

# L'ACCUEIL ET LA DUREE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AU SERVICE DES URGENCES DU CHU FARHAT HACHED. ÉTUDE PROSPECTIVE

M.S. Jarrar, S. Khelifi, W. Ben Amor, S. El afrit, S. Ghannouchi

Article publié au : J. Magh A. Réa Méd Urg, Vol XV – P 251-257

## INTRODUCTION :

L'Amélioration de la qualité des soins a été depuis longtemps l'enjeu majeur des structures hospitalières dans les pays développés. Les Services des Urgences n'échappent pas à ce contexte. Ils sont d'ailleurs d'autant plus concernés par la qualité des soins que leur activité ne cesse de croître et que de nombreux problèmes d'organisation et de prise en charge ont été récemment mis en évidence [10]. L'étude des délais de prise en charge du patient est l'un des paramètres indispensable à l'évaluation de la qualité des soins dans le service des urgences. Ce paramètre permet le repérage des causes des durées de séjours prolongées et par conséquent avancer des solutions pour améliorer la prise en charge du patient [10]. En Tunisie on a commencé à s'intéresser à la qualité des soins depuis seulement quelques années [2]. Le service d'urgence du centre hospitalo-universitaire (CHU) Farhat Hached Sousse avait une structure qui ne pouvait plus fournir des prestations de soins adaptées aux besoins des patients et à leur satisfaction. D'où sa restructuration en 2003. Depuis, aucune étude évaluative n'a été faite. Nous avons proposé de faire une étude prospective permettant une analyse de l'activité du service d'accueil d'urgence (SAU) du CHU Farhat Hached et des délais d'attente, qui composent le « parcours » du patient. Cette étude a été menée sur une période de 7 jours allant du 16 au 22 mai 2005. Ses principaux objectifs sont :

- Evaluer quantitativement les différents délais de soin et identifier les facteurs qui peuvent les influencer.
- Proposer des actions d'amélioration de la qualité de soins afin de:
  - Réduire les délais de prise en charge du patient
  - Améliorer le rendement de l'équipe soignante
  - Et par conséquent, améliorer le service rendu au patient et sa satisfaction.

## MATERIEL ET METHODE :

C'est une étude prospective réalisée au SAU du CHU Farhat Hached, s'étalant sur une période de 07 jours allant du 16 au 22 mai 2005. L'échantillonnage utilisé, de type systématique ( $i=1\%$ ;  $S=0.8$  «La DS du délai moyen de prise en charge estimé à 0.8 heure»; un pas de sondage =3), a permis d'inclure 508 patients. Le travail a été effectué par l'ensemble du personnel médical et paramédical du SAU. Une enquête a été menée durant une semaine, avait comme items :

- Les caractéristiques du patient (âge, sexe, moyen d'arrivée, qui l'a adressé, motif de la consultation).
- Il a été également noté les temps de survenue des différents événements du circuit du patient (inscription, prise en charge médicale et paramédicale et devenir), permettant de mesurer les différents délais de sa prise en charge.

Les données recueillies ont été codées et traitées en utilisant les programmes SPSS 12.0 et Microsoft Excel.

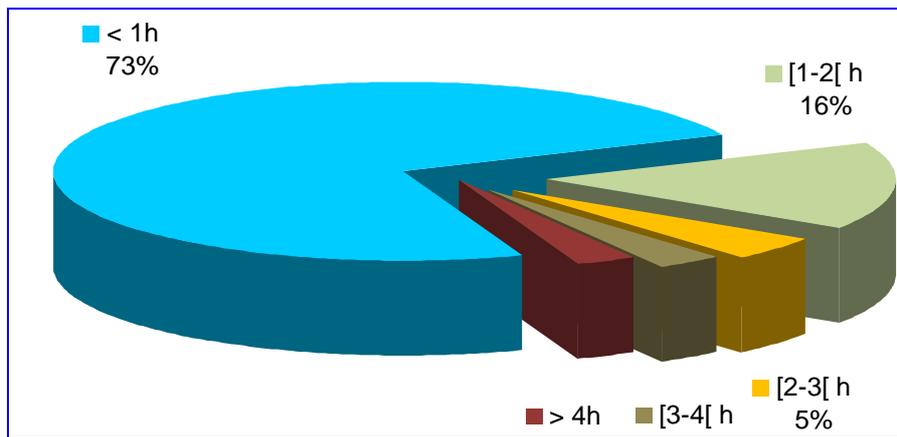
## RESULTATS :

Le temps de séjour global (TSG) que passe le patient dans le SAU est le délai s'écoulant entre son inscription et sa sortie du service. Il résulte de la somme du délai d'attente et du délai de prise en charge médicale :

- **Délai d'attente** : délai entre l'inscription du patient et sa prise en charge médicale par le médecin.
- **Délais de prise en charge médicale** : C'est le délai s'écoulant entre la prise en charge du patient par le médecin et sa sortie du service. Il comprend trois importants délais :
  - **Durée d'obtention d'un avis spécialisé** : délais s'écoulant depuis l'appel d'un médecin pour avis spécialisé et son arrivée au SAU.
  - **Durée d'obtention des résultats des examens biologiques** : délais entre la demande de l'examen et l'obtention du résultat.
  - **Durée d'obtention des examens radiologiques** : délais entre la demande de l'examen et le retour du patient en salle d'examen.

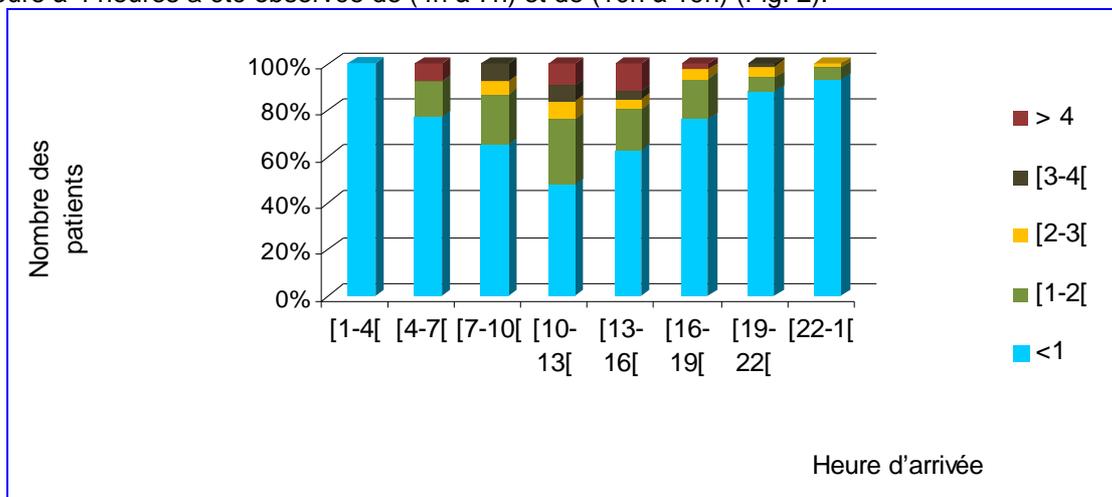
### 1. Temps de séjour global (TSG) :

La durée moyenne de séjour des patients a été de  $62,31 \pm 143,9$  min (extrêmes : 4 min - 2jours et 15 min). Elle a été inférieure à une heure chez (73 %) des patients et supérieure à deux heures chez (11%). Au total, (97%) des patients ont passé une durée de séjour globale inférieure à 4 heures (Fig. 1).



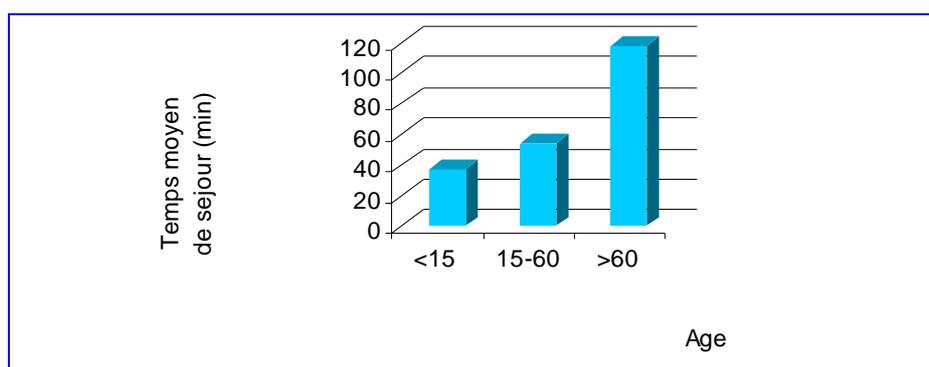
**Figure 1: Répartition des patients selon la durée de séjour**

Le TSG était en général plus court tôt le matin (avant 10h) et le soir (après 19h). Il était supérieur à une heure chez 62% des patients inscrits dans la période de charge de travail (de 10h à 13h). Une durée supérieure à 4 heures a été observée de (4h à 7h) et de (10h à 19h) (Fig. 2).



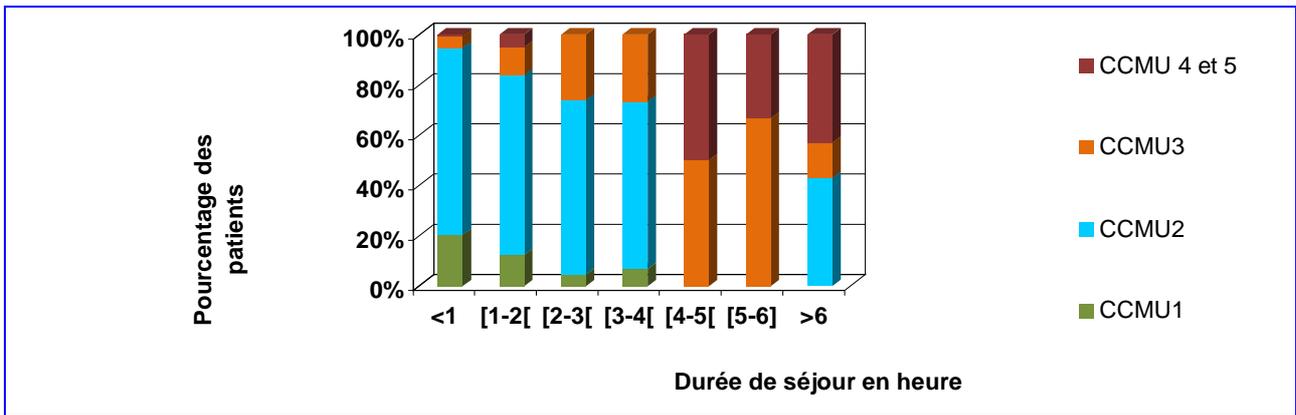
**Figure 2: Répartition des patients selon l'heure d'arrivée.**

Les durées de séjour global étaient plus élevées au début de la semaine. Elles étaient moindres durant le week-end. Le temps moyen de séjour augmentait avec l'âge. Il était long pour les sujets âgés de plus de 60 ans (118 min) contre 37 minutes chez les patients d'âge inférieur à 15 ans (Fig. 3).



**Figure 3: Répartition du temps moyen de séjour en fonction de l'âge.**

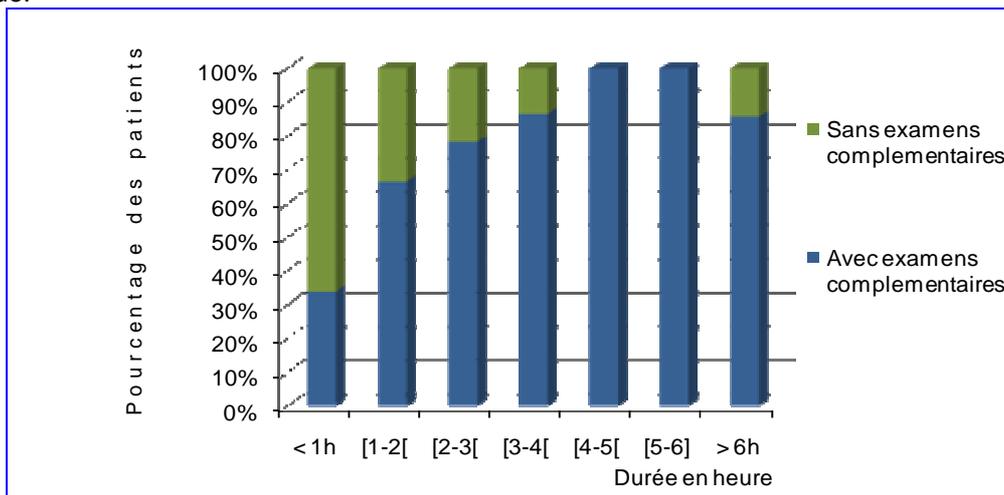
Selon le degré de gravité, et d'après la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) [6], les patients de CCMU 3, 4 et 5 représentaient 78% de ceux qui avaient une durée de séjour global supérieure à quatre heures. Ceux des classes CCMU 1 et 2 représentaient 78% des patients qui ont passé moins d'une heure dans le service. A noter qu'il y avait 3 cas de CCMU 2 qui ont passé plus de 6 heures (les motifs étaient : douleur abdominale, douleur thoracique et intoxication). La demande de plusieurs investigations (avis spécialisé, examens complémentaires, surveillance médicale) était à l'origine d'une longue durée de séjour (Fig. 4).



**Figure 4: Répartition de la durée de séjour en fonction du CCMU.**

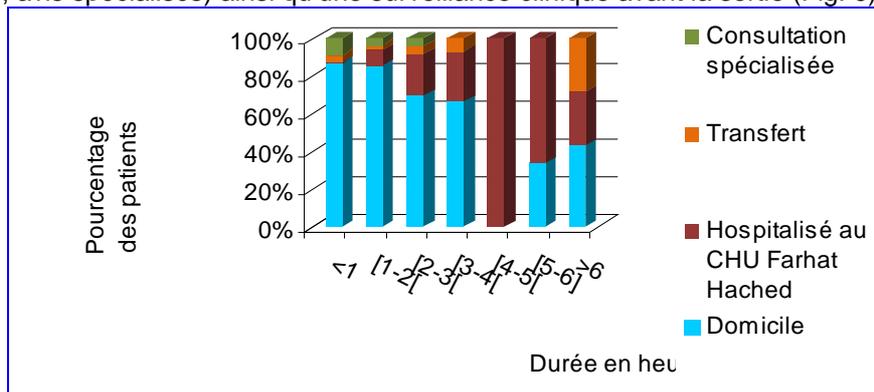
Le temps de séjour global était supérieur à 2 heures chez 40 % des patients qui ont passé par l'unité de surveillance alors qu'il l'a été seulement chez 6 % des patients qui ont passé par les box. La moyenne du temps de séjour global en passant par les box a été de 45 min alors qu'elle a été de 201 min pour l'unité d'observation. Deux patients, se présentant pour douleur abdominale, ont séjourné plus de 6 heures dans l'unité des box. L'allongement de leur TSG résultait de la demande de plusieurs examens complémentaires et d'avis spécialisé (Fig. 5). Selon la demande d'avis spécialisé :

- 61 % de ceux qui ont passé plus de deux heures avaient eu au moins un avis spécialisé.
- Un cas sans avis spécialisé (intoxication) a passé plus de 6 heures. Il a nécessité une surveillance médicale longue jusqu'à l'obtention d'une stabilisation de son état clinique. La majorité des patients (86%) qui ont passé plus de 2 heures au SAU avaient eu un ou plusieurs examens complémentaires radiologique ou biologique.



**Figure 5: Le TSG et la demande d'examens complémentaires radiologiques et biologiques**

La majorité des patients (77 %) qui ont regagné leurs domiciles avaient une durée de séjour global inférieure à une heure. 76 % des patients hospitalisés au CHU Farhat Hached avaient passé plus d'une heure dans le SAU. Les patients hospitalisés ont représenté 32 % de ceux qui avaient passé plus que deux heures de séjour au SAU et 57 % de ceux qui avaient passé plus de 4 heures. Quatre cas ont regagné leur domicile après plus de 5 heures. Ils ont nécessité la demande de plusieurs investigations (examens complémentaires, avis spécialisés) ainsi qu'une surveillance clinique avant la sortie (Fig. 6).



**Figure 6: Répartition de la durée de séjour selon le devenir du patient**

## 2. Délai d'attente avant la prise en charge médicale :

Il faut compter en moyenne  $14 \pm 18$  minutes pour la phase d'attente (0-170 minutes). L'attente a été inférieure à 30 minutes chez 90 % des cas et supérieure à une heure chez seulement 3 % des cas. Le temps d'attente a représenté 25% de la durée de séjour globale chez 50% des patients et il a dépassé 75% de cette durée chez 5%. Une attente supérieure à 30 minutes a été surtout observée durant la période de flux important de patients (de 7 h à 19 h). La durée moyenne d'attente a été plus élevée (22min) de 13h à 16h et plus courte (3 min) de 4h à 7h du matin. On n'a observé des délais d'attente supérieurs à une heure que dans les trois premières classes (CCMU 1, 2 et 3). Les deux autres (CCMU 4 et 5) étaient, chez 75% des cas, prises en charge dans un délai inférieur à 15 min. Le délai moyen d'attente a été de 17 min pour la classe CCMU 1 alors qu'il a été le même pour les autres classes (13 min).

## 3. Délai de prise en charge médicale :

La moyenne de la durée de prise en charge médicale globale a été de  $49 \pm 143$  min (extrêmes : 4 min - 2jours et 15 min). Cette durée a été inférieure à 60 min chez (82%) des cas. Elle a été supérieure à 120 min chez (8%) des cas. Des durées de prise en charge supérieures à une heure ont été plus remarquées le matin et l'après-midi (de 10h à 19h). La durée de prise en charge médicale n'était pas appropriée au degré de gravité, vu les mêmes cas décrits auparavant qui ont nécessité une surveillance clinique et/ou la demande de plusieurs investigations. Plus le patient est jeune, plus le délai de sa prise en charge était court. La moyenne de la durée d'obtention des résultats d'un examen radiologique standard a été inférieure à 20 minutes alors que celles de l'échographie et du TDM dépassaient une heure (Tableau 1).

**Tableau 1 : Délais d'obtention des résultats des examens radiologiques.**

	Nombre	Durée Minimale	Durée Maximale	Durée Moyenne	Ecart type
<b>Radiographie standard</b>	187	9	37	19,51	7,17
<b>Echographie</b>	8	45	165	86,37	36,61
<b>Scanner</b>	2	45	190	117,5	102,53

Le résultat d'un examen biologique demandé au SAU était obtenu en moyenne après une heure (Tableau 2).

**Tableau 2 : Délais d'obtention des résultats des examens biologiques.**

	Nombre	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
<b>Examens biologiques</b>	68	13	170	58,59	33,17

L'obtention d'un avis spécialisé au SAU a nécessité en moyenne une durée de 38 min (Tableau 3). Cette durée diffère d'une spécialité à l'autre. Elle a été inférieure à 30 min pour les médecins des services de Cardiologie, Pneumologie, Psychiatrie et d'Endocrinologie. Alors qu'il a fallu une heure moins quart ou plus pour obtenir un avis spécialisé en chirurgie, en médecine interne ou en hématologie. (Tableau 4).

**Tableau 3 : Délais d'avis spécialisés.**

	Nombre	Durée moyenne	Durée minimum	Durée maximum	Ecart type
<b>Avis spécialisés</b>	56	38 min	8 min	110 min	28,91 min

**Tableau 4 : Répartition des Délais d'avis spécialisés selon la spécialité.**

Spécialité	Durée (min)	Durée moyenne	Durée minimum	Durée maximum
<b>Médecine Interne</b>		53	15	110
<b>Hématologie</b>		48	30	70
<b>Chirurgie</b>		43	8	100
<b>Pneumologie</b>		30	20	52
<b>Cardiologie</b>		27	8	50
<b>Psychiatrie</b>		24	5	65
<b>Endocrinologie</b>		23	10	40

## DISCUSSION :

Notre étude a été menée sur une période d'une semaine seulement; ceci n'a pas permis de couvrir l'activité du service suivant les saisons et le changement de l'effectif du personnel (nombre des internes, congés du personnel). De plus, notre échantillon a concerné un nombre limité de patients ne soulignant pas toute la diversité des pathologies observées durant cette période. Nous avons également rencontré plusieurs difficultés lors de la réalisation de l'enquête essentiellement dans le recueil des données.

### A. Temps de séjour global :

Le temps moyen de séjour était d'une heure environ. Plus de la moitié des patients avaient passé moins d'une heure dans le service. Ce TSG est court en comparaison avec les durées observées dans différentes études canadiennes, américaines et françaises [16,28,20,29,34] où il était compris entre 2 heures et 5 heures à cause du système de triage. Le taux de patients qui ont passé moins de 4 heures dans notre service était de 97%. Il est proche de celui noté en Angleterre (96%) et différent de celui au Canada (76%) et aux Etats-Unis (72%) [21]. Plusieurs facteurs pouvaient être responsables de la variation du TSG :

#### ▪ Le délai d'attente :

Un patient peut passer la majorité de son séjour aux SAU en attendant de voir le médecin comme il peut être pris en charge immédiatement. Dans notre service, la durée d'attente a représenté moins de 25% du TSG chez environ 50% des patients. Elle n'a dépassé 75% de cette durée que chez environ 5% des cas.

#### ▪ Le nombre de patients présents en même temps et leur heure d'arrivée :

La durée de séjour global semble fluctuer selon le nombre de patients inscrits en même temps et leur heure d'arrivée. Par exemple, les patients se présentant au service des urgences tôt le matin (avant 10h) ou la nuit (à partir de 19h) avaient tendance à avoir des TSG plus brefs, ce qui reflète peut-être une disponibilité accrue du personnel hospitalier et des urgences. Alors que durant la période de charge de travail (de 10h à 13h) où le nombre de patients inscrits était élevé, le TSG a tendance à être plus long. En n'oubliant pas que cette période est une période d'activité accrue dans l'hôpital entier.

#### ▪ Le degré de gravité (CCMU) :

Le temps que passe un patient au SAU semble varier selon la gravité de son état. 3% des patients qui sont passés par les urgences ont eu un TSG supérieur à 4 heures. Les résultats ont montré qu'un état grave a tendance à avoir un TSG plus long qu'un état moins complexe. Et ceci du fait que les problèmes de santé graves exigent une prise en charge plus complexe comprenant des examens complémentaires et des avis spécialisés avant d'être hospitalisés dans les services appropriés. Par exemple, les patients nécessitant des soins urgents (CCMU 3, 4 et 5) représentaient (78%) de ceux qui avaient un TSG supérieur à quatre heures. Alors que ceux se présentant pour des soins non urgents CCMU 1, ou moins urgent CCMU 2 représentaient 78 % de ceux qui ont passé moins d'une heure. Le TSG moyen était de 162 minutes pour des patients dont l'état était grave (CCMU 4 et 5), comparativement à 33 minutes pour ceux dont l'état était moins urgent (CCMU 1). Cette relation entre la longueur du TSG et la gravité de l'état du patient a été aussi mentionnée dans plusieurs pays canadiens et américains [21]. A un degré moindre, l'allongement du TSG dépendait de l'affluence des patients à certaines heures, rendant la charge de travail du personnel assez importante. Cette constatation a été observée dans plusieurs services des urgences [19, 21,30].

#### ▪ L'âge :

Les TSG moyen les plus longs étaient constatés pour les patients âgés de plus de 60 ans (118 min) contre 37 minutes chez ceux de moins de 15 ans. Le degré de gravité des motifs de consultation qui variaient avec l'âge était à l'origine de cette différence. Les traumatismes étaient d'ailleurs les plus dominants chez les jeunes et ne nécessitant pas une prise en charge longue. Cette augmentation de la durée de séjour avec l'âge est aussi indiquée dans une étude française [28].

#### ▪ La disponibilité du personnel médical et paramédical :

La détermination de l'effet direct du nombre du personnel présent sur le TSG des patients n'est pas réalisable dans cette étude car il ne s'agit pas d'une étude annuelle qui couvre toutes les saisons. Nous avons seulement pu remarquer que les courbes de répartition du personnel et des patients ne présentaient pas les mêmes pics. La relation entre le médecin intervenant et la durée de séjour n'a pas pu aussi être démontrée puisque la majorité des patients ont été pris en charge par des internes. Certaines études [8,18] n'ont pas trouvé de relation entre le nombre du personnel (médical et/ou paramédical) et la durée de séjour du patient. Contrairement à une étude française qui a démontré que la prise en charge du malade par un interne augmente cette durée de 31 min en moyenne. Du fait que l'interne met généralement plus de temps dans la prise en charge du patient que le médecin urgentiste et ceci par manque d'expérience [16].

#### ▪ Le passage par les box ou l'unité d'observation :

Bien que le nombre de patients passant par les box (454 patients) fût plus important que celui de l'unité d'observation (54 patients), la moyenne du TSG en passant par les box (45 min) était environ cinq fois moins que celui de l'unité d'observation (201 min). Cette large différence entre les durées a été aussi observée par Bazin [3]. Mais si nous revenons aux fonctions des différentes unités du service nous arrivons peut être à comprendre les causes. Les caractéristiques des malades pris en charge dans les deux unités jouent un important rôle. Les patients pris en charge dans les salles d'observation, ont généralement des motifs de consultation lourds nécessitant une surveillance continue et une prise en charge médicale complexe (avis spécialisés, examens complémentaires, gestes de réanimation). Les salles d'observation peuvent parfois se

transformer en une unité d'hospitalisation par manque de lits dans les autres services. Par conséquent, les patients qui devraient être admis à l'hôpital passent des heures, ou des jours hospitalisés dans le SAU. Bien que les salles d'observation aient une capacité de 8 lits, le nombre de patients réellement pris en charge était souvent plus grand (des malades sur chaises et d'autres sur brancards). Ces malades sont pris en charge par un médecin urgentiste et un interne.

- **Demande d'avis spécialisés :**

L'attente de l'arrivée d'un médecin, demandé pour avis spécialisé, au SAU semble augmenter en moyenne le TSG de 38 min. Cette valeur est proche de ce qui a été citée dans une étude française (45 min) [3]. Les résultats ont aussi montré que la majorité des patients, qui ont passé plus de 4 heures dans le service, ont eu au moins un avis spécialisé. Une étude faite en Angleterre a trouvée que 25% des patients qui ont passé plus de 4 heures, ont eu un ou plusieurs avis spécialisés [11]. Le temps mis par ces médecins pour arriver au SAU, diffère peu d'une spécialité à l'autre. Il a été inférieur à 30 min pour les médecins des services de Cardiologie, Pneumologie, Psychiatrie et d'Endocrinologie. Alors qu'il a fallu 45 minutes pour obtenir un avis spécialisé en chirurgie. Ces résultats sont en partie comparables à d'autres études. Par exemple, en Angleterre, les psychiatres mettent environ 30 min pour arriver [11]. Alors que dans une étude française, les chirurgiens mettent moins de temps pour arriver que les psychiatres, respectivement (59 et 72 min) [3]. Mais le temps que passe le patient après l'arrivée du médecin, demandé pour avis spécialisé, est généralement plus long. L'examen clinique est le plus souvent suivi de la réalisation de plusieurs examens complémentaires et/ou d'une décision d'hospitalisation (48%) et parfois de la demande d'un autre avis spécialisé ce qui peut augmenter de plus en plus la durée de séjour.

- **Demande d'examens complémentaires radiologiques et biologiques :**

La demande des examens complémentaires est assez fréquente dans le service des urgences. Ces examens interviennent dans l'allongement de la durée de séjour des patients puisque l'obtention de leurs résultats nécessite un temps assez important. La majorité des patients (86%) qui avaient une durée de séjour globale supérieure à deux heures, avaient eu au moins un examen complémentaire. Avec (62%) qui avaient eu au moins un examen radiologique et (73%) qui avaient eu au moins un examen biologique. Le TSG moyen était de 31 min en cas de passage simple (sans la demande de ces examens), contre 87 min s'il est associé à la réalisation d'examens complémentaires. Plusieurs études ont aussi montré que la demande des examens complémentaires augmentait la durée de séjour du patient. C'est le cas d'une étude américaine [20] qui a trouvé que la durée de prise en charge du malade, associée à la demande d'un ou de plusieurs examens complémentaires (radiologique, biologique) était en moyenne de 174 min versus 91 min s'il s'agissait d'une visite simple. Dans d'autres études françaises, ces examens augmentaient la durée de séjour de 1 à 2h en moyenne [25,28]. Nous avons aussi remarqué que la durée d'obtention des résultats des examens complémentaires diffère d'un examen à l'autre. La moyenne de la durée d'obtention des résultats d'un examen radiologique standard était inférieure à 30 min (20 min) alors que celle de l'échographie (86 min) et de la TDM (117 min) dépassaient une heure. Le résultat d'un examen biologique demandé au SAU a été obtenu en moyenne en une heure. Ces résultats sont comparables aux résultats notés dans la littérature où les durées étaient en moyenne d'une heure pour les analyses biologiques et 99 min pour les examens radiologiques [3].

- **La nécessité d'hospitalisation :**

Les patients nécessitant une hospitalisation avaient une durée de séjour plus longue que ceux mis sortant. La majorité des patients qui ont regagné leur domicile (77%) avaient une durée de séjour globale inférieure à une heure. Alors que 76% des patients hospitalisés au CHU Farhat Hached ont passé plus d'une heure dans le SAU. Ces mêmes patients représentaient 32% de ceux qui ont passé plus que deux heures de séjour au SAU et 57% de ceux qui ont passé plus de 4 heures. Dans une étude américaine, cette durée était de 219 min chez les patients à hospitaliser versus 131 min chez ceux rentrant à domicile [20]. Dans une autre étude française, elle était de 1 à 4 heures [25]. Plusieurs facteurs pouvaient être intriqués dans la variation de la durée de séjour des patients hospitalisés. La demande d'avis spécialisé chez ces patients se faisait d'une façon systématique puisqu'une hospitalisation n'est faite qu'après l'accord du service concerné. Les patients à hospitaliser nécessitaient généralement plusieurs examens complémentaires, ce qui augmente la durée de prise en charge. Il faut attendre qu'un lit d'hospitalisation soit disponible, ce qui peut allonger la durée de séjour du patient et même être à l'origine d'une hospitalisation au SAU pendant quelques jours (deux patients ont été hospitalisés). Plusieurs études ont essayé d'analyser les causes d'allongement de la durée de séjour chez les patients à hospitaliser et de trouver des solutions pour la réduire. Forster [14] ont déduit que chaque augmentation de 10% du taux d'occupation des lits d'hospitalisation au sein de l'hôpital allonge la durée de séjour de 18 min. Une autre étude australienne [12] a montré que la surcharge du SAU en patients à hospitaliser et attendant la libération d'un lit est une cause importante de l'allongement de la durée de séjour et qu'une diminution du taux moyen d'occupation des lits de l'hôpital de 6% conduira à une diminution de 4% du taux d'occupation des lits du SAU et une réduction significative de la durée moyenne de séjour de 20 min.

- **B. Délai d'attente :**

C'est le temps que passe le patient depuis le moment de son arrivée (inscription administrative) jusqu'au début de sa consultation médicale. Sa mesure a souvent été incluse dans l'étude de la satisfaction du

patient [5]. Il a été aussi l'un des importants critères d'évaluation qualitative du fonctionnement du SAU [20]. Les résultats ont montré un délai d'attente en moyenne de  $14 \pm 18$  min. Plus de la moitié des patients (73%) ont attendu 15 min ou moins avant d'être évalués par un médecin. 90% ont attendu moins de 30 min, 97% moins d'une heure et seulement 1% plus que 90 min. La valeur de la moyenne du délai d'attente est raisonnable en comparaison avec ce qui a été trouvé dans la littérature où les valeurs étaient environ comprises entre 22 min et une heure. Cette moyenne était de 51 min au Canada [21], proches ou supérieures à une heure en USA [27, 24] et comprises entre 30 min et une heure en France [3, 4]. Les délais d'attente au SAU étaient très variables d'un service à l'autre à cause de la différence en organisation, en ressources humaines disponibles et en nombre de consultants [32]. Les facteurs influençant la durée d'attente remarquée dans notre étude sont:

▪ **Attente et heure d'arrivée :**

Les patients ont attendu plus longtemps avant d'être évalués par un médecin aux heures de flux important de patients. On note aussi une fluctuation du délai moyen d'attente selon l'heure d'arrivée du patient. Une moyenne d'attente de 17 min durant le jour (de 7h à 19h : période de flux important de patients) avec un maximum de 22 min (de 13h à 16h : Période de changement des équipes de travail). Par contre, durant la nuit, où le nombre de patients était plus faible, ce délai n'était que de 5 min. Cette fluctuation de la durée d'attente avec l'heure d'arrivée du patient et le flux des passages a été aussi mentionnée dans plusieurs études [3, 21].

▪ **Attente et degré de gravité des patients :**

Les patients se présentant au SAU veulent être pris en charge immédiatement. Ceci pourrait être en rapport avec la souffrance et à l'inquiétude qu'ils peuvent ressentir envers leurs santés. Mais le SAU accepte un flux important de malades de gravités différentes ce qui rend sa mission de donner la priorité à des patients consultants en même temps difficile. C'est ici qu'apparaît l'un des importants rôles du personnel médical et paramédical :

- Gérer le flux des patients.

- Calmer les patients.

- Agir efficacement et rapidement dans le but d'aider, en premier les cas les plus graves.

Dans notre service, ceci se fait sans suivre une méthode de triage systématique des patients par un infirmier et/ou par un médecin, contrairement à ce qui se passe dans plusieurs services [13]. Ce qui peut laisser un malade, nécessitant une prise en charge rapide, attendre plus qu'un autre en état stable. Les résultats de notre étude n'ont pas montré de grande différence entre les moyennes du délai d'attente des différentes classes CCMU :

- Les patients présentant des problèmes de santé non urgents (CCMU 1) attendaient en moyenne 17 min avant de voir un médecin.
- Les patients moins urgents (CCMU 2), urgents (CCMU 3) et les plus urgents (CCMU 4 et 5) étaient en moyenne pris en charge dans un délai semblable (13 min).

Ces résultats montrent l'important rôle de l'infirmier :

- L'infirmier d'accueil qui par sa présence à côté de l'agent administratif, peut avoir une idée initiale sur l'état du patient (suite à un interrogatoire bref et sans évaluation clinique poussée). Il intervient alors dans l'orientation initiale du patient dans le service et dans sa prise en charge rapide si son état le nécessite.
- L'infirmier des box qui est souvent présent dans le hall d'attente des patients, pour coordonner leur entrée aux box, donne la priorité à ceux qui paraissent plus fatigués.

Mais cette évaluation reste subjective puisqu'elle ne résulte pas d'un examen clinique initial. Ce qui peut avoir comme conséquence des longues durées d'attente, avant la prise en charge médicale, chez des patients nécessitant des soins urgents. C'est le cas de 8% des patients se présentant d'emblée en état grave (CCMU 4 et 5) qui ont dû attendre entre 30 et 60 min. Nous revenons alors à l'importance du tri qui permet, suite à une évaluation clinique initiale du degré de gravité du patient, de donner la priorité de prise en charge médicale aux cas les plus urgents. Plusieurs études intègrent le tri parmi les moyens principaux à utiliser pour donner la priorité aux cas graves et pour diminuer l'attente initiale. En Europe, la notion de tri est très répandue dans les services des urgences [13]. C'est aussi le cas en Amérique où il existait depuis les années 60. Mais de nos jours aucun modèle standard n'a encore été reconnu [17, 35]. Par contre l'Australie [31,22] a mis en place un système national de catégorisation des priorités de soins au tri (ATS) dès les années 90. Au Canada [1,21], afin d'optimiser le triage, une échelle de triage et de gravité (ETG) a été mise en place et le programme de la rendre nationale a déjà commencé. Cette échelle permet la prise en charge des patients par ordre de priorité médicale et non d'arrivée. Elle permet aussi une réévaluation de l'état de santé du malade pendant son attente afin de détecter une éventuelle aggravation. Elle impose des délais de triage optimum souhaitables entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale. Plusieurs équipes sont actuellement en train de développer les modes de tri au SAU. C'est le cas d'un service canadien [9] qui a mis en place le triage avancé : il permet à l'infirmier de triage, après avoir reçu une formation spécifique, d'initier des protocoles diagnostiques basés sur des algorithmes approuvés par différents médecins. La mesure de la durée d'attente est aussi un important moyen d'évaluation de la qualité de soins fournis et du degré de satisfaction du patient. Selon une étude américaine, une attente de plus d'une heure pouvait être

considérée comme un effet indésirable [24]. Dans d'autres études, les longs délais d'attente étaient liés à une insatisfaction des patients [33, 15]. Dans l'étude menée par la DREES, 45% des patients avaient trouvé la durée de séjour dans le SAU excessive [7]. Par ailleurs, de longs délais d'attente peuvent entraîner un départ anticipé des patients (partir avant de voir un médecin), en raison d'une attente jugée trop longue [23]. De plus et selon Liew et coll., une durée d'attente importante aux urgences est associée à une durée d'hospitalisation plus longue et une morbidité plus élevée [26].

## CONCLUSION :

L'Amélioration de la qualité des soins a été depuis longtemps l'enjeu majeur des structures hospitalières dans les pays développés. Les Services des Urgences n'échappent pas à ce contexte. Ils sont d'ailleurs d'autant plus concernés par la qualité des soins que leur activité ne cesse de croître et que de nombreux problèmes d'organisation et de prise en charge ont été récemment mis en évidence. L'étude des délais de prise en charge du patient est l'un des paramètres indispensable à l'évaluation de la qualité des soins dans le service des urgences. Ce paramètre permet le repérage des causes des durées de séjours prolongées et par conséquent avancer des solutions pour améliorer la prise en charge du patient.

## REFERENCES :

1. Associations canadiennes des médecins d'urgence. L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence: guide d'implantation. Journal de l'association canadienne des médecins d'urgence ; 1999 ; 1(3) :1-28.
2. Ayachi Ghannouchi S., Ghannouchi S., Application du BPR pour améliorer les activités d'un service des urgences, S.E.T.I.T. Mars 2005, 27-31.
3. Bazin A., Garnerin P., Vermeulen B., Unger P. F., Etude sur l'analyse des flux aux urgences: contexte, méthodes et résultats, Urg. 2001; 18:162-172.
4. Bellou A., Barbe P., Virion J. M., Etude des délais de séjour et de prise en charge au service d'accueil des urgences. Analyse multifactorielle. JEUR. Mars-Juin 2001 ; 14(1-2):A62:P165.
5. Boudreaux E. D., Ary R. D., Mandry C. V. et al., Determinants of patient satisfaction in a large municipal ED, Am. J. Emerg. Med. 2000 ;18 :394-400.
6. Carrasco V., Baubeau D., Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. N°212, Janvier 2003. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er212.pdf>
7. Carrasco V., Baubeau D., Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. N°215, Janvier 2003. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er215.pdf>
8. Chan L., Reilly K. M., Salluzzo R. F., Variables that affect patient throughput times in an academic emergency department, Am. J. Med. Qual. 1997; 12:183-186.
9. Cheung W. W., Heeney L., Pound J. L., An advance triage system, Accid. Emerg. Nurs. 2002 Jan: 10(1): 10-6.
10. Debaud S., Urgences et Assurance qualité (Thèse de médecine) <http://debaud.club.fr/these/sylvain/sommaire.htm>
11. Bourn J., Improving emergency care in England, Report by the controller and auditor general, National Audit Office, Department of Health. Oct 2004; HC 1075, [http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/03-04/03041075.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/03-04/03041075.pdf).
12. Derlet R. W., Richards J. R., Kravitz R. L., Emergency department. overcrowding: definition and magnitude, Acad. Emerg. Med. 2000; 7: 544.
13. Divorne L., L'infirmier d'accueil et d'orientation : outils de tri existants. Enseignements supérieurs IDE, Urgence 2003. [http://www.sfm.org/fr/formation/cours\\_sup/telecharger/?id=53](http://www.sfm.org/fr/formation/cours_sup/telecharger/?id=53)
14. Forster A. J., Stiell I., Wells G. and al, The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition, Acad. Emerg. Med. 2003; 10(2): 127-133.
15. Gentile S., Ledoray V., Blandiniere D., Antonioti S., Sambuc R., La satisfaction des patients à la sortie des services des urgences : Etude multicentrique de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Réan. Urg. 1999; 8: 27-32.
16. Gerbeaux P., Ledoray V., Liauthaud H., Torro D., Takun K., Thirree R., Nelh P., Jean P., Medical student effect on emergency department length of stay, Ann. Emerg. Med. March 2001; 37: 275-278.
17. Gilboy N., Tanabe P., Travers D. A., Rosenau A. M., Eitel D. R., Agency for Healthcare Research and Quality. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook, AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, May 2005. <http://www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf>
18. Gorelick M. H., Yen M. K., Yun H. J., The Effect of In-Room Registration on Emergency Department Length of Stay, Ann. Emerg. Med. 2005; 45: 128-133.
19. Hansagi H., Olsson M., Sjoberg S. et al, Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services, Ann. Emerg. Med. 2001; 37: 561- 7.
20. Hoffenberg S., Hill M. B., Houry D., Does sharing process differences reduce patient length of stay in the emergency department? Ann. Emerg. Med. November 2001; 38:533-540.

21. Institut canadien d'information sur la santé. Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgences. Qui utilise les services d'urgence et quels sont les temps d'attente? 2005. [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait\\_times\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait_times_f.pdf)
22. Jelinek G. A., Towards an international triage scale. Eur. J. Emer. Med. 2001; 8: 1-2.
23. Khanna R., Chaudhry M. A., Prescott M., Emergency department, patients who leave the department without being seen by a doctor, Eur. J. Emerg. Med. 1999; 6: 233-5.
24. Lambe S., Washington D. L., Fink A., Laouri M., Liu H., Scura Fosse J. & al, Waiting time in California's emergency departments, Ann. Emerg. Med 2003; 41: 35-44.
25. Le Spégagne D., Cauterman M., Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, Paris, Rapport de fin de mission «Temps d'attente et de passage aux urgences», juillet 2003-mars 2005. <http://www.meah.sante.gouv.fr/>
26. Liew D., Kennedy M. P., Emergency department length of stay independent-ly predicts excess inpatient length of stay, Med. J. Aust.; 2003 Nov 17; 179: 524-6.
27. McCaig L. F. & Burt C. W., National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 Emergency Department Summary, Advance data from Vital and health statistics. N 340, March 18, 2004. p. 1-33. <http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad340.pdf>
28. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Rapport de fin de mission : Temps d'attente et de passage aux Urgences, Juillet 2003- Mars 2005. <http://www.meah.sante.gouv.fr/>
29. Partovi S. N., Nelson B. K., Bryan E. D., Walsh M. J., Faculty triage shortens emergency department length of stay, Acad .Emerg. Med. 2001 Oct; 8(10):990-5.
30. Pereira S., Oliveira A., Quintas M. & al, Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital, Ann. Emerg. Med. 2001; 37: 580-6.
31. Richardson D., Hons B.S., Australasian College for Emergency Medicine (2002). The Australasian triage scale (ATS). <http://www.saem.org/meetings/03handouts/richardson.pdf>
32. Southall A. C., Harris V. V., Patient ED turnaround times: a comparative review, Am. J. Emerg. Med. 1999; 17:151-3.
33. Spaite D. W., Bartholomeaux F., Guisto J., Lindberg E., Hull B., Eyherabide A. et al, Rapid process redesign in a university-based emergency department: decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction, Ann. Emerg. Med.; 2002; 39:168-77.
34. Tran T. P., Schutte W. P., Muelleman R. L., and Wadman M. C., Provision of Clinically Based Information Improves Patients's Perceived Length of Stay and Satisfaction with EP, Am .J. Emerg. Med. 2002; 20: 506-509.
35. Zimmermann P. G, The case for a universal, reliable 5-tier triage acuity scale for U.S. emergency departments, Journal of Emergency Nursing 2001; 27(3):246-54.



**e-Formation en médecine d'urgence**  
<http://www.efurgences.net>