

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE (MÉDECINE OU PHARMACIE)

ANNEE (2011)

THESE N°

PERTINENCE DES DIAGNOSTICS POSÉS À LA SORTIE DES URGENCES :
ÉTUDE SUR 1118 PATIENTS ADMIS EN MARS 2011 AUX URGENCES
ADULTES DU CHU DE LIMOGES.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 31 octobre 2011

par

Émilie VALANTIN-TISSIER

née le 12/06/1980, à Aix-en-Provence

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur VERGNENEGRE.....Président
Mme le Professeur FAUCHAIS.....Juge
M le Professeur BUCHON.....Juge
Mme le Docteur VALLEJO.....Membre invité
Mme le Docteur YONNET.....Membre invité
Mme le Docteur PICAT.....Membre invité

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE (MÉDECINE OU PHARMACIE)

ANNEE (2011)

THESE N°

PERTINENCE DES DIAGNOSTICS POSÉS À LA SORTIE DES URGENCES :
ÉTUDE SUR 1118 PATIENTS ADMIS EN MARS 2011 AUX URGENCES
ADULTES DU CHU DE LIMOGES.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 31 octobre 2011

par

Émilie VALANTIN-TISSIER

née le 12/06/1980, à Aix-en-Provence

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur VERGNENEGRE.....Président
Mme le Professeur FAUCHAIS.....Juge
M le Professeur BUCHON.....Juge
Mme le Docteur VALLEJO.....Membre invité
Mme le Docteur YONNET.....Membre invité
Mme le Docteur PICAT.....Membre invité

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEAULIEU Pierre	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S.)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOThERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry (C.S)	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIEZ Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (Sur 31/08/2011)	PEDIATRIE
DENIS François (Sur 31/08/2011)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (Sur 31/08/2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre (Sur 31.08.2013)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S) (Retraite au 04.10.10)	REANIMATION MEDICALE
GUIGONIS Vincent	PÉDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris (C.S)	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (C.S)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE

MOULIES Dominique (C.S) (Sur. 31.08.2013)
MOUNAYER Charbel
NATHAN-DENIZOT Nathalie (C.S)
PARAF François
PLOU Marie-Cécile (C.S)
PREUX Pierre-Marie
ROBERT Pierre-Yves
SALLE Jean-Yves (C.S)
SAUTEREAU Denis (C.S)
SAUVAGE Jean-Pierre (Sur 31/08/2011)
STURTZ Franck (C.S)
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
TREVES Richard
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis (C.S)
VANDROUX Jean-Claude (Sur 31/08/2011)
VERGNEGRE Alain (C.S)
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)
YARDIN Catherine (C.S)

CHIRURGIE INFANTILE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
OPHTALMOLOGIE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
NEUROLOGIE
ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S)
BOURTHOMIEU Sylvie
BOUTEILLE Bernard
CHABLE Hélène
DURAND-FONTANIER Sylvaine
ESCLAIRE Françoise
FUNALOT Benoît
HANTZ Sébastien
LAROCHE Marie-Laure
LE GUYADER Alexandre
MARIN Benoît
MOUNIER Marcelle
PICARD Nicolas
QUELVEN-BERTIN Isabelle
TERRO Faraj
VERGNE-SALLE Pascale
VINCENT François

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PHYSIOLOGIE
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ANATOMIE – CHIRURGIE DIGESTIVE
BIOLOGIE CELLULAIRE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PHARMACOLOGIE CLINIQUE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
BACTERIOLOGIE – VIROLOGIE – HYGIENE HOSPITALIERE
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
BIOLOGIE CELLULAIRE
THERAPEUTIQUE
PHYSIOLOGIE

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel
BUISSON Jean-Gabriel

MÉDECINE GÉNÉRALE
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie
MENARD Dominique
PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE
MEDECINE GENERALE
MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Vergnenègre de me faire l'honneur de présider ce jury.

A Madame le Professeur Fauchais d'avoir accepté de participer à ce jury.

A Monsieur le Professeur Buchon de participer à ce jury et également de m'avoir encouragée lors de la présentation orale du mémoire de DES de médecine générale.

A Madame le Docteur Vallejo de m'avoir soumis ce sujet qui m'a passionné, de m'avoir encouragée et soutenue tout au long de cette année.

A Madame le Docteur Yonnet de sa guidance et sa participation active à l'aboutissement de ce projet.

A Madame le Docteur Picat de m'avoir accompagnée durant ces 6 mois de stage dans son service. Elle a su me transmettre des valeurs professionnelles et humaines. Ce fut un modèle pour moi tant sur le point médical que sur le plan humain. Je souhaite donc l'associer activement, par sa présence, à ce sujet.

A Monsieur Dalmay pour toute l'analyse des résultats statistiques.

A mes parents pour m'avoir toujours soutenue dans mes décisions. Le soutien qu'ils m'ont apporté a été une ressource tout au long de ces années.

A ma famille, venue de loin, pour leur écoute et leur présence.

A mes amis, de me permettre de dépasser les difficultés malgré un caractère tenace. Une pensée particulière à Elsa pour ses 3 années de colocation, à Mélanie pour sa présence à l'internat de Guéret. A Thomas, je souhaite que cette collaboration soit aussi riche que ces 6 mois passés en pédiatrie.

Une pensée également à Mélaine et Florent pour leur aide et pour les séances de jardinage. A Gaëlle pour ces longues discussions pendant un hiver de neige en Creuse, à Charlène pour son soutien lors de mes relevés de dossiers; deux rencontres inattendues à l'internat de Guéret.

A Emilie, mon amie de toujours, pour son soutien, on en a traversé des moments! A Elodie, Audrey, Vanessa pour ce fabuleux voyage et toutes ces années passées ensemble.

A Nine et Chantal pour leur aide et leur présence bienveillante.

A Maeva et Gaëtan pour ces 7 années de médecine passés ensemble, notamment la première année, et pour les fous rires partagés.

A toutes les équipes paramédicales du CH de Guéret et du CHU de Limoges : sages femmes, les infirmières et aide soignante pour m'avoir soutenue lors de mes premières gardes et aidée; ce fût une joie de travailler avec de telles personnes. Plus particulièrement, à l'équipe des urgences de Limoges qui m'a toujours facilité l'accès aux dossiers afin que je puisse aboutir à ce travail.

Et pour finir à mon ami qui a changé tant de choses dans ma vie, je regrette de ne pas t'avoir auprès de moi le jour de ma soutenance.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PRÉSENTATION DU CONTEXTE :

1. L'ORGANISATION DES URGENCES

1.1. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire

1.2. Organisation de l'aval des urgences

2. ORGANISATIONS DU CHU DE LIMOGES ET DES URGENCES DE LIMOGES

2.1. CHU de Limoges

2.2. Service des Urgences Adultes

3. DÉMARCHE D'ÉVALUATION

3.1. Evaluation au sein des urgences

3.2. Évaluation des pratiques professionnelles

4. LE DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE

4.1. Généralités

4.2. Les missions

4.3. Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

5. THÉSAURUS DE MÉDECINE D'URGENCE

5.1. Codage thésaurus

5.2. Autres codages

6. CAS PARTICULIERS DES DÉCÈS AUX URGENCES

NOTRE ÉTUDE

1. MÉTHODOLOGIE



1.1. But, objectifs

1.2. Matériel et méthode

2. RÉSULTATS

2.1. Description de la population

2.2. La pertinence des diagnostics aux urgences :

2.3. Les décès aux urgences

3. DISCUSSION

3.1. La pertinence des diagnostics

3.2. Les décès aux urgences

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Historiquement, le service des Urgences était la principale porte d'entrée de l'hôpital, et constituait donc un passage quasi-obligatoire pour les patients avant leur admission dans la plupart des services hospitaliers. En raison des progrès médicaux et techniques et du développement des spécialités médicales (et de leur diffusion en milieu libéral), les admissions directes dans les services hospitaliers sont devenues possibles puis ont progressivement augmenté, au point d'être, aujourd'hui, privilégiées par les spécialistes. L'hospitalisation des patients aux urgences rencontre des difficultés en raison d'une demande générale en soins qui s'accroît, d'une modification des besoins en santé d'une population vieillissante, d'une transformation des structures hospitalières en unités de soins programmés (unités de semaine, de jour) et de contraintes économiques fortes. Aujourd'hui, alors que la fréquentation des structures d'urgence a doublé en 10 ans, les patients ayant initialement transité par les urgences ne représentent plus que 40% des malades séjournant dans les services hospitaliers [1]

Depuis La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, mentionnée dans l'article 14, tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice (public ou libéral), ont l'obligation d'effectuer une évaluation individuelle des pratiques professionnelles (EPP).[13]. Le décret du 14 avril 2005 précise les modalités de réalisation et de validation des démarches d'EPP pour une mise en œuvre au 1^{er} juillet 2005 avec une périodicité quinquennale. [11]

C'est donc dans cet esprit de démarche qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles que s'intègre notre étude.

Nous avons effectué une étude descriptive, qualitative et prospective sur la pertinence des diagnostics posés à la sortie des urgences pour les patients hospitalisés. Elle concerne 1118 patients admis aux urgences entre le 1er et le 25 mars 2011. La pertinence du diagnostic initial permet donc une orientation adaptée du patient et une meilleure prise en charge globale du patient.

PRÉSENTATION DU CONTEXTE :

1. L'ORGANISATION DES URGENCES

1.1. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire

1.1.1. Généralités :

Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) sont des documents dont les orientations visent à impulser et accompagner les évolutions nécessaires de l'offre de soins hospitalière dans une perspective à cinq ans. En lançant la révision des SROS au mois de mars 1998, le gouvernement a assigné 3 objectifs à des schémas :

- Améliorer la prise en compte par le système de santé et, en son sein, par l'offre hospitalière, des besoins de santé;
- Promouvoir la coordination des soins en développant la complémentarité entre les différents segments de l'offre : médecine hospitalière, médecine de ville, prise en charge médico-sociale
- Accélérer la recomposition du tissu hospitalier.

Les principes d'action qui ont guidé la révision des schémas, tant par leur choix du contenu que pour la méthode d'élaboration sont les suivants :

- Approche globale de la santé : Des approches moins fondées sur les équipements et les structures et davantage tournées vers des problèmes de santé publique et de satisfaction des besoins retenus

- Le choix de quelques priorités et la recherche d'efficacité : Le schéma sélectionne des objectifs prioritaires et les exprime, autant que possible, en résultats à atteindre
- Le respect de l'autonomie des acteurs et la recherche de la légitimité professionnelle et démocratique. [4]

1.1.2. Passage de SROS I au SROS II

L'élaboration du schéma régional d'organisation se devait de mobiliser un très grand nombre de partenaires et de susciter d'importants échanges productifs d'expertises et d'avis sur les objectifs à retenir pour la région comme sur les actions à mener pour leur réalisation.

La circulaire demandait aux Agences Régionales de l'Hospitalisation de mettre en place un dispositif de conduite de projet structuré autour d'une instance de conseil, le comité d'orientation, et d'une instance de réalisation, le comité de pilotage. Ces instances ont été constituées dans la quasi-totalité des régions.

Les bilans de réalisation de ces schémas ont été effectués par les Agences Régionales de l'Hospitalisation dans la phase de préparation des SROS de deuxième génération entre novembre 1997 et juin 1998.

La méthode a consisté à montrer, d'une part, l'évolution des capacités sur la période et d'autre part, à mesurer le niveau de réalisation des objectifs d'organisation: graduation de l'offre en niveaux ou pôles, ajustement quantitatifs et qualitatifs, complémentarité entre plusieurs établissements pour telle discipline ou activité de soins, regroupements, développement des alternatives à l'hospitalisation complète, rééquilibrage géographique entre les centres urbains et la périphérie ou traitement spécifique de zones cumulant des difficultés.

Les SROS de deuxième génération ont une approche plus qualitative que quantitative.

En application des décrets n°95-647 du 9 mai 1995 et 97-615 du 30 mai 1997, toutes les régions ont inscrit les urgences dans les priorités thématiques des SROS II.

- Amélioration de la sécurité des soins par une meilleure répartition des sites d'urgences clairement identifiés, permettant des soins gradués (UPATOU et SAU) et leur mise en réseau.
- Meilleure prise en charge de l'urgence pré-hospitalière, avec une véritable régulation par les SAMU, Centre 15 des SMUR ou antennes SMUR. Une meilleure articulation entre les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et les SMUR a été organisée dans certaines régions et notamment le Limousin.
- Contribution de la médecine de ville à l'urgence par la régulation des centres 15
- Amélioration de la prise en charge de l'urgence, notamment grâce au renforcement des moyens en personnel médical dans les services d'urgence et à une meilleure qualification de ces personnels et à l'amélioration des locaux.
- Les efforts pour améliorer l'accueil des plus démunis seront poursuivis.

1.1.3. Passage des SROS II au SROS III : [5]

L'évolution vers les SROS de troisième génération se fait entre 2003 et 2005 sur ordonnance du 04 septembre 2003.

Les SROS de troisième génération se déclineront autour de 4 priorités :

- Une meilleure évaluation des besoins de santé
- Prise en compte de la dimension territoriale
- Association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers
- Animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire

La prise en charge des urgences doit concerner au delà des seuls services d'urgence, les établissements de santé globalement dans toutes leurs composantes. Elle suppose l'implication de l'ensemble des services de médecine, de chirurgie et de soins de suites, qui doivent prendre le relais des services d'urgences.

1.2. Organisation de l'aval des urgences

[6]

1.2.1. La place de la gériatrie aux urgences

1.2.1.1. Équipes mobiles gériatriques

La mise en place d'équipes mobiles gériatriques est encouragée par la DHOS. Ces équipes, structurées à partir des unités de gériatrie aiguë des hôpitaux, ont vocation à intervenir dans l'hôpital, tant dans les services d'urgences que dans les services d'hospitalisation, afin d'améliorer la prise en charge médicale et sociale des patients « à problème ».

1.2.1.2. Les unités de gériatrie aiguë

La caractéristique essentielle du patient âgé malade est la poly-pathologie. La majorité des patients âgés des urgences étant donc poly-pathologiques, leur prise en charge optimale est susceptible de réclamer une contribution gériatrique complémentaire de la prise en charge par l'urgentiste.

Le développement de telles structures, financé dans le cadre du volet 2004 du plan Urgences 2004-7, a pour objet de favoriser la prise en charge de la personne âgée malade admise au service des urgences ou par recrutement direct. [10]

1.2.2. La place de la médecine Polyvalente

L'engorgement chronique des services d'urgence n'est pas seulement lié à l'insuffisance quantitative de lits d'aval, mais aussi à l'inadéquation croissante entre la demande de soin qui s'exprime dans les structures d'urgence et l'offre d'aval.

Les services à vocation généraliste ont peu à peu disparu des grands hôpitaux, remplacés par des services spécialisés, créés au rythme de l'apparition de nouvelles spécialités ou sous-spécialités médicales ou chirurgicales.

Il s'est donc créé des unités de Médecine Polyvalente dédiées à l'aval des services d'urgence.

L'unité est administrativement ou contractuellement rattachée au service des urgences en fonction de l'architecture administrative générale de l'hôpital.

Elle comporte des lits d'hospitalisation ouverts en permanence, avec une possibilité d'ouverture transitoire de lits supplémentaires en cas d'afflux conjoncturel, notamment saisonnier.

Les praticiens qui y sont affectés sont issus de diverses filières (médecine interne, générale, urgence, cardiologie pneumologie, gériatrie,...) mais exercent une fonction commune au sein de l'unité, dans le cadre de la prise en charge indifférenciée de tous les patients se présentant dans l'unité.

Les patients admis dans l'unité proviennent exclusivement du service des urgences. L'admission d'un malade dans l'unité ne donne lieu à aucune négociation entre l'accueil et l'unité, dès lors que la décision d'hospitaliser a été prise par un senior du service des urgences.

La seniorisation de la prise en charge est quotidienne. Les sorties sont possibles 7j/7.

1.2.3. Dispositifs d'hospitalisation et de mutation des malades des urgences dans l'établissement

L'augmentation des patients avec une fréquentation des services d'urgence ayant doublé en 10 ans et l'augmentation des admissions directes dans les services spécialisés privilégiés par les spécialistes ont contribué à l'engorgement et à la saturation des services d'urgence. Les lits d'aval appropriés en fonction de la pathologie étant de plus en plus difficile à trouver, de nouvelles recommandations ont dû être mises en place.

1.2.3.1. Transfert des patients dans un service approprié

La commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP) a donc été créée par la circulaire du 16 Avril 2003. [28] . Elle doit permettre de dégager des solutions consensuelles garantissant la fluidité de la prise en charge en aval du service d'urgence au sein des établissements accueillant les urgences. Elle doit prévoir la contribution de chaque service, en y garantissant une capacité d'accueil suffisante pour les malades des urgences.

La circulaire du 16 Avril 2003 prévoit également que les services d'urgence connaissent la disponibilité des lits des services de soins de leur établissement. La connaissance exacte en temps réel n'est pas encore disponible dans les établissements mais des pointages sont effectués tous les jours et plusieurs fois par jour par les services d'urgence.

La gestion des flux et leur coordination concernent l'ensemble du service des urgences, y compris l'urgentiste qui doit anticiper les événements, afin de réduire le temps de passage aux urgences autant que possible.

1.2.3.2. Les hébergements

L'hébergement signifie que, faute de place dans le service adéquat, le patient est hospitalisé dans un lit vacant d'un service d'une autre spécialité sans aucun lien avec les problèmes médicaux posés.

Cette procédure doit être validée par les instances de l'établissement, et nécessite l'accord du médecin du service hébergeur et l'information du médecin dont relève le patient, lorsqu'il a pu être identifié (problème des malades polyopathologiques qui ne sont revendiqués par aucun service). Ce dernier s'engage à assurer le suivi médical dans le service hébergeur, et à reprendre le patient dans son service dans un délai très court (en général moins de 48 heures)

Les hébergements doivent être réalisés préférentiellement dans des services proches géographiquement et complémentaires par leur activité, le plus souvent réunis au sein d'un même pôle.

1.2.3.3. La réquisition des lits

Elle consiste à prendre un lit pour un patient des urgences, alors que ce lit devait être occupé le lendemain pour un patient programmé. Cette procédure, préjudiciable pour l'activité programmée est une mauvaise méthode, et ne peut s'envisager que comme mesure exceptionnelle lorsque l'hébergement n'est pas possible dans un autre service ou un autre établissement. La réquisition des lits passe par l'autorisation du directeur de l'établissement ou son représentant.

1.2.3.4. Les lits supplémentaires

Ils permettent l'augmentation des capacités d'hospitalisation pendant des périodes critiques.

Ces dispositifs impopulaires nécessitent une implication médicale et administrative durable.

Une évaluation des possibilités architecturales et des moyens matériels et humains doit être faite « à froid » : identification des chambres pouvant être doublées dans les diverses unités fonctionnelles, sans exclusion, identification des chambres nécessitant des aménagements techniques. Les patients installés dans ces lits supplémentaires sont sous la responsabilité médicale et soignante du personnel médical et soignant habituel du service.

1.2.4. Implication des spécialités dans l'organisation du contournement de l'accueil

L'hospitalisation de malades non programmés ne nécessite pas le passage systématique par les urgences. Les services reçoivent directement des malades dont l'admission se fait en temps réel sur appel téléphonique d'un médecin libéral ou d'un autre hôpital. Ces entrées directes permettent un accès aux soins spécialisés plus rapide et évitent l'encombrement des services d'urgence.

L'organisation des services hospitaliers, pour répondre aux demandes d'hospitalisation de malades adressés par des généralistes, est une étape clé dans l'organisation des soins [7]. Le plus souvent, le médecin adresse le patient au service des urgences sans joindre le service spécialisé, connaissant à l'avance la proposition qui lui serait faite de faire passer le patient par le service des urgences. [7]

D'après une étude sur les passages non justifiés aux urgences de DERAME et al [8], 10%, soit 51 sur 520 patients consécutifs se présentant dans une unité d'accueil d'urgences médicales adultes auraient pu être admis directement dans un service, sans préjudice pour leur prise en charge.

Le développement et le fonctionnement plus efficient des réseaux ville/ hôpital doivent permettre de faciliter les entrées directes des malades dans les services, sans passage par la zone d'accueil du service d'urgence.

En effet, les malades en fin de vie, suivis en secteur hospitalier, dont le motif d'admission aux urgences s'inscrit dans l'évolution terminale attendue d'une affection médicale ne devraient pas passer par les services d'urgence. [9]

De plus, les patients CCMU 3 (voire 2) pour lesquels le passage par l'accueil du service d'urgence n'est pas nécessaire, un recours téléphonique direct entre le praticien libéral et un praticien d'une unité de court séjour spécialisée ou polyvalente devrait être mis en place dans tous les services aux heures ouvrables, évitant ainsi un recours abusif à l'accueil du service d'urgence.

2. ORGANISATIONS DU CHU DE LIMOGES ET DES URGENCES DE LIMOGES

[32]

2.1. CHU de Limoges

Avec 6 965 personnels exerçant dans plus de 100 métiers différents, le CHU de Limoges est le premier employeur du Limousin. Sa masse salariale annuelle représente plus de 285 millions d'euros.

2.1.1. Personnel médical :

Praticiens hospitaliers.....	241
Praticiens attachés.....	157
Professeurs des universités - Praticiens hospitaliers.....	74
Chefs de clinique et attachés hospitalo-universitaires.....	53
Maîtres de conférence des universités - Praticiens hospitaliers.....	19
Donc , Total personnel médical.....	544

Se rajoutent à ce personnel médical, les internes en médecine et pharmacie qui représentent 259 et les étudiants en médecine qui représentent 427 personnes.

2.1.2. Personnel non médical :

Soignants et éducatifs.....	4 233
Techniques et ouvriers.....	911
Administratifs.....	615
dont 317 secrétaires médicales et adjoints administratifs affectés dans les services médicaux et médico-techniques	
Médico-techniques.....	403

Le total du personnel non médical s'élève donc à 6162 personnes.

2.1.3. Consultations et hospitalisations :

Le nombre total de patients reçus en consultation par an correspond à plus de 1090 consultations par jour ouvrable. Le nombre de consultations est en augmentation depuis 2008.

La capacité d'accueil représente 2 016 lits et places installés au 31 décembre 2010 répartie entre les différents centres comprenant : Hôpital Dupuytren, le Cluzeau, Hôpital Mère-Enfant, EHPAD de Chastaingt et l'hôpital Jean Rebeyrol.

2.1.4. Les blocs opératoires :

Ils comptent 29 salles d'opération. Cela représente 26 286 interventions chirurgicales dont 678 sous Circulation Extra-Corporelle (CEC). Cela représente également 154 interventions avec le robot Da Vinci et 64 interventions avec le robot O-Arm.

2.1.5. Service Imagerie : scanner, IRM :

Il comprend : 2 IRM, 2 scanners corps entier, 4 appareils d'angiographie numérisée dont 2 appareils de coronarographie. Cela correspond à 208 901 actes de radiologie (hors radiothérapie) : 22 164 examens de scanner, 14 250 examens d'IRM et 3 184 examens de Petscan.

2.2. Service des Urgences Adultes

2.2.1. Généralités

Le nombre de passages pour l'année 2010 représente au total 38633 passages tout confondu (médecine, chirurgie et déchocage). Sur ces 38633 patients, le taux d'hospitalisation est de 42% en 2010. En prenant comme référence le mois de mars, nous retrouvons une augmentation entre l'année 2010 et 2011: le nombre de passages/jour en 2010 était de 102,6 alors qu'il est de 112,5 en mars 2011.

2.2.2. Organisation

2.2.2.1. Les pôles d'activité

L'ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé prévoit que les établissements publics de santé organisent leur établissement en pôles d'activité. Les structures internes sont constituées d'unités fonctionnelles de mêmes disciplines. La composition des pôles d'activité médicale et médico-technique relève du choix de l'établissement. Les chefs de pôle d'activité sont nommés pour une durée de 5 ans renouvelable, par le directeur, sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME. Le chef de pôle est chargé de mettre en œuvre, au sein du pôle, la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la CME afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Le chef de pôle a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administrative et d'encadrement du pôle, afin de mener à bien sa politique de gestion et d'assurer le bon fonctionnement du pôle.

Conformément à la politique de contractualisation interne de l'établissement, le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle. Conclu pour 4 ans, il décrit les objectifs et les moyens du pôle, et est assorti d'indicateurs de résultats. Il retrace donc dans le projet de pôle, le rôle de chaque structure, ses responsabilités, ainsi que ses évolutions actuelles ou prévisionnelles.[29]

Au CHU de Limoges le pôle Urgences-Réanimation comprend :

- le service de réanimation
- le service des urgences et UHCD
- SAMU/SMUR

Il existe 10 autres pôles Hospitalo-universitaires :

- Clinique Médicale
- Cœur, Poumon, Rein
- Neurosciences, Tête, Cou et Rachis
- Oncologie-Hématologie

- Personnes âgées et Service à Domicile
- Viscérale et Orthopédie
- Biologie et Hygiène
- Plateau médico-technique
- Mère-Enfant
- Santé Publique

2.2.2.2. Service d'accueil et d'urgence Adulte

D'après le rapport d'activité pour l'année 2010, il y a eu 38633 passages aux urgences adultes, soit 105,8 en moyenne par jour;

L'infirmière ou le médecin du Poste d'Organisation de l'accueil (ancien PAO) oriente le patient dès son entrée vers l'un des deux circuits (circuit ambulatoire, circuit hospitalisation) en fonction de la pathologie annoncée par la lettre du médecin traitant ou « adresseur » ou annoncée par le patient lui même. Après la prise en charge du patient dans un des trois secteurs par l'équipe des urgences (et +/- des avis de spécialistes), le patient est soit sortant à domicile, soit hospitalisé. Le patient peut être hospitalisé dans l'établissement dans un service adapté ou non à sa pathologie, soit hospitalisé dans une unité de post-urgence (UHCD, post-urgence gériatrique ou dans le service de la polyclinique), soit transféré vers un autre établissement.

2.2.2.2.1. Circuit ambulatoire :

Le rôle du circuit ambulatoire est l'examen et les soins des patients qui nécessitent une consultation avec ou non une radiographie standard. Il comporte 4 salles d'examen. Il a reçu, durant le mois de mars 2011, 1453 patients dont 1383 sont sortis à domicile et 18 ont été hospitalisés.

2.2.2.2.2. Circuit hospitalisation :

Le rôle du circuit hospitalisation est de pratiquer des examens, des soins et des traitements pour des patients qui nécessitent une prise en charge plus lourde (bilan biologique, examens complémentaires, avis spécialisés). Il comporte une salle d'accueil des urgences vitales avec trois places et 14 salles d'examen. Au courant du mois de mars 2011, il a reçu 1883 patients dont 1162 ont été par la suite transférés dans des unités d'hospitalisation du CHU, 31 vers d'autres centres hospitaliers.

2.2.2.2.3. Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Elle comprend :

- 11 lits dont 2 de surveillance continue, dédiés aux soins et la surveillance des patients avant leur transfert vers un autre service, un autre établissement ou leur retour à domicile
- L'UHCD comprend également un accueil des détenus avec 3 lits dédiés.
- Au mois de Mars 2011, 306 patients ont été hospitalisés dans ce service, 302 par filière médecine, et 4 par l'intermédiaire de la filière chirurgie
- Cette unité reçoit 23% des patients qui sont hospitalisés par les urgences.

2.2.2.3. SAMU/ SMUR

En 2010 (d'après les chiffres 2010 du CHU [32]) le SAMU a reçu 53 927 appels soit 422 par jour. Il a effectué 3 427 sorties SMUR dont 238 sorties primaires et 1 043 sorties secondaires (transports entre établissements hospitaliers).

Il a également effectué 514 interventions par hélicoptère soit 1 026 h en temps d'intervention (médicalisation + transport : 480 h en interventions primaires et 546 h en interventions secondaires).

2.2.2.4. La polyclinique médicale

Ce service reçoit plus de 12% des patients hospitalisés passant par les urgences (d'après les résultats d'activité du mois de mars 2011). Elle fait partie du pôle Clinique Médicale comprenant entre autre le service de médecine interne A. En effet, la polyclinique est une unité fonctionnelle de médecine interne A de 18 lits. Ce service reçoit exclusivement des patients provenant des urgences. Par la suite, les patients seront dirigés soit vers des services spécialisés si nécessaire, soit orientés en soins de suite, soit ils retourneront à domicile. La durée moyenne maximale ciblée d'hospitalisation est de 72 heures.

2.2.2.5. Le service de Post-Urgence Gériatrique

Le service de Post-Urgence Gériatrique a été créé à la fin de l'année 2004 et a ouvert le 10 janvier 2005.

Il prend en charge les patients de 75 ans et plus, admis au Service des Urgences. Il s'agit d'un secteur de très courte durée d'hospitalisation, inférieur à 5 jours : son fonctionnement est donc celui d'un secteur d'urgence et non d'un secteur de médecine classique.

L'objectif de cette unité est d'assurer une prise en charge rapide tant sur le plan diagnostique que thérapeutique afin de prévenir l'aggravation de la pathologie aiguë à l'origine de l'hospitalisation par une prise en charge globale et précoce en milieu gériatrique.

L'évaluation des patients par l'Unité Mobile gériatrique aux urgences permet au préalable une orientation au Post-Urgence Gériatrique des patients de 75 ans et plus, polyopathologiques mais n'ayant pas une importante décompensation et ne nécessitant qu'un diagnostic urgent et une thérapeutique rapidement efficace.

L'hospitalisation courte permet d'éviter, chez ces patients, une rupture d'autonomie. Pour cela, tout est réalisé en urgence, avec l'existence d'une priorité pour la réalisation d'examen complémentaires, et l'ensemble des projets médico-psycho-sociaux est anticipé dès les premières heures d'hospitalisation.

Il comprend 8 lits réservés aux urgences. Il a été décidé de privilégier les chambres seules afin de faciliter le travail des équipes soignantes et de prendre les patients présents aux urgences sans dépendre de leur sexe. Une première évaluation gériatrique est effectuée aux urgences par l'équipe mobile de gériatrie.

Les patients bénéficient d'une évaluation gériatrique globale tant sur l'autonomie, sur les fonctions cognitives et sur l'état nutritionnel.

3. DÉMARCHE D'ÉVALUATION

3.1. Évaluation au sein des urgences

3.1.1. Critères d'évaluation des structures d'accueil des urgences : référentiel SFMU

[2]

Ce référentiel des critères d'évaluation des services d'urgences a pour objectif de recenser les critères de qualité du fonctionnement des structures d'urgences.

Initialement, ce référentiel a été établi en 1997 à la demande de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) par des médecins, infirmières et directeurs rassemblés par sa Commission d'Évaluation. Le référentiel a été réalisé à partir des travaux d'évaluation déjà réalisés par la SFMU. Il a été enrichi par des avis d'experts, les textes professionnels français et étrangers dans ce domaine et par les textes réglementaires.

Ce référentiel a été validé par son utilisation au cours d'audits externes dans des services d'urgence organisés par la commission d'évaluation de la SFMU. Le référentiel a été conçu pour être utilisé soit dans un but d'auto-évaluation, soit comme base d'un audit externe. A ce jour plus d'une vingtaine d'audits ont été réalisés grâce à ce travail.

Le caractère "E", "S" ou "O" signifie "**E**ssentiel", "**S**ouhaitable" ou "**O**ptionnel". Le critère essentiel devrait être observé dans tous les services d'urgence, le critère souhaitable est un critère optimal de qualité, le critère optionnel ne s'adresse qu'à certaines structures. Même les critères "Essentiels" doivent être considérés comme des critères de qualité optimum. Ils seront à ce jour rarement retrouvés au complet, même dans les services les plus performants.

3.1.2. L'Observatoire Régional des Urgences du Limousin

L'Observatoire Régional des Urgences du Limousin (ORULIM), est en production depuis le début du mois d'avril 2007.

Il est la concrétisation des mesures 15 et 16 du Plan URGENCES visant à mettre en œuvre un véritable système hospitalier régional de veille, d'anticipation mais aussi d'alerte en temps réel afin de mieux faire face à toute situation de crise sanitaire.

L'observatoire est missionné par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) du Limousin , et est en charge :

- d'améliorer la connaissance quantitative et qualitative des activités d'urgence de la région limousin, notamment en recueillant et en analysant l'ensemble des données épidémiologiques disponibles
- d'évaluer la qualité de ces données
- de transmettre les données recueillies à l'ARS
- d'assurer la diffusion permanente des informations ainsi exploitées
- d'assurer le suivi de certaines pathologies

L'ORULIM participe aussi à l'harmonisation des données (langage et codage) et donc à l'évaluation qualitative des informations et de leur recueil.

La création du Serveur Régional des Urgences permet la remontée des informations saisies dans les structures d'urgence et leur centralisation au niveau régional. Ces données sont alors disponibles sur le site de l'ORULIM et réactualisées toutes les 15 minutes. Par ailleurs, des rapports quotidiens, hebdomadaires et thématiques sont envoyés aux différents acteurs des structures d'urgence, aux responsables d'établissements, aux tutelles (ARS, DDASS, DRASS,...) ainsi qu'à ceux qui en font la demande.

Ainsi, d'après le rapport de 2010, au cours de l'année 2010, les services d'urgences du Limousin ont enregistré 124.103 passages au total soit, en moyenne , 340 passages par jour, répartis entre les 10 structures d'urgence. Le taux d'occupation a alors été de 42% avec un temps de passage moyen de 45 min. Le taux d'hospitalisation a été en 2010 de 30%.

3.2. Évaluation des pratiques professionnelles

Les médecins sont tenus, depuis 2004, à une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles selon la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Art.14]. Tous les médecins y sont tenus quel que soit leur mode d'exercice (public ou privé).

Le décret du 14 avril 2005 précise les modalités de réalisation et de validation des démarches d'EPP pour une mise en œuvre au 1er juillet 2005 avec une périodicité quinquennale. [11]

L'EPP est « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques* » (décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'EPP).

Il s'agit d'une démarche structurée et explicite associant : l'utilisation de références scientifiques validées et une méthode d'amélioration de la qualité des soins. L'audit clinique (et l'utilisation des RPP) ne constitue donc qu'une des possibilités, et non la seule, pour valider cette démarche.

La « bonne » pratique professionnelle s'appuie sur des références et des recommandations validées afin d'apporter les meilleures réponses aux situations cliniques complexes rencontrées.

Actuellement, trois déclinaisons des références scientifiques existent, en allant du plus exhaustif au plus synthétique. Il s'agit :

- des textes de référence (recommandations pour la pratique clinique, textes réglementaires, conférence de consensus ...) ;
- des référentiels de pratiques professionnelles
- et des indicateurs

3.2.1. Les médecins

[12]

Le dispositif d'évaluation des pratiques proposé par la Haute Autorité de la Santé a une finalité formative et non pas sanctionnante ou normative.

De plus, la HAS s'est attachée à ce que la définition des critères retenus pour déterminer l'éligibilité des actions au titre de l'EPP permette la valorisation des démarches d'évaluation de la qualité déjà réalisées dans de nombreux établissements, en particulier dans le cadre de la certification version 2.

Les médecins en établissements de santé pourront réaliser leur EPP selon deux voies :

- soit dans le cadre d'une organisation interne à l'établissement, dans leur service ou leur pôle d'activité ou encore de manière transversale
- soit avec l'aide d'organismes agréés par la HAS pour concourir à l'EPP.

Certains médecins ou équipes médicales pourront aussi choisir de s'engager dans le dispositif volontaire d'accréditation des médecins [13,14], qui concerne certaines spécialités à risque.

Il faut noter que EPP et Formation médicale continue sont étroitement liées, l'EPP permettant en effet aux médecins de valider une partie de leur Formation médicale continue quinquennale également obligatoire : 100 crédits sur 250 requis pour la validation de la formation médicale continue – Arrêté du 13 juillet 2006 portant l'homologation des règles de validation de la formation médicale continue.

3.2.2. La commission médicale d'établissement (CME)

En matière d'évaluation des pratiques, la CME a pour rôle :

- d'organiser en coordination avec les autres instances, l'EPP au sein de l'établissement [15]
- de délivrer les certificats individuels d'accomplissement de chaque EPP réalisée par les médecins. [16]
- de communiquer la liste des organismes agréés pour concourir à l'EPP aux médecins intéressés.[17]

3.2.3. Utilisation de références scientifiques validées : médecine fondée sur les preuves [18]

La « bonne » pratique professionnelle s'appuie sur des références et des recommandations validées afin d'apporter les meilleures réponses aux situations cliniques complexes rencontrées.

Actuellement, trois déclinaisons des références scientifiques existent, en allant du plus exhaustif au plus synthétique. Il s'agit :

- des textes de référence (recommandations pour la pratique clinique, textes réglementaires, conférence de consensus ...)
- des référentiels de pratiques professionnelles (RPP élaborés par le Cfar et la Sfar) ;
- et des indicateurs [19].

4. LE DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE

4.1. Généralités

Le service de l'information médicale et de l'évaluation est un service médico-technique de santé publique avec des missions dans la description, l'analyse, l'épidémiologie et l'évaluation. Elle intègre l'unité fonctionnelle de l'information médicale qui a pour mission principale la production réglementaire et l'analyse des données PMSI. Cette mission est donc essentielle dans la juste valorisation des établissements dans le cadre de la tarification à l'Activité.

4.2. Les missions

Il organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales sous l'autorité d'un médecin notamment dans le cadre du Programme de Médicalisation des systèmes d'Information (PMSI) participant ainsi à la valorisation de l'activité de soins, base de la tarification à l'activité de l'hôpital.

Il participe également au suivi épidémiologique des patients et participe à la qualité et à l'intégrité du dossier du patient.

Il joue un rôle actif dans la mise en place du système d'information de santé centré sur le patient. Il traite et analyse les données au moyen d'outils statistiques et traite le rapport d'activité du centre hospitalier.

Les Départements de l'information médicale sont chargés de la collecte de résumés d'unités médicales (RUM) et de résumés de séjour standardisé (RSS) et de la transmission des données des séjours hospitaliers aux tutelles sous forme d'un résumé de séjour anonymisé (RSA). Ces données sont agrégées en Groupe Homogène de Malades (GHM) et sont utilisées pour donner une expression de la productivité des hôpitaux par l'étude du ration budget/activité. [30]

4.3. Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Le PMSI apparu en France en 1982, avait pour objectif d'évaluer l'activité des établissements hospitaliers et de calculer le budget alloué en fonction de cette activité. Depuis 2005, le PMSI est utilisé pour la tarification à l'activité (T2A), un nouveau système de rémunération des hôpitaux basé sur leur activité. En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), l'activité est évaluée par une information médicale et administrative minimale standardisée : pour chaque service où transite le patient est renseigné un résumé d'unité médicale notifiant le diagnostic principal, et éventuellement un diagnostic relié au séjour et des diagnostics associés. Le codage de ces diagnostics se fait à partir de la classification internationale des maladies et recours aux services de santé n°10 (CIM-10) édité par l'Organisation Mondiale de la Santé et mise à jour régulièrement par le ministère de la Santé. Ces données sont codées et

exportées vers un logiciel appelé « groupeur », qui va permettre en fonction des données administratives et médicales de classer le patient dans un groupe homogène de malades unique. Les budgets alloués aux établissements de santé dépendent ainsi de ces classifications. [31]

4.3.1. Le résumé de sortie standardisé

[32]

Tout séjour hospitalier dans la partie médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et donc dans la partie court séjour d'un établissement de santé public ou privé, donne lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé, constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale.

Par court séjour d'un établissement, nous devons entendre court séjour dans la partie administrative de l'unité dans laquelle s'effectue le séjour du patient.

Cela correspond à tous les séjours correspondant à une hospitalisation « traditionnelle », hospitalisation de jour, de nuit, de semaine, les séjours itératifs (séances) et les nouveau-nés non « administrativement » hospitalisés. Sont à exclure de ce champs, les Résumés de sortie standardisés de l'activité externe facturable (hormis les séances de radiothérapie mises dans la rubrique séances), les séjours en soins de suite et de réadaptation, donnant lieu à des résumés hebdomadaires standardisés, les séjours en psychiatrie, les séjours en soins de suite de longue durée et l'hospitalisation à domicile.

Si le malade a fréquenté durant son séjour qu'une seule unité médicale (séjour dit mono-unité), le résumé de sortie standardisé équivaut strictement au résumé de l'unité médicale produit au titre de ce séjour. Il ne comporte alors qu'un seul enregistrement.

Si le malade a fréquenté plusieurs unités médicales, séjour dit multi-unité, le résumé de sortie standardisé correspond à l'ensemble des résumés d'unité médicale produits par chacune des unités fréquentées au cours de l'hospitalisation, ordonnés chronologiquement.

4.3.2. Résumé d'unité médicale

[32]

Le résumé d'unité médicale est donc établi à la sortie du patient d'une unité médicale. Chaque unité médicale correspond à une activité médicale homogène.

Le résumé d'unité médicale contient un nombre limité de rubriques qui doivent être systématiquement renseignées. Elles sont d'ordre administratif et médical :

- Numéro FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux)
- Numéro de résumé de sortie standardisé : il est attribué à partir du numéro d'hospitalisation selon un mode séquentiel ou aléatoire à l'ensemble des résumés d'unité médicale décrivant le séjour d'un malade dans l'entité juridique. Cette attribution est faite sous la responsabilité du médecin responsable du département d'information médicale et la correspondance entre les deux numéros est conservée par lui.
- Date de naissance
- Sexe
- Code postal du lieu de résidence
- Numéro de l'unité médicale qui héberge le patient, code déterminé par l'établissement
- Date d'entrée dans l'unité, son mode d'entrée dans l'unité, sa provenance et sa date de sortie
- Le diagnostic principal considéré par le médecin responsable du malade à la fin de son séjour dans l'unité médicale comme ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.
- Le diagnostic relié
- Les diagnostics associés significatifs au diagnostic principal ou complications de celui-ci ou de son traitement ayant été prises en charges pendant le séjour
- Les données associées documentaires ne donnant pas lieu à la prise en charge actuelle mais intéressantes pour la description clinique

- Actes médicaux repérés dans la Classification commune des actes médicaux.

Ces résumés d'unité médicale sont alors transmis au Département d'Information médicale de l'établissement qui va opérer différents traitements :

- Mise en séquence des différents RUM constituant un RSS et attribution du numéro de RSS
- Vérification de la cohérence des données
- Groupage éventuel des données à l'aide du moteur de groupage de l'établissement
- Fabrication du fichier informatique du RSS conforme à l'application nationale GENRSA
- Fabrication du fichier de RSA et des fichiers nécessaires au contrôle de la qualité semestriel
- Fabrication des rapports et statistiques internes à l'établissement

Ce fichier RSA est par la suite transmis à la DRASS pour être traité au niveau régional par le logiciel MAHOS mesurant l'activité hospitalière.

4.3.3. Le groupe homogène de malades (GHM)

[32]

Le résumé de sortie standardisé est donc classé dans un groupe homogène de malades. La classification des GHM est une adaptation de la classification américaine des Diagnosis Related Group, et permet un classement exhaustif et unique. Le classement de chaque résumé de sortie standardisé dans un GHM résulte de tests prédéterminés sur les informations qu'il contient. L'ensemble des tests effectués constitue l'algorithme de la classification. C'est un arbre généralement binaire, en « oui » et « non » avec des nœuds et des fonctions de décision.

5. THÉSAURUS DE MÉDECINE D'URGENCE

[20]

5.1. Codage thésaurus

5.1.1. Objectifs

5.1.1.1. Finalité du codage diagnostique

Les objectifs prioritaires du thésaurus sont les suivants:

- description des pathologies présentes aux urgences et mise en œuvre du travail diagnostique réalisé. Le motif de recours et le diagnostic principal doivent pouvoir être codés
- évaluation des filières de soins en fonction des diagnostics

Les objectifs non prioritaires sont :

- évaluation des circonstances épidémiologiques conduisant à l'admission
- évaluation de la consommation des ressources en fonction de l'activité et des différents diagnostics.

5.1.1.2. Reproductibilité du codage

Il est fréquent qu'une situation pathologique puisse être codée de plusieurs manières différentes. Un des objectifs du thésaurus est de faciliter cette reproductibilité en limitant et en guidant les choix pour chaque pathologie.

5.1.1.3. Ergonomie

Un nombre important d'items a le mérite d'être exhaustif mais cependant l'expérience de différents utilisateurs prouve qu'un thésaurus trop vaste est d'utilisation pratique difficile.

Le codage proposé des motifs de recours et diagnostics principaux utilise un thésaurus comprenant un nombre limité de codes (592). le choix des codes a été réalisé en fonction des objectifs décrits précédemment.

Le thésaurus a été établi à partir des situations cliniques et des motifs de recours. Cette méthode de travail permet la réalisation « d'arbres de codage » visualisant à partir d'un motif de recours les différents diagnostics retenus. Une telle arborisation du codage ne doit pas être assimilée à un arbre diagnostique. Cependant, l'analogie est évidente et doit permettre à l'utilisateur d'aboutir rapidement au codage à partir d'une situation clinique. Cette présentation permet d'homogénéiser et d'augmenter la reproductivité du thésaurus.

La codification correspond à un code CIM 10 et à une lettre clé. A chaque lettre clé correspond une classe diagnostique. Cette disposition donne la possibilité de grouper les diagnostics par classe et d'exploiter facilement les résultats.

5.1.2. Architecture

Les objectifs de codage peuvent être très variables et un seul thésaurus ne peut concilier plusieurs objectifs différents. Deux types d'objectifs doivent être distingués :

- Un objectif permanent qui est le codage du motif de recours et du diagnostic principal avec un thésaurus limité et ergonomique : Thésaurus principal
- Des objectifs ponctuels qui n'intéressent qu'une fraction de patients : le Thésaurus complémentaire

5.1.2.1. Thésaurus principal

Il a été établi par grandes classes diagnostics. 17 classes ont été retenues et correspondent à une lettre spécifique.

Les codes permettent de coder des symptômes, des syndromes et des diagnostics précis. Il est utilisé pour coder le motif de recours et le diagnostic principal.

5.1.2.2. Thésaurus complémentaire

Il a également été établi par grandes classes diagnostiques correspondant à une lettre clé de cette classe. Il permet de saisir un autre diagnostic, une pathologie associée, un antécédent, une circonstance de survenue si elle n'est pas le motif de recours.

5.1.2.3. Classification internationale des maladies

La Cim-10 est la dixième révision de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, couramment dénommée Classification internationale des maladies. Elle permet le codage des maladies, des syndromes, des symptômes et de tous les motifs de recours aux soins, quels que soient la structure et le mode de leur délivrance. [27]

Cette classification est maintenue et révisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis sa sixième révision en 1946. La dixième révision a été publiée en 1993 ; elle est mise à jour annuellement par l'OMS. Elle a par ailleurs reçu des modifications françaises pour pallier certaines de ses insuffisances, notamment pour les besoins réglementaires du PMSI.

La classification a comme but de permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions et à des époques différentes dans la mesure où le sens des mots n'a pas changé. La classification est dite mono-axiale avec comme dans les versions antérieures un classement par système

(maladies cardio-vasculaires) ou par étiologie (maladies infectieuses, tumeurs...).

Une lettre-clé est associée à chaque code. A chaque lettre-clé correspond une classe diagnostique. Cette disposition donne la possibilité de grouper les diagnostics par classe et d'exploiter facilement les résultats.

Présentation des codes CIM10 :

- Ils comportent obligatoirement et au minimum une lettre du code suivie de 2 chiffres ; exemple : J40
- Pour certains codes, 1 ou 2 chiffres sont associés après un point ; exemple : I50.1

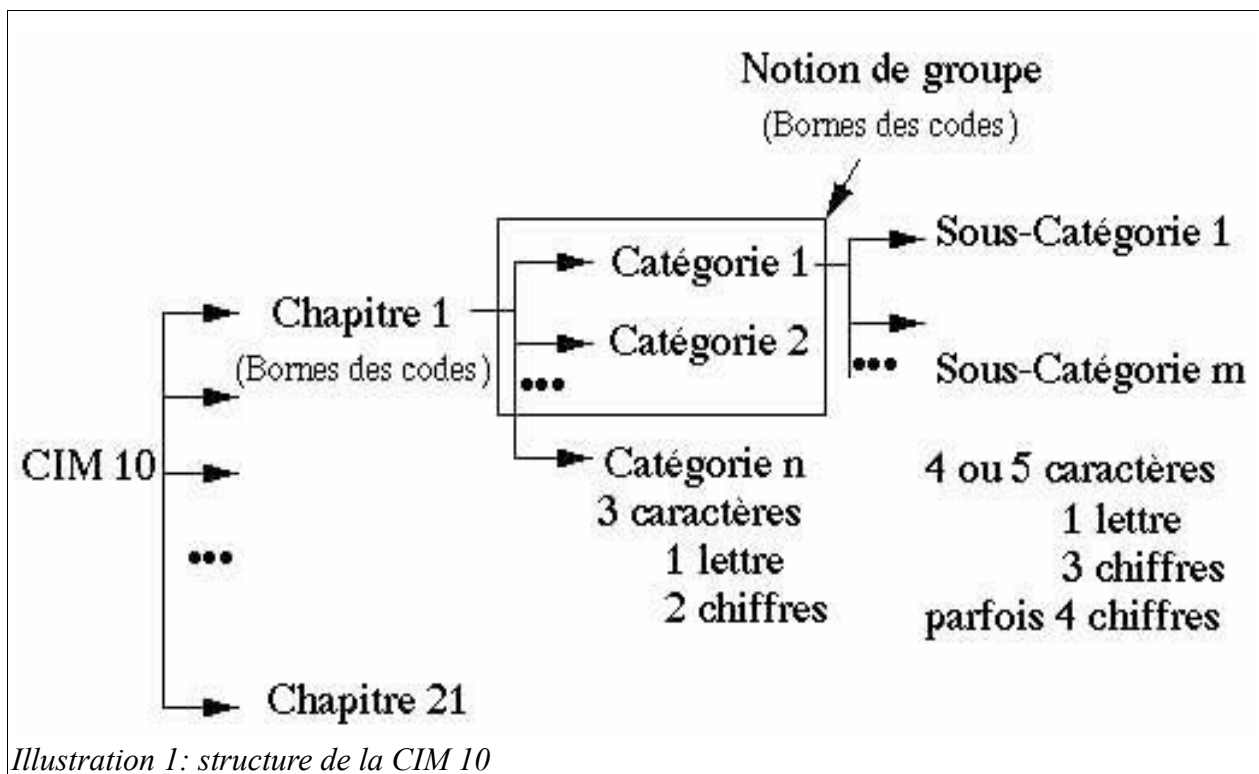


Illustration 1: structure de la CIM 10

Le code des catégories comprend une lettre capitale initiale suivie de deux chiffres : c'est la taille minimale des codes de la Cim-10.

La CIM 10 comporte 21 chapitres : [27]

Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	A,B
Tumeurs (C00-D48)	C,D
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (D50-D89)	D
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90)	E
Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)	F
Maladies du système nerveux (G00-G99)	G
Maladies de l'œil et de ses annexes (H00-H59)	H
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95)	H
Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)	I
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	J
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	K
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (L00-L99)	L
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (M00-M99)	M
Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00 à N99)	N
Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99)	O
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale(P00-P96)	P
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)	Q

Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)	R
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98)	S,T
Causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98)	V, W, X, Y
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99)	Z
Morphologie des tumeurs (M800-M998)	M +5 chiffres

Les caractères supplémentaires des codes :

On désigne ainsi les caractères placés après le quatrième caractère du code. Les codes constitués de cinq caractères ou plus sont dits « étendus ». Le code sur lequel sont construites les extensions est appelé « code-père » ; chaque code étendu constitue un « code-fils ». La mention d'un caractère supplémentaire n'est pas précédée du point : par exemple, les cinquièmes caractères 0 et 1 doivent compléter les codes de fracture traumatique pour en préciser le caractère ouvert ou fermé. [27]

L'OMS recommande (volume 2) d'ajouter le signe « X » en quatrième position des codes de catégories non subdivisées, de façon à ce que les codes de sous-catégories aient tous la même longueur. Cette consigne n'est pas reprise en France. Ainsi, par exemple, on code l'hyperplasie de la prostate N40 et non N40.X. Par contre, chaque fois qu'un caractère supplémentaire est placé après une position vide, il a été décidé en France que celle-ci serait remplie par le signe « + ». [27]

La lettre R, particulière, code pour les diagnostics symptomatiques.

5.2. Autres codages

Des classifications communes sont nécessaires pour échanger des informations entre les différents sites hospitaliers.[21]

5.2.1. CCMU [21]

Elle permet actuellement de décrire très précocement la population des malades aux urgences avec une bonne reproductibilité.

Elle est organisée selon l'appréciation de l'état clinique des patients et est issue d'une classification d'un groupe d'étude multicentrique des services d'accueil pour les malades des urgences. Elle les distingue selon leur mode d'admission et de sortie. Il a été montré avec cette classification que la charge en soins était différente suivant les classes.

La construction de cette classification a été décidée par l'Association pour la recherche aux urgences avec comme qualités, une facilité de classement, une rapidité de classement, une pertinence de classement et un coût peu élevé.

Cette étude s'est déroulée entre mai 1991 et avril 1992 dans 4 services d'urgence d'activité comparable.

Cette classification intervient après un examen clinique du patient, après un ECG ou des tests réactifs sanguins ou urinaires mais avant toute intervention thérapeutique ou toute autre investigation complémentaire.

La formulation finale de la CCMU est la suivante :

- Classe I : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences
- Classe II : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences
- Classe III : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences
- Classe IV : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation aux urgences
- Classe V : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences
- Classe VI ou D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

- Classe P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

Cette classification semble adaptée aux malades médicaux mais aussi chirurgicaux mais pas psychiatriques.

5.2.2. Classification du groupe d'étude multicentrique des services d'accueil (GEMSA)

Cette classification est réalisée rétrospectivement et prend en compte le mode d'arrivée des patients et le mode de sortie. Elle n'est donc pas utilisable en termes d'évaluation prospective de la gravité à l'arrivée de patients. Par contre, son utilisation rétrospective permet, là encore la comparaison de différents services d'urgence entre eux. La classification GEMSA est donc essentiellement utilisable comme indicateur de qualitatif d'activité. Chacun des 6 groupes induit une charge de travail médico-infirmier différente et spécifique, estimée par le nombre de consultations médicales, la charge de travail infirmier, le nombre d'actes radiologiques, d'actes biologiques et la durée de passage.

GEMSA 1	Patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation
GEMSA 2	Patient non convoqué, sortant après consultation ou soins (petite chirurgie, consultation médicale,..)
GEMSA 3	Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansement, ablation de fils, rappel de vaccination, ...etc)
GEMSA 4	Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil (SAU)
GEMSA 5	Patient attendu dans un service, ne passant au SAU que pour des raisons d'organisation (enregistrement administratif, réalisation d'un « bilan d'entrée », refus de certains services de réaliser des entrées directes...
GEMSA 6	Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée (surveillance médicale attentive pendant au moins une heure)

Tableau 1: classification du groupe d'étude multicentrique des services d'accueil

6. CAS PARTICULIERS DES DÉCÈS AUX URGENCES

D'après une étude de 2005, [22], en France, l'admission aux urgences de patients en fin de vie n'est pas rare et représente 4 à 8 % des décès survenant à l'hôpital. Dans la majorité des cas, ces patients sont adressés de leur domicile aux urgences par leur propre médecin traitant et décèdent aux urgences au cours des premières 24 heures. Aux États-Unis en 1995, l'incidence des décès en service d'urgence a été estimée à 300.000 patients par an, soit 0,3 % du total des visites [23] et 0,4 % dans un centre sur une période de 6 ans [24].

Une autre étude montre que pendant une période allant de du 1er janvier au 31 mars 2002, 528 patients sont décédés dans l'établissement. Quatre-vingt-quatre sont décédés dans le service d'urgence (SU), représentant 0,5 % des 15896 patients admis. Il s'agissait de 48 hommes et 36 femmes âgés de 73 ± 18 ans. Quarante-trois patients (51 %) étaient autonomes, 24 étaient partiellement dépendants (29 %), 13 étaient totalement dépendants (15 %) et cette donnée était manquante pour 4 patients (5 %). Le lieu de vie antérieure était le domicile pour 35 patients (41 %), le domicile avec des aides pour 23 (27 %), une maison de retraite pour 20 (23 %) [25].

Ces chiffres appellent plusieurs commentaires et explications.

Depuis plusieurs années dans les pays occidentaux et en particulier en France, 3 décès sur 4 surviennent à l'hôpital et non plus à domicile ou dans des structures comme les maisons de retraite [26].

NOTRE ÉTUDE

1. MÉTHODOLOGIE

1.1. But, objectifs

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la pertinence et la qualité des diagnostics posés aux urgences du CHU de Limoges en les comparant à ceux posés à la sortie du patient de l'hôpital. Nous avons également analysé la discordance des diagnostics selon plusieurs variables :

- Selon la personne qui code le diagnostic aux urgences
- Selon la réalisation d'une imagerie aux urgences
- Selon l'hospitalisation du patient adaptée au service ou non
- Selon le service d'hospitalisation

L'objectif secondaire est d'analyser les dossiers des patients décédés dans les 48 premières heures qui suivent leur passage aux urgences.

1.2. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive et prospective qui porte sur 1118 patients admis au service d'accueil des urgences, quel que soit le secteur : circuit ambulatoire, circuit hospitalisation, Salle d'Accueil des Urgences Vitales, entre le 1 mars et le 25 mars 2011, et hospitalisés par la suite. Le mois de mars a été préféré aux autres mois pour son absence de vacances scolaires qui auraient pu biaiser cette étude et il n'est pas considéré comme un mois d'hiver.

Les critères d'inclusion sont donc :

- âge égal ou supérieur à 18 ans sans âge limite supérieur
- patients admis pour une pathologie médicale ou chirurgicale
- patients hospitalisés dans un des services du CHU au décours de leur passage aux urgences : services de court séjour ainsi que les hôpitaux Jean Rebeyrol, Esquirol et l'hôpital mère-enfant.
- au cours du mois de mars 2011 entre le premier et le 25 mars.
- et les patients sortis du CHU avant le premier Aout 2011.

Les critères d'exclusion sont donc les patients hospitalisés dans un autre établissement.

Nous comparons les diagnostics de sortie des urgences saisis sur URQUAL et le diagnostic de sortie de l'hôpital saisi sur websanté.

Pour chaque patient inclus dans l'étude, nous relèverons les données suivantes :

- Sexe
- Age
- Motif d'admission aux urgences
- Si présence ou non d'une lettre du médecin traitant : Si non, par qui est il adressé
- Diagnostic de sortie des urgences : diagnostic symptomatique, diagnostic étiologique
- Prise en charge par un senior ou un interne
- Jour de la semaine où le patient est arrivé
- Heure d'arrivée : jour ou nuit. Le jour était caractérisé par les horaires allant de 8h30 inclus à 18h30 inclus et la nuit allant de 18h31 à 8h29.
- Orientation médicale ou chirurgicale
- Les examens biologiques faits aux urgences : oui, non et si oui lesquels
- Autres examens : oui, non et si oui lesquels

- A t il eu un avis spécialisé : oui, non , et si oui lequel
- Est il hospitalisé dans un service adapté : oui, non , et si non pour quelles raisons
- Temps de passage aux urgences
- Durée d'hospitalisation
- Devenir à la sortie d'hospitalisation : retour à domicile , moyen séjour , EHPAD
- Diagnostic de sortie d'hospitalisation : symptomatique, étiologique, concordant oui, non
- Si décès : attendu ou non et si survenue dans les 48 premières heures ou pas.

Nous avons retenu au départ 1118 patients hospitalisés durant la période du 1er au 25 mars 2011 dans des services du CHU de Limoges comprenant également L'hôpital Jean Rebeyrol, le Centre Hospitalier d'Esquirol et l'hôpital Mère-enfant. Nous en avons exclu dans un premier temps 17 qui ont été codés en hospitalisation mais qui sont retournés dans leur centre hospitalier d'origine ou leur service d'origine. Pour l'analyse de la pertinence diagnostique, nous en avons exclu, 92 qui ont été hospitalisés dans des services non considérés comme court séjour administrativement. Nous avons donc une population de 1009 patients.

La description des variables qualitatives est faite avec les fréquences et pourcentages des différentes catégories de variables.

Afin de répondre à l'objectif principal, dans un premier temps, la description du nombre de patients avec une concordance ou une discordance entre le diagnostic des urgences et celui de l'hospitalisation est faite. Ensuite, la concordance est faite par le calcul du coefficient de KAPPA de Cohen. Ce coefficient introduit par Jacob Cohen, permet de quantifier le degré de concordance entre deux variables débarrassé de l'accord lié au hasard. Il s'agit d'un nombre réel compris entre -1 et +1.

Pour l'analyse des variables, un test de Chi2 est fait entre la variable de concordance ou de discordance et les variables citées précédemment à savoir

la personne qui a codé aux urgences, imagerie ou pas, avis spécialisé ou non, service adapté, et le pôle de service ayant reçu le patient.

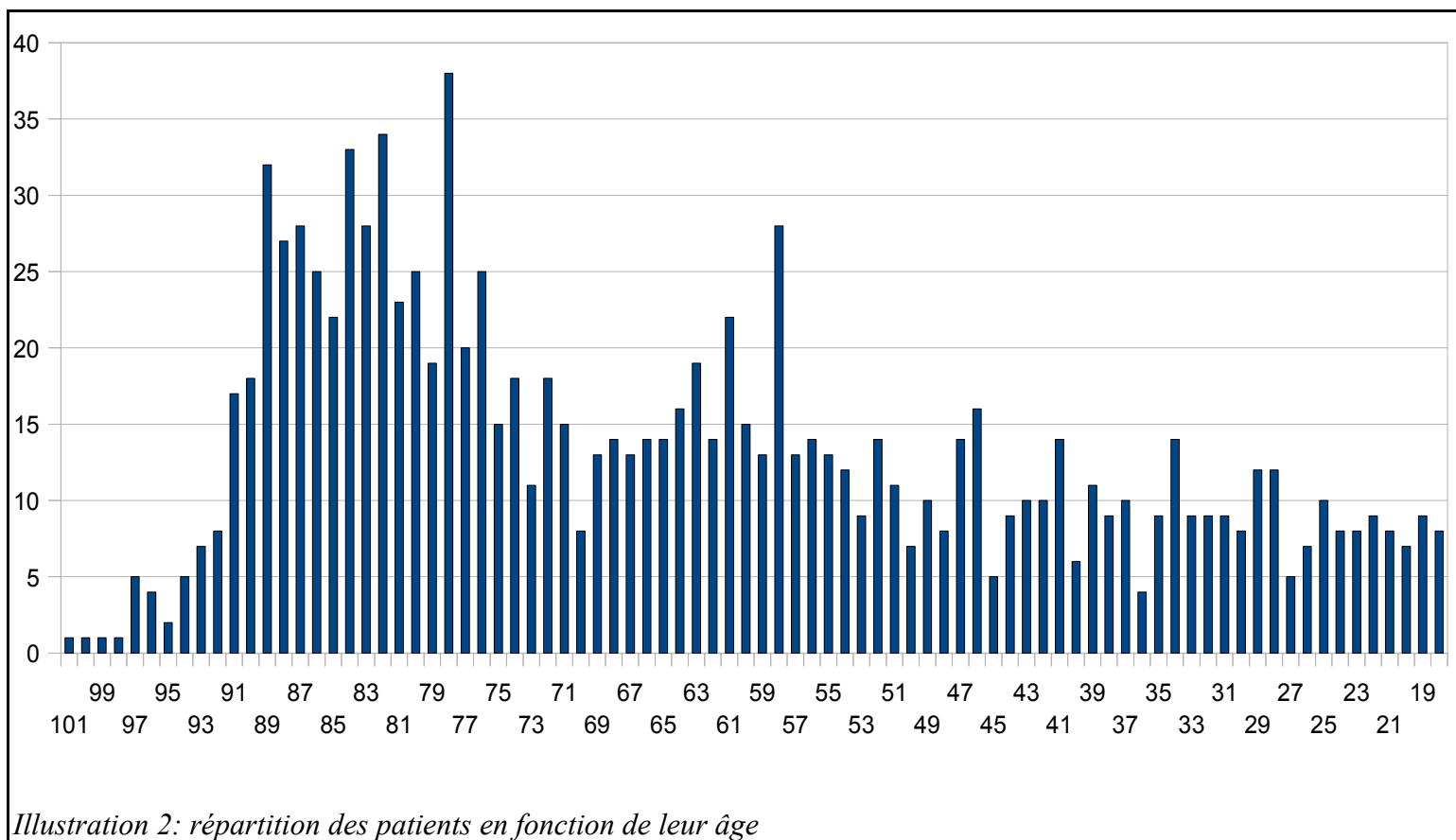
2. RÉSULTATS

2.1. Description de la population

D'après le rapport d'activité du mois de mars 2011 des urgences, le nombre total de passages durant ce mois a été de 3464 passages dont 1286 patients ont été hospitalisés et 2048 sont sortis à domicile. Ce qui représente un pourcentage d'hospitalisation de 37,12%. Notre échantillon allant du 1er au 25 mars représente 1101 patients, ce qui représente plus de 85% des patients du mois de mars 2011.

2.1.1. Âge

Au total 1101 patients ont été hospitalisés, dans un service du CHU à partie des urgences, durant cette période du 1er au 25 mars 2011. Nous retrouvons des âges allant de 18 à 101 ans, avec une moyenne à 63,5 ans.



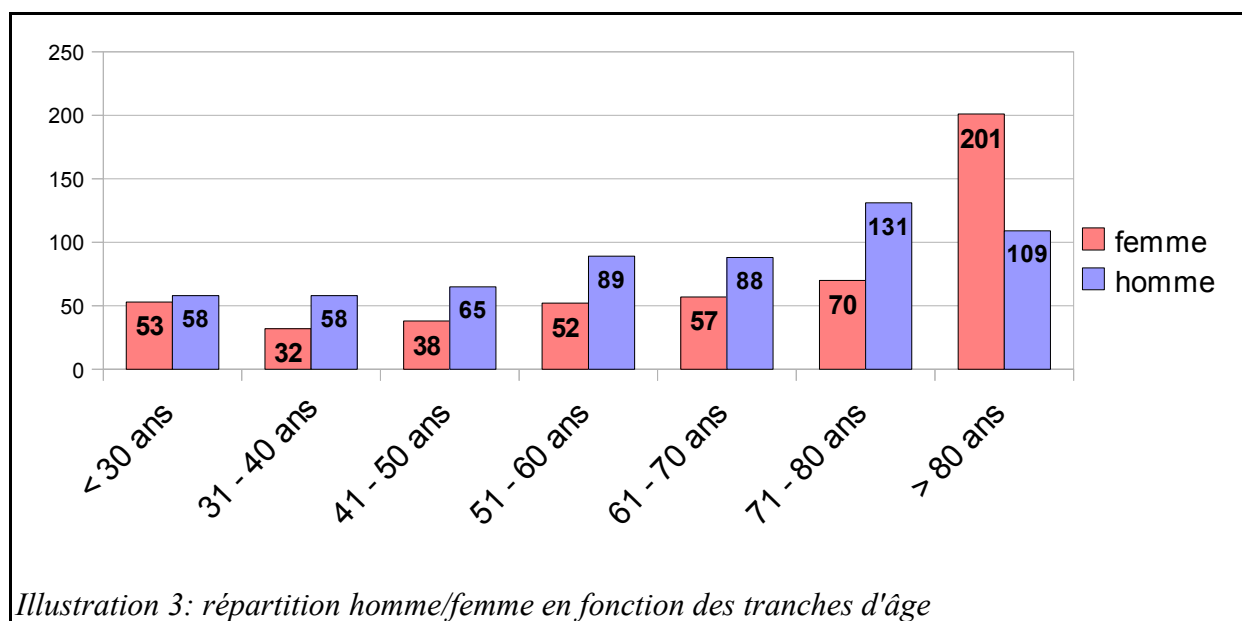
Au sein de cette population, c'est la tranche d'âge des plus de 80 ans qui est la plus représentée, regroupant plus de 28% des patients hospitalisés.

Tranche d'âge	Nombre de patients	Pourcentage
> 80 ans	310	28,20%
71 – 80 ans	201	18,30%
61 – 70 ans	145	13,20%
51 – 60 ans	141	12,80%
41 – 50 ans	103	9,40%
31 – 40 ans	90	8,20%
< 30 ans	111	10,00%

Tableau 2: répartition des patients selon leur tranche d'âge

2.1.2. Sexe

La population masculine est légèrement plus représentée que la population féminine, et correspond à 54,3% des patients hospitalisés. On retrouve cette sur représentation masculine dans toutes les tranches d'âge sauf pour les plus de 80 ans où la population féminine est prépondérante.



2.1.3. La durée de passage aux urgences

Dans notre étude, nous retrouvons, pour les patients hospitalisés, une durée moyenne de 383 minutes soit 6 heures et 23 minutes. Cette durée de passage varie entre 15 minutes et un maximum de 48 heures.

2.1.4. Les motifs d'admission

Les motifs d'admission sont les motifs saisis dans le logiciel Urqual par l'infirmière d'accueil et d'orientation qui se base sur soit la lettre du médecin adresseur, soit l'interrogatoire du patient ou de la famille.

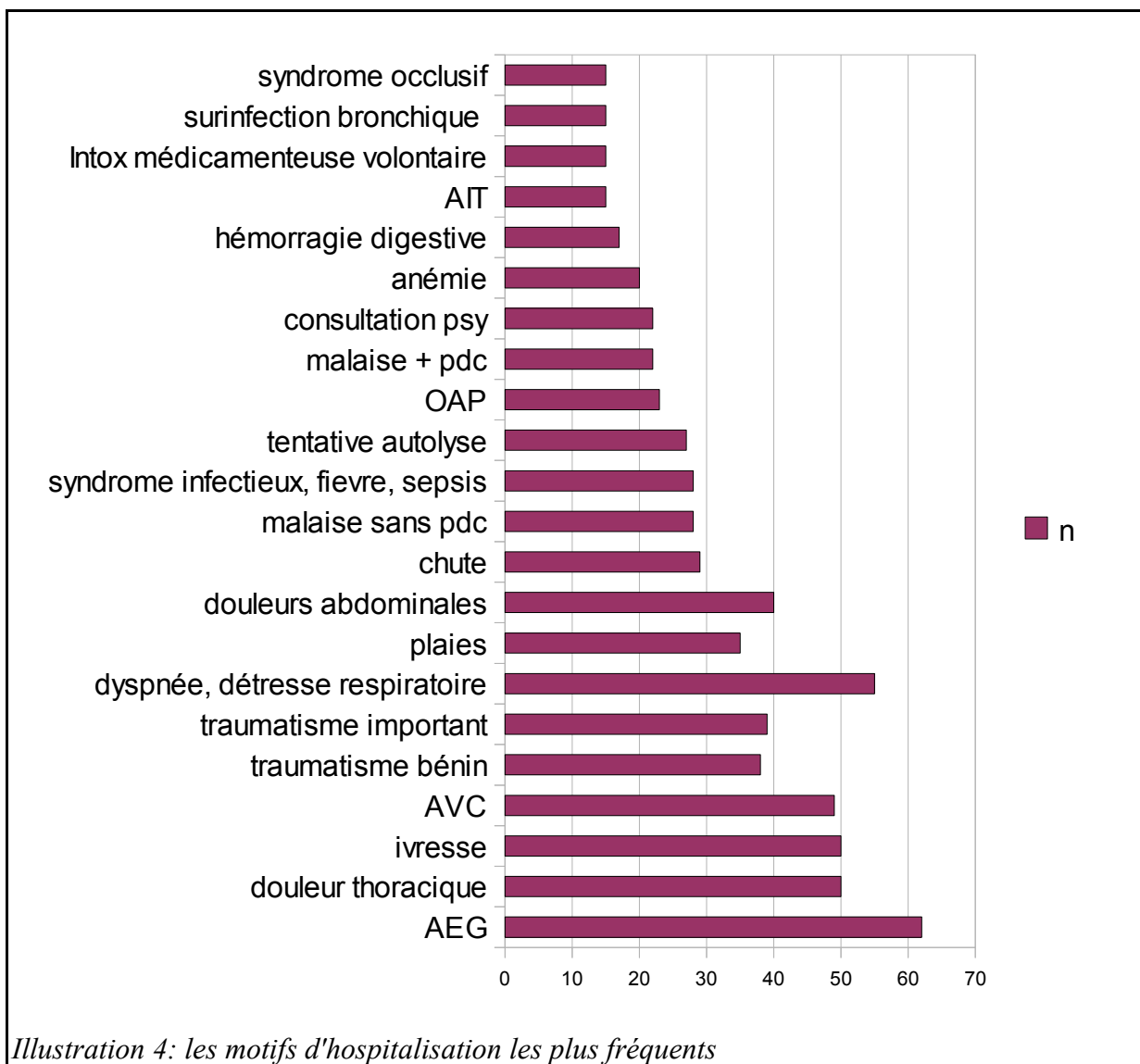
Dans notre étude, nous retrouvons 194 motifs d'hospitalisation différents. Nous n'avons retenu que les motifs principaux, en effet, l'infirmière peut saisir plusieurs motifs : 1 principal et des motifs associés.

Parmi les plus fréquents,

- AEG, asthénie : 5.6 %
- Ivresse, éthylisme : 4.6 %
- Douleur thoracique : 4,50 %
- Suspicion d'AVC : 4,45 %
- Traumatisme important : 3.5 %
- Douleur abdominale : 3,50 %
- Traumatisme bénin : 3.45 %
- Malaise sans perte de connaissance : 2.50 %
- Syndrome infectieux, hyperthermie : 2.40 %

Certains autres diagnostics sont très marqués comme la détresse respiratoire et la dyspnée qui sont notés comme deux motifs différents. Si ces 2 motifs sont regroupés elles représentent environ 3 % des motifs d'admission.

Nous avons donc regroupé dans le graphique ci dessous les 22 diagnostics les plus fréquemment retrouvés



Nous pouvons également noter que 37.48 % des patients hospitalisés sont adressés par leur médecin traitant. Cependant, à cela nous pouvons rajouter que plus de 36% des personnes viennent aux urgences après avoir pris conseil auprès du Centre 15.

Parmi les patients non adressés par le médecin traitant, 36% viennent par leurs propres moyens ou sont conduits par leur famille ou un tiers.

Les motifs d'admission diffèrent selon que les patients soient adressés par le médecin traitant, le centre 15 ou par eux-mêmes. En effet, les motifs d'hospitalisation, les plus fréquents, par les médecins généralistes sont les Altérations de l'état général, les anémies, les dyspnées et les bilan de chute. Cela représente 23% de leurs motifs d'hospitalisation. Ces 4 motifs d'hospitalisation sont les 4 principaux des médecins généralistes.

Si nous regardons les 4 motifs principaux des patients adressés par le centre 15, nous retrouvons Ivresse, éthylisme et notamment sur la voie publique, les douleurs thoraciques et les traumatismes importants.

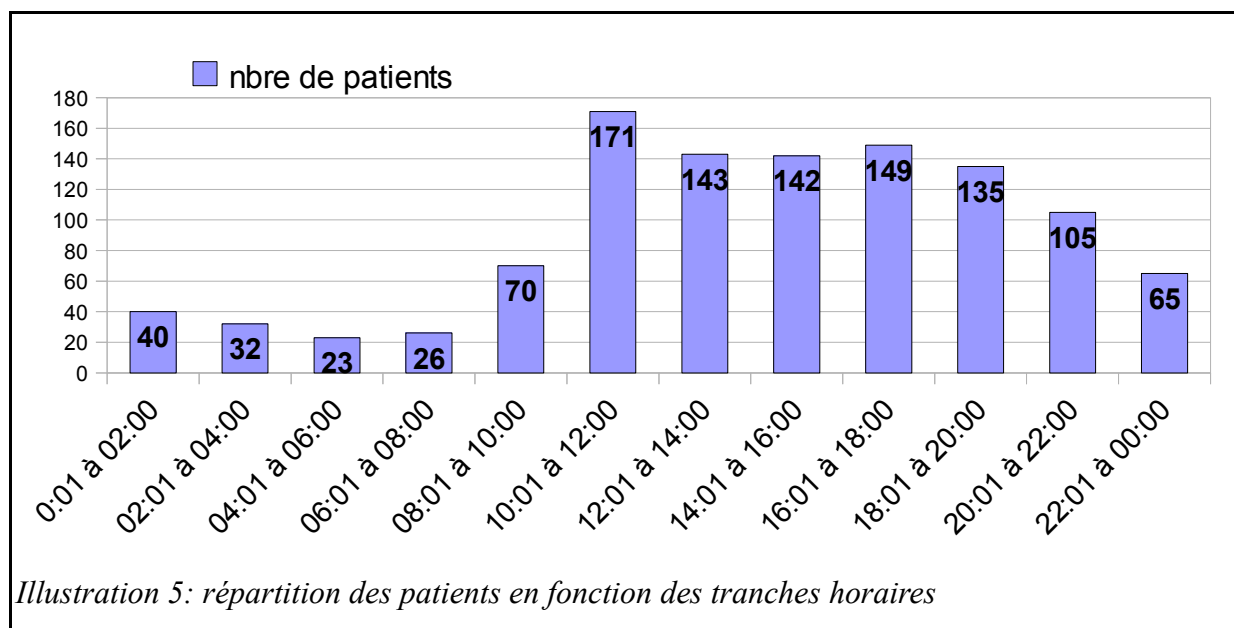
Les patients adressés par le SAMU présentent également des motifs encore différents. Ils ont adressé 31 patients aux urgences dont 2 pour des douleurs thoraciques, 2 pour des polytraumatismes et 2 pendaisons.

Les patients adressés par eux mêmes viennent surtout dans le cadre de la douleur quel qu'en soit le type et le siège, cela représente 13% des motifs d'hospitalisation des patients venant spontanément aux urgences. Les autres motifs sont les plaies, les traumatismes bénins ou importants et les consultations psychiatriques et les syndromes dépressifs.

Selon les missions de chaque intervenant auprès du patient, les motifs diffèrent.

2.1.5. Heure de la prise en charge

Aux urgences, l'arrivée des patients n'est pas égale au cours de la journée. La tranche horaire la plus critique est entre 10:00 et 12:00. En ce qui concerne les périodes ouvrables (allant de 8:30 à 18:00) et celles de garde (allant de 18:01 à 08:29), nous constatons que 61,3 % des patients sont admis pendant les périodes ouvrables contre 38,7 % en période de garde.

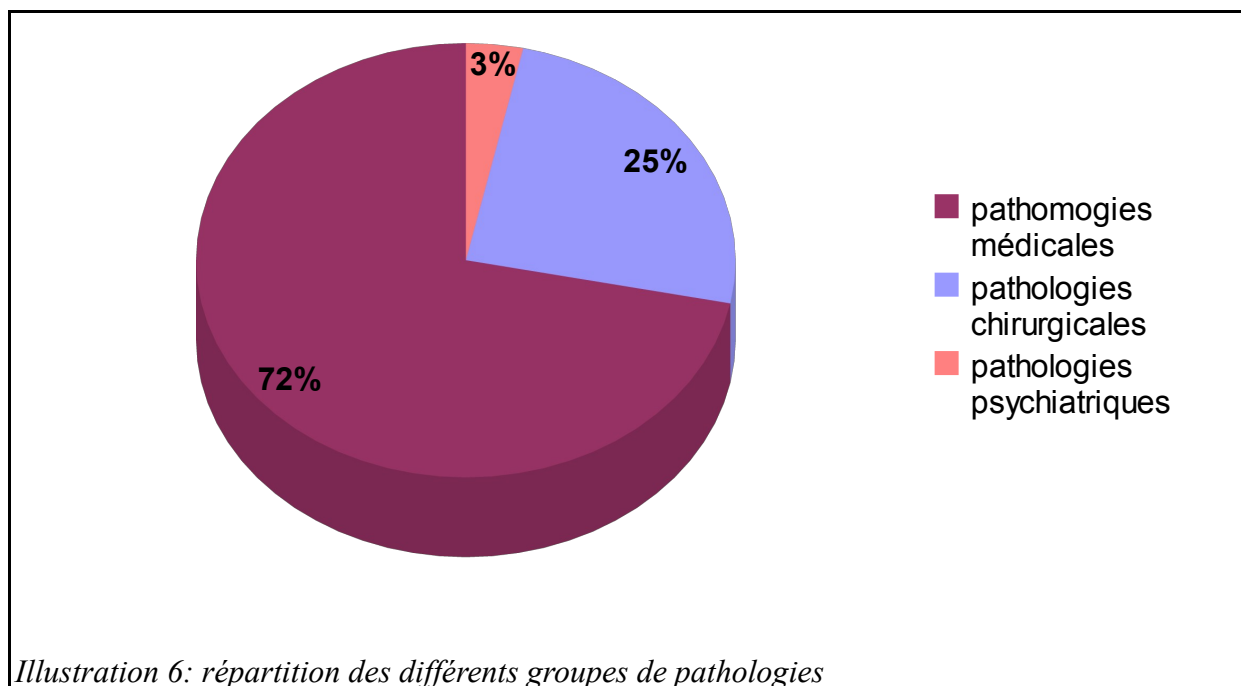


Sur une période de 25 jours, on se rend compte que la répartition des patients selon les jours de la semaine est quasi équivalente.

- Lundi : 168 patients sont hospitalisés le lundi ce qui représente 15,02% du total des patients observés.
- Les mardi : 162 soit 14,49% des patients viennent le mardi
- Les mercredi : 168 soit 15,02% des patients viennent le mercredi
- Les jeudi : 192 soit 17,17% viennent les jeudis
- Les vendredi : 198 soit 17,71% viennent les vendredi
- les samedi : 131 soit 11,7% viennent les samedis
- Les dimanche : 99 soit 8,85% viennent les dimanches

2.1.6. Type de pathologie

Nous pouvons également nous rendre compte que les pathologies médicales sont le plus représentées : environ 67,71 % contre 23,35 % de pathologies chirurgicales et 3,22 % de pathologies psychiatriques.



Depuis 2006/2007, nous retrouvons une inversion de la tendance des pathologies chirurgicales. En effet, d'après les rapports d'activité des urgences du CHU de Limoges, en 2006, les pathologies chirurgicales étaient les plus nettement représentées, 52% de l'activité des urgences contre 45% de pathologies médicales. En 2007, nous observons une quasi-égalité entre le médical et le chirurgical et à partir de 2008, le secteur de médecine ne fait que s'accroître contrairement à la chirurgie qui diminue pour arriver à 25% de l'activité en 2010. Annexe 1

2.2. La pertinence des diagnostics aux urgences :

Nous avons donc étudié la pertinence des diagnostics posés aux urgences sur une période de 25 jours en Mars 2011. Pour cela, nous avons sélectionné les diagnostics posés aux urgences selon la CIM 10 et nous les avons comparés aux diagnostics posés à la sortie du service dans lequel le patient a été hospitalisé. Nous nous sommes concentrés dans un premier temps sur les diagnostics principaux. Nous avons cependant prélevé également les diagnostics associés.

Nous avons exclus de cette partie, les patients qui ont été hospitalisés dans un autre établissement que le CHU. Nous avons également exclu les patients admis dans des unités qui ne correspondent pas à la notion de court séjour d'un point de vue administratif : les unités de long séjour, les services de soins de suite et de réadaptation. Cette exclusion représente 83 patients au total. Nous étudions donc la pertinence diagnostic sur 1009 patients au cours du mois de Mars 2011.

Pour chaque patient, nous avons considéré la pertinence du code PMSI en ne s'intéressant qu'à la racine du code et la pertinence médicale. Pour la pertinence médicale, nous avons considéré comme étant pertinent les diagnostics ayant le même code PMSI, mais aussi les diagnostics symptomatiques aux urgences qui deviennent étiologiques à la sortie de l'hospitalisation. Nous avons également accepté la pertinence de certains diagnostics comme les pneumopathies : La pneumopathie bactérienne se code J15.9 et la pneumopathie sans précision se code J18.9.

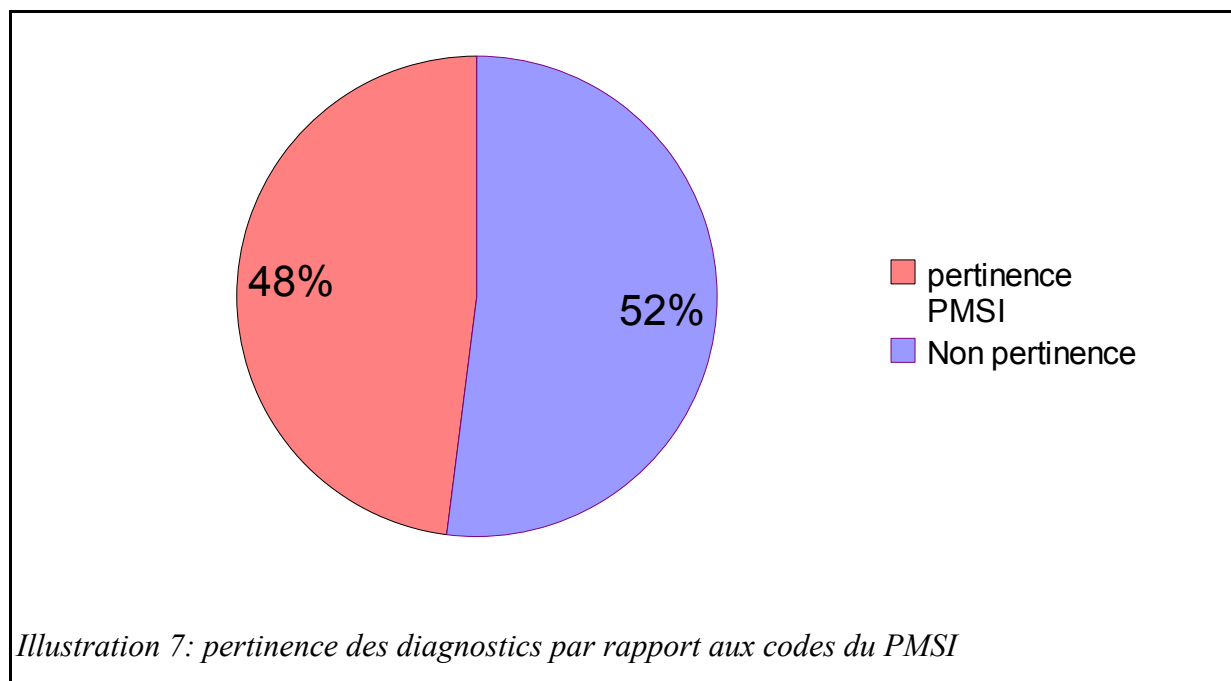
2.2.1. Pertinence PMSI

Nous avons donc sélectionné les codes CIM-10 des diagnostics principaux en n'en retenant que les racines : exemple pneumopathie bactérienne J15.9, nous avons retenu J15. Nous les avons par la suite comparés avec les racines des codes CIM-10 obtenus à la sortie d'hospitalisation. Si les deux codes correspondent, nous validons cette pertinence.

Le tableau suivant contient le nombre de discordance (« N ») et de pertinence (« O ») entre le diagnostic à la sortie des urgences et celui à la sortie d'hospitalisation basé sur le code CIM-10

Pertinence PMSI	Fréquence	Pourcentage
N	521	51,64%
O	488	48,36%

Nous retrouvons dans cette étude, sur 1009 patients, une pertinence PMSI de 488 patients ce qui nous donne 48 % de bonne pertinence.



Il existe donc 52% des codes qui ne correspondent pas. Certains de ces codes sont différents car la CIM-10 emploie pour différents codes des pathologies identiques sur le terme médical et ces codes sont opérateurs dépendants. De plus aux urgences, la finalité ne peut pas toujours être un diagnostic exact et bons nombres de codes sont des codes symptomatiques représentés par la lettre R de la CIM-10. C'est pour cela que nous avons également étudié la pertinence que nous appellerons pertinence médicale qui se basera sur une analyse plus subjective de ce sujet.

Afin de quantifier cette concordance, le coefficient KAPPA peut être utilisé. Cependant, il y a trop de codes différents pour une variable (266 pour le code CIM des urgences et 208 pour le code hospitalisation) pour pouvoir le calculer.

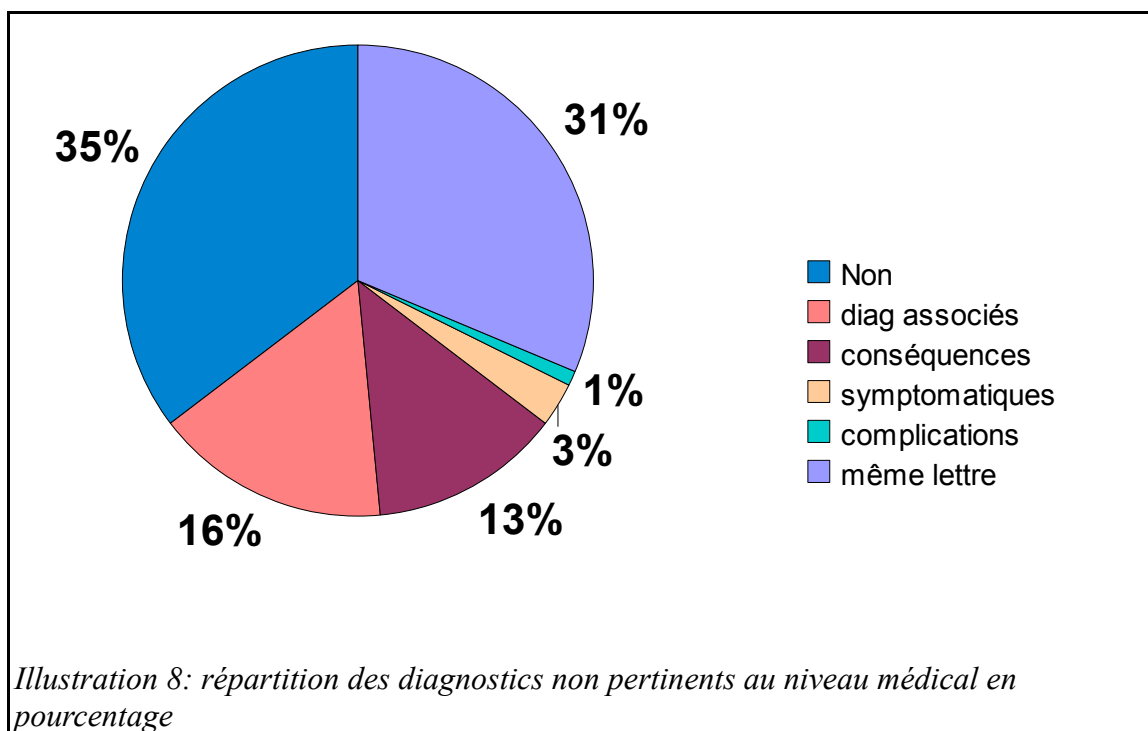
En regroupant les catégories de la CIM-10, nous retrouvons une concordance des diagnostics à 68% contre 32% avec un KAPPA de 0,645 +/- 0,0164 et un intervalle de confiance de [0,613;0,677]. Cette concordance est de bonne qualité en fonction de l'échelle de Landis et Koch. Cependant, les catégories de la CIM-10 sont trop vastes pour notre étude et dans une même catégorie les diagnostics ne sont pas pertinents entre eux.

2.2.2. Pertinence Médicale

Nous avons, par la suite, examiner les diagnostics eux mêmes. En effet, certains diagnostics sont codés différemment alors que médicalement parlant ceux ci sont identiques. Nous avons donc considéré comme pertinent les diagnostics signifiant la même pathologie, ceux qui sont symptomatiques et qui deviennent étiologiques en cours d'hospitalisation par l'apport d'examens paracliniques, si toutefois ceux ci correspondent (exemple dyspnée et pneumopathie ou douleur thoracique et infarctus) ou ceux ayant un rapport évident (exemple anémie aux urgences et transfusion en hospitalisation).

Nous retrouvons donc 702 patients présentant une pertinence diagnostique médicale soit 69% contre 31% de non pertinence. Parmi ces non pertinents, nous avons des diagnostics principaux aux urgences qui se retrouvent en diagnostics associés en sortie d'hospitalisation (52 patients soit 16% des non pertinents), des diagnostics de sortie d'hospitalisation étant des conséquences du diagnostic des urgences comme par exemple anémie et ulcère gastro-duodéal, pyélonéphrite et sepsis, cela représente 42 patients soit 13%, des diagnostics symptomatiques en sortie des urgences et d'hospitalisation qui

différent comme par exemple céphalées et vertiges ou agitation et désorientation (11 patients soit 3%). Nous avons également 98 patients (soit 31%) présentant des diagnostics non pertinents mais gardant la première lettre du code exact comme par exemple Bronchite sans précision J20.9 aux urgences et autres pneumopathies bactériennes J15.8 en sortie d'hospitalisation.



2.2.3. Analyse de la pertinence PMSI et médicale en fonction de différentes variables

2.2.3.1. En fonction du grade de la personne qui code

Aux urgences, plusieurs personnes sont amenés à coder le diagnostic final : le sénior, l'interne qu'il soit en chirurgie ou en médecine, et le réanimateur. Nous allons inclure dans cette analyse, les deux variables sénior et interne. La répartition selon ces deux variables est la suivante, en fonction de la pertinence PMSI. Le tableau contient les effectifs par catégories, les effectifs théoriques, et le pourcentage.

		Pertinence PMSI		Total
		N	O	
Senior	fréquence	227	237	464
	Effectifs théoriques	237,17	226,83	
	Pourcentage	22,98	51,08	46,96
	Pourcentage en ligne	48,92	51,08	
	Pourcent. en colonne	44,95	49,07	
Interne	Fréquence	278	246	524
	Effectifs théoriques	267,83	256,17	
	Pourcentage	28,14	24,9	53,04
	Pourcent. en ligne	53,05	46,95	
	Pourcent. en colonne	55,05	50,93	

Tableau 3: répartition des patients selon la personne qui le prend en charge en fonction de la pertinence PMSI

En appliquant le test du Chi2, la p-value associée au test est supérieur à 0,05. Ainsi, le test n'est pas significatif et les deux variables sont indépendantes. On observe que 53% des personnes qui ont codé sont des internes, que 47% sont des séniors sur les 988 pris en compte dans l'analyse. Ainsi, on observe que les Séniors ont tendance à avoir des diagnostics plus pertinents avec ceux d'hospitalisation (51%) que les internes (47%) mais cette différence n'est pas significative.

En ce qui concerne la pertinence médicale, nous retrouvons le tableau suivant :

		Pertinence médicale		Total
		N	O	
Sénior	Fréquence	141	323	464
	Effectifs théoriques	142,77	321,23	
	Pourcentage	14,27	32,69	46,96
	Pourcent. en ligne	30,39	69,61	
	Pourcent. en colonne	46,39	47,22	
Interne	Fréquence	163	361	524
	Effectifs théoriques	161,23	362,77	
	Pourcentage	16,5	36,54	53,04
	Pourcent. en ligne	31,11	68,89	
	Pourcent. en colonne	53,62	52,78	

Tableau 4: répartition des patients selon la personne qui le prend en charge en fonction de la pertinence médicale

Nous observons que les séniors ont tendance à avoir la même concordance avec les codes d'hospitalisation (70%) que les internes (69%). Cependant, la p-value associée au test du Chi2 est supérieure à 0,05, celui-ci n'est donc pas significatif et les deux variables sont là aussi indépendantes.

2.2.3.2. Pertinence en fonction de la réalisation ou non d'une imagerie durant le passage aux urgences

Dans l'étude de cette variable, la pertinence PMSI et la pertinence médicale montrent des résultats équivalents. Les deux p-value associées au test du Chi2 sont inférieure à 0,05 et les deux variables sont dépendantes.

Nous observons dans les deux cas que les patients présentant une pertinence diagnostique (PMSI et médicale) sont ceux qui n'ont pas bénéficié d'imagerie

En ce qui concerne la pertinence PMSI, celle ci est étudiée avec la variable imagerie ou non imagerie. Tous les effectifs théoriques étant supérieurs à 5, les résultats du Chi2 sont interprétés : la p-value associée au test est $< 0,05$, ainsi le test est significatif et les deux variables sont dépendantes. On observe ainsi que les patients qui ont significativement plus de concordance sont ceux qui n'ont pas eu d'imagerie (54%) comparés à ceux qui en ont eu une (46%) au cours de leur séjour aux urgences.

Pour la pertinence médicale, selon les mêmes modalités, nous observons de la même façon, que les patients ayant le plus de concordance de manière significative sont ceux qui n'ont pas eu d'imagerie (76%) comparés à ceux qui en ont eu une (66%).

2.2.3.3. Pertinence PMSI en fonction du service d'hospitalisation

Nous regroupons pour cette analyse les services en fonction des pôles du CHU (7 pôles) car le nombre de modalités pour la variable est trop grand pour que les résultats du test statistique soient interprétables.

Nous observons donc que la pertinence la moins fréquente est avec le pôle d'onco-hématologie (4,76%) et la plus fréquente est avec le pôle de viscéral et

d'orthopédie (63,48%), le test étant significatif avec une probabilité $<0,0001$. Nous pouvons donc déterminer que les deux variables sont dépendantes.

Ceci peut aisément s'expliquer par la diversité et la complexité des diagnostics rencontrés par le pôle d'onco-hématologie et par le fait que ces diagnostics sont souvent des diagnostics longs à déterminer.

2.2.3.4. Concordance diagnostique entre les différentes catégories de la CIM-10

Pour cette analyse, le coefficient de KAPPA pour toutes les catégories du CIM 10 des urgences a été calculé. Cependant, lorsque le nombre de patients concerné n'est pas suffisant, le coefficient n'a pas été calculé (moins de 10 patients par catégorie). Cela concerne les catégories 7, Maladies de l'œil et de ses annexes (H00-H59) (5 patients), 8, Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95) (7 patients) et 15, Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99) (2 patients). De plus, lorsque le nombre de personnes concernées est inférieur à 50, le coefficient n'est pas exploitable.

En ce qui concerne la catégorie 19, Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98), nous retrouvons 188 patients sont concernés par cette catégorie. L'effectif est suffisamment important pour que le coefficient soit interprétable :

Nous observons donc un Kappa de 0,655 avec un intervalle de confiance compris entre 0,585 et 0,725. La concordance observée est donc de bonne qualité.

Pour d'autres catégories, nous retrouvons des concordances de qualité modérée comme les catégories 4, maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90), la catégorie 5, troubles mentaux et du comportement (F00-F99), la 9, maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99), la 11, maladies de l'appareil digestif (K00-K93) et la catégorie 18, symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99). La catégorie avec la plus mauvaise concordance est la catégorie 10 concernant les pathologies respiratoires.

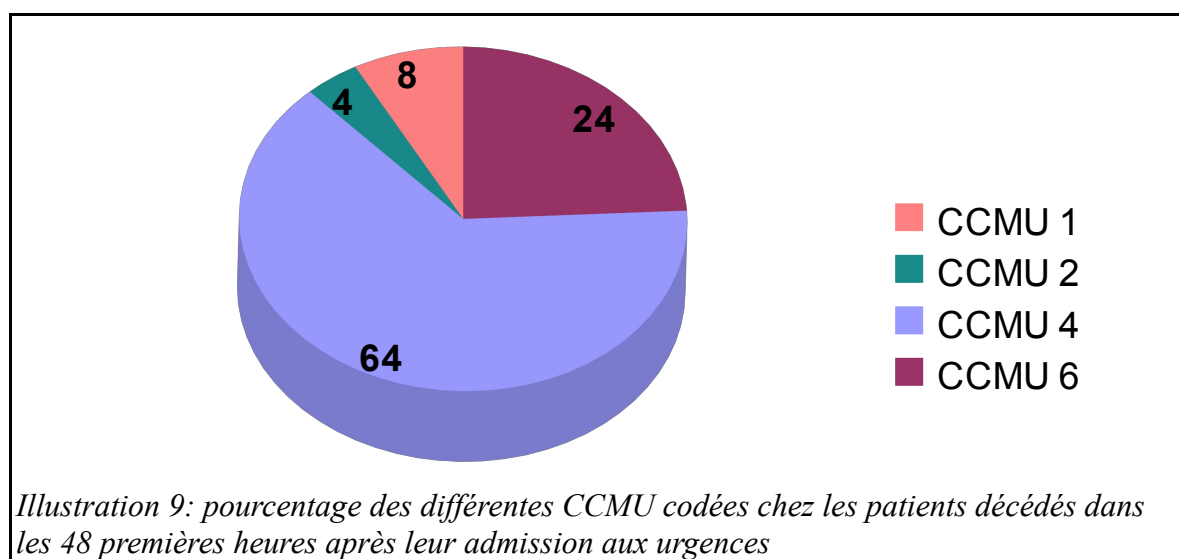
2.3. Les décès aux urgences

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés en tant qu'objectif secondaire aux patients décédés dans les 48 premières heures.

Nous retrouvons 25 cas de patients décédés aux urgences ou autres services dans les 48 premières heures après leur admission.

Pour cela, nous avons étudié, parmi ces patients décédés, la Classification Clinique des Malades des Urgences. Cette Classification permet de catégoriser les malades selon leur degré de gravité à l'arrivée aux urgences. Nous avons considéré qu'une CCMU $>$ ou $=$ à 4 était un bon critère pour juger de la sévérité de l'état clinique et donc d'un décès pouvant survenir. Une nouvelle variable est donc créée le décès est attendu si la CCMU est $>$ ou égale à 4.

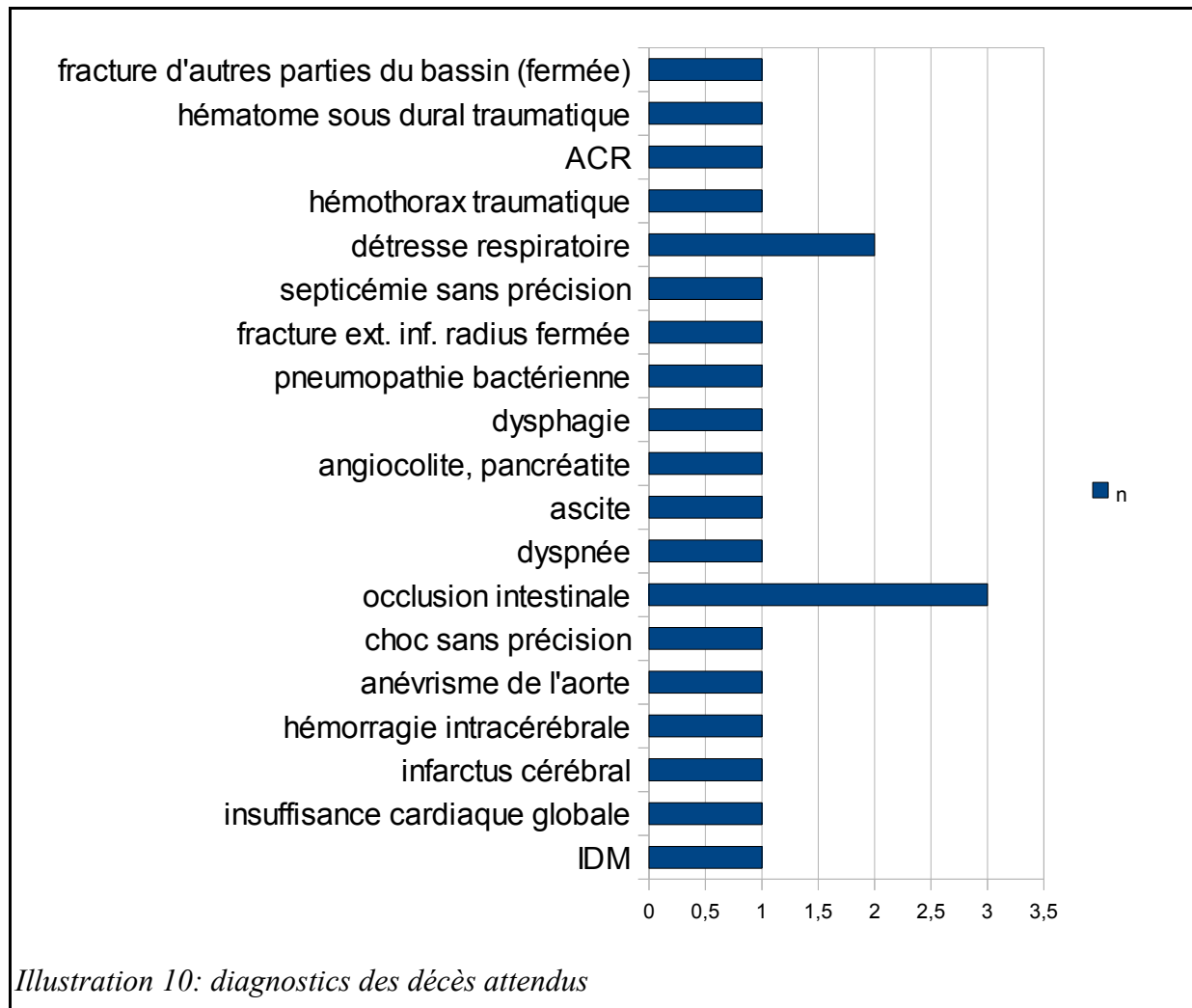
Parmi ces 25 cas, la répartition de la classification CCMU est variable : 6 ont été classés CCMU 6 , 16 CCMU 4, 1 CCMU 2, et 2 CCMU 1 avec une GEMSA D signifiant le décès à l'arrivée aux urgences.



Dans le cas de CCMU 2, nous retrouvons comme diagnostics posés aux urgences : insuffisance cardiaque gauche OAP compliquée d'une insuffisance cardiaque globale. La GEMSA était quand à elle de 2 ce qui correspond à un patient non convoqué, sortant après consultation ou soins (petite chirurgie, consultation médicale,..). Nous pouvons considérer ce cas comme une erreur de codage. Nous ne pouvons donc pas conclure pour ce cas là, d'un décès attendu ou non.

Dans les deux cas de CCMU 1, la GEMSA est codée en Décès à l'arrivée. Le premier cas est décédé avant l'arrivée aux urgences et le deuxième cas est un décès sur une détresse respiratoire avec arrêt cardiaque aux urgences.

Nous pouvons dire que 22 patients sur 25 (88%) avaient un décès attendu dans les 48 premières heures en se basant sur la CCMU. Les différents diagnostics à la prise en charge sont les suivants :



La moyenne d'âge des patients décès est de 71 ans avec des extrêmes allant de 44 ans à 90 ans et 6 patients avaient moins de 65 ans. Le sexe ratio est de 1 avec 13 femmes et 12 hommes.

Les différents patients décédés ont été pris en charge par l'interne (11 cas), le sénior (7 cas) ou le réanimateur (7 cas). La majorité des CCMU 4 ont été pris en charge par l'interne avec un cas de CCMU 2. Les réanimateurs ont pris en charge les 6 cas CCMU 6 et un cas de CCMU 5. Les séniors ont pris en charge

les deux cas CCMU 1 et GEMSA D et le reste des CCMU 4 et 5. 68% des décès sont survenus en période de garde contre 32% en période ouvrable.

3. DISCUSSION

3.1. La pertinence des diagnostics

Nous retrouvons dans notre étude une pertinence objective, basée sur les codes de la CIM-10, de 49%. A cela, viennent plusieurs réflexions.

La CIM-10 fait appel à une liste de diagnostics nombreux et complexes. Ils sont pour la plupart très précis sur la pathologie, mais aussi sur la localisation, le type et autres caractéristiques. Ce codage est donc opérateur dépendant mais aussi le type de codage sera différent d'un service à un autre.

De plus, dans le service des urgences, le patient n'est que de passage et la finalité d'un diagnostic précis n'est pas prioritaire. Il ne bénéficie, en plus, pas toujours d'examens complémentaires aidant aux diagnostics précis car ceux ci peuvent ne pas paraître urgents et leur accessibilité n'est pas toujours facilitée. C'est donc pour cela que dans de nombreux cas, les diagnostics symptomatiques sont préférés aux diagnostics étiologiques dans le service des urgences. Ces diagnostics symptomatiques sont donc par la suite affinés dans les services à l'aide notamment des examens complémentaires mais aussi avec l'évolution du patient.

Cependant, nous observons dans l'étude, que les patients ayant bénéficié d'examens complémentaires aux urgences ne présentent pas le meilleur pourcentage de pertinence diagnostic (PMSI ou médical) au contraire et cela de manière significative. Ceci peut s'expliquer par le fait que les examens d'imagerie aux urgences sont réalisés dans un but d'élimination de diagnostics différentiels relevant de l'urgence et par toujours dans un but diagnostic pur. En effet si nous prenons l'exemple des accidents vasculaires cérébraux, nous nous rendons compte que l'imagerie la plus fréquemment réalisée est le TDM

cérébral afin d'éliminer un saignement. Ce saignement, si il est éliminé, ne permet pas de définir le code exact du diagnostic qui va être posé aux urgences. Par la suite, en hospitalisation, des imageries à distance ou plus adaptées à la pathologie vont pouvoir être effectuées ce qui amène à un diagnostic de sortie d'hospitalisation plus précis et donc à une non pertinence dans notre étude.

Il faut tout de même préciser que les diagnostics principaux de la CIM-10 servant au PMSI doivent être les diagnostics motivant l'arrivée à l'hôpital du patient. Dans cette étude, nous constatons qu'un certain nombre de diagnostics principaux codés aux urgences se retrouvent en diagnostics associés en sortie d'hospitalisation. Cela représente 16% des diagnostics non pertinents. Il existe probablement des difficultés afin de déterminer la nature principale du diagnostic chez les patients polyopathologiques. En effet, les patients polyopathologiques présentent, dès leur arrivée, des décompensations de leur pathologie avec souvent des causes intriquées. Un diabétique connu insulino-dépendant peut arriver aux urgences avec un tableau de décompensation acido-cétosique. Celui-ci sera donc codé comme tel. Lors de l'hospitalisation une infection pulmonaire sera découverte et deviendra le diagnostic principal et le diabète insulino-dépendant sera alors mis en diagnostic associé. Cette confusion diagnostic principal-secondaire entraîne des biais évidents pour notre étude.

En étudiant une pertinence plus subjective, nous retrouvons un pourcentage plus élevé par rapport à la pertinence du codage objectif : celle ci est de 69%.

Dans ces 69%, nous avons inclus les diagnostics symptomatiques évoluant en diagnostics étiologiques au cours de l'hospitalisation, ainsi que les diagnostics devenus plus précis comme l'exemple des pneumopathies. Cette différence signifie que la variabilité de la classification est présente et ne peut être ignorée.

Les 31% restants qui ne sont ni pertinents en terme de PMSI ni en terme médical révèlent d'une lacune d'apprentissage de cette classification. Des réunions d'information sur le codage CIM-10 et même sur la CCMU ou la GEMSA doivent être renforcée afin de permettre une facilité, une rapidité et une meilleure compréhension de cette valorisation. En effet, en méconnaissant la classification, le temps de codage est allongé et amène à des erreurs ou des imperfections.

Tout de même en regardant de plus près les 31% de non pertinence, nous nous sommes aperçus qu'aucun diagnostic n'était erroné mais qu'il existait des maladresses de codage.

A ces différents codes de PMSI s'applique une tarification à l'acte différente, ce qui amène une différence budgétaire. Une étude complémentaire pourrait avoir lieu afin d'estimer si cette différence joue réellement de manière significative sur la tarification à l'acte.

A travers cette étude, nous pouvons nous rendre compte que d'une manière ou d'une autre, les codes de la CIM-10 amènent à une subjectivité inter-individuelle en fonction du patient, de sa pathologie initiale aux urgences, de ses pathologies ou non associées et de notre interprétation du code. Cette interprétation du code se retrouve dans la différence de pourcentage entre la pertinence PMSI et la pertinence médicale.

En ce qui concerne les catégories de la CIM-10 les plus concordantes, les pathologies traumatiques et empoisonnements présentent un Kappa de bonne qualité. En effet, les pathologies traumatiques sont nombreuses aux urgences et le diagnostic est souvent effectué aux urgences avant que les patients soient hospitalisés. Au contraire, les pathologies respiratoires demandent souvent un temps d'hospitalisation avant de déterminer le diagnostic précis. Dans les dossiers, nous retrouvons souvent des diagnostics de bronchite sans précision aux urgences qui deviennent par la suite des diagnostics de pneumopathies au décours de l'hospitalisation. En effet, la présence d'un foyer infectieux pulmonaire met plusieurs jours à parler que ce soit en clinique ou en imagerie radiographique ce qui est souvent source d'erreur.

L'évolution de la maladie et le délai d'arrivée du patient après les premiers symptômes jouent un rôle non négligeable dans l'orientation diagnostique de celui-ci. Cependant, ces deux variables sont difficiles à prendre en compte dans une étude.

3.2. Les décès aux urgences

D'après une étude sortie en Mars 2005 s'intitulant « la mort aux urgences » [34], les résultats montraient que sur une période de 3 ans, les décès aux urgences représentaient 0,20 % de l'activité clinique du service des urgences du CHR de Metz, avec une moyenne d'âge de 72 ans. Cependant, leur calcul du pourcentage a été effectué sur le nombre total de décès survenue en service hospitalier. En effet, on retrouve plus de décès qui surviennent en service hospitalier qu'aux urgences.

Sur notre période d'étude, nous retrouvons un pourcentage à 2,3% soit 25 patients sur 1101 patients au total. La moyenne d'âge de notre étude est de 72 ans. Au vue des résultats, la majorité des patients avaient plus de 70 ans (19 au total). Ceci pose le problème de la fin de vie aux urgences des personnes âgés. La plupart des patients décédés présentaient des pathologies graves qui mettaient en jeu leur pronostic vital. Aucun décès n'est survenu de manière fortuite mais le nombre de patients est faible. Cependant durant le mois de mars 2011, les décès survenus au décours des 48 premières après leur passage aux urgences étaient attendus devant leur gravité à leur arrivée avec pour 22 patients une CCMU > ou = à 4. Ce faible nombre peut notamment venir du fait que la plupart des patients chroniques en fin de vie bénéficie d'une entrée directe dans les services que ce soit en oncologie ou en soins palliatifs. Nous n'avons pas retrouvé, dans notre étude, de pathologies chronique notamment oncologiques. La totalité des diagnostics retrouvés étaient ceux de pathologies aiguës graves et notamment digestives. Une étude prospective sur plusieurs mois, en étudiant comme objectif principal les décès et notamment les fins de vies, serait complémentaire et nécessaire afin de mieux analyser les résultats. Notre étude ne représente qu'un seul mois sur une année et devrait être étendu à au moins une année entière afin d'en améliorer la puissance.

CONCLUSION

La pertinence diagnostique dans cette étude montre que celle-ci peut être appréhendée de deux manières : Une manière objective basée sur la concordance à partir des codes de la CIM-10 et d'une manière plus subjective, plus clinique et donc plus médicale. Le pourcentage de pertinence à partir des codes uniquement est de 49% ce qui est correcte au vue de la diversification des codes variés de la CIM-10. Ce résultat peut être amélioré du fait que les diagnostics symptomatiques, représentant plus de 10% des codes aux urgences, ne sont en général pas repris dans le codage d'hospitalisation. De plus, certains codes sont différents pour une même pathologie médicale notamment les pneumopathies. Nous avons donc regroupé ces codes que nous trouvions tout de même pertinents et nous observons un résultats de 69% ce qui est très satisfaisant.

De plus, à travers cette étude, nous nous rendons compte que 85% des patients des urgences présentaient une orientation dans des services adaptés. Ainsi, nous pouvons nous demander si l'objectif d'un diagnostic précis aux urgences n'est pas source d'erreur quand il ne s'impose pas dans le cadre de l'urgence.

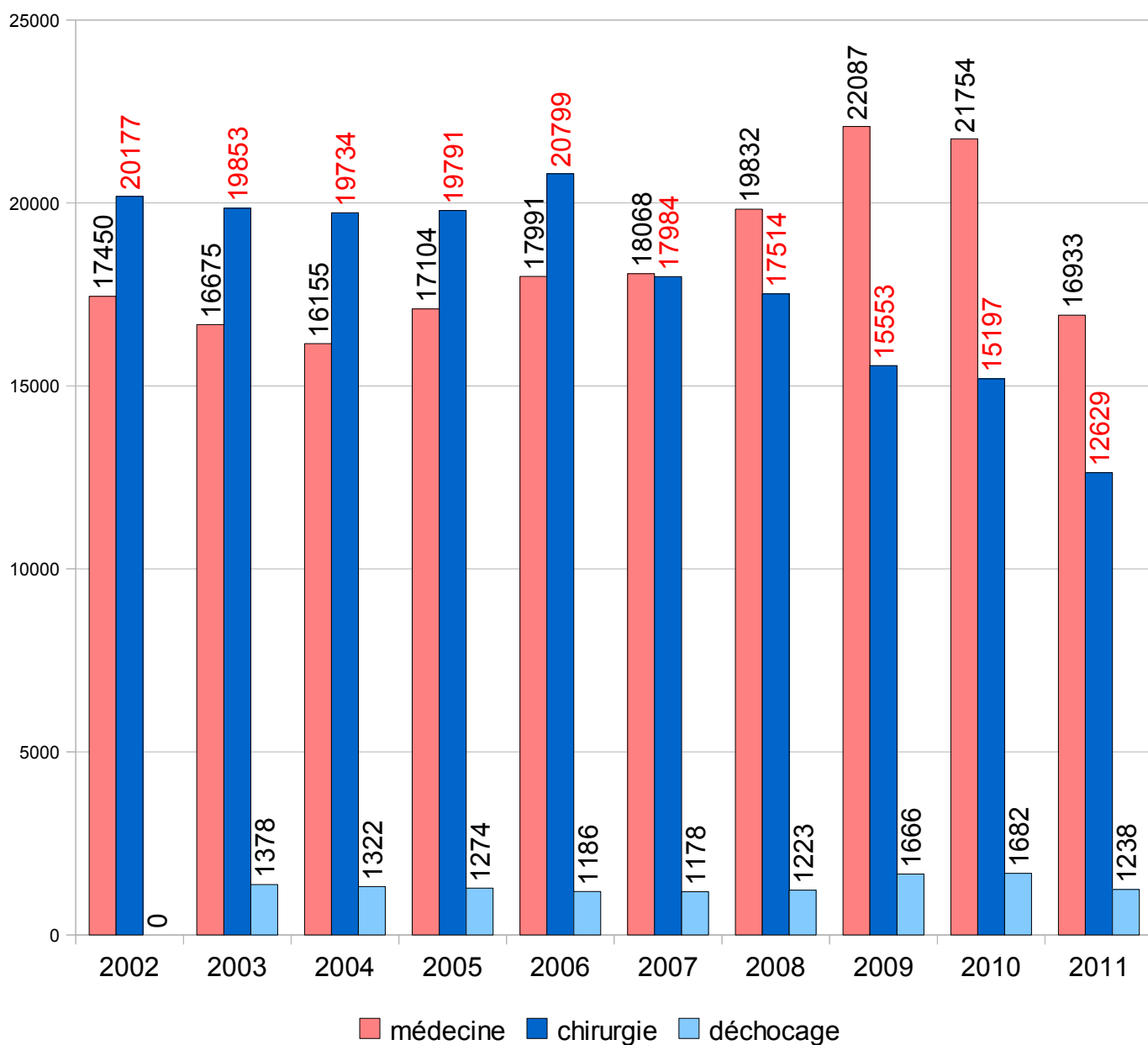
Certaines variables ont été étudiées afin d'améliorer cette pertinence mais aucune ne met en évidence une réelle implication.

Les urgences sont donc des services où le codage doit être bien connu afin de ne pas perdre un temps de codage inutile dans l'intérêt du patient et qui ne préjuge pas de son orientation. Cependant, celui-ci doit tout de même être assez informatif sur sa pathologie et ses diagnostics associés afin de respecter les règles de la PMSI et de la Tarification à l'activité. Il doit pour cela être mis en place des réunions d'information sur l'intérêt de ce codage tant sur le plan médical du patient, afin qu'il soit bien orienté, que sur le plan administratif afin d'optimiser le budget.

ANNEXES

Annexe 1 : Service des Urgences – Nombre total de passages par activité au 10/05/2011.

Service des urgences nombre total de passages par activité au 10/05/11



BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE

- 1 Organisation de l'aval des urgences : état des lieux et proposition
- 2 Référentiel SFMU : critères d'évaluation des structures d'accueil des urgences
- 3 Activité des structures d'urgence en Limousin : rapport annuel 2008
- 4 Révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire
- 11 décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (JO du 15 avril 2004).
- 12 HAS/Service évaluation des pratiques/Version 0 – octobre 2006
- 13 Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Art.16]
- 14 Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé
- 15 Décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
- 16 Décret 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement (CSP Art. R 6144-1)

- 17 CSP Art. D4133-25
- 18 B. Bally et al., « Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : nouvelle obligation législative ou démarche d'amélioration continue de la qualité des soins ? », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 25, n^o. 3 (mars 2006): 356-361.
- 19 Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé : principes généraux. Anaes, mai 2000.
- 5 Circulaire n^oDHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
- 6 L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions d'après un groupe de travail constitué à l'initiative de la SFMU
- 7 M. Andronikof et A. Thalmann, « Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste: Évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés », *La Presse Médicale* 34, n^o. 12 (juillet 2005): 847-850.
- 8 Geneviève Derame et al., « Les passages non justifiés au service d'accueil urgences: Proposition d'une offre de soins différenciée », *La Presse Médicale* 33, n^o. 12 (juillet 2004): 780-783.
- 9 C. Billault et al., « 096 Le service des urgences : un lieu de passage « obligé » pour mourir à l'hôpital ? », *Journal Européen des Urgences* 17, n^o. 1 (mars 2004): 41.
- 10 Plan Urgence

- 20 P.Lestavel et N.Smaiti, « Thésaurus de médecine d'urgence : mode d'emploi », SFMU et Commission d'Évaluation.(avril 2000)
- 21 V. Fourestié et al., « Classification clinique des malades des urgences : Définition et reproductibilité: Association Pour La Recherche Aux Urgences », *Réanimation Urgences* 3, n°. 5 (1994): 573-578.
- 22 B. Tardy et A. Viallon, « Fin de vie aux urgences », *Réanimation* 14, n°. 8 (décembre 2005): 680-685.
- 23 Olsen JC, Bueneffe ML, Falco WD. Death in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1998; 31: 758-65.
- 24 Cummings P. Cause of death in an emergency department. *Am J Emerg Med* 1990; 8: 379-84.
- 25 Philippe Le Conte et al., « Décès survenus dans un service d'accueil et d'urgence: Analyse rétrospective sur une période de 3 mois », *La Presse Médicale* 34, n°. 8 (avril 2005): 566-568.
- 26 Andrian J. Où meurt-on en France aujourd'hui ? *Rev Prat* 1996; 351: 17-20.
- 27 http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/09/conseils_de__codage_cim.pdf
- 28 Circulaire N°195/DHOS// du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

- 29 L'hôpital expliqué : son organisation, son fonctionnement. Édition 2011. p.33-34
- 30 P Moine et al., « Exhaustivité des résumés d'unité médicale adressés aux départements d'information médicale », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 23, n^o. 1 (février 2004): 15-20.
- 31 S. Nguyen et al., « Bactériémies et Programme de médicalisation des systèmes d'information : valorisation financière de l'infectiologie à l'hôpital », *Médecine et Maladies Infectieuses* 41, n^o. 7 (juillet 2011): 384-389.
- 32 http://www.spieao.uhp-nancy.fr/~kohler/pmsi/pmsi_mco.htm
- 33 http://www.chu-limoges.fr/IMG/pdf/chiffres_cles-3.pdf
- 34 C. Rothmann et D. Evrard, « La mort aux urgences », *Journal Européen des Urgences* 18, n^o. 1 (mars 2005): 3-9.
- 1.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	6
PRÉSENTATION DU CONTEXTE :	7
1. L'ORGANISATION DES URGENCES.....	7
1.1. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire.....	7
1.1.1. Généralités :.....	7
1.1.2. Passage de SROS I au SROS II.....	8
1.1.3. Passage des SROS II au SROS III : [5].....	9
1.2. Organisation de l'aval des urgences	10
1.2.1. La place de la gériatrie aux urgences.....	10
1.2.1.1. Équipes mobiles gériatriques.....	10
1.2.1.2. Les unités de gériatrie aiguë.....	10
1.2.2. La place de la médecine Polyvalente.....	10
1.2.3. Dispositifs d'hospitalisation et de mutation des malades des urgences dans l'établissement	11
1.2.3.1. Transfert des patients dans un service approprié.....	12
1.2.3.2. Les hébergements.....	12
1.2.3.3. La réquisition des lits.....	13
1.2.3.4. Les lits supplémentaires.....	13
1.2.4. Implication des spécialités dans l'organisation du contournement de l'accueil.....	13
2. ORGANISATIONS DU CHU DE LIMOGES ET DES URGENCES DE LIMOGES	14
2.1. CHU de Limoges	14

2.1.1. Personnel médical :	15
2.1.2. Personnel non médical :	15
2.1.3. Consultations et hospitalisations :	15
2.1.4. Les blocs opératoires :	16
2.1.5. Service Imagerie : scanner, IRM :	16
2.2. Service des Urgences Adultes.....	16
2.2.1. Généralités.....	16
2.2.2. Organisation	17
2.2.2.1. Les pôles d'activité.....	17
2.2.2.2. Service d'accueil et d'urgence Adulte.....	18
2.2.2.2.1. Circuit ambulatoire :	18
2.2.2.2.2. Circuit hospitalisation :	19
2.2.2.2.3. Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.....	19
2.2.2.3. SAMU/ SMUR	19
2.2.2.4. La polyclinique médicale	20
2.2.2.5. Le service de Post-Urgence Gériatrique	20
3. DÉMARCHE D'ÉVALUATION	21
3.1. Évaluation au sein des urgences	21
3.1.1. Critères d'évaluation des structures d'accueil des urgences : référentiel SFMU.....	21
3.1.2. L'Observatoire Régional des Urgences du Limousin.....	22
3.2. Évaluation des pratiques professionnelles.....	23
3.2.1. Les médecins	24
3.2.2. La commission médicale d'établissement (CME).....	24
3.2.3. Utilisation de références scientifiques validées : médecine fondée sur les preuves [18].....	25
4. LE DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE.....	25

4.1. Généralités.....	25
4.2. Les missions	26
4.3. Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)	26
4.3.1. Le résumé de sortie standardisé	27
4.3.2. Résumé d'unité médicale	28
4.3.3. Le groupe homogène de malades (GHM).....	29
5. THÉSAURUS DE MÉDECINE D'URGENCE	30
5.1. Codage thésaurus.....	30
5.1.1. Objectifs.....	30
5.1.1.1. Finalité du codage diagnostique.....	30
5.1.1.2. Reproductibilité du codage.....	30
5.1.1.3. Ergonomie	31
5.1.2. Architecture.....	31
5.1.2.1. Thésaurus principal.....	32
5.1.2.2. Thésaurus complémentaire.....	32
5.1.2.3. Classification internationale des maladies.....	32
5.2. Autres codages.....	35
5.2.1. CCMU [21].....	36
5.2.2. Classification du groupe d'étude multicentrique des services d'accueil (GEMSA).....	37
6. CAS PARTICULIERS DES DÉCÈS AUX URGENCES.....	38
NOTRE ÉTUDE.....	39
1. MÉTHODOLOGIE.....	39
1.1. But, objectifs.....	39
1.2. Matériel et méthode	39
2. RÉSULTATS.....	42

2.1. Description de la population.....	42
2.1.1. Âge	42
2.1.2. Sexe.....	44
2.1.3. La durée de passage aux urgences.....	44
2.1.4. Les motifs d'admission	44
2.1.5. Heure de la prise en charge.....	47
2.1.6. Type de pathologie.....	48
2.2. La pertinence des diagnostics aux urgences :	49
2.2.1. Pertinence PMSI	50
2.2.2. Pertinence Médicale	51
2.2.3. Analyse de la pertinence PMSI et médicale en fonction de différentes variables.....	52
2.2.3.1. En fonction du grade de la personne qui code.....	52
2.2.3.2. Pertinence en fonction de la réalisation ou non d'une imagerie durant le passage aux urgences	54
2.2.3.3. Pertinence PMSI en fonction du service d'hospitalisation....	54
2.2.3.4. Concordance diagnostique entre les différentes catégories de la CIM-10.....	55
2.3. Les décès aux urgences	56
3. DISCUSSION.....	58
3.1. La pertinence des diagnostics.....	58
3.2. Les décès aux urgences	61
CONCLUSION.....	62
ANNEXES.....	63
BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE.....	64
TABLE DES MATIÈRES.....	68
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	72
TABLE DES TABLEAUX.....	73



TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1: structure de la CIM 10.....	33
Illustration 2: répartition des patients en fonction de leur âge.....	43
Illustration 3: répartition homme/femme en fonction des tranches d'âge.....	44
Illustration 4: les motifs d'hospitalisation les plus fréquents.....	46
Illustration 5: répartition des patients en fonction des tranches horaires.....	47
Illustration 6: répartition des différents groupes de pathologies.....	48
Illustration 7: Pertinence des diagnostics par rapport aux codes du PMSI.....	50
Illustration 8: répartition des diagnostics non pertinents au niveau médical en pourcentage	52
Illustration 9: pourcentage des différentes CCMU codées chez les patients décédés dans les 48 premières heures après leur admission aux urgences....	56
Illustration 10: diagnostics des décès attendus.....	57

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: classification du groupe d'étude multicentrique des services d'accueil.....	37
Tableau 2: répartition des patients en fonction de leur tranche d'âge.....	43
Tableau 3: répartition des patients selon la personne qui le prend en charge en fonction de la pertinence PMSI.....	54
Tableau 4: répartition des patients selon la personne qui le prend en charge en fonction de la pertinence médicale.....	54

LEXIQUE

UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil, de traitement, et d'Orientation des Urgences

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SDIS : Services Départementaux d'Incendie et de Secours

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (récemment devenue en 2010 la DGOS, direction générale de l'Offre de Soins)

EHPAD : Établissement d'hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

HAS : Haute Autorité de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Cfar : Collège français des Anesthésistes et Réanimateurs

Sfar : Société française d'Anesthésie et de Réanimation

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RÉSUMÉ

Introduction : L'objectif principal de notre étude a été d'étudier la pertinence des diagnostics posés aux urgences du CHU de Limoges en les comparant à ceux posés à la sortie d'hospitalisation du patient. Les urgences du CHU de Limoges comptent 38633 passages dont 42% d'hospitalisation. De plus depuis la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, les médecins sont dans l'obligation de réaliser des évaluation des pratiques professionnelles. En 2005, le PMSI est utilisé pour la tarification à l'activité, la T2A, nouveau système de rémunération des hôpitaux basé sur l'activité, nous nous sommes intéressés à cette pertinence des codages CIM-10 du PMSI.

Matériels et méthodes : Notre étude est une étude prospective allant du 1er au 25 mars 2011, elle est descriptive et qualitative. Elle étudie la pertinence des diagnostics aux urgences en se basant sur le codage CIM-10 saisi sur Urqual en le comparant à ceux de sortie d'hospitalisation saisi sur websanté. Elle regroupe 1118 patients. Nous avons alors classé cette pertinence en comparant les codes CIM-10 de la PMSI et nous retrouvons 49% de pertinence. En recherchant une pertinence plus médicale, nous avons retrouvé 69% de pertinence diagnostique. Les catégories CIM-10 entraînant une meilleure concordance diagnostique sont la catégories 19 de la CIM-10 avec une concordance de bonne qualité.

L'objectif secondaire était d'étudier les patients décédés dans les 48 heures après leur passage aux urgences. Nous retrouvons 25 cas soit 2,3% des patients hospitalisés via les urgences. La plupart des décès étaient attendus avec une CCMU > ou = à 4 et dans 2 cas la CCMU était à 1 avec un GEMSA codée décès à l'arrivée. Cela représente donc 88% des ces décès.

Conclusion : cette étude montre une pertinence diagnostique assez satisfaisante qui peut être nuancée par la non pertinence de certains codes CIM-10 avec des tarifications différentes.

Mots clés : Diagnostic; Pertinence; Étude; décès