, 2001, 2004 et 2005, soit 6 abstracts.

Les abstracts sur les filières de soins sont les plus nombreux avec 35 abstracts (*figure 31*).

Il n'existe qu'une seule année où l'on ne retrouve pas d'abstract : en 2001.

Le pic de publication est observé en 2000 avec 7 abstracts.

Le plus grand nombre d'abstracts traitent de la **filière gériatrique (19 abstracts)**.

On remarque qu'il existe une distribution **asymétrique de ces publications** : en effet, de 1992 à 2000, nous avons relevé 27 abstracts, en 2001, nous ne retrouvons aucune publication et enfin de 2002 à 2005, ce thème suscite à nouveau l'intérêt avec 8 publications.

Nous avons retrouvé **une enquête nationale sur la filière gériatrique en 2005**, signe de regain d'intérêt pour ce sujet et probable effet des répercussions de la canicule.

Nous remarquons d'ailleurs un pic de publication en 2004, lui aussi probablement lié aux effets de la canicule de 2003 et à la parution du plan urgence.

Nous avons relevé **4 publications concernant une filière traumatologique de 1998 à 2000**. Nous n'avons pas retrouvé de publication sur ce thème avant 1998 ou après 2000.

Nous avons retrouvé **2 publications sur les filières psychiatriques** en 1995 et 1996.

Les autres publications sont plus anecdotiques : 1 publication sur une filière avec la réanimation, 2 publications sur les réseaux de soins avec les unités de proximité, 1 publication sur une filière cardiologique, et 1 filière sur l'alcoologie de liaison.

Figure 27 : Gestion des flux.

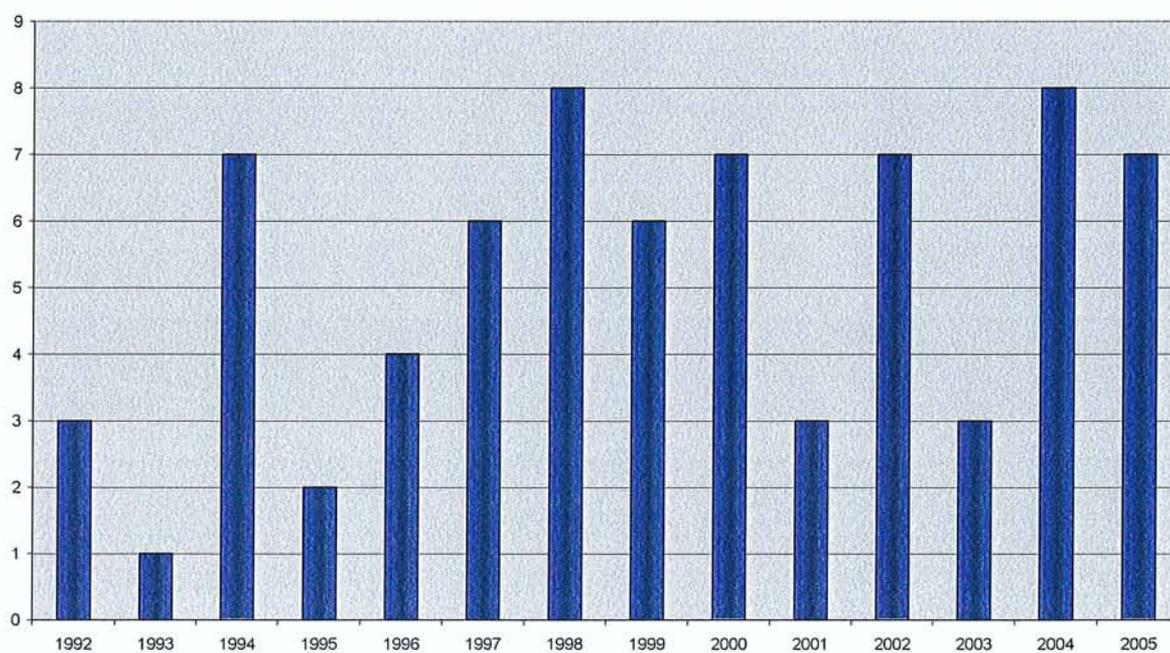


Figure 28 : Réorientation à l'accueil et tri.

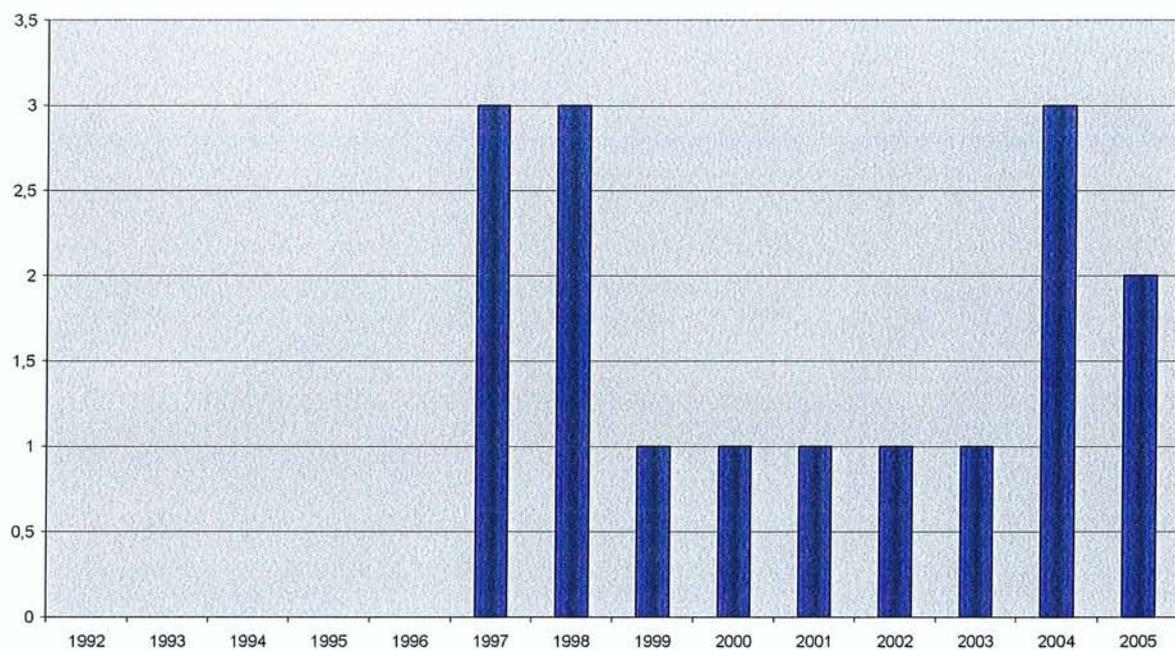


Figure 29 : Les maisons médicales.

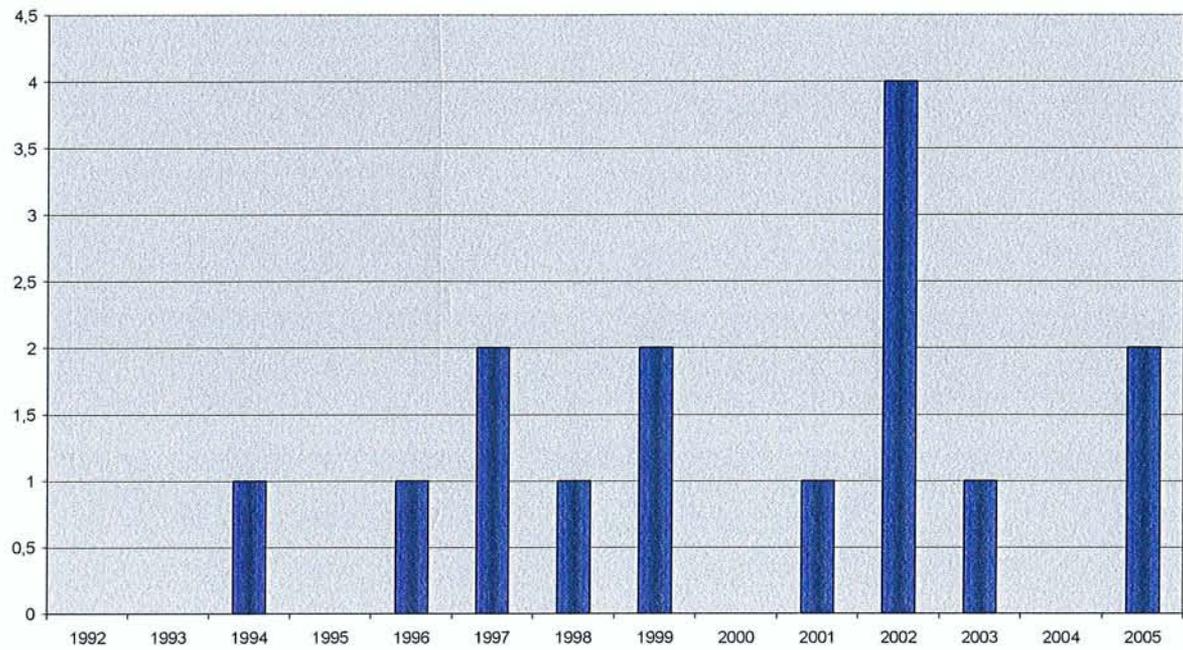


Figure 30 : Les événements intercurrents.

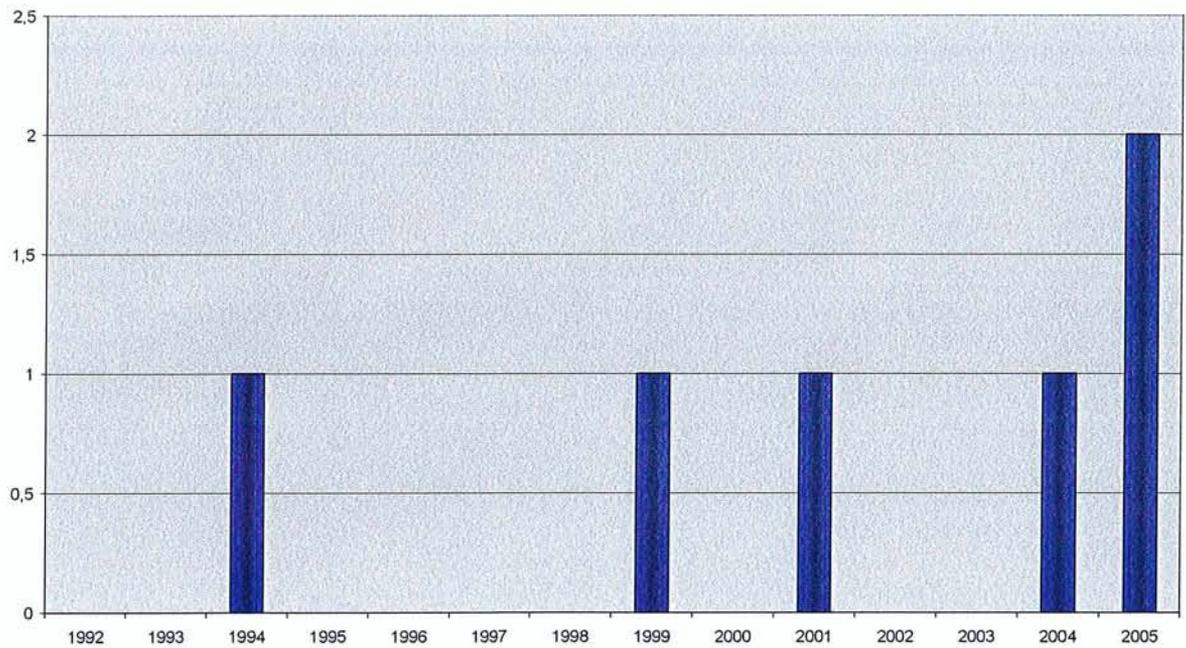
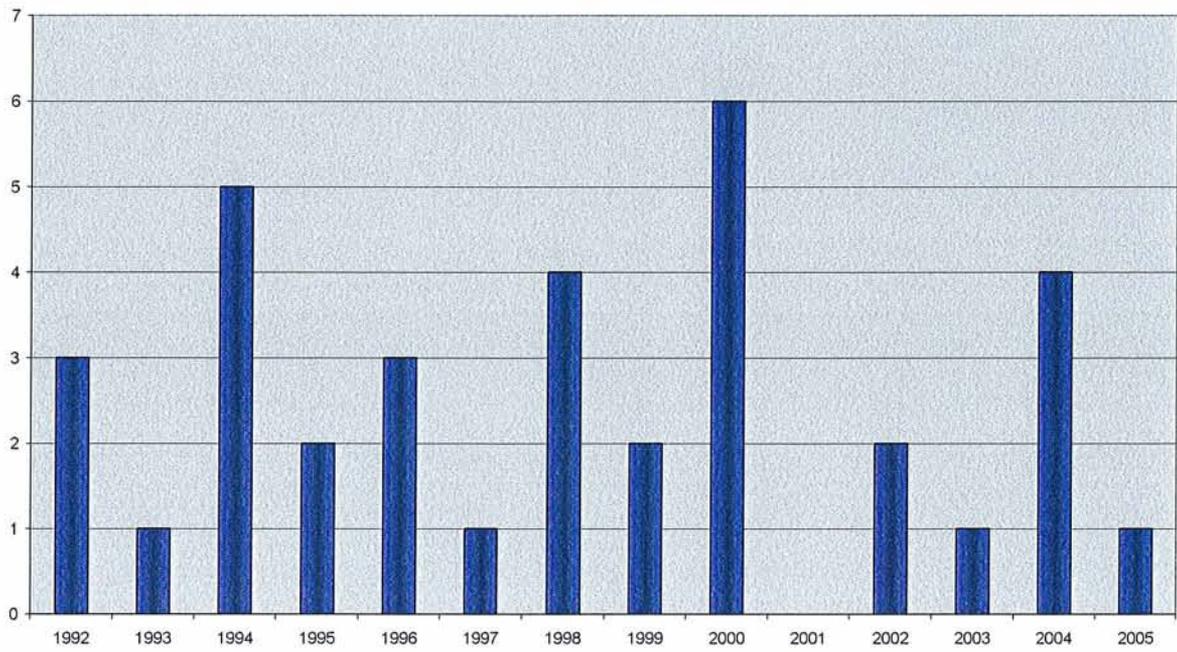


Figure 31 : Les filieres de soins.



H - Les audits :

Nous avons recensé **47 abstracts ayant pour sujet les audits.**

Les publications sont allées **en nombre croissant de 1993 à 1999**, où elles atteignent leurs paroxysmes, **avant de chuter.** (*figure 32*).

Nous pouvons rapprocher ce paroxysme de 1999 à la nécessité, pour les services de **satisfaire à l'accréditation.**

Beaucoup de ces publications traitent de l'information donnée aux usagers (11 abstracts), montrant l'intérêt des auteurs pour évaluer et améliorer les relations avec les usagers.

Un autre centre d'intérêt plus récent est **l'évaluation de la qualité en salle de déchocage**, passant par l'évaluation des dossiers, de la pharmacopée ou de la prise en charge des patients. Nous avons recensés 7 abstracts à ce sujet.

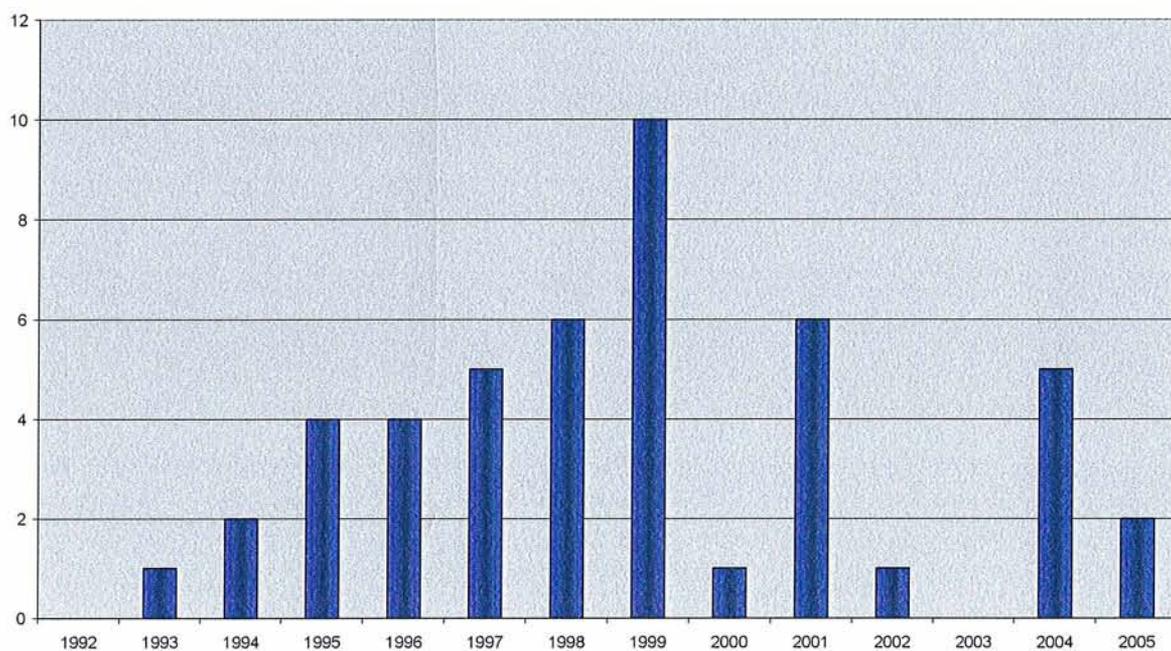
On retrouve quelques publications sur **l'évaluation du dossier médical et l'informatisation**, ainsi que sur l'amélioration de la qualité de la lecture des radiographies.

Il existe cependant **très peu d'abstracts sur les programmes d'assurance qualité traitant de l'organisation proprement dite**, nous avons relevé **10 abstracts sur ce thème** : 1 en 1996, 2 en 1997, 4 en 1998, 1 en 1999, 1 en 2001 et 1 en 2002.

Dans tous ces abstracts traitant de l'organisationnel, seule 3 de ces enquêtes sont nationales.

Nous avons retrouvé, en 1998 et en 2001, deux **abstracts traitant de l'évaluation du référentiel sur les 28 critères d'évaluation** d'un service d'urgence produit par la SFMU.

Figure 32 : Les audits.



III - Abstracts ayant donnés lieu à publication.

En interrogeant la **base de données MEDLINE**, nous n'avons retrouvé que **2 abstracts ayant donné suite à une publication dans une revue référencée dans cette base de données.**

En 1996, « le certificat de non-hospitalisation ou bon d'ivresse : une activité quantitativement importante mais qualitativement imparfaite », Dequin PF, Lanotte R, Hazouard E, Grange A, Perrotin D ; Presse Med. 25 Mai 1996 ; 25(18):833-6.

Et en 2003, « les services de spécialités médicale sont-ils capables de programmer des hospitalisations sur demande téléphonique d'un généraliste ? Evaluation de 4 spécialités de l'AP-HP », Andronikof M, Thalmann A ; Presse Med. Juillet 2005; 34(12):847-50.

Discussion

Nous avons donc étudié **260 abstracts, sur les 2949 parus depuis 1992**. En nombre relatif, cela représente **8,8%**, nombre non négligeable au vu du grand nombre de catégories présentes dans le JEUR.

Le pic de publication se situe en 1999, avec 29 abstracts parus. Une des explications que nous pouvons avancer pour justifier ce pic de publication, est le fait que l'année 1999 est l'année de parution des SROSS de deuxième génération. On observe aussi une augmentation du nombre d'abstracts en 2004, année de mise en application des SROSS de troisième génération. Ce pic n'est cependant pas aussi important qu'en 1999.

Nous avons donc noté que **le nombre total d'abstracts publiés en médecine d'urgence augmente depuis 1992 pour atteindre son maximum en 2005** (70 abstracts en 1992 et 472 en 2005). Cependant, en rapportant le nombre d'abstracts et de communications orales ayant pour objet l'évaluation sur le nombre total de publication de la SFMU, nous notons une chute des pourcentages à partir de 2000. En effet, de 1992 à 1999 et en dehors de l'année 1993, le nombre relatif de publication est toujours supérieur à la moyenne. Après 1999, ce nombre relatif chute en dessous de la moyenne pour arriver à son plus bas niveau en 2005 (4,23%).

La première hypothèse que nous pouvons avancer pour expliquer ce phénomène est la relative stabilité de la production scientifique dans le domaine de l'évaluation alors que cette production augmente dans les autres domaines. Cela peut expliquer la diminution, en nombre relatif, de la production scientifique observée depuis 2000, mais pas la cassure existante entre 1999 et 2000.

Une des explications que nous pouvons fournir pour expliquer cette cassure, est l'existence d'un biais : en effet avant 2000, les abstracts et communications orales des congrès de la SFMU étaient publiés dans « Réanimation-Urgence », en même temps que les publications de la SRLF. Nous pouvons supposer qu'un certain nombre d'abstracts et de communications orales étaient publiés lors des congrès de la SRLF et pas lors des congrès de la SFMU. L'avènement du JEUR, magazine d'expression de la SFMU a permis de regrouper tous les abstracts et communication orales sur un support spécifique et unique. Nous nous apercevons qu'en prenant en compte le nombre total d'abstract des congrès de la SFMU et de la SRLF avant 1999, cette cassure n'existe plus, et le pourcentage de publication sur l'évaluation organisationnelle reste stable sur les quatorze années (entre 5 et 10%). Il s'agit donc d'un argument indéniable qui permet de dire que le regroupement des différents modes de pensées ou des différents courants des acteurs de l'urgence, permet de

rendre une société savante plus efficiente et plus attractive d'un point de vue scientifique, une spécialité.

La seconde observation importante à signaler est le fait de **l'absence quasiment totale de suite donné aux abstracts.**

La recherche via PUBMED nous a permis de retrouver seulement 2 publications parues dans des revues référencées. On peut bien sûr noter un biais de recherche, car en utilisant le moteur de recherche MEDLINE, nous avons seulement accès à un petit nombre de revues françaises, mais il nous semble important de remarquer cette absence de publication. MEDLINE est une des références incontournables en matière de recherche scientifique, et le fait qu'il n'existe que très peu de publications émanant d'abstracts du JEUR est une preuve des difficultés de reconnaissance de la SFMU sur la scène internationale. Bien sûr, la naissance de cette reconnaissance ne pourra se faire que si des publications en rapport avec la médecine d'urgence se trouvent publiées dans des revues référencées dans MEDLINE.

La recherche de publication par l'interrogation de la base de données MEDLINE nous permet tout de même de pouvoir dire que le taux de publication après parution d'abstracts dans le JEUR est quasiment nul (0,75%).

Par comparaison, une étude menée par la commission d'évaluation de la SFMU, dont l'abstract est paru en 2001 dans le JEUR (SFUM de 1985 à 1999 : une société qui évolue ; A. Santin, P. Racle, E. Roupie et la Commission d'évaluation de la SFUM) avait retrouvé, en étudiant l'ensemble des abstracts et posters entre 1985 et 1999, un taux de publication de 12%. La méthode de recueil était cependant différente, puisque dans cette étude, un courrier avait été envoyé aux auteurs pour savoir s'ils avaient publiés et dans quelle revue.

Concernant l'UHCD, la majorité des publications (20 sur 33) à trait aux bilans d'activité des unités d'UHCD. Le pic de publication se situe en 2003. Nous pouvons mettre ce **pic** en corolaire avec la parution des **nouvelles circulaires de 2003, qui mettent l'accent sur la nécessité d'évaluer l'activité des SAU et de leurs UHT.** Un abstract de 2003, intitulé « Analyse critique de l'activité d'une UHCD » à montré que les missions de l'UHCD n'étaient pas respectées. Les auteurs ont mis en évidence une classe de malades (sujets de plus de 70 ans et polyopathologiques) qui est difficile à faire admettre en cours séjour.

Pour ce qui est des relations entre l'UHCD et le SAU, nous avons pu remarquer qu'il s'agit **d'un centre d'intérêts très récents** (1998, 2002, 2003 et 2005). Nous pouvons rapprocher cet intérêt récent aux **difficultés croissantes pour hospitaliser les malades dans les services de spécialités médicales.** En effet, ces abstracts ont tous pour but de montrer l'impact de l'ouverture d'une

UHCD sur la diminution des délais de prise en charge au SAU. Par exemple, un abstract de 1998, intitulé « ouverture d'une unité d'hospitalisation de Courte Durée aux Urgences : répercussion sur l'activité hospitalière », à montrer que l'ouverture d'un service porte, permet de réduire significativement le nombre de malades hospitalisés et le nombre de journée d'hospitalisation, témoignant d'un gain de productivité et permettant une diminution des dépenses.

Pour ce qui est de l'évaluation d'une UHCD spécialisée, on note qu'il s'agit d'abstracts plus anciens (seulement 2 publications sur les cinq dernières années), traitant surtout de l'intérêt de l'UHCD comme unité de soins continus. Les quatre autres publications sont plus disparates et semblent obéir aux effets de mode.

Le deuxième point que nous avons abordé est les **classifications et le profil des usagers**.

Pour ce thème, nous avons retrouvés 36 abstracts avec un pic en 1992.

Pour ce qui est des classifications, **9 abstracts sur 14 traitent de la CCMU. De 1992 à 1999, nous pouvons retracer l'évolution de la CCMU** : En 1992, on retrouve les balbutiements de cette classification avec les tests de reproductibilité. En 1993 et 1994, on s'intéresse aux relations avec la charge en soins ou de travail. En 1996, on recherche l'intérêt de la CCMU dans la description du recrutement d'un centre d'urgence. En 1997 apparaît les relations de la CCMU avec les notions de coût des soins. **A partir de 1999, il n'y a plus d'abstract traitant de la CCMU.**

Une fois encore, on retrouve **dans ses publications un effet de mode**. Il existe de nombreux abstracts sur la CCMU depuis sa création, avec 3 pics en 1992, 1995, 1997. Puis au fil du temps, l'intérêt pour ce sujet s'essouffle et nous ne retrouvons plus de publications après 1999. Il s'agit donc d'un thème qui a suscité un grand intérêt scientifique lors de la création et de la validation de cette classification, mais qui depuis semble avoir perdu cet intérêt.

Concernant le profil des usagers, nous avons donc relevé 22 abstracts. 15 de ces abstracts ont comme sujet **l'analyse des motifs de recours au SAU**, 2 concernent le devenir des patients non admis aux urgences et 7 traitent de particularités loco-régionales.

On remarque qu'il s'agit **d'un thème récurrent depuis 1992**, avec une **augmentation depuis 1998**. En effet, depuis 1998, on retrouve au moins une publication sauf en 2001. Nous pouvons donc conclure qu'il s'agit d'un **centre d'intérêt récent**, probablement **motivé par le nombre croissant de passage aux urgences**, les urgentistes cherchant à comprendre ce qui pouvait motiver les usagers à venir aux urgences, puis à comprendre pourquoi les patients venaient

consulter de façon totalement inadaptée. Nous pouvons citer, par exemple, un abstract de 1998, intitulé « profil de l'utilisateur abusif du SAU » qui met en évidence que cet usagers abusif ressemble à « monsieur et madame tout le monde » et que ses motivations étaient marquées par : l'absence de réponse immédiate en ville et par des éléments positifs ressentis envers le SAU. Un autre abstract de 1999, permet de mettre en évidence que les passages inappropriés relèvent essentiellement de la petite traumatologie (« passages inappropriés aux urgences : est-il possible de les définir et de les quantifier »). Un troisième abstracts, paru en 2000 et intitulé « mais que viennent-ils chercher au Urgences » est une enquête prospective sur les recours aux urgences médicales. Il met en évidence que les patients sont de moins en moins adressés par leurs médecins traitants (71% en 1988 et 53% en 1999)

Certains de ces abstracts s'inscrivent dans la démarche proposée par nos gouvernants, qui consiste à **mettre en place des observatoires épidémiologiques des SAU**. Ceux-ci devront servir de bases de données et d'instruments de veille sanitaire. Pourtant, à notre connaissance, une seule région – Midi-Pyrénées – à mis en place un tel observatoire. De plus, cette connaissance épidémiologique est importante pour apprécier les flux de population venant aux urgences, ces données étant la base nécessaire à une meilleure gestion des flux de patients. Dans tous les abstracts étudiés, nous n'avons trouvé que des **descriptions épidémiologiques, mais aucune solution pour mieux canaliser les trajectoires de recours aux urgences**.

La troisième partie que nous avons étudiée traite des **déterminants du temps de passage**. Nous avons relevé 15 abstracts, avec un pic en 2003 (6 abstracts). **Sur ces 15 abstracts, 12 analysent les différents facteurs du temps de passage, et seulement 3 font des propositions pour améliorer ces facteurs**. Cela montre une fois de plus l'absence de propositions concrètes qui découle des différents abstracts proposés dans le JEUR. Sur ce thème, **seulement 20% des auteurs font des propositions d'amélioration**, et ne se contentent pas d'être purement descriptifs. Nous pouvons citer, par exemple, une communication orale de 1995, qui met en évidence deux types de facteurs : intrinsèques et extrinsèques au service. Ils concluent en disant que les facteurs intrinsèques peuvent être améliorés facilement, alors que c'est beaucoup plus difficile pour les facteurs extrinsèques. Un abstract de 1998, étudie quant à lui l'évolution du temps d'attente après réfection d'un SAU. Les auteurs concluent sur le fait qu'il y a peu de temps de gagner car les patients restent plus longtemps du fait d'un plus grand espace disponible. Un troisième abstracts, paru en 2005 et intitulé « Comment diminuer la durée de séjours aux urgences », met en évidence que l'on peut diminuer d'une heure la durée de séjour des classes CCMU 3, 4 et 5 en mettant en place un MAO.

La quatrième partie que nous avons abordée traite **des relations avec l'aval**. Nous avons **relevé 28 abstracts** sur les quatorze années étudiées. Ce **nombre nous a paru peu élevé, alors même que les relations avec l'aval fait partie des difficultés majeures que nous rencontrons dans notre pratique quotidienne**. Nous avons remarqué aussi qu'il n'y a aucune publication en 2005, alors que la SFMU a publié en Mai 2005, un référentiel sur l'organisation de l'aval.

La première sous partie traite des **relations avec les spécialistes**. Nous avons été surpris de ne trouver que **4 abstracts** (en 1996, 2000, 2002 et 2003). Il s'agit d'un thème peu développé dans son versant organisationnel, et ne suscitant que peu d'intérêt de la part des urgentistes. Pourtant les relations avec les autres spécialités médicales et chirurgicales sont plutôt houleuses, surtout lorsque l'on parle d'organisation. Une des explications que nous pouvons avancer est le fait que les **relations avec les autres spécialités sont plutôt étudiées sur le versant des filières de soins, donc dans leur globalité** et non pas juste sur le versant de l'aval.

Cependant même si les relations avec les autres spécialités ne sont que très peu représentés dans les publications traitant de l'aval des services d'urgences, **43% des abstracts (12/28) traitent des difficultés d'hospitalisation**, thème qui se recoupe avec les relations avec les spécialistes. Il s'agit d'un centre d'intérêt important. Nous notons un pic en 1994 avec 3 publications. Nous n'avons pas retrouvé de publications en 1993, 1996, 1998, 2000 et 2005.

On remarque une **évolution dans les thèmes abordés** : en effet, jusqu'en 2002, le centre d'intérêt était orienté vers **l'évaluation de la pertinence des hospitalisations**, alors qu'à partir de 2002, le centre d'intérêt se déplace vers **l'évaluation des difficultés d'hospitalisations**. Par exemple, nous avons retrouvé, pour la seule année 1994, 3 abstracts évaluant la pertinence des hospitalisations. Par contre, en 2004, nous retrouvons un abstract intitulé « difficultés d'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences » : il s'agit d'une enquête prospective, régionale (en Lorraine), sur deux ans. Elle a mis en évidence un profil type du patient et des difficultés d'hospitalisations durant les périodes les plus sensibles. Des propositions d'amélioration ont été proposées : sensibilisation des médecins libéraux, décalages des entrées programmées.

Il s'agit probablement d'un effet adverse des difficultés croissantes pour hospitaliser les patients dans les services de spécialités médicales : pour essayer de comprendre pourquoi il existait des difficultés d'hospitalisations dans les services, l'intérêt scientifique s'est d'abord porté sur l'évaluation de la pertinence des hospitalisations, c'est-à-dire une évaluation du travail effectué par les urgentistes. Dans un second temps, probablement devant l'insolvabilité du problème, le centre d'intérêt scientifique s'est porté vers l'évaluation des

difficultés d'hospitalisation, c'est-à-dire que le problème a été élargi, les auteurs n'essayant plus de savoir si les hospitalisations étaient pertinentes, mais plutôt de comprendre pourquoi les médecins des urgences avaient des difficultés à hospitaliser les malades.

Pour ce qui est des **relations avec les médecins libéraux**, nous avons donc retrouvé 7 abstracts. **6 de ces 7 abstracts ont un sujet commun : la lettre de sortie des urgences**. Il s'agit d'un **thème récent**, toutes les publications étant parues de 1995 à 2002. Ce courrier revêt donc une certaine importance aux yeux des médecins urgentistes et l'intérêt pour ce thème montre l'importance qu'ont les relations entre les services d'accueil des urgences et la médecine de ville.

Tout comme les relations d'amont avec les médecins libéraux, il s'agit d'un centre d'intérêt récent, motivé par le besoin de compréhension mutuelle entre ces deux modes d'exercice opposés, mais pourtant très proches par le type de patient pris en charge.

La dernière sous partie que nous avons étudiée, traitait des **relations avec les usagers**. Il s'agit de **publications très sporadiques**. Seules 3 années ont vues des publications de ce type (1994, 1995 et 2001). **Tous les abstracts (5/5) avaient le même centre d'intérêt : la lettre de plainte et son analyse**. Nous pouvons avancer qu'il s'agit d'une démarche qualité importante et malgré le fait que ce thème soit très peu représenté, **son intérêt est indéniable pour s'inscrire dans un programme d'assurance qualité**. Les chiffres qui ressortent des différents abstracts sont : 1 lettre de plainte pour environ 1100 passages. Environ 15 % ne concernent pas le service, 50 % sont de nature non médicale, 20 % correspondent à des erreurs diagnostiques sans conséquences thérapeutiques, 8 % à des erreurs diagnostiques avec conséquences thérapeutiques et 2 % concernent l'organisation du service.

Concernant les publications traitant des **relations avec l'amont**, nous avons relevé 18 abstracts. Nous n'avons retrouvé que **très peu d'abstracts avant 1999 (seulement 4)**. 11 de ces abstracts ont pour sujet les **relations avec les médecins libéraux**, et 7 abstracts sur 11 **évaluent ces relations**. Nous pouvons penser que l'intérêt des urgentistes à évaluer les relations avec leurs confrères généralistes est dicté par les difficultés de compréhension entre ces deux modes d'exercices. Il s'agit de plus de publications récentes, montrant encore une fois que les urgentistes commencent à s'intéresser à l'organisation de leur environnement et de leur plateau technique en dehors des services hospitaliers.

Les 7 publications traitant de la **lettre d'admission** ont toutes pour sujet l'évaluation de cette lettre, de sa valeur informative. Il s'agit une fois de plus de

publications récentes, puisque tous les abstracts que nous avons retrouvés sont parus après 1999.

Nous pouvons penser que ce sujet intéresse les urgentistes car la lettre d'admission permet **d'optimiser le tri et donc de favoriser l'orientation des patients, d'optimiser la gestion des flux et donc une amélioration de la qualité des soins.**

De plus, l'étude des relations avec l'amont, permet de comprendre une partie de la saturation des services d'urgence, et c'est probablement pour cela que ce sujet est une source récente d'intérêt.

Pour ce qui est des abstracts ayant pour sujet le **fonctionnement des SAU, nous n'avons pu retrouver que 6 abstracts traitant de bilans d'activités.** Il s'agit de publications quasi anecdotiques, car elles sont présentes seulement dans 3 des 14 années étudiées. Seulement deux études sont de vraies études épidémiologiques des services d'urgences, mais il ne s'agit que d'étude à un échelon loco-régional. Nous avons été surpris du peu d'intérêt pour ce thème mais ceci est **représentatif du fait que les services d'urgences sont plus intéressés par la question de savoir si « ils font bien ce qu'ils font », plutôt que de savoir « ce qu'ils font ».** Pourtant cette connaissance épidémiologique est indispensable, non seulement pour une évaluation quantitative, mais aussi qualitative. **On ne peut savoir si l'on fait bien les choses, qu'en ne sachant ce que l'on fait : un des fondements de base de l'évaluation est dans la comparaison à des référentiels.**

Concernant la **gestion des flux**, nous pouvons noter qu'il s'agit **du thème qui suscite le plus grand intérêt scientifique.** En effet il représente à lui seul, avec 72 abstracts retrouvés, **28% du total des publications.** Ce thème est présent depuis 1992, et en augmentation depuis 1998. Cependant, en séparant cette famille en 4 sous familles, nous nous sommes aperçus d'une **évolution dans les thèmes abordés. Le tri, par exemple, qui représente 16 abstracts des 72, est un centre d'intérêt récent** puisque l'on ne retrouve pas de publication avant 1997. De plus, à l'intérieur même de cette sous famille, nous avons pu noter une **évolution majeure dans les thèmes** : de 1997 à 2002, les auteurs publiaient surtout sur le **rôle et les compétences de l'IAO, alors qu'à partir de 2002, on ne retrouve que des publications sur la MAO et sur la possibilité de réorientation à l'accueil.** Il s'agit encore une fois de l'évolution naturelle des procédures dans les services d'urgences : le poste d'IAO créé dans les années 80 était très peu, voir pas du tout encadré avant le milieu des années 90. Pendant ces années on note une multiplication des référentiels, mais qui ne parviennent pas à satisfaire ni les usagers, ni les professionnels de santé. En 2002, la SFMU met en place un référentiel qui définit le rôle de l'IOA, ses attributions, sa formation.

Parallèlement à cette évolution, le nombre des usagers des urgences augmente, et il ne suffit plus de trier les patients, mais peut être aussi d'avoir la possibilité de les réorienter vers une autre structure : on commence dès lors à entendre parler du médecin d'accueil et d'orientation.

Les thèmes abordés dans ces abstracts suivent l'évolution de ce poste de l'IAO, et abordent dans les dernières années la notion de médecin d'accueil et d'orientation.

Pour ce qui est des publications sur **les maisons médicales**, nous avons pu noter qu'il s'agit aussi d'un **centre d'intérêt récent**, on ne retrouve pas de publication avant 1996. Nous avons retrouvé 15 abstracts. Ces abstracts, tout comme ceux qui traitent de la réorientation à l'accueil, montre que la gestion des flux est une source d'intérêt scientifique récente. L'évaluation de l'intérêt d'une consultation de médecine générale proche du SAU est aussi dictée par la nécessité de réguler les flux de patient aux urgences, puisque depuis le milieu des années 90, le nombre de consultations n'a cessé d'augmenter, les médecins libéraux ayant parallèlement de plus en plus de mal à assurer les gardes de nuit et de week-end du fait de l'évolution de la démographie médicale, et les usagers, recherchant dans une société de consommation comme la nôtre, le « tout, tout de suite », même en matière de santé. Les urgentistes ont donc essayé, en collaboration avec leurs confrères libéraux, de rediriger les patients ne relevant pas d'une prise en charge aux urgences vers des maisons médicales, vers une consultation de médecine générale. Depuis 2002, on commence à voir apparaître les premiers abstracts évaluant ces maisons médicales proches des SAU.

Nous n'avons retrouvé que **6 abstracts parlant d'événements intercurrents**. Il s'agit de publications sporadiques, en rapport avec des événements sportifs, ou des événements météorologiques. **Ces abstracts bien qu'anecdotiques peuvent pourtant avoir un intérêt scientifique majeur** : il s'agit en fait d'études épidémiologiques qui **analysent des effets exogènes et intercurrents sur l'activité d'un service d'urgence** : ils peuvent permettre une amélioration de l'accueil, car ils permettent, selon les conditions météorologiques, ou encore d'événements sportifs importants, de travail saisonniers d'entrevoir une possibilité de variation de l'effectif médical ou paramédical, un aménagement des locaux en fonction de tel ou tel événement.

Pour ce qui est des filières de soins, nous avons recensés **35 abstracts, dont la majorité (19/35 soit 55%) a pour sujet la filière gériatrique.**

La grande majorité de ces abstracts a été publiée avant 2001 (27/35) et tous les abstracts publiés après 2002 traitent de la filière gériatrique. On peut probablement y voir un des effets de la canicule et du plan urgence 2003 qui ont relancés ce sujet, preuve, une fois de plus que les centres d'intérêts des auteurs sont très influencés par les effets de modes.

Nous avons noté **4 publications sur les filières traumatologiques, concentrées sur 2 ans (1998 à 2000)**, mais nous n'avons pas d'explication à cela.

Curieusement, **la filière psychiatrique n'est pas très représentée d'un point de vue organisationnel**. On peut mettre cela en corolaire avec l'organisation propre des secteurs de psychiatrie et la relative autonomie des intervenants de psychiatrie au sein des SAU. Il s'agit pourtant, au vue des chiffres non négligeables de consultants pour la psychiatrie, d'une voie à ne pas omettre.

La dernière famille que nous avons étudiée est celle **des audits**. Nous avons retrouvés **52 abstracts**. Le nombre d'abstracts est relativement important puisqu'il représente 20% du nombre total d'abstracts. Nous avons remarqué une **augmentation du nombre d'abstracts de 1992 jusqu'en 1999**, puis une diminution ensuite. Cette augmentation peut être mise en parallèle avec le nécessité des services d'urgences de satisfaire à l'accréditation et donc de s'évaluer. Mais si nous partons de ce postulat, la diminution qui s'est installée ensuite signifie qu'une fois l'obligation de cette accréditation obtenue, les auteurs sont moins intéressés par ce sujet.

Nous avons relevés **11 abstracts sur l'évaluation de l'information donnée aux usagers**. Il s'agit de publications récentes témoignant de l'intérêt des auteurs pour évaluer l'accueil aux urgences.

Un autre centre d'intérêt plus récent, est la SAUV. Nous avons retrouvés 7 abstracts sur ce sujet depuis 1999 avec **un rythme qui c'est accéléré après 2003, date de parution des recommandations de la SFMU**. Une fois de plus, nous nous apercevons de l'importance donnée par les auteurs aux recommandations de leur société savante, mais aussi des effets de modes : 4 des 7 publications sur la SAUV sont parues après 2003.

Nous avons retrouvé quelques publications plus anciennes traitant de la relecture des radiographies, du dossier médical témoignant à nouveau de l'intérêt des auteurs pour la qualité, mais aussi du manque de concertation entre eux.

Nous n'avons retrouvé que 10 abstracts traitant de la qualité ou de programme qualité sur l'organisation proprement dite. La majorité de ses abstracts a été publié quelques années avant 1999 (8/10), nous permettant de dire à nouveau que les thèmes abordés dans les abstracts sont très dépendant des publications des tutelles, des sociétés savantes ou encore des événements intercurrents. Seulement 2 de ces 52 abstracts sont des enquêtes nationales : en 1996, un abstract intitulé « Evaluation assurance-qualité aux urgences. Enquête nationale SFUM. Etat des lieux en 1995. À propos de 216 sites d'accueil des urgences ». Et un autre en 2001, intitulé « enquête sur les 28 critères d'évaluation des services d'urgences ».

Conclusion

Depuis sa création en 1985, la Société Française de Médecine d'urgence s'est donc employée à développer des référentiels pour la médecine d'urgence.

Devant la nécessité légale d'opérer à une évaluation en médecine d'urgence, que cela soit sur le plan organisationnel, ou sur le plan des pratiques, la SFMU s'est rapidement dotée d'une commission d'évaluation.

Celle-ci a permis de proposer et de valider des indicateurs simples, fiables et reproductibles permettant de définir avec précision les processus organisationnels, les tableaux de bord d'activité et les performances médicales.

La dynamique de production de la SFMU a permis la publication de nombreux référentiels ayant trait à l'évaluation organisationnelle :

- La charte de Médecine d'Urgence.
- Tableau de bord.
- Classification des patients des services d'urgences.
- Le thesaurus des diagnostics.
- Classification commune des actes médicaux.
- Critères d'évaluation des services d'urgences.
- Les audits organisationnels.
- Le référentiel IOA.
- L'architecture des services d'urgences.
- L'organisation de l'aval des urgences.
- Recommandation concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales.
- Recommandation concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales Pédiatriques.
- Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence

En étudiant les abstracts parus dans le JEUR et dans réanimation-urgences depuis 1992, nous nous sommes aperçu qu'il s'agissait d'un sujet présent depuis le début, mais cependant, qu'il existait de grandes disparités sur le nombre d'abstracts publiés entre les années et que même si le nombre d'abstracts totaux parus n'a jamais cessé de croître, celui des abstracts consacrés à l'évaluation organisationnelle avait augmenté jusqu'en en 1999 pour diminuer de façon brutale ensuite, pour finalement remonter depuis 2002.

En fait ce centre d'intérêt semble très lié aux modes et aux événements exogènes. En effet, nous pouvons établir des corrélations entre les parutions de textes législatifs, de recommandations nationales et internationales et les sujets étudiés dans les abstracts.

Il n'existe pourtant aucun abstract traitant des relations avec les tutelles.

L'augmentation des publications depuis 2002 est peut être à mettre en relation avec un regain d'intérêt pour l'évaluation grâce à une impulsion donnée par la SFMU qui a accéléré son rythme de publication de référentiels mais aussi, certainement par l'investissement de plus en plus important des acteurs de l'urgence, qui commence à comprendre que la reconnaissance de la médecine d'urgence comme spécialité, par le public ou par les autres spécialités, passe par l'évaluation.

Une autre remarque que nous avons pu faire dans cette étude, est le fait qu'en s'intéressant de plus près aux différents thèmes abordés, on s'aperçoit que certains abstracts traitent d'un échelon local, ou d'une particularité de leur service, d'autres proposant des solutions aux problèmes organisationnels toujours à ce même échelon. Nous pouvons aussi noter une certaine redondance dans les thèmes abordés à travers les années, sans pour autant retrouver de publications proposant des solutions.

Cela peut s'expliquer par l'individualité des urgentistes et par l'absence de véritable coordination entre les services d'urgences, que cela soit au niveau local, régional, ou même national : chacun se trouve isolé au sein de son service, avec ses particularités et propose donc des publications dédiées à son service. Pourtant en faisant une synthèse de toutes ces publications à un échelon national, nous nous sommes aperçu que ces disparités et particularités géographiques ne sont pas si importantes entre tous les services d'urgences de France : les déterminants du temps de passage sont les mêmes partout, les filières de soins sont globalement identiques à Brest comme à Nancy, à Lille comme à Marseille... Ces différents facteurs pourraient être différenciés à l'échelon local par la typologie de la fréquentation des services d'urgences, mais très peu d'abstracts sont publiés sur ce sujet.

L'observatoire des urgences mis en place en Midi-Pyrénées est bien la preuve de l'intérêt de ce type d'étude, mais pourtant bien que ce type d'observatoire épidémiologique soit rendu obligatoire de par la loi, l'expérience de Midi-Pyrénées reste, pour le moment, marginale.

En conclusion, la Société Française de médecine d'Urgence est une société savante qui a une forte production scientifique dans le domaine de l'évaluation organisationnelle.

L'augmentation du nombre d'abstracts présentés, chaque année, aux congrès de la SFMU témoigne de l'activité productrice des acteurs de l'urgence.

Cependant, cette évaluation n'est pas encore structurée. Le fait que plusieurs sociétés savantes de l'urgence se sont développées (SFMU, SAMU de France) et qu'historiquement, les parutions sur la médecine d'urgence étaient publiées dans les journaux scientifiques de réanimation, ralentit considérablement cette structuration.

Il faudrait donc probablement organiser l'évaluation avant de faire de l'évaluation organisationnelle, et cela à tous les niveaux (tutelles, société savantes, amont, aval, etc...) un rapprochement des différentes sociétés savantes des acteurs de l'urgence en une société unique pourrait permettre un essor plus rapide de cette spécialité, une meilleure reconnaissance des autres spécialités, des usagers et des tutelles.



Bibliographie



1. *Alluard E, Baubeau D, Bauduret JF et al.*
L'évaluation en milieu hospitalier, définitions et enjeux.
Gestions hospitalières n° 326, 1993, p. 390.
2. *American College of Emergency Physicians.* Emergency care guidelines.
Annals of Emergency Medicine, 1991, 1389-1395.
3. *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.*
Un nouveau guide pour réussir l'audit clinique et son plan d'amélioration.
Paris, Octobre 2003.
4. *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.*
Un nouveau guide pour réussir son audit clinique.
Paris, juin 1997.
5. *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.*
L'audit clinique : Bases méthodologiques de l'évaluation des Pratiques professionnelles.
Paris juin 1999.
6. *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.*
Manuel d'accréditation des établissements de santé.
Paris, 1999.
7. *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.*
Manuel d'accréditation des établissements de santé, actualisation.
Paris, juin 2003.
8. *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.*
Manuel d'accréditation des établissements de santé, version 2.
Paris, septembre 2004.
9. *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.*
Préparer et conduire votre démarche d'accréditation.
Paris, Décembre 2002.
10. *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.*
Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration.
Paris, juin, 2003.
11. *Arrêté du 25 juillet 1996* relatif à l'information du consommateur sur l'organisation des urgences médicales.

12. *Arrêté du 25 novembre 1985* déterminant la nature et les conditions d'utilisation des moyens mobiles de secours et de soins d'urgence.
13. *Arrêté du 30 avril 2003* relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.
14. *Article D 712-53 du code de la Santé Publique* (décret n° 95-648 du 9 mai 1995).
15. *Article D 712-54 du code de la Santé Publique* (décret n° 95-648 du 9 mai 1995).
16. *Article D 712-59 du code de la Santé Publique* (décret n° 95-648 du 9 mai 1995).
17. *Article D 712-65 du code de la Santé Publique* (décret n° 95-648 du 9 mai 1995).
18. *Article L 712-33 du code de la Santé Publique* (ordonnance n°96-346 du 24 avril portant réforme de l'hospitalisation publique et privée).
19. *Article L 712-63 du code de la Santé Publique* (décret n°95-647 du 09 mai 1995).
20. *Article L 712-64 du code de la Santé Publique* (décret n°95-647 du 09 mai 1995).
21. *Article L 712-65 du code de la Santé Publique* (décret n°95-647 du 09 mai 1995).
22. *Article L 712-75 du code de la Santé Publique* (décret n°95-647 du 09 mai 1995).
23. *Association pour la Recherche aux Urgences, Fourestié V.*
Classification clinique des malades aux urgences : mesure multicentrique de reproductibilité.
Réan. Urg., 1993, 2, 145.
24. *Berwick D.M.*
Continuous improvement as an ideal in health care.
N. Eng. J. Med., 1989, 320, 53.

25. *Bleichner G et al.*
Enquête sur le fonctionnement des services d'accueil et d'urgences de 260 hôpitaux généraux français.
Réan Soins Intens Med Urg, 1990, 6:31-37.
26. *Bleichner G et al.*
Guide des outils d'évaluation en médecine d'urgence, SFMU, 1996.
27. *Blumenthal D.*
Total quality management and physicians' clinical decisions.
JAMA. 1993 Jun 2;269(21):2775-8.
28. *Brun J.*
Qualité des soins : une approche ISO 9000
Collection H, éd. Berger-Levrault, Paris, 1996.
29. *Budet J.M, Blondel F.*
La réforme de l'hospitalisation publique et privée : Les clefs de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996.
Collection H, éd. Berger-Levrault, Paris, 1996
30. *Cases C., Baubeau D.*
Peut-on quantifier les besoins de santé ?
Publication de la DREES, 2003.
31. *Cantrill S.V.*
Clinical standards.
Emerg. Med. Clin. Worth. Am. 1992, Aug; 10(3) : 507-22.
32. *Cayzac D.*
L'accréditation dans la réforme hospitalière, un enjeu professionnel.
Gestions Hospitalières, 1997, n° 363, p. 99.
33. *Comité Français d'Education en Santé.*
L'évolution des définitions de la santé, 1997.
34. *Circulaire interministérielle du 27 mai 1994* relative à la gestion des dépôts effectués par les personnes admises dans les établissements de santé.
35. *Circulaire n° 101/DHOS/0/2004 du 05 mars 2004*, relative à l'élaboration des SROSS de troisième génération.

36. *Circulaire n° DH-EO/PM/AF n°28 du 01 aout 1994* relative aux modalités d'attribution de l'enveloppe réservée à la médicalisation des services d'urgences dans le cadre du taux directeur pour 1994.
37. *Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003* relative à la prise en charge des urgences.
38. *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.
39. *Circulaire DH.4B/DGS 3E/91-34 du 14 mai 1991* relative à l'amélioration des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.
40. *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.
Réan. Urg., 1994, 3, 299-306.
41. *Commission d'évaluation de la Société Francophone de Médecine d'Urgence.*
Référentiel IOA.
Paris, 2004.
42. *Commission d'évaluation de la Société Francophone de Médecine d'Urgence.*
Thesaurus des diagnostics.
Paris, 2001.
43. *Commission d'évaluation de la Société Francophone de Médecine d'Urgence.*
Critères d'évaluation des services d'urgence.
Paris, 2001.
44. *Courrier de Monsieur le Ministre délégué à la santé en date du 04/07/1994*, concernant l'organisation et le fonctionnement des urgences.
45. *Décret 93-550 du 27 mars 1993* relatif aux dépôts des malades.
46. *Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974* - Art. 52-53 relatifs à l'élaboration du plan d'accueil.

47. *Décret n° 84-74 du 26 janvier 1984* fixant le statut de la normalisation.
48. *Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987* relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU (JO n° 17 décembre 1987).
49. *Décret n° 87-965 du 30 novembre 1987* relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres (JO n° 1 décembre 1987).
50. *Décret n° 95-647 du 09 mai 1995* relatif à l'autorisation nécessaire pour un établissement de santé pour exercer l'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences, relatif aux conditions d'implantation et aux modalités de fonctionnement d'un service d'urgence.
51. *Décret du 9 mai 1995* dans leur partie relative au SMUR (Art R712.71 du CSP).
52. *Décret n° 95-648 du 09 mai 1995* relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins d'accueil et traitement des urgences.
53. *Décret n° 97-311 du 07 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.
54. *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 certaine modalité de préparation des schémas d'organisations sanitaire.
55. *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 d'accueil et traitements des urgences.
56. *Décret n° 97-619 du 30 mai 1997* relatif à l'autorisation des SMUR et modifiant le code de la santé publique.
57. *Décret n° 97-620 du 30 mai 1997* relatif aux conditions technique 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.

58. *Donabedian A.*
A guide to medical care administration.
Washington, DC, American Public Health Association, 1978, Vol 1, p 23-34.
59. *Donabedian A.*
Quality assurance in health care. Consumer's role.
Quality in health care, 1995; 4: 135-143
60. *Donabedian A.*
The seven pillars of quality.
Arch Pathol Lab Med, Nov 90, Vol. 114, 1115-1118.
61. *Douchy J.M.*
Le management stratégique par la qualité.
Ed. Dunod, 1990.
62. *Durieux C.*
Glossaire des termes en évaluation, qualité et sécurité dans le domaine de la santé.
Flammarion, Aout 1997.
63. *Durocher A.*
Evaluation des pratiques professionnelles en médecine d'urgence.
Réan.Urg. 1995, 4, 191-196.
64. *Etude de l'activité des services d'urgences de la région Nord-Pas-de-Calais.*
Association de médecine d'urgence hospitalière et pré-hospitalière.
Document SROSS. ARH Nord-Pas-de-Calais, 1998.
65. *Fourestié V et al.*
Classification clinique des malades aux urgences : définition et reproductibilité.
Réan. Urg., 1994, 3, 573-578.
66. *Grel M.A.*
L'évaluation médicale à l'hôpital.
Documents Santé, éd Berger Levrault, 1995.
67. *Guide ISO/IEC 21-1 : 2005*
Organisation Internationale de Normalisation.
Paris 2005, 1, 23.

68. *Guide méthodologique de la Société Francophone de Médecine d'Urgence.*
Audit d'un service d'urgence.
Commission d'évaluation de la SFMU, Paris, 30 septembre 1999.
69. *Hemery F.*
Les temps de soins des malades aux urgences hospitalières sont-ils prévisibles?
Réan. Urg., 1994, 3, 118.
70. *Instruction ministérielle du 5 février 1952* portant sur l'obligation d'accueil.
71. *Jumel V et al.*
Indicateurs chiffrés du référentiel des urgences.
Etude de faisabilité et premiers résultats.
Groupe de rédaction du référentiel, Abstract SFMU, 1998.
72. *La charte de Médecine d'Urgence.*
Publication de la Société Francophone de Médecine d'Urgence, Paris, 29 septembre 2003.
73. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés.
Publication de la DREES, n° 72, juillet 2000.
74. Les usagers des urgences : premier résultat d'une enquête nationale,
Publication de la DREES, n° 212, janvier 2003.
75. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières.
Publication de la DREES, n° 215, janvier 2003.
76. L'évaluation en santé.
Dossier de la revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique.
Actualité et dossier en Santé Publique, n°17, décembre 1996.
77. *Lohr K.N., Schroeder S.A.*
A strategy for quality assurance and medicare.
N. Eng. J. Med., 1990, 332, 707.
78. *Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986* relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires (JO du 7 janvier 1986).

79. *Loi n° 87-565 du 22 juillet 1987* relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs (JO du 23 juillet 1987).
80. *Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991* portant diverses dispositions d'ordre sociale (JO du 4 janvier 1992).
81. *Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991*.
82. *Manet P et al.*
Enquête sur les services d'accueil et d'urgences des centres hospitaliers régionaux universitaires.
Réan Urg, 1992, 1: 568-577.
83. *Mayer T.A.*
Emergency department staffing.
In principles and Practice of emergency Medicine, SCHATZ G. R. et al. ; Lea & Febiger Ed., 1992, 3250-3257.
84. *O'Leary D.S.*
Quality assessment : moving from theory to practice.
JAMA, 1988, 260, 1760.
85. *Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003* portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
86. *Ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996* portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Art L 710-5 du Code de la Santé Publique (Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée).
87. *Pelloux P.*
Organisation des services d'urgences.
Urgences médicochirurgicales de l'adulte, éd Arnette, 2004.
88. *Plan Urgence 2003.*
Cabinet de Jean François Mattei, Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapés.
Paris 2003.

89. *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.*
New York, 19-22 juin 1946.
90. *Pineault R., Daveluy C.*
La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies.
Montréal, Québec, Editions Nouvelles, 1995.
91. Recommandation concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitale Pédiatrique.
Conférence d'experts de la SFMU, du GFRUP, du SAMU de France, de la SFAR, de la SRLF, de l'ADARPEF.
JEUR 2003, 16, 148-154.
92. Recommandation concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitale.
Conférence d'experts de la SFMU, SAMU de France, SRLF, SFAR.
Février 2003.
93. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence.
Publication de la SFMU.
JEUR 2001, 14, 144-156.
94. *Référentiel SFMU, Bleichner G.*
Architecture des services d'urgence.
Paris 2004.
95. *Référentiel SFMU.*
Classification commune des actes médicaux, CCAM version 0 bis, Thesaurus et mode d'emploi de la SFMU.
Paris 2001.
96. *Règlement du 25 juin 1980, relatif aux établissements recevant du public.*
97. *Rhee K.J., Donabedian A., Burney R.E.*
Assessing the quality of care in a Hospital Emergency Unit : a framework and its application.
QRB, 1987, 13, 4-16.

98. *Rivas M et al.*
Validation de la classification clinique des malades des urgences par la charge de travail.
Réan. Urg., 1994, 3, 118.
99. *Scheiderman N., Wiseman M.*
Quality assurance manual for emergency medicine,
American college of emergency physicians, Dallas, 1987.
100. *Schriger D.J., Cantrill S.V., Greene C.S.*
The origins, benefits, harms and implications of emergency medicine clinical policies.
Annals of Emergency Medicine, 1993, 597-602.
101. *Segouin C.*
Accréditation des établissements de Santé
Document AP-HP, juin 1997.
102. *Séminaire interprofessionnel 1993.*
Comment évaluer la qualité des services d'urgences hospitaliers en termes d'organisation, de structures et d'équipements?
Paris 1993
103. *Société Francophone de Médecine d'Urgence.*
L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions,
Paris, 2005.
104. *Société Francophone des urgences Médicales.*
Séminaire « évaluation aux urgences »,
Paris, 30 janvier 1997.
105. *Steg A.*
Rapport sur la médicalisation des urgences,
Commission Nationale de restructuration des urgences, septembre 1993.
106. *Stephan J.C.*
Evaluation et gestion de la qualité. L'accréditation à l'hôpital.
Gestion Hospitalière, 1993 ; 383-390.

107. *Tempelhoff G et al.*

Proposition d'une classification des patients des services d'accueil :
relation à la charge de travail.

Réan Soins Intens Med Urg, 1990, 6 : 459-463.

108. *Vallois A et al.*

Classification clinique des malades aux urgences : étude de la relation à
la charge en soins.

Réan. Urg., 1993, 2, 650.

Annexes



**Annexe 1 : Titres des abstracts et publications sur
l'UHCD.**

Bilans d'activité des UHCD – titres des abstracts :

En 1992 :

- Activité des secteurs d'hospitalisations de courte durée des services d'urgences : résultats d'une enquête multicentrique prospective portant sur 550 patients (O13).
- Intérêt médical de l'évaluation économique des hospitalisations courtes aux urgences (1992, O15).

En 1993 :

- Le service porte : un hôpital pour noctambule ? (1993, O37).

En 1994 :

- Evaluation prospective d'une unité d'hospitalisation des urgences créée au sein d'un service de médecine interne (1994, O31).

En 1995 :

- Peut-on mesurer l'activité d'une unité de surveillance continue attendant à un SAU ? (1995, O52).
- Etude prospective des indications d'hospitalisations dans une UHTCD (1995, O53).

En 1996 :

- Pas de publication.

En 1997 :

- Relations entre charge de travail infirmier et gravité des malades aux lits porte d'un service d'urgence (1997, O16).
- Unités d'hospitalisation de courte durée : résultats d'une enquête nationale (1997, O22).
- Le PMSI dans une unité d'hospitalisation de courte durée (1997, P06).

En 1998 :

- Mesure de l'activité en soins infirmiers dans une unité d'hospitalisation de courte durée d'un SAU (1998, P26)

En 1999 :

- UHCD : comment les valoriser par le PMSI (1999, O87).

En 2000, 2001, 2002 : pas de publication.

En 2003 :

- L'UHCD peut-elle respecter ses objectifs ? (2003, 28).

- Evaluation à un an d'une zone de surveillance de très courte durée (2003, 29).
- Analyse critique de l'activité en l'an 2000 d'une UHCD (2003, 31).
- Utilisation d'un tableau de bord automatisé pour l'analyse des séjours supérieur à 36 heures dans la ZSTCD d'un SAU (2003, 32).

En 2004 :

- Et si l'UHCD fermait ? (2004, O91).
- Evaluation des 6 premiers mois d'activité d'une unité de post accueil des urgences (2004, O92).

En 2005 :

- Evaluation de la gravité des patients hospitalisés à l'unité d'hospitalisation des urgences : adaptation de l'IGS2 (2005, O37).
- Une unité de médecine polyvalente d'urgence est-elle pertinente ? (2005, 343)

Impact de l'ouverture d'une UHCD - titres des abstracts :

En 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997 : pas de publication.

En 1998 :

- Ouverture d'une UHCD aux urgences : répercussions sur l'activité hospitalière (1998, P17).

En 1999, 2000, 2001 : pas de publication.

En 2002 :

- Impact de l'ouverture d'une zone d'attente-départ sur les délais de prise en charge dans un SAU médecine adulte (2002, P266).

En 2003 :

- Impact de l'ouverture de lits portés sur le fonctionnement du CHLMV (2003, 30).

En 2004 : pas de publication.

En 2005 :

- Restructuration et individualisation d'une unité d'UHCD (2005, 339).

UHCD spécialisés – titres des abstracts :

En 1992 :

- Apport d'un service d'UHCD dans la prise en charge des tentatives de suicide (1992, O31).

En 1993 :

- Utilité du service porte dans l'orientation des malades de médecine générale (1993, O38).

En 1994 :

- Unité d'accueil et d'orientation des personnes âgées : un an et demi de fonctionnement (1994, O32).

En 1995 : pas de publication.

En 1996 :

- Optimisation de la prise en charge médicale aux urgences : intérêt d'une structure de soins intensifs d'urgences (1996, O55).
- Prise en charge de patients nécessitant des soins continus dans une UHCD (1996, O56).

En 1997 et 1998 : pas de publication.

En 1999 :

- Analyse comparative descriptive d'une unité de soins intensifs d'urgence et d'un service de réanimation (1999, O89).
- La mort attendue à court terme aux urgences : quelle place pour l'UHCD ? (1999, O90).

En 2000 : pas de publication.

En 2001 :

- L'unité d'hospitalisation de courte durée : une unité de surveillance continue ? (annexe)

En 2002 : pas de publication.

En 2003 :

- Efficacité d'une unité de soins intensifs médicaux de courte durée aux urgences (2003, 249).

En 2004 et 2005 : pas de publication.

Annexe 2 : Titres des abstracts sur la classification et le profil des usagers.

Les classifications - titres des abstracts :

En 1992 :

- Reproductibilité intra et inter centre d'une classification clinique des malades des urgences (1992, 023).
- Classification clinique des malades des urgences (1992, 016).
- Evaluation d'une grille de critère d'hospitalisation des malades d'un service d'urgence (1992, 14).

En 1993 :

- CCMU : étude de la relation à la charge en soins (1993, 25).

En 1994 :

- Validation de la CCMU par la charge de travail (1994, 54).

En 1995 :

- Evaluation d'un indice de gravité clinique pour les malades des urgences (1995, 47).
- Peut-on diviser la classe 2 de la CCMU (1995, 48).
- Utilisation simultanée dans deux services d'urgences de la CCMU et de SEGUR (1995, 49).

En 1996 :

- Intérêt de la CCMU dans la description du recrutement d'un centre d'urgence (1996, P14).

En 1997 :

- CCMU : cout et charge en soins (1997, 024).
- PMSI et séjour entres par le SAU (1997, 025).
- Dotation globale SAU et ISA (1997, 026).

En 1998 :

- Le temps de soins médical selon la CCMU (1998, 106).

De 1999 à 2004 : pas de publication.

En 2005 :

- Valeur d'un codage médical à l'accueil des urgences (2005, 268).

Profils des usagers - titres des abstracts :

En 1992 :

- Biométrie et fréquentation des services d'urgences (1992, 26).
- Les urgences en Basse-Normandie : quelles urgences pour quelle prise en charge ? (1992, 32).
- Consultant non admis au service d'urgence : activité diagnostique, couts des soins et suivi (1992, 29).

De 1993 à 1995 : pas de publication.

En 1996 :

- Le TOP : outils d'évaluation aux urgences (1996, 39).
- Valeur d'un échantillonnage de la population des urgences (1996, 43).
- Le recours itératif aux soins à l'accueil des urgences : un phénomène croissant. A propos d'un site d'urgence (1996, 004).

En 1997 :

- Fréquentation d'un SAU depuis 1960 (1997, P13).

En 1998 :

- Profil de l'utilisateur abusif du SAU (1998, 103).
- Qui représente le patient ? Enquête prospective (1998, 15).
- Carnet de santé et SU : résultat d'une enquête (1998, 16).

En 1999 :

- Motif de recours au SAU : résultat préliminaire d'une enquête (1999, 07).
- Passage inapproprié aux urgences : est-il possible de les définir et de les quantifier ? (1999, 09).

En 2000 :

- Mais que viennent-ils chercher aux SAU ? (2000, 06).
- Etude de l'augmentation de la fréquentation d'un SAU (2000, 07).

En 2001 : pas de publication.

En 2002 :

- Epidémiologie et prise en charge des patients non hospitalisés après passage aux SAU pour motif médical (2002, 267).

En 2003 :

- Qui attend aux urgences ? (2003, 33).

- Quelles sont les particularités des sorties non convenues de notre de SAU (2003, 189).

En 2004 :

- Pourquoi les recours inadaptés aux SU (2004, 84).
- Les raisons de la venue des patients dans les services d'urgences (2004, 85).
- Motif de recours aux urgences de l'hôpital nord de Marseille (2004, 86).

En 2005 :

- Les patients récurrents d'un service d'urgence : analyse descriptive (2005, 271).
- Qui sont les personnes âgées accueillies aux urgences ? enquête multicentrique nationale (2005, 017).

**Annexe 3 : Titres des abstracts sur les déterminants
du temps de passage.**

Déterminants du temps de passage – titres des abstracts :

En 1992 : pas de publication.

En 1993 :

- Etude analytique des délais de prise en charge des malades des urgences (1993, 039).

En 1994 :

- Les temps de soins des malades des urgences hospitalières sont-ils prévisibles ? (1994, 056).

En 1995 :

- L'attente aux urgences : analyse des facteurs en cause et propositions d'amélioration. A propos d'une enquête prospective réalisée dans un SAU (1995, 074).

En 1996 :

- Influence respective des différents facteurs déterminant la durée totale de séjour dans un SAU (1996, P15, 2^o publication).

En 1997 : pas de publication.

En 1998 :

- Evolution du temps de passage après réfection de notre SAU (1998, 019).
- Influence des taux d'occupation sur la durée de séjour aux urgences (1998, 107).

En 1999 : pas de publication.

En 2000 :

- Comment l'urgentiste passe son temps dans un SAU (2000, 17).
- Comparaison des délais de prise en charge des patients en garde et hors garde dans un SAU (2000, 19).

En 2001 et 2002 : pas de publication.

En 2003

- Déterminants du temps de passage aux urgences (2003, 35).
- Evaluation de l'incidence et des délais de prise en charge des consultations relevant de la médecine générale aux urgences (2003, 36).

- La fréquentation conditionne-t-elle le fonctionnement des SAU (2003, 184).
- La durée de séjour aux urgences : structures et facteurs associés (2003, 203).
- Une durée de passage aux urgences inférieurs à deux heures : objectif lune ? (2003, 204).
- L'encombrement des services d'urgences est-il dû au nombre croissant de petit malades (2003, 205).

En 2004 : pas de publication.

En 2005 :

- Comment diminuer la durée de séjour aux urgences (2005, 342).

**Annexe 4 : Titres des abstracts traitant des relations
avec l'Aval.**

Les relations avec les spécialistes - titres des abstracts :

De 1992 à 1995 : pas de publication.

En 1996 :

- impact d'un service d'accueil des urgences sur l'hospitalisation classique en CHR (1996, 40).

De 1997 à 1999 : pas de publication.

En 2000 :

- analyse des variables associées avec le décès en réanimation des patients admis à partir des urgences (2000, 11).

En 2001 : pas de publication.

En 2002 :

- études des transferts en réanimation à partir du SAU (2002, P74).

En 2003 :

- les services de spécialités médicales sont ils capable de programmer des hospitalisations sur demande téléphonique d'un médecin généraliste ? (2003, 188).

En 2004 et 2005 : pas de publication.

Les difficultés et les justifications d'hospitalisation - titres des abstracts :

En 1992 :

- analyse des éléments motivant une hospitalisation d'urgence en médecine (1992, 030).

En 1993 : pas de publication.

En 1994 :

- évaluation de la pertinence des hospitalisations demandées aux urgences médicales (1994, 028).
- Evaluation de la pertinence des hospitalisations à partir d'un SAU (1994, 029).

- Evaluation de la pertinence des admissions aux urgences de deux hôpitaux universitaires (1994, 030).

En 1995 :

- étude de la pertinence de l'orientation des patient hospitalisés aux urgences (1995, 052).

En 1996 : pas de publication.

En 1997 :

- impact d'un SAU sur l'hospitalisation : répartition par spécialité des lits utilisés par les urgences (1997, 023).

En 1998 : pas de publication.

En 1999 :

- pertinence des hospitalisations à l'accueil des urgences (1999, 011).

En 2000 : pas de publication.

En 2001 :

- évaluation de la justification des hospitalisations à partir du SAU par l'utilisation de la grille AEP (2001, 016).

En 2002 :

- l'absence de disponibilité de lit en médecine modifie-t-elle la prise en charge des patients aux urgences (2002, 123).

En 2003 :

- l'aval des urgences : gestion de la pénurie (2003, 251).

En 2004 :

- difficulté d'hospitalisation des patients en provenance d'un service d'urgence : enquête prospective régionale durant deux ans (2004, 132).
- Pertinence des hospitalisations à partir d'un SAU ou la responsabilité du SAU dans la saturation des lits d'aval (2004, 133).

En 2005 : pas de publication.

Les relations avec les médecins libéraux – titres des abstracts :

En 1992, 1993 et 1994 : pas de publication.

En 1995 :

- courrier médical et informatique dans un service d'urgence (1995, 043).

En 1996 : pas de publication.

En 1997 :

- relation épistolaire entre service d'urgence et médecin de ville : intérêt d'une lettre type (1997, P05).

En 1998 :

- évaluation du courrier de sortie des urgences (1998, P18).

En 1999 :

- évaluation d'un courrier informatisé envoyé systématiquement aux médecins traitants (1999, 034).

En 2000 :

- motif conduisant le médecin généraliste à adresser un patient dans un service d'accueil des urgences (2000, 08).

En 2001 :

- les lettres de sortie des services d'urgences répondent-elles aux besoins des généralistes (2001, 011).

En 2002 :

- enquête de satisfaction globale du courrier des urgences auprès des médecins généralistes (2002, 88).

De 2003 à 2005 : pas de publication.

Les relations d'aval avec les usagers - titres des abstracts :

En 1992 et 1993 : pas de publication.

En 1994 :

- Les lettres de plainte à l'encontre d'un service d'urgence médicale : qui, comment, pourquoi ? (1994, 009).

En 1995 :

- service des urgences médicales du CHU de Brest : évaluation du mécontentement des consultants (1995, 061).
- Quels éléments déterminent la satisfaction sur les soins reçus aux urgences (1995, 062).
- Patient informé, patient satisfait (1995, 076).

De 1996 à 2000 : pas de publication.

En 2001 :

- bilan de la gestion de quatre années de lettre de réclamation aux urgences (2001, 10).

De 2002 à 2005 : pas de publication.

**Annexe 5 : Titres des abstracts traitant des relations
avec l'Amont.**

Les relations avec les médecins de ville - titres des abstracts :

En 1992 : pas de publication.

En 1993 :

- évaluation des relations entre le SAU de l'hôpital et les médecins libéraux (1993, 026).

En 1994 : pas d'abstract.

En 1995 :

- évaluation des relations entre la médecine libérale et le SAU : utilisation dynamique d'une enquête de terrain (1995, 044).
- Concordance diagnostique entre les médecins traitants, le service d'urgence médicale et le service d'hospitalisation (1995, 054).

En 1996 :

- médecin de ville, médecin des services d'accueil et d'urgences (1996, 054).

En 1997 et 1998 : pas d'abstract.

En 1999 :

- enquête auprès des médecins traitants : faut-il favoriser les hospitalisations directes (1999, 043).
- Place des médecins généralistes dans le recours aux soins d'un SAU (1999, 080).

En 2000 :

- le médecin correspondant SAMU (MCS) : premier maillon de l'AMU en milieu rural (2000, 5).

En 2001 :

- patient ou impatient ? Pourquoi le SAU, pourquoi le médecin généraliste ? (2001, 14).

En 2002 : Pas d'abstract.

En 2003 :

- les médecins traitants, partenaires de l'amont ? (2003, 186).

En 2004 :

- évaluation des relations téléphoniques entre les médecins généralistes et le SAU (2004, 128).

En 2005 :

- les urgences hospitalières : points de vue des médecins généralistes (2005, 337).

La lettre d'admission – titres des abstracts :

De 1992 à 1998 : pas d'abstract.

En 1999 :

- la lettre d'admissions : étude comparative aux urgences et dans les services de spécialités (1999, 08).

En 2000 : pas d'abstract.

En 2001 :

- relecture des lettres adressées aux urgences par les médecins traitants (2001, 13).
- Les lettres d'admissions répondent-elles aux besoins des urgentistes (2001, 18).

En 2002 :

- les patients adressés aux urgences avec une lettre de médecins sont-ils différents ? (2002, 269).

En 2003 :

- la lettre d'admission : un outil fiable pour l'IAO ? (2003, 247).
- Valeur informative de la lettre d'admission d'un patient aux SAU : étude prospective avec analyse de 228 courriers au cours d'une semaine type reconstituée (2003 ; 187).

En 2004 :

- évaluation de la lettre d'admission accompagnant le patient aux urgences (2004, 127).

En 2005 : pas d'abstract.

**Annexe 6 : Titres des abstracts traitant du
fonctionnement des SAU.**

L'activité des médecins urgentistes : titres des abstracts :

De 1992 à 1998 : pas d'abstract.

En 1999 :

- Charge de travail des médecins au SAU : problème quantitatif ou qualitatif (1999, 010).
- Etude de la charge de travail de l'équipe des urgences d'une unité d'urgence de proximité (1999, 109).

En 2000 : pas d'abstract.

En 2001 :

- Evaluation de la charge du travail occasionnée par le téléphone dans les services d'urgences (2001, 17)
- Evaluation prospective de l'activité des médecins de garde en médecine pendant la garde d'intérieure (2001, 15).

En 2002 :

- analyse des appels téléphoniques donnés à partir des services d'urgences (2002, 125).

En 2003, 2004 et 2005 : pas d'abstract.

Les bilans d'activité – titres des abstracts :

En 1992 et 1993 : pas d'abstract.

En 1994 :

- l'exploitation du PMSI contribue-elle à l'élaboration du bilan automatisé d'activité du SAU (1994, 058).

En 1995 et 1996 : pas d'abstract.

En 1997 :

- Evaluation de l'activité de deux SAU de type ANACOR (1997, 001).
- Complémentarité entre deux hôpitaux par une convention type SAU-ANACOR : bilan d'activité et étude prospective (1997, 002).

En 1998 : pas d'abstract.

En 1999 :

- estimation régionale de l'activité des SAU par le tableau de bord de la SFMU (1999, 079).

En 2000 et 2001 : pas d'abstract.

En 2002 :

- l'observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées : premières analyse en 2001 (2002, 050).

En 2003 et 2004 : pas d'abstract.

En 2005 :

- Analyse et modélisation de l'activité du SAU de l'hôpital de Beaujon (2005, 267).

**Annexe 7 : Titres des abstracts traitant de la gestion
des flux.**

Le tri - titres des abstracts :

De 1992 à 1996 : pas d'abstract.

En 1997 :

- Triage aux urgences par une IAO (1997, 021).
- Organisation du SAU : la place de l'IAO (1997, P01).
- Le travail de l'IAO : points de vue de l'intéressée (1997, P32).

En 1998 :

- Appréciation du caractère ambulatoire : qui doit faire le tri ? (1998, 017).
- Priorisations des malades par l'IAO : classification des motifs d'admissions (1998, 018).
- Sectorisation: trauma or not trauma? (1998, 053).

En 1999 :

- Intérêt d'un médecin régulateur trieur dès le premier accueil des urgences (1999, 045).

En 2000 :

- évaluation du niveau d'urgence : comparaison du médecin généraliste, de l'IAO et de l'urgentiste (2000, 12).

En 2001 :

- Modalité du tri aux urgences : résultat d'une enquête multicentrique (2001, 3).

En 2002 :

- Devenir des patients non admis au SAU par l'IAO (2002, 265).

En 2003 :

- la réorientation médicale à l'accueil des urgences est-elle possible (2003, 207).

En 2004 :

- Evaluation de la performance du tri à l'accueil des urgences à l'aide d'un programme interactif informatique (2004, 204).
- Evaluation de la fiabilité d'une échelle de tri à 4 degrés d'urgence à l'aide d'un programme interactif informatique (2004, 205).

En 2005 :

- Evaluation du mode d'admission du patient aux urgences : du non urgent à la détresse vitale (2005, 036).

- Médecin d'accueil et d'orientation : la cinquième roue du carrosse (2005, 340).

Maison médicale - titres des abstracts :

En 1992 et 1993 : pas d'abstract.

En 1994 :

- Le médecin généraliste à-t-il une place à l'accueil des urgences ? (1994, 10).

En 1995 : pas d'abstract.

En 1996 :

- Les consultations non urgente dans les SAU (1996, 015).

En 1997 :

- Bilan de fonctionnement d'une unité de médecine générale intégrée à un SAU (1997, 005).
- Création d'une unité de médecine générale (1997, 006).

En 1998 :

- Evaluation d'un secteur pour malade ambulat (1998, 055).

En 1999 :

- Intérêt des consultations médicales avancées au sein d'un SAU (1999, 044).
- Relais hôpital-médecins généralistes pour les patients ayant bénéficié de soins externes aux urgences (1999, 0100).

En 2000 : pas d'abstract.

En 2001 :

- Evaluation de l'activité des services d'urgences privés libéraux à partir de l'enquête PMSI/urgences (2001, 33).

En 2002 :

- Urgence et permanence des soins non programmés dans une agglomération de 500000 habitants (2002, 263).
- Typologie des patients ambulatoires consultants aux urgences (2002, 264).
- Expérience d'une consultation libérale de médecine générale dans un SAU. Résultats de 6 mois de fonctionnement (2002, 128).

En 2003 :

- Motivation des patients à consulter au SAU : remarques à tenir compte en vue d'un projet de maison médicale (2003, 202).

En 2004 : pas d'abstract.

En 2005 :

- Evaluation après un an d'implantation d'un cabinet de médecine générale d'urgence à proximité d'un service d'urgence universitaire (2005, 383).
- Mise en place d'une garde de médecine libérale aux urgences du centre hospitalier de Montélimar (2005, 384).

Les événements intercurrents - titres des abstracts :

En 1992 et 1993 : pas d'abstract.

En 1994 :

- Retentissement du verglas sur l'activité d'un SAU (1994, P28).

De 1995 à 1998 : pas d'abstract.

En 1999 :

- Impact de la coupe du monde sur l'activité d'un SAU adulte (1999, 085).

En 2000 : pas d'abstract.

En 2001 :

- incidence d'un travail agricole saisonnier sur l'activité d'un SAU (2001, 12).

En 2002 et 2003 : pas d'abstract.

En 2004 :

- Enquête régionale sur l'activité estivale des urgences en Picardie (2004, 089).

En 2005 :

- Effet des facteurs environnementaux sur l'activité des urgences (2005, 265).

Les filières de soins - titres des abstracts :

En 1992 :

- Evaluation d'un nouveau service au CHRU de Rennes : l'unité d'orientation pour personnes âgées (1992, 22).
- L'unité d'orientation pour personnes âgées au CHRU de Rennes (1992, 025)
- Admission aux urgences médicales des patients âgés de 80 ou plus : problème d'actualité (1992, 021).

En 1993 :

- admission aux urgences médicales des patients âgés de plus de 80 ans (1993, 022).
- En 1994 :
- L'admission des personnes âgées aux urgences (1994, 011).
- Transfert direct en moyen séjour-réadaptation fonctionnelle des patients admis dans un SAU (1994, 012).
- Facteurs pronostiques de l'orientation à la sortie des patients âgés de plus de 75 ans et plus (1994, 013).
- Evaluation du devenir des patients de plus de 75 ans examinés aux urgences d'un hôpital universitaire (1994, 014).
- Recueil des données sociales des personnes âgées à l'accueil des urgences : étude de faisabilité (1994, 060).

En 1995 :

- Construction et validation d'un outil simple permettant de prévoir l'issue de l'hospitalisation des personnes âgées (1995, 051).
- Evaluation de l'activité psychiatrique dans un SAU (1995, 055).

En 1996 :

- Transfert direct de 104 patients de plus de 75 ans. Admissions du SAU vers les services de soins de suite (1996, 016).

- Apport d'une consultation psychiatrique de secteur pour les malades des urgences (1996, 057).
- Devenir à un an des personnes âgées hospitalisées aux urgences (1996, P16).

En 1997 :

- Analyse du placement de la personne âgée : perspective de réseau (1997, 101).

En 1998 :

- Analyse de la pratique des transferts de patient d'une unité de proximité vers un SAU (1998, 020).
- Analyse de filière des patients qui convergent aux urgences et conséquences pour les hôpitaux de proximité (1998, 052).
- Activité de l'unité de consultation secondaires de petite traumatologie d'un SAU (1998, 054).
- A propos de chirurgie ambulatoire aux urgences (1998, 056).

En 1999 :

- Pertinence des transferts des urgences orthopédiques d'un hôpital de proximité dépourvu de service de traumatologie (1999, 047).
- Etude des transferts primaires et secondaires en réanimation à partir des urgences (1999, 083).

En 2000 :

- Un pôle départemental des urgences hospitalières : une démarche qualité en médecine d'urgence ? (2000, 01).
- Evaluation d'un travail de réseau faisant intervenir urgence de proximité, SAU et SAMU-SMUR (2000, 02).
- Le système de soins en réseau : une alternative à l'hospitalisation ? (2000, 03).
- Intérêt du réseau de prise en charge de l'IDM aigu dans le département de l'Indre (2000, 04).
- Description de la filière de soins des consultants de traumatologie au sein d'un service d'urgence : intérêt de la consultation traumatologie secondaire (2000, 021).

En 2001 : pas d'abstract.

En 2002 :

- Alcoologie de liaison au SAU : étude épidémiologique (2002, P80).

- Bilan préliminaire d'un réseau inter hospitalier régional de télétransmission dans le cadre des urgences (annexe 2002, P261).

En 2003 :

- Aval gériatrique d'un SAU parisien : solutions mises en œuvre et résultats (2003, 252).

En 2004 :

- Evaluation de l'accueil des personnes âgées (2004, 311).
- Analyse de la prise en charge des patients âgés dans un service d'urgence (2004, 313).
- Durée d'attente des personnes âgées aux urgences et dans l'UHCD (2004, 317).
- Filière gériatrique aux urgences : quelle solution ? (2004, 318).

En 2005 :

- Organisation des urgences et gériatrie : enquête nationale (2005, 044).

Annexe 8 : Titres des abstracts traitant des Audits.

Les audits - titres des abstracts :

En 1992 : pas d'abstract.

En 1993 :

- Satisfaction dans un service d'urgence (1993, 033).

En 1994 :

- Méthodologie de mise en place de la démarche de soins informatisées au SAU (1994, 072).
- Restructuration et mise en place d'un nouveau dossier de soins (1994, 073).

En 1995 :

- L'informatisation complète des services d'urgence : nécessité ou utopie (1995, 042).
- Autoévaluation des observations médicales dans les services d'urgences : outils pédagogique et d'évaluation (1995, 057).
- Evaluation prospective de la relecture des radiographies des patients de traumatologie non hospitalisés (1995, 059).
- Evaluation de la qualité d'interprétation aux urgences des radiographies des malades de traumatologie externe (1995, 060).

En 1996 :

- Protocoles aux urgences : qu'en pense les malades ? (1996, 001).
- Elaboration et évaluation multicentrique d'un thesaurus diagnostic de médecine d'urgence (1996, 014).
- Evaluation de l'assurance qualité aux urgences, enquête nationale de la SFMU, état des lieux en 1995, à propos de 216 sites d'accueils des urgences (1996, 041).
- Conception et mise en œuvre d'un programme de formation pour la médecine d'urgence (1996, 058).

En 1997 :

- Qualité du dossier médical dans un SAU (1997, 015).
- Comment l'accueil dans un SAU est un engagement pour la qualité (annexe ; 1997, 067).
- Evaluation de l'organisation d'un SAU (1997, 02).
- Les patients fugeurs ou sortant contre avis médical sont-ils des événements sentinelles pertinents pour évaluer la qualité dans un SAU (1997, 04).
- Qualité de l'accueil et de l'information : le point de vue des patients et des accompagnants dans un SAU (1997, P34).

En 1998 :

- Organisation interne d'un SAU en cas d'afflux massif de patient (1998, 118).
- Comment un service d'urgence s'inscrit dans une démarche qualité d'établissement (1998, 119).
- La qualité aux urgences (1998, 120).
- Communication dans un SAU : recherche autour de la qualité de l'information donnée aux consultants (1998, 126).
- Etude épidémiologique des fugueurs aux urgences médicales : indicateur de qualité ! (1998, 104).
- Indicateurs chiffrés du référentiel des urgences. Etude de faisabilité et premiers résultats (1998, 108).

En 1999 :

- Résultats préliminaires d'une enquête de satisfaction auprès des usagers d'un SAU (1999, 12).
- Compétence médicale et qualité des soins : étude prospective, comparative dans un SAU (1999, 32).
- Impact d'un programme d'assurance qualité sur un SAU : évaluation du dossier médical après passage en salle de déchoquage (1999, 33).
- Radiographie pulmonaire dans un SAU : évaluation de la pertinence (1999, 35).
- Réadmission non programmée : passage obligé par le SAU (1999, 99).
- La réponse aux attentes des usagers d'un SAU : intérêt de la démarche d'assurance qualité (1999, 102).
- Amélioration de l'accueil des urgences : mise en place d'un assistant convivialité (1999, 108).
- Evaluation de l'accueil des services d'urgences (1999, 114).
- Pour une amélioration continue de la qualité : groupe d'écoute des usagers (1999, 115).
- Impact d'un programme d'assurance qualité sur un SAU : évaluation du dossier infirmier après passage en salle de déchoquage (1999, 116).

En 2000 :

- Guide d'utilisation des médicaments dans la prise en charge de l'urgence vitale au SAS de déchoquage (2000, 020).

En 2001 :

- Mise en place d'une stratégie d'amélioration de la communication avec les usagers du SAU : élaboration d'un livret d'accueil et d'un film (2001, 1).

- Audit externe des services d'urgences comme outil d'une démarche qualité (2001, 9).
- Les patients se souviennent-ils de l'information données au SAU (2001, 2).
- Arroseur arrosé ou évaluation d'un audit (2001, 25).
- Enquête sur les 28 critères d'évaluation des services d'urgences (2001, 8).
- Evaluation des performances d'un SAU par l'étude des concordances diagnostiques (2001, 26).

En 2002 :

- Méthodologie globale de l'évaluation de l'accueil des urgences en Midi-Pyrénées (2002, 270).

En 2003 : pas d'abstract.

En 2004 :

- Analyse critique de l'activité d'une salle d'accueil des urgences vitales (2004, 090).
- Evaluation du fonctionnement d'une salle d'accueil des urgences vitales au CHRU de Clermont-Ferrand (2004, 129).
- Intérêt de la relecture systématique des dossiers dans un SAU (2004, 130).
- Que reste t-il de l'information délivrée aux patients aux urgences (2004, 135).
- Bilan de fonctionnement du déchocage au sein du SAU après 6 mois de fonctionnement (2004, 250).

En 2005 :

- Evaluation de l'activité d'une salle d'accueil des urgences vitales (2005, 341).
- Bruit aux urgences : facteur de pénibilité (2005, 260).



VU

NANCY, le **6 octobre 2005**

Le Président de Thèse

Professeur A .BELLOU

NANCY, le **3 novembre 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Professeur M. BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **8 novembre 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Depuis 15 ans, la SFMU s'est employée à développer l'évaluation au sein des services d'urgences.

Dans notre travail, nous nous sommes intéressés au versant organisationnel de l'évaluation, ce sujet présentant un intérêt dans notre pratique quotidienne, mais étant aussi la base de notre système d'accréditation.

Dans une première partie, nous faisons un rappel de définition, puis nous étudions le cadre législatif. Nous nous intéressons ensuite à la production scientifique de la SFMU et de sa commission d'évaluation.

L'objectif de notre travail étant de décrire la production scientifique développée au sein de la SFMU, nous avons étudié les abstracts parus dans le JEUR et dans Réanimation-urgence.

Sur les 2949 abstracts publiés dans ces revues depuis 1992, 260 ont retenu notre attention.

Le nombre et les sujets étudiés sont très disparates et semblent très liés aux effets de mode et aux événements intercurrents.

On note pourtant un regain d'intérêt pour l'évaluation, depuis 2002, grâce à l'impulsion donnée par la SFMU. Cependant depuis 15 ans, seulement 3 abstracts ont donné lieu à une publication référencée dans la base de données PUBMED.

L'important semble donc, dans un premier temps, d'organiser l'évaluation et de développer le rôle centralisateur de la SFMU et de sa commission d'évaluation, afin de canaliser la production scientifique et permettre ainsi un essor et une reconnaissance de notre spécialité.

TITRE EN ANGLAIS :

Organisational steps of evaluation developed within the Société Francophone de Médecine d'urgence in France since 1992.

THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2005

MOTS CLEFS : Evaluation – Organisation – SFMU – Accréditation - Médecine d'urgence - Etude descriptive.

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
