

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2012

THESE N°

PROFIL DE L'UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE
DUREE DE L' HOPITAL DE TULLE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2012

Par

Marie ARRESTIER

Née le 21 octobre 1981 à Tulle (Corrèze)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur Denis Valleix..... Président
Monsieur le Professeur Philippe Vignon Juge
Monsieur le Professeur Thierry Dantoine..... Juge
Monsieur le Professeur Daniel Buchon, Maître de conférences Juge
Madame le Docteur Françoise Beaujean-Sisti, Praticien Hospitalier..... Directrice de thèse

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASCESEURS Monsieur le Professeur Marc LASKAR

 Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU

 Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor CARDIOLOGIE

ACHARD Jean-Michel PHYSIOLOGIE

ADENIS Jean-Paul OPHTALMOLOGIE

ALAIN Sophie BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

ALDIGIER Jean-Claude NEPHROLOGIE

ARCHAMBEAUD Françoise MEDECINE INTERNE

ARNAUD Jean-Paul CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

AUBARD Yves GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

BEDANE Christophe DERMATOLOGIE-VENERELOGIE

BERTIN Philippe THERAPEUTIQUE

BESSEDE Jean-Pierre O.R.L.

BONNAUD François PNEUMOLOGIE

BONNETBLANC Jean-Marie DERMATOLOGIE-VENERELOGIE

BORDESSOULE Dominique HEMATOLOGIE

CHARISSOUX Jean-Louis CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

CLAVERE Pierre RADIOThERAPIE

CLEMENT Jean-Pierre PSYCHIATRIE D'ADULTES

COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE LA READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M.Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHART-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE

MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VIDAL Elisabeth	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VIROT Patrice	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse	PHYSIOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FUZIER Régis	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE	
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
P.R.A.G	
GAUTIER Sylvie	ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI TEMPS

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

A notre Président de thèse, le Professeur Denis Valleix,

Professeur d'Anatomie et de Chirurgie Générale, Doyen de la Faculté.

Monsieur, vous nous faites le très grand honneur de présider notre jury de thèse.

Vous nous avez accueillis avec la sympathie qui est la votre.

Votre enseignement de qualité a le mérite de graver les esprits,

Et nous vous assurons qu'il reste toujours pour nous un exemple.

Veillez trouver ici l'assurance de notre vive reconnaissance

et de nos remerciements les plus sincères.

A Monsieur Philippe Vignon,

Professeur de Réanimation Médicale à la Faculté de Médecine de Limoges

Monsieur, vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Nous vous remercions pour votre accueil et votre disponibilité.

Que ce travail soit le témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur Thierry Dantoine,

Professeur de Gériatrie et de biologie du vieillissement à la Faculté de Médecine de Limoges.

Monsieur, vous nous faites aujourd'hui l'honneur de juger notre travail.

Ayant travaillé à vos côtés, nous avons apprécié votre grande compétence.

Qu'il nous soit permis de vous remercier

et que cette thèse soit le témoignage de notre vive reconnaissance.

A Monsieur Daniel Buchon,

Professeur associé à la faculté de Médecine de Limoges.

Monsieur, vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Nous vous remercions pour votre accueil,

vos conseils avisés et votre disponibilité.

Que ce travail soit le témoignage de notre reconnaissance.

A Madame Françoise Beaujean,

Médecin et Praticien Hospitalier au centre hospitalier de Tulle.

Madame, vous fûtes la première à nous guider.

Votre rigueur scientifique et vos qualités humaines

ont suscité en nous l'envie de suivre votre exemple.

Qu'il nous soit permis de vous remercier

et que cette thèse soit le témoignage de notre vive reconnaissance.

A mes parents,

Merci pour votre affection et pour le réconfort que vous m'avez toujours apporté.

Vous avez toujours soutenu mes choix afin de me permettre de concrétiser mes rêves.

A mes sœurs Hélène et Anne,

Merci d'être toujours là pour votre petite sœur.

A Dimitri et Clovis,

Pour leur soutien et leur amour.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

INTRODUCTION

PARTIE 1 : UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE

1 Historique

2 Définition

- 2.1 C'est une unité d'hospitalisation
- 2.2 C'est une unité d'hospitalisation non conventionnelle
- 2.3 C'est une unité de surveillance

3 Les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

- 3.1 Critères d'admission selon quatre groupes
- 3.2 Critères de non admission

4 Aspect financier de l'UHCD

5 Les méthodes d'évaluation

PARTIE 2 : L'UHCD DE TULLE

1. Présentation générale du Centre Hospitalier de TULLE

- 1.1. Environnement géographique et démographique

- 1.2. Historique
- 1.3. Personnel
- 1.4. Capacité et équipement
- 1.5. Activité
- 1.6. Organisation en pôles
- 1.7. Les principaux partenaires de l'établissement

2. Le service des urgences

- 2.1. Généralités
- 2.2. Les locaux
- 2.3. Le personnel
- 2.4. L'organisation
- 2.5. La coordination et réseau de soins

3. l'UHCD de Tulle

- 3.1 Généralités
- 3.2 Les locaux
- 3.3 L'équipement
- 3.4 Le personnel
- 3.5 L'organisation
- 3.6 La charte de fonctionnement de l'UHCD
- 3.7 Le dossier patient
- 3.8 Les modalités de sortie

PARTIE 3 : ETUDE DU PROFIL DES PATIENTS A L'UHCD DE TULLE

1. Méthode

2. Moyens d'exploitation

3. Résultats descriptifs globaux

- 3.1 Nombre total de patients hospitalisés en UHCD
- 3.2 Répartition par sexe
- 3.3 Répartition par tranches d'âge
- 3.4 Répartition des admissions en fonction du jour de la semaine
- 3.5 Répartition des admissions en fonction de la tranche horaire
- 3.6 Durée moyenne de séjour
- 3.7 Pathologies rencontrées : top10
- 3.8 Répartition selon les groupes SFMU
- 3.9 Répartition selon le mode de sortie

4. Comparaison des résultats avec l'activité des urgences

- 4.1 Nombre d'hospitalisations par rapport au nombre d'entrées
- 4.2 Corrélation avec le jour de la semaine
- 4.3 Corrélation avec la tranche horaire
- 4.4 Corrélation avec la tranche d'âge

5. Résultats comparatifs

- 5.1 DMS selon le jour de la semaine
- 5.2 Relation entre DMS et horaires d'admission
- 5.3 Relation entre DMS et groupes SFMU
- 5.4 DMS selon la Pathologie en cause
- 5.5 Influence de l'âge sur la DMS
- 5.6 Relation âge et mois d'hospitalisation
- 5.7 Relation entre l'âge et les groupes SFMU
- 5.8 Relation entre l'âge et l'horaire d'admission
- 5.9 Relation entre l'âge et la pathologie en cause

- 5.10 Orientation des patients selon la pathologie
- 5.11 Relation entre groupe SFMU et jour de la semaine
- 5.12 Relation entre groupes SFMU et horaire d'admission
- 5.13 Relation entre le groupe SFMU et la pathologie à l'entrée de l'UHCD

PARTIE 4 : DISCUSSION

1. L'UHCD est-elle en conformité avec les textes et recommandations ?

- 1.1 Les locaux
- 1.2 L'organisation
- 1.3 L'activité
- 1.4 La démarche assurance qualité

2. L'UHCD et le CH de Tulle

- 2.1 Nombre d'hospitalisations évitées en service de médecine traditionnelle
- 2.2 Bilan financier positif pour l'Hôpital de Tulle
- 2.3 Discussion de la méthode

3. L'UHCD de Tulle et les UHCD en Limousin

- 3.1 Organisation et fonctionnement
- 3.2 Nombre de passages en UHCD
- 3.3 Répartition par âge
- 3.4 DMS
- 3.5 Pathologies rencontrées
- 3.6 Orientation
- 3.7 Taux d'hospitalisation en UHCD à partir des urgences

4. L'UHCD de Tulle dans le réseau de soins : La relation avec le médecin généraliste

« Etude du devenir des patients retournant au domicile à la sortie de l'UHCD de Tulle. »

- 4.1 La méthode
- 4.2 Analyse critique de l'étude
- 4.3 Les critères recueillis
- 4.4 Les résultats
- 4.5 Evaluation et perspectives

5 L'UHCD de Tulle et les UHCD en France

CONCLUSION

Abréviations

ACEP : American College of Emergency Physicians

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

AS : Aide Soignant

BUCSI : Bâtiment Urgences Cardiologie Soins Intensifs

CE : Consultations Externes

CH : Centre Hospitalier

CIM10 : Classification Internationale des Maladies 10

CM24 : Catégorie Majeure n°24

CO : Monoxyde de carbone

CPR : Cardiologie Pathologies Respiratoires

ECG : Electrocardiogramme

DIM : Département d'Information Médicale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

GHS : Groupe Homogène de Séjour

GHM : Groupe Homogène de Malades

HME : Hôpital Mère Enfant

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

LATA : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MSA Mutualité Sociale Agricole

OH: Alcool

ORL: Oto Rhino Laryngologie

ORULIM : Observatoire Régional des Urgences du Limousin

OU : Observation Units

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PsyO : Psychiatrie Ouverte

RAD : Retour A Domicile

RSS : Résumé de Sortie Standardisé

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SCAM : Sortie Contre Avis Médical

SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation

SOC : Secteurs d'Observation Courte

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TC : Traumatisme Crânien

UAPSD (ou service passerelle) : Unité d'Accueil pour Personne en Situation de Détresse

UF : Unité Fonctionnelle

UHCD : Unité d'hospitalisation de Courte Durée

USIP : Unité Soins Intensifs Polyvalents

VSAB : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Blessés

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

INTRODUCTION

Cette étude épidémiologique, descriptive, transversale ou « cross sectional survey » a pour but d'étudier à un moment donné le profil des patients passant à l'UHCD, donnant ainsi une **image instantanée d'une situation épidémiologique** au sein du centre hospitalier de Tulle.

Il s'agit d'une enquête exhaustive, concernant l'ensemble des patients admis à l'UHCD de Tulle sur une période courte de 6 mois.

Ce travail permet de faire l'analyse *modus vivendi* d'une unité telle que l'UHCD de Tulle, avec un relevé sur 6 mois d'un nombre de patients suffisant, permettant l'établissement de données statistiques représentatives. Grâce à la participation de l'ORU Lim, nous avons pu obtenir les données des autres UHCD du Limousin pour le premier semestre 2012, afin de réaliser une analyse comparative sur un plan régional.

Enfin, après avoir contacté les médecins généralistes de Corrèze, nous avons pu analyser le devenir des sujets, retournant directement à leur domicile à la sortie de l'UHCD, et conclure sur l'intérêt primordial d'une meilleure coordination entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

PARTIE 1 : UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE

1- Historique

Les UHCD se définissent en France comme faisant partie intégrante des services d'urgence depuis 1991[1].

Un décret [2] a remplacé l'appellation UHCD par l'appellation « zone de surveillance de très courte durée ». Cette appellation est limitative car elle ne souligne pas le caractère indiscutable d'unité d'hospitalisation de ces entités et ne reflète pas l'ensemble de leurs fonctions. Cette dénomination risque d'entraîner une confusion avec le secteur de déchoquage de l'unité d'accueil des urgences. L'appellation UHCD doit donc être préférée.

En 2004, en France, environ 53 % des services d'urgences disposent d'une UHCD [3]. Nous ne disposons pas en 2012 de données précises mais le développement de ces unités est remarquable depuis ces 5 dernières années.

Un peu d'histoire [4] : Aux Etats unis, dès le début des années 80, ces unités appelées « Observation-Units » sont mises en place afin de trouver une alternative au problème de l'urgentiste souvent confronté à la situation où le diagnostic est incertain chez un patient jugé « trop malade pour sortir mais pas assez pour être hospitalisé ».

Dans une optique de réduction des dépenses de santé, ces Observation Units (OU) peuvent prendre en charge sur le plan diagnostic et thérapeutique un grand nombre de patients hospitalisés en moins de 24 heures et qui, pour cette raison, ne sont pas réellement pris en compte dans l'activité des services conventionnels.

1988 : L'American College of Emergency Physicians [5](ACEP : [http : //www.acep.org](http://www.acep.org)) édite les premières règles de ces OU.

1989 : Les OU sont reconnues et définies par la Health Care Finance Administration.

1991 : L'ACEP développe une section dédiée à la médecine d'Urgence.

1993 : Le premier guide sur la gestion des OU est publié avec des mises à jour annuelles.

1997 : Première conférence annuelle sur la Médecine d'Observation.

Il existe aux Etats Unis 3 types d'Unités souvent mélangées dans une même zone (« Hybrid Unit ») :

- *Emergency Department Observation Units : les patients sont évalués afin de décider de la pertinence d'une hospitalisation.*
- *Observation Status Bed : les patients sont pris en charge dans un service traditionnel, évalués, traités pendant 24/48h avant toute prise de décision et d'orientation.*
- *Holding Units : les patients sont en attente d'une admission en service traditionnel ou au bloc opératoire sans limitation de durée.*

En France, ces unités d'hospitalisation existent depuis un peu moins longtemps mais leur fonctionnement s'inspire du modèle américain avec un système moins réglementé et précis qu'Outre-Atlantique.

Ces secteurs nommés également « lits portes » répondent aux mêmes besoins pour les urgentistes des centres hospitaliers français.

2- Définitions

2.1 – C'est une unité d'hospitalisation

Cela implique que le patient admis dans cette structure hospitalière va bénéficier de soins[1].

Cela sous entend qu'une structure d'intendance va s'articuler autour de l'activité de soins (repas, poste infirmier, poste de surveillance du monitoring, local utilitaire pour l'entretien...), identifiant donc l'UHCD comme une **unité fonctionnelle** sur l'organigramme de l'Hôpital.

2.2 - C'est une unité d'hospitalisation non conventionnelle

C'est-à-dire que la durée de séjour est de très courte durée, strictement limitée à 24 h maximum et qui ne se substitue à aucune autre hospitalisation traditionnelle (hospitalisation classique, hospitalisation en service de réanimation, en service intensif de cardiologie ou en service de soins continu) La durée du séjour des patients est limitée par un texte réglementaire afin de renouveler chaque jour sa capacité d'accueil.

L'UHCD est à concevoir comme une unité de soins à haute rentabilité diagnostique et thérapeutique.

2.3 – C'est une unité de surveillance

L'UHCD doit être différenciée de l'unité de réanimation ou de soins intensifs [6, 7]

C'est avant tout une unité d'observation continue, avec possibilité de monitoring de sécurité pour les patients à risque d'instabilité ou instables en attente de transfert.

« Pour des raisons liées à la structure hospitalière, à l'organisation des responsabilités médicales et une mutualisation des moyens au sens d'une entité centrée sur l'urgence et la réanimation, elle peut être en partie une unité de soins continus avec possibilité de monitoring pouvant dépasser 24 h par patient à risque d'instabilité nécessitant une densité de soins trop élevée pour permettre une hospitalisation ou le maintien dans une unité de soins classiques. [1] »

C'est une unité d'hospitalisation de courte durée, strictement limitée à 24 h maximum, qui ne se substitue ni à l'hospitalisation classique ni à l'hospitalisation en service de réanimation, de soins intensifs cardiologiques ou de soins continus.

Si le délai de 24 h venait à être dépassé, c'est au médecin de l'UHCD de rechercher le plus rapidement possible une autre prise en charge du patient avec l'aide si nécessaire de l'administration de garde.

Les patients admis en UHCD viennent exclusivement du service des urgences ; aucun transfert de service n'est possible et c'est le praticien exerçant au Service d'Accueil des Urgences (SAU) qui décide de l'hospitalisation d'un patient en UHCD.

Cette unité est sous la responsabilité du Chef de Service des Urgences [1]; le reste du personnel est sous la responsabilité du cadre infirmier des urgences.

3 Les recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence classent les patients admissibles en UHCD selon quatre groupes [6]

GROUPE 1 :

Patient devant *a priori*, au terme des 24 heures, retourner à domicile. Ce groupe concerne les patients pour lesquels l'évaluation à l'accueil laisse supposer qu'après une période de soins prolongée mais inférieure à 24 heures, l'évolution sera satisfaisante, autorisant une sortie de l'hôpital. Il intègre également les patients présentant des difficultés sociales ou médico-sociales. Les pathologies concernées sont, par exemple, les traumatismes crâniens de classe II de Masters, les réactions allergiques (type œdème de Quincke) ayant répondu au traitement, les asthmes modérés améliorés, les déshydratations, les crises de paludisme sans atteinte neurologique, les hyperglycémies sans acidose, les convulsions non compliquées, les crises d'angoisse, les infections non compliquées (pyélonéphrites, pneumopathies, ...)

GROUPE 2 :

Patient nécessitant, au terme de l'évaluation à l'accueil, une période d'observation afin de décider, dans les 24 heures, de son orientation : retour à domicile ou hospitalisation, lieu d'hospitalisation. Ce groupe concerne des patients pour lesquels les données cliniques et para-cliniques ne permettent pas initialement de prédire l'évolution ultérieure ou de décider de l'orientation. Le prototype en est la douleur de la fosse iliaque droite sans fièvre, ni élévation des globules blancs où une période d'observation permet au tableau clinique de s'enrichir des signes d'appendicite (hospitalisation en chirurgie), de colopathie inflammatoire (hospitalisation en gastroentérologie, voire en médecine) ou de les voir disparaître (retour à domicile). Ce groupe concerne également, par exemple, les douleurs thoraciques à faible risque d'insuffisance coronarienne aiguë, les douleurs abdominales stables sans diagnostic après évaluation initiale, les acidocétoses, les intoxications médicamenteuses en surveillance et en attente d'avis psychiatrique. C'est dans ce groupe que se trouveront les patients relevant des soins continus. Il peut donc être envisagé, selon les dispositions locales, de le subdiviser en deux sous-groupes afin d'identifier dès l'admission les patients requérant ces soins continus.

GROUPE 3 :

Patient nécessitant une hospitalisation, mais admis en UHCD en attente de place, avant son passage dans une unité d'hospitalisation conventionnelle, pour des raisons organisationnelles.

- Il est recommandé de préciser dans le règlement intérieur que la fonction première de l'UHCD est l'accueil des patients des groupes 1 et 2.
- Il est recommandé que le groupe 3 soit clairement défini dans le règlement intérieur comme étant une modalité de gestion décidée conjointement entre le service des urgences et les autres services hospitaliers qui doivent s'engager à accueillir ces patients dans des délais fixés à l'avance.
- Il est recommandé que les moyens liés à cette mission soient définis et attribués au service des urgences pour l'UHCD. Par exemple, si l'établissement décide que des patients en fin de vie y sont pris en charge ou qu'il ne doit pas y avoir d'hospitalisation dans les services conventionnels la nuit, l'UHCD doit avoir les moyens matériels et humains d'accueillir ces patients. Les modalités de leur mutation intra-hospitalière doivent être fixées à l'avance, par exemple, entre 7 heures 30 et 8 heures 30 le matin.
- Il est recommandé que les patients qui nécessitent une hospitalisation classique ne soient pas admis ou ne séjournent pas au delà des limites établies en UHCD pour des causes relevant d'un dysfonctionnement de la structure hospitalière : absence de place ou délai d'attente de place en unité conventionnelle dans l'établissement. Ceci reflète un dysfonctionnement en aval du service d'urgences qui devra faire l'objet d'une évaluation.

GROUPE 4 :

Patient admis administrativement mais non couché en UHCD. Ce groupe englobe l'ensemble des patients admis à l'accueil des urgences et pour lesquels un codage en consultation n'est pas concevable par défaut de valorisation d'activité. Il regroupe les patients gardés dans la partie accueil des urgences pour des raisons structurelles : attente prolongée d'exams complémentaires, d'avis spécialisé ou de transfert, absence d'UHCD, dépassement des capacités d'accueil de l'UHCD, ainsi que les patients nécessitant un recours important au plateau technique.

Le but de ce groupe 4 est de valoriser plus précisément une activité actuellement largement sous-cotée, en identifiant les patients qui génèrent une forte charge de soins. Dès lors, compter un passage à l'UHCD permet de valoriser correctement, par le biais du PMSI, le coût réel du passage.

Si un nouveau système de cotation des activités de l'accueil des urgences prenait en compte ces éléments d'activité, par exemple la classification en groupes de passage aux urgences (GPU) à

l'étude actuellement, ce groupe serait, par souci de transparence, amené à disparaître. Ce système de cotation des prises en charge existe et est appliqué à l'heure actuelle dans certains services d'urgences

La SFMU pose également des critères de non admission :

- Patients au diagnostic établi relevant dès l'accueil d'un service hospitalier.
- Patients relevant de la réanimation.
- Patients déjà hospitalisés (*sauf si nécessité de soins continus dans un établissement dépourvu de service de soins intensifs*).
- Patients en post opératoire.
- Patients « programmés » pour une hospitalisation directe.

4 Aspect financier de l'UHCD

Les prises en charge de moins d'une journée correspondent à des soins qui relèvent en principe de l'activité externe, mais peuvent donner lieu à facturation, sous certaines conditions. Il s'agit, par conséquent, d'actes à la frontière des soins externes et de l'hospitalisation.

La facturation d'un GHS [8] pour la prise en charge d'un patient de moins d'une journée ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée, répond à des critères précis, relatifs notamment à l'état de santé du patient.

Lorsqu'un patient est pris en charge dans une UHCD, et que cette prise en charge n'est pas suivie d'une hospitalisation dans le même établissement :

Un GHS peut être « facturé » **si l'état de santé de ce patient remplit, de manière cumulative, les conditions suivantes :**

- Il présente un caractère instable ou le diagnostic est incertain ;
- Il nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- Il rend nécessaire la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

Il peut s'agir des cas suivants (cf circulaire 2006/376 du 31 août 2006 puis INSTRUCTION N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010) :

- tentative de suicide médicamenteux,
- asthme sévère,
- douleurs abdominales aiguës n'ayant pas fait la preuve de leur origine,
- traumatisme crânien,
- diarrhée aiguë du nourrisson.

5 Les méthodes d'évaluation (ANNEXE 6 Bis)

Des indicateurs chiffrés annuels sont nécessaires afin d'évaluer le fonctionnement de l'UHCD :

- Nombre de patients admis
- Durée Moyenne de Séjour (DMS)
- Nombre et pourcentage de patients dépassant une DMS supérieure à 24 h et ceux restés moins de 3 h
- Descriptif de l'activité selon les quatre groupes en nombre et pourcentage
- Nombre et pourcentage de patients sous monitoring non invasif
- Nombre et pourcentage de gestes d'urgence vitale réalisés en UHCD (intubation/voie veineuse centrale...)
- Recueil et analyse des plaintes
- Nombre et pourcentage des différents diagnostics admis à l'UHCD
- Orientation des patients en nombre et en pourcentage :
 - Retour à domicile.
 - Décès (attendu ou non attendu).
 - Hospitalisation.
 - Transfert vers un autre centre hospitalier :
 - Par manque de place.
 - A la demande du patient.
 - En l'absence de service spécialisé.
 - Contrôle régulier des pratiques médicales avec :
 - Analyse du taux de discordances diagnostiques
 - Evaluation du dossier du patient.
 - Evaluation et mise à jour des protocoles.

PARTIE 2 : L'UHCD DE TULLE

1. Présentation générale du Centre Hospitalier de Tulle [9]

1.1 Environnement géographique et démographique :

Tulle en occitan *Tula* (la ville aux sept collines) est le chef lieu du département de la Corrèze dans la région du Limousin.

Ses habitants sont appelés Tullistes.

Tulle s'étire sur plus de 3 kilomètres dans l'étroite et tortueuse vallée de la Corrèze ; la ville étage ses vieux quartiers au flanc des collines dominant la rivière, tandis qu'émerge, au cœur de la cité, l'élégant clocher de pierre de la cathédrale Notre-Dame.

Selon l'estimation Insee de 2008, la Corrèze compte 242 500 habitants, soit un peu plus d'un tiers de la population du Limousin. Comme au niveau régional, la population augmente chaque année (+0,4 % entre 2007 et 2008). La densité est de 41 habitants au km². Si la ville de Tulle est le chef-lieu de la Corrèze, Brive compte trois fois plus d'habitants (50 231 habitants à Brive selon l'estimation 2007).

L'âge moyen de la population est de 44,5 ans.

Evolution démographique de la ville de Tulle :

Années	1793	1851	1901	1921	1936	1946	1975	1990	2012
Population	9 662	11 895	17 412	13 732	15 617	18 202	20 100	17 164	15 681

1.2 Historique :

La ville a construit sa renommée sur le développement de son industrie et de son artisanat ; elle est devenue une capitale de la dentelle, des armes (Manufacture d'Armes) et de l'accordéon (Entreprise Maugein).

Le Centre Hospitalier a connu plusieurs emplacements dans la ville de Tulle :

Au XIII^e siècle, « *l'Oustral d'aus paubres* » a pour nom Hôtel Dieu ; il est situé dans la rue de la Barrière.

Du XIV^e au XV^e siècle Notre Dame de l'hôpital (ou chapelle de la pauvreté) fût la Chapelle de l'Hôpital.

En décembre 1670, Louis XIV prescrit l'établissement d'un « Hôpital Général à Tulle ». A cette époque, un hôpital général était essentiellement destiné à renfermer les pauvres d'une ville. Selon l'expression de l'époque, c'était un hôpital de manufacture où ce qui était produit par les mendiants était vendu au dehors sans payer de droits (fabrication de cierges, atelier de bonneterie et de tissage de laine).

C'est ainsi qu'en 1674, l'hôpital franchit la Corrèze, il se dresse désormais route de Beaulieu, à proximité du pont de la Barrière, « presque en dehors de la ville », et on y accède par un grand chemin commençant au Pont de la Barrière. Il devient le nouvel hôpital général Sainte Croix de Tulle remplaçant ainsi l'Hôtel Dieu.

En 1690, les directeurs prennent l'initiative de faire construire une chapelle, dans le nouvel hôpital implanté en 1674 dans le couvent des religieuses bénédictines

L'hôtel Dieu est alors loué à des particuliers ce qui procure un petit revenu à l'Hôpital.

En 1743, on édifie la chapelle de l'hôpital pour les religieuses du couvent de la visitation.

En 1750, l'établissement principal qui peut accueillir 400 pauvres, sera détruit par le feu en 1775.

En Mai 1786, un bureau général conclut à l'impossibilité de laisser l'Hôpital dans son état suite à l'incendie. Il craint que les fours et les bûchers adossés aux bâtiments n'occasionnent de nouveaux malheurs. Un ingénieur de province Mr Perrier établit 2 projets : l'un consiste à l'édification de l'hôpital dans un lieu sain, l'autre de le construire au même endroit que le bâtiment

incendié. Malheureusement la monarchie déjà agonisante ne permet la concrétisation d'aucun projet.

En 1792, l'hôpital prend le relais des Visidandines sur le versant sud du Puy Saint-Clair, puis on décide de construire une nouvelle structure sur le site actuel de l'Hôpital, au centre de la ville.

Actuellement, le Centre Hospitalier de Tulle est implanté sur deux sites : l'un situé place du Docteur Maschat au centre de la ville, le second au Chandou à la sortie de la ville en direction de Limoges :

1965 : construction de la maison de retraite au centre de la ville.

1971 : construction du bâtiment principal du centre hospitalier de Tulle situé place Maschat, à côté de la maison de retraite.

1976 : construction de l'Institut de Formation aux Soins Infirmiers.

1978 : construction du centre de convalescence du Chandou, situé à la sortie de la ville en direction de Limoges.

1985 : édification du nouveau « plateau technique ».

1990 : construction de la nouvelle blanchisserie, à côté du Chandou.

2007 : déplacement de la maison de retraite au quartier des fontaines, à la place de la clinique Saint Damien.

2009 : édification du centre de rééducation fonctionnelle des Neuf Pierres, en face du Chandou.

2011 : création du Bâtiment Urgences Cardiologie Soins Intensifs (BUCSI).

1.3 Personnels

Le centre hospitalier de Tulle compte au total 941 salariés, répartis en quatre groupes :

- Personnel soignant et éducatif : 700 postes, dont 73 médecins et 16 internes.
- Personnel administratif : 98 postes.
- Personnel technique : 100 postes.
- Personnel médico-technique : 43 postes.

1.4 Capacité et équipement

Les possibilités d'hébergement ont baissé de 14.7% entre 1990 et 2000, soit une perte de 87 lits.

Entre 2000 et 2005, les possibilités d'hébergement ont diminué de 7%, au détriment de la chirurgie infantile et de la psychiatrie.

Services	2000	2005	2012
Cardiologie	30	34	40
Diabétologie	31	28	21
Gastro-entérologie	30	27	20
Rhumatologie	30	23	28
Pédiatrie	16	0	12
Néonatalogie	6	0	4
Médecine Gériatrique	10	15	20
MEDECINE	153	127	145
Chirurgie Viscérale	22	22	12
Chirurgie orthopédique	22	22	12
Chirurgie urologique	12	12	12
Spécialités			
Chirurgie infantile	4	4	2
Chirurgie ambulatoire	5	2	14
Chirurgie générale	5	5	4
CHIRURGIE	70	67	56
Gynécologie	16	15	10
Obstétrique	16	16	15
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	32	31	25
Soins intensifs cardiologie	4	4	5
Réanimation Polyvalente			6
Hospitalisation à Domicile			35
Psychiatrie			32
Accueil Familial Thérapeutique			
UAPSD	3	0	4
Moyen séjour	75	66	30
Rééducation fonctionnelle			30
Long séjour	50	46	53
Maison de retraite			127
TOTAL	590	549	548

Tableau 1 : Disponibilité des lits par service entre 2000 et 2012.

L'hôpital possède en 2012 une capacité d'accueil de 279 lits :

- 145 lits de médecine et 32 lits de psychiatrie.
- 66 lits de chirurgie et 15 lits en obstétrique.
- 5 lits en soins intensifs cardiologiques.
- 6 lits en USIP.
- 6 lits UHCD.
- 4 lits en UAPSD.
- Une pharmacie.
- Une salle de stérilisation.
- Un laboratoire d'analyses médicales et un laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie.
- Un service d'imagerie avec imagerie par Scanner fixe et IRM mobile 2 jours ½ par semaine.

1.5 Activité

- Naissances : 678 en 2000, 626 en 2005, 642 en 2011.
- Interventions chirurgicales : 3692 en 2000, 4437 en 2005, 4909 en 2011.
- Hospitalisations : 13107 en 2000, 12626 en 2005, 12561 en 2011.
- Nombre de consultations externes en 2011 : 102 897.

1.6 Organisation en « pôles »

L'hôpital est constitué actuellement de 5 pôles :

- Le pôle Urgences Médico-Technique (Urgences/Imagerie/Laboratoire/Pharmacie).
- Le pôle de Médecine (Médecine Interne/Diabétologie/Cardiologie/Réanimation).
- Le pôle de Chirurgie / Obstétrique (Chirurgie orthopédique/Chirurgie urologique/Chirurgie viscérale/Gastro-entérologie/Gynécologie/Maternité).
- La Psychiatrie.
- Les soins de suite et la Médecine Gériatrique (Rééducation Fonctionnelle /Médecine gériatrique/Hospitalisation à Domicile).

1.7 Les principaux partenaires de l'établissement

- L'Agence Régionale d'Hospitalisation (A.R.H.)
- La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.)
- La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.)
- Trésorerie Principale de Tulle
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.)

2. Le service des urgences (ANNEXE 4)

2.1 Généralités

L'intérêt de ce chapitre est de mieux connaître le Service d'Accueil des Urgences puisque les admissions des patients en UHCD se font exclusivement via le SAU.

Le Service d'Accueil des Urgences du centre hospitalier de Tulle a été créé en novembre 1976 avec un accès prévu initialement aux heures ouvrables uniquement.

La permanence de soins 24h/24h n'a été effective qu'en 1980.

Le service des urgences appartient au pôle Urgences Médico-Technique dont le chef de pôle est le responsable des urgences.

2.2 Les locaux

Situé au rez-de-chaussée du Bâtiment Urgences Cardiologie Soins Intensifs (BUCSI) et ouvert depuis juin 2011[10], le SAU a accueilli pour l'année 2011, 18 780 personnes ; soit une augmentation de 2% par rapport à l'activité de 2010.

La superficie est de 2180 m².

On y accède par une entrée distincte du reste de l'établissement avec un système de dépose minute pour les personnes valides. Pour les personnes non valides, un sas est dédié exclusivement aux véhicules d'urgence (SMUR – VSL – VSAB – ambulances).

On trouve à l'entrée du SAU une zone d'accueil pour enregistrer les patients et les évaluer, ainsi qu'une zone de transfert des patients couchés.

Il existe deux portes d'accès à la zone de soins dont les ouvertures sont strictement contrôlées par le service d'accueil, assurant ainsi une régulation des passages ainsi qu'une confidentialité au niveau des soins apportés aux urgences.

Le SAU possède 11 salles d'examen individuelles :

- 6 box identiques ;
- 2 box de consultation individuels par leur équipement et leur localisation ;
- 2 box de déchocage ;
- 1 box ophtalmo avec système de lampe à fente.

Le SAU possède également 1 salle de radiologie.

2.3 Le personnel des urgences :

L'effectif total est de 72 personnes :

- *2 cadres infirmiers : l'un rattaché au SMUR, le second rattaché à l'ensemble SAU / UHCD / UAPSD.*
- *19 IDE (dont 3 temps partiels).*
- *11 IADE qui sont également rattachés au bloc opératoire ainsi qu'au SMUR.*
- *12 AS (dont 2 à temps partiel).*
- *6 ambulanciers.*
- *4 ASH.*
- *4 agents d'accueil (dont 2 mi-temps thérapeutiques).*
- *2 secrétaires.*
- *11 médecins.*
- *1 assistante sociale qui intervient sur le SAU, l'UHCD, l'UAPSD, la PASS et d'autres services d'hospitalisations conventionnelles.*

2.4 L'organisation

L'organisation médicale :

- Un médecin référent SAU :

Il gère en lien avec l'IAO, les appels du centre 15 et ceux provenant des médecins libéraux annonçant des arrivées ; il coordonne le flux des patients au sein du SAU en adaptant la disponibilité des différentes salles d'examen, en fonction de l'arrivée des patients et de la gravité de leur pathologie.

Il assure enfin les consultations dites « ambulatoires ». Ses horaires sont 8h /13h30 ou 13h30/8h.

- Un médecin de consultations externes ou « circuit court » :

Il assure les consultations programmées ou non l'après midi de 14h à 18h au niveau du circuit court.

- Un médecin référent UHCD :

Il effectue la visite à l'UHCD le matin de 9h à 13h30 et son activité est totalement dédiée à l'UHCD sur cette plage horaire.

Le médecin d'UHCD le matin peut être médecin du circuit court l'après midi selon l'organisation du planning.

- Un médecin référent SMUR :

Il est disponible pour toutes interventions SMUR déclenchées par le centre de régulation 15 de 8h à 8h le lendemain.

Il peut également assurer selon sa disponibilité les consultations ambulatoires.

Un interne est présent de 8h à 18h30. La garde de l'interne débute à 18h30 jusqu'à 8h le lendemain matin.

L'organisation paramédicale :

Le personnel paramédical (sauf l'IADE) tourne sur l'ensemble des postes au sein du SAU et de l'UHCD.

- A partir de 8h, un infirmier est aux urgences et assure l'accueil, la surveillance et les soins dans les box et les deux déchocages jusqu'à 20h. L'IADE peut aider en cas d'affluence au SAU le matin mais reste rattaché à l'équipe SMUR en cas d'intervention.

- Un infirmier supplémentaire arrive en soutien du premier à partir de 9h30 et jusqu'à 21h30.
- Un infirmier dédié au seul circuit court arrive à 10h et gère les consultations programmées de contrôle ainsi que les consultations ambulatoires jusqu'à 18h.
- Il n'y a qu'un infirmier la nuit au sein du SAU de 20h à 8h.
- Un infirmier est dédié exclusivement à l'UHCD sur 2 plages horaires de 12h (8h/20h ; 20h/8h)
- Un aide soignant est présent de 8h à 20h et de 20h à 8h au sein du SAU.
- Une secrétaire d'accueil et un Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) gèrent les arrivées des patients en fonction de leur degré d'urgence.

La nuit, il n'y a pas de secrétaire d'accueil ni d'IAO (11h 19h); l'admission est enregistrée par l'infirmière de nuit.

Les patients sont orientés dans les salles d'examen ou sont mis en attente en fonction de la gravité de leurs pathologies.

- Salle de « tri » ou zone de transfert pour les patients couchés.
- Salle d'attente de soins ambulatoires pour les pathologies les moins urgentes.
- Les ASH tournent sur deux tranches horaires 7j/7j : l'après-midi et la nuit. Leur activité concerne l'entretien de l'ensemble du SAU, du SMUR, de l'UAPSD et de l'UHCD.

2.5 La coordination et le réseau de soins

Le SAU organise des transferts vers d'autres centres hospitaliers comportant des services de spécialités dont il est dépourvu :

- Le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges pour la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, l'ophtalmologie, la neurologie vasculaire.
- L'Hôpital Mère Enfant de Limoges pour la réanimation pédiatrique, la chirurgie pédiatrique et la maternité niveau 3.
- Le Centre Hospitalier de Brive la Gaillarde pour la Néphrologie, la chirurgie thoracique et vasculaire, la cardiologie interventionnelle ainsi que l'oncologie.

Le CH tulle travaille en collaboration avec le CH de Brive la Gaillarde pour les astreintes de nuit et de week-end :

Il existe une garde partagée pour certaines spécialités :

- ORL
- Gastro-entérologie
- Ophtalmologie

Par exemple, si un patient présente de violentes douleurs épigastriques un Samedi soir, il peut être placé sous surveillance la nuit en UHCD et bénéficier d'une fibroscopie dès le lendemain par le gastro-entérologue de garde qui peut être rattaché, soit au CH Tulle, soit au CH Brive selon le planning des astreintes.

Pour les soins de suite, il existe des structures de long et moyen séjour :

- Le « Centre du Chandou » à Tulle
- L'EHPAD des Fontaines à Tulle.
- Le service de rééducation fonctionnelle au « Centre des 9 Pierres » à Tulle.

3. L'UHCD de Tulle (ANNEXE 3)

3.1 Généralités

L'UHCD du centre hospitalier de Tulle a été ouverte le 6 décembre 2011.

Les locaux étaient opérationnels depuis juin 2011, date d'ouverture du SAU sur le nouveau site, mais comme la mise en place de l'UHCD se faisait sur l'hôpital à « effectif constant », il a fallu attendre la restructuration des services d'hospitalisation conventionnelle avant de pouvoir recruter et former un nouveau personnel qualifié, nécessaire au fonctionnement de l'UHCD ; le choix de différer cette ouverture de quelques mois a donc été nécessaire.

3.2 Les Locaux

L'UHCD est situé dans le prolongement du SAU avec un accès direct par un couloir, la superficie totale est de 310 m² environ. Elle comporte six chambres individuelles de 15 m² comportant chacune : Un lit (un lit obèse prévu dans l'une des 6 chambres) et des sanitaires (évier + WC indépendants).

L'UHCD est également équipée de :

Un bureau médical « Amadeus » : pour recevoir par exemple les familles des patients ; il est équipé d'un ordinateur, un bureau, un négatoscope, un poste téléphonique.

Un bureau infirmier équipé d'un moniteur central de surveillance des monitorages, d'un téléphone, d'un bureau, d'un ordinateur avec un système intranet et internet.

Un salle de soins infirmiers qui comprend un chariot d'urgence (description du chariot ANNEXE 9), un frigo, un lavabo, une paillasse de préparation, une seringue électrique, une armoire à pharmacie.

Un local avec douche italienne et chaise douche (pas de chariot douche).

Une salle de décontamination est équipée d'un bac de contamination, deux éviers, une paillasse.

Un local lave bassin.

Un office avec un système de chauffe repas, un frigo, un micro-onde pour le personnel, un lave-vaisselle, deux éviers, une cafetière.

En commun avec l'UAPSD (Unité d'accueil des personnes en situation de détresse) :

- Un local linge propre séparé du local linge sale, tous deux verrouillés.
- Une centrale hygiène (stockage des produits d'entretien des surfaces).
- Un sanitaire avec WC public équipé pour la personne handicapée.
- Un WC indépendant pour le personnel.
- Une salle d'attente pour les familles.

Il n'existe pas de chambre de garde dans ces locaux, le médecin senior intervenant la nuit étant celui du SAU et utilisant la salle de garde du SAU, contigüe à l'UHCD.

3.3 L'équipement

Chaque chambre individuelle comporte :

- Une prise de fluides médicaux (aspiration, oxygène)
- Un poste d'appel infirmier
- Une rampe lumineuse.
- Un monitoring est possible avec centralisation de ce système de surveillance au poste de soins infirmiers de l'UHCD et sur la centrale du SAU.
- Télévision individuelle et gratuite pendant le séjour.
- Absence de poste d'appel téléphonique dans les chambres mais l'utilisation du téléphone cellulaire de l'IDE est possible pour le patient.

3.4 Le personnel

3.4.1 Le personnel paramédical

La création de l'UHCD a nécessité la création de 6 nouveaux postes d'Aide Soignants et 6 postes d'Infirmiers sur le SAU, avec un maintien du même effectif du personnel paramédical sur l'établissement hospitalier, impliquant une profonde restructuration des services traditionnels :

- Formation d'un personnel nouveau dans une organisation complexe bien différente des services des étages.
 - Grande polyvalence dans des secteurs bien distincts : soins externes, soins d'urgences, UHCD, UAPSD.
 - Fermeture de lits en service traditionnel.
-
- Un binôme infirmier/aide soignant est présent 24 h/24 avec un roulement sur 2 plages horaires de 12 heures : 8h/20h et 20h/8h.
 - Le personnel est le même que celui du SAU mais n'est dévolu qu'à l'UHCD pendant son temps de présence.
 - L'assistante sociale est celle du SAU mais intervient également dans les services d'hospitalisation conventionnelle.
 - La nuit, l'IDE et l'AS ont également le service UAPSD sous leur surveillance.

3.4.2 Le personnel médical

Le personnel médical est celui du SAU.

Un médecin de l'équipe du SAU travaille exclusivement à l'UHCD de 9 h à 13h30.

Il n'y a pas de contre visite l'après-midi.

Ce poste est occupé à tour de rôle par chaque médecin du SAU ;

A partir de 13h30, c'est le médecin senior de garde aux urgences qui est responsable de cette unité et qui se déplace si nécessaire.

Le week-end et les jours fériés, c'est le médecin de garde aux urgences qui est responsable de l'UHCD et qui effectue la visite du matin.

Le chef de service est celui du SAU, c'est lui qui désigne un praticien hospitalier responsable de l'UHCD.

3.5 L'organisation

3.5.1 Activité paramédicale

L'infirmier est l'exécutant des prescriptions médicales, mais aussi le responsable de la prise en charge globale du malade sur le plan physiologique, social et psychologique. Le rôle propre de l'infirmier est de considérer la personne dans sa globalité.

Les interventions de l'IDE se classent de la manière suivante :

- Interventions de recueil de données
 - Soins d'accueil, inventaire, vérification identité, déclaration de la personne de confiance.
- Interventions techniques
 - éducation thérapeutique,
 - surveillance des signes vitaux et de l'efficacité des thérapeutiques,
 - élaboration d'actes de soins prescrits, seul ou en collaboration.
- Interventions d'évaluation
 - évaluation de la douleur,
 - évaluation du degré d'autonomie,
 - réactualisation du projet de soins en fonction de l'atteinte ou non des résultats escomptés,
 - maintien de l'hygiène hospitalière,
 - une attention particulière sera apportée à l'obtention de la compliance au traitement [6].

L'IDE travaille en binôme avec l'Aide Soignante 24h/24h.

Pour la sortie de chaque patient à son domicile : L'IDE (en collaboration avec l'assistante sociale) doit préalablement évaluer :

- Les capacités du patient à satisfaire ses besoins de base,
- Les aides nécessaires et possibles pouvant être assurées par l'entourage, les réseaux sociaux et paramédicaux,
- Les actions de prévention à initier.

Pour le patient à hospitaliser, l'IDE doit remplir une feuille de liaison spécifique pour le service accueillant le patient, comportant les antécédents du patient (ses allergies éventuelles), son traitement habituel et en cours, les soins médicaux et examens complémentaires réalisés et programmés, les coordonnées de la famille avec les liens de parenté et si l'entourage a été prévenu du transfert.

3.5.2 Activité médicale

Le médecin de l'UHCD doit toujours conserver une démarche diagnostique, thérapeutique et d'orientation en assurant la visite des patients hospitalisés à l'UHCD.

Il remplit systématiquement une fiche d'observation et une feuille de prescription pour chaque patient et établit une synthèse de séjour en dictant **le courrier de liaison le jour même.**

Il travaille en collaboration étroite avec l'équipe de l'UAPSD pour les patients relevant de problèmes psychologiques.

Le médecin de l'UHCD dicte le courrier des patients de l'UHCD en temps réel et établit une observation synthétique, une évolution précise et une orientation à la sortie claire afin de faciliter la rédaction du courrier par ses collègues si nécessaire.

Le codage des dossiers de l'UHCD est effectué par le médecin selon le CIM 10.

Le contrôle des radiographies et scanners des patients admis en UHCD est assuré par le médecin responsable de la prise en charge qui conforte les avis du radiologue et du médecin urgentiste.

A défaut c'est le médecin responsable de l'UHCD qui contrôle chaque résultat complémentaire.

Toute incohérence ou divergence dans l'attitude diagnostique ou thérapeutique doit être signalée par le médecin de l'UHCD qui informera le patient le jour même ou le convoquera si nécessaire.

De la même façon, il contrôlera également les résultats biologiques et électrocardiographiques des patients hospitalisés à l'UHCD.

3.6 Le mode de fonctionnement : La charte de l'UHCD (ANNEXE 2)

Avec 6 lits, près de 2200 patients sont susceptibles d'être accueillis et traités chaque année.

Une charte dictant le fonctionnement de l'UHCD a été établie avant l'ouverture du service et présentée en réunion à plusieurs reprises à l'ensemble des médecins du centre hospitalier et des représentants des pôles.

Elle précise les modalités essentielles d'admission en UHCD en s'inspirant clairement des recommandations officielles de la SFMU[6] :

Critères d'admission et de non admission (ANNEXE 2) :

Seuls les patients provenant du SAU pourront être admis à l'UHCD, les patients admissibles en UHCD doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- Caractère instable au diagnostic incertain
- Etat nécessitant une surveillance médicale dans le cas d'une brève hospitalisation
- Etat nécessitant la réalisation d'examens complémentaires et/ou d'actes thérapeutiques

Un patient en attente d'hospitalisation ne pourra être admis en UHCD qu'après accord bipartite entre les médecins des étages et les médecins des urgences[7].

Le délai doit être fixé à l'avance avec une heure de transfert notée dans le dossier afin d'éviter tout dysfonctionnement de l'établissement retardant l'hospitalisation en unité conventionnelle.

Ces situations de manque de lits de spécialité doivent être considérées comme exceptionnelles et n'utilisant qu'une capacité maximale de 20 % des lits de l'UHCD.

Il est recommandé que ne soient pas admis à l'UHCD :

- Les patients dont la pathologie est clairement identifiée dès l'évaluation en SAU.
- Les patients relevant d'une hospitalisation programmée dans un service (même pour une durée inférieure à 24 h).
- Les patients critiques relevant d'emblée d'un service de réanimation ou d'un service de soins intensifs de cardiologie.
- Les patients déjà hospitalisés dans l'établissement.
- Les patients sortant du bloc opératoire après une intervention.
- Les patients décédés dans un autre service que celui des urgences.
- Les patients concernés par une limitation ou un arrêt des thérapeutiques actives.
- Les patients d'un âge inférieur à 18 ans (âge à évaluer).

3.7 Le dossier patient

Lors des transferts dans l'hôpital, le dossier doit comporter :

- Le courrier médical.
- La fiche de liaison médicale et para médicale
- La fiche de liaison sociale.
- Les fiches d'examen et de prescriptions médicales.
- Le dossier infirmier.

- L'imagerie médicale.
- Les résultats biologiques.
- Les avis spécialisés éventuels.
- Le DIM.

Lors des transferts à l'extérieur de l'établissement, le dossier est le même à l'exception des photocopies du dossier infirmier et des fiches d'examen et de prescriptions médicales.

Dans le dossier archivé, il faut conserver une copie du courrier médical, des fiches de liaison paramédicales et sociales, les comptes rendus de l'imagerie médicale, les ECG et autres examens complémentaires.

3.8 Les modalités de sortie et de transfert

- La sortie du patient est autorisée et validée par le médecin de l'UHCD qu'il ait ou non d'autres avis spécialisés donnés.
- Quelque soit le devenir du patient, un courrier est dicté le jour même, puis dactylographié et envoyé au médecin traitant.
- Lorsque le patient est hospitalisé, celui-ci donne son accord au médecin de l'UHCD d'informer son médecin traitant.

**PARTIE 3 : ETUDE DU PROFIL DES PATIENTS DE L'UNITE
D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE DE TULLE**

1- Méthodes

Nous avons réalisé une enquête épidémiologique d'observation descriptive : Il s'agit d'une étude prospective sur 6 mois de tous les patients, sans restriction, hospitalisés à l'UHCD du centre hospitalier de Tulle entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2012.

La saisie des dossiers a été réalisée au fur et à mesure sans support informatique puisque le logiciel Resugences déjà en place au SAU de Tulle n'est pas encore installé sur l'UHCD au moment de la rédaction de cette thèse.

Il s'agit plus précisément d'une **enquête transversale de prévalence** ayant pour but d'étudier, à l'occasion de l'ouverture de cette nouvelle unité du centre hospitalier de Tulle, le profil des patients y séjournant, donnant ainsi une **image instantanée d'une situation épidémiologique** au sein du centre hospitalier de Tulle.

Ce type d'enquête de prévalence ne permet pas d'étudier l'aspect dynamique de l'activité de l'UHCD car le délai de 6 mois est relativement court. Il sera donc nécessaire de répéter ce type d'enquête à l'avenir, afin d'avoir une vision longitudinale des phénomènes étudiés.

Détermination des objectifs :

- Analyse du profil des patients séjournant à l'UHCD de Tulle
- L'UHCD répond-elle aux recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence ?

Critères recueillis :

1. Heure d'entrée et de sortie de L'UHCD et calcul de la Durée Moyenne de Séjour (DMS).
2. Age et sexe des patients.
3. Classification selon les groupes recommandés par la SFMU de 1 à 4.
4. Diagnostic à l'entrée de l'UHCD.
5. Orientation du patient à la sortie.

Dans cette étude nous n'avons pas pu recueillir le diagnostic de sortie de l'UHCD cette donnée, pourtant essentielle n'a pas été inscrite sur le registre de l'UHCD au départ.

Dans l'analyse des résultats, il nous a paru plus intéressant de calculer les DMS, sans tenir compte des patients classés SFMU 4, puisqu'il ne s'agit que d'une admission administrative, le patient n'occupant pas réellement un lit d'UHCD [6].

2 - Moyens d'exploitation

Le tableur Excel 2007 a servi au recueil des données.

Leur analyse a été réalisée à partir du même logiciel de calcul statistique associé au logiciel Access 2010 et les résultats validés par Mr Pierre Laurichesse.

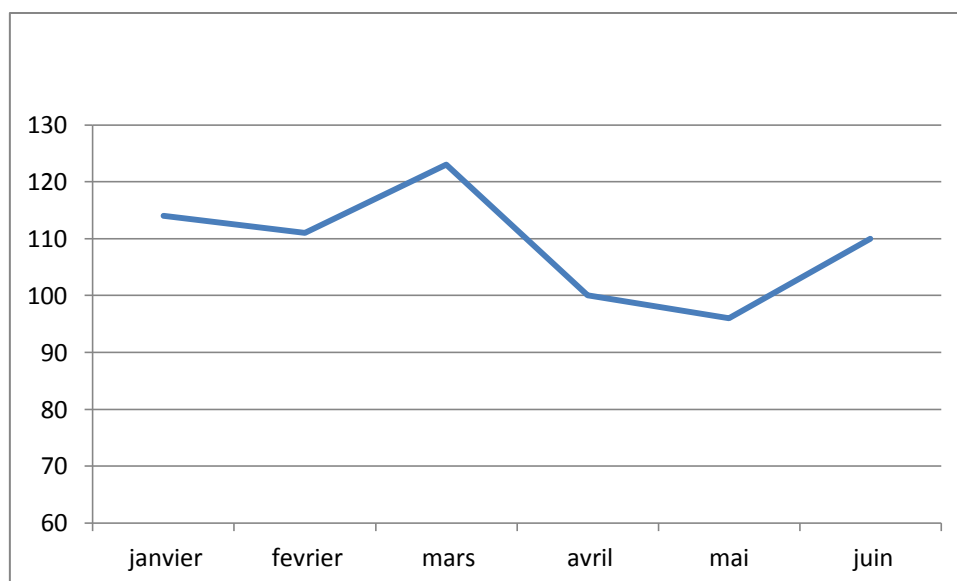
Tous les résultats sont exprimés en tant que valeur moyenne avec estimation de l'écart type.

3 - Résultats descriptifs globaux

3.1 Nombre total de patients hospitalisés en UHCD

Mois	Nombre de patients
Janvier	114
Février	111
Mars	123
Avril	100
Mai	96
Juin	110
Total	654

Tableau 2 : Effectif des patients en UHCD au premier semestre 2012.



Graphique 1 : Passages en UHCD au 1^{er} semestre 2012.

Il y a eu au total 654 admissions à l'UHCD de Tulle pour le premier semestre 2012 (182 jours). On peut déduire que le taux d'occupation pour cette période est de 60 % environ.

On constate une légère augmentation du nombre des hospitalisations au mois de mars, mais la répartition reste globalement homogène sur les 6 mois observés.

3.2 Répartition par sexe

Hommes	Femmes	Total
333	321	654
51%	49%	100%

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction du sexe.

Il existe une légère prédominance masculine pour les patients de l'UHCD de Tulle.

L'intervalle de confiance chez les femmes est de 48.1 à 49.9 %, chez les hommes, il est de 50.1 à 51.9 %

3.3 Répartition par tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectifs	%
<25 ans	76	12%
de 26 à 40 ans	98	15%
de 41 à 55 ans	119	18%
de 56 à 70 ans	114	17%
de 71 à 85 ans	132	20%
>85 ans	115	18%

Tableau 4 : Répartition des patients par tranches d'âge au 1^{er} semestre 2012.

Les patients hospitalisés à l'UHCD de Tulle ont des âges s'échelonnant de 12 à 105 ans. La moyenne d'âge calculée est de 58.9 ans (*erreur standard de la moyenne : 0.94*).

La médiane est à 59 ans

L'UHCD de Tulle est une structure acceptant exclusivement les patients adultes.

Nous avons volontairement voulu garder les patients mineurs pour les calculs même si cela ne faisait pas partie des critères d'admission au départ.

Le nombre de mineurs admis à l'UHCD de Tulle est de 10 patients au 1^{er} semestre 2012 ; ils sont âgés de 12 à 18 ans et relèvent tous d'une erreur d'orientation aux urgences.

Les patients mineurs n'étant pas admis en UHCD, les conditions d'admission en UHCD ont fait l'objet d'un rappel aux médecins ainsi qu'au personnel paramédical ; malgré tout, il demeure une certaine tolérance pour certains cas particuliers comme les alcoolisations aiguës chez les adolescents (de 15 à 17 ans) en précisant bien qu'il persiste un problème de responsabilité au niveau de la prise en charge médicale de ces patients mineurs.

Les motifs d'hospitalisation étaient très variables : Un enfant de 12 ans a été admis pour altération de l'état général ; un de 15 ans ; deux de 16 ans ; six de 17 ans, admis pour deux alcoolisations aiguës, deux douleurs abdominales, une luxation, une diarrhée et enfin trois enfants victimes de troubles psychologiques en attente d'une place au service Passerelle (UAPSD : unité d'Accueil des Personnes en Situation de Détresse).

- Moyenne d'âge pour les hommes : 58.98 ans **écart type de 23.78**
- Moyenne d'âge pour les femmes : 58.93 ans **écart type de 23.76**

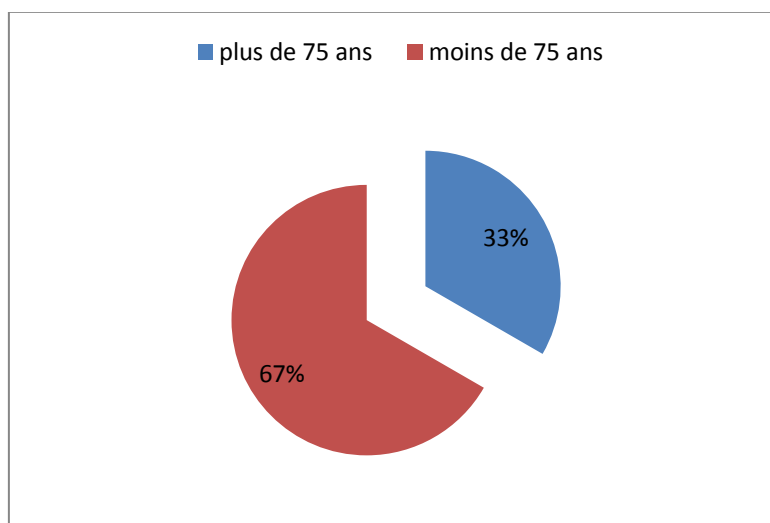
Calcul des quartiles : 25% de la population a moins de 39 ans

25% de la population a entre 39 et 59 ans

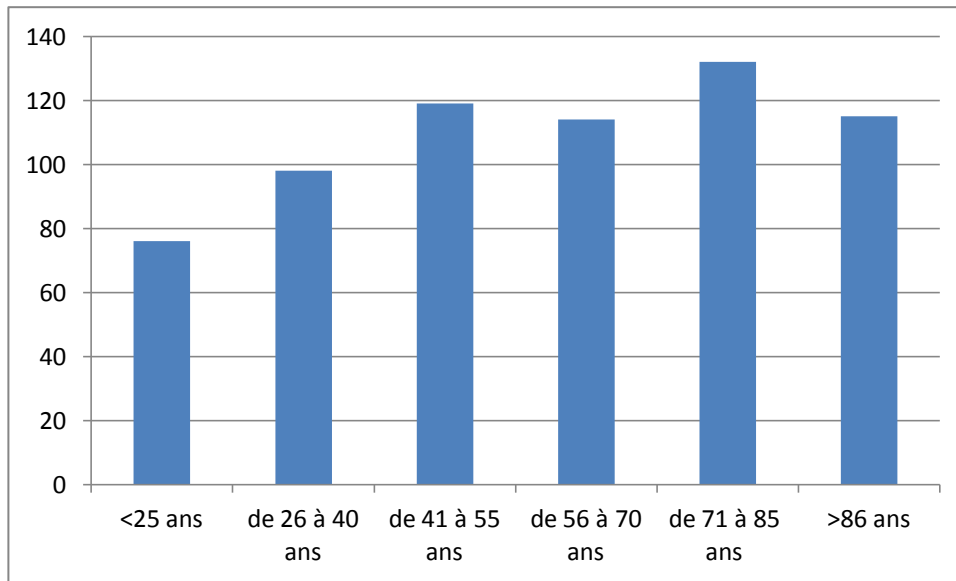
25 % de la population a entre 59 et 82 ans

25 % de la population a plus de 82 ans

Durant cette analyse nous constatons que deux tiers des patients ont moins de 75 ans :



Graphique 2 : Répartitions des hospitalisations en UHCD au 1^{er} semestre 2012.

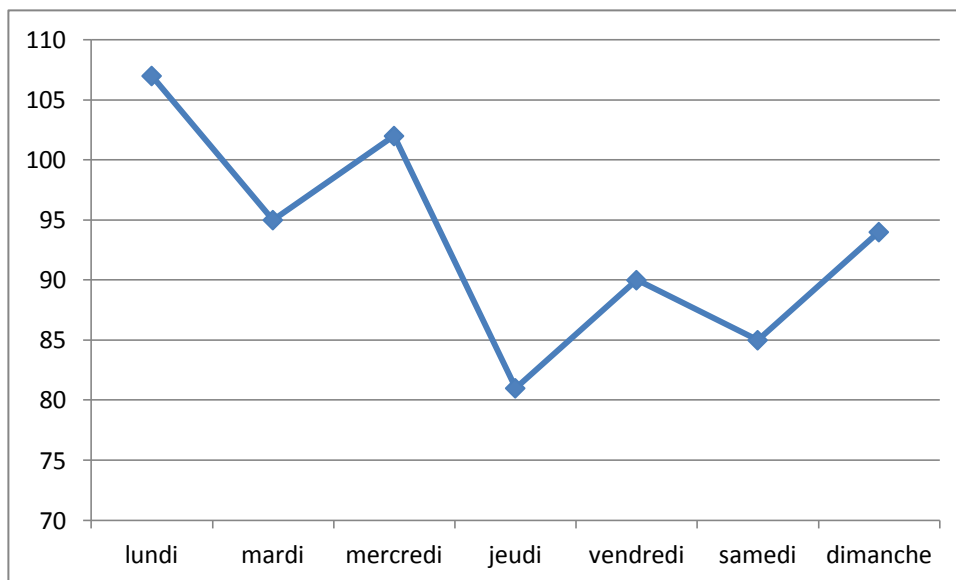


Graphique 3 : Répartition des patients admis à l'UHCD de Tulle par tranche d'âge au premier semestre 2012.

3.4 Répartition des admissions en fonction du jour de la semaine

Jour / semaine	Effectifs
Lundi	107 (16%)
Mardi	95 (15%)
Mercredi	102(16%)
Jeudi	81(12%)
Vendredi	90(14%)
Samedi	85(13%)
Dimanche	94(14%)

Tableau 5 : Effectif en fonction du jour de la semaine (les jours fériés ne sont pas comptabilisés).



Graphique 4 : Répartition des admissions en fonction des jours de la semaine.

La répartition montre une augmentation modérée en début et milieu de semaine (lundi et mercredi) avec un profil en « U » le jeudi.

3.5 Répartition des admissions en fonction de la tranche horaire

Tranches horaires	Effectifs	Pourcentages
[0h à 4h [	101	15%
[4h à 8h [	62	9%
[8h à 12h [	17	3%
[12h à 16h [	101	15%
[16h à 20h [	151	23%
[20h à 0 [	222	34%
Total	654	100%

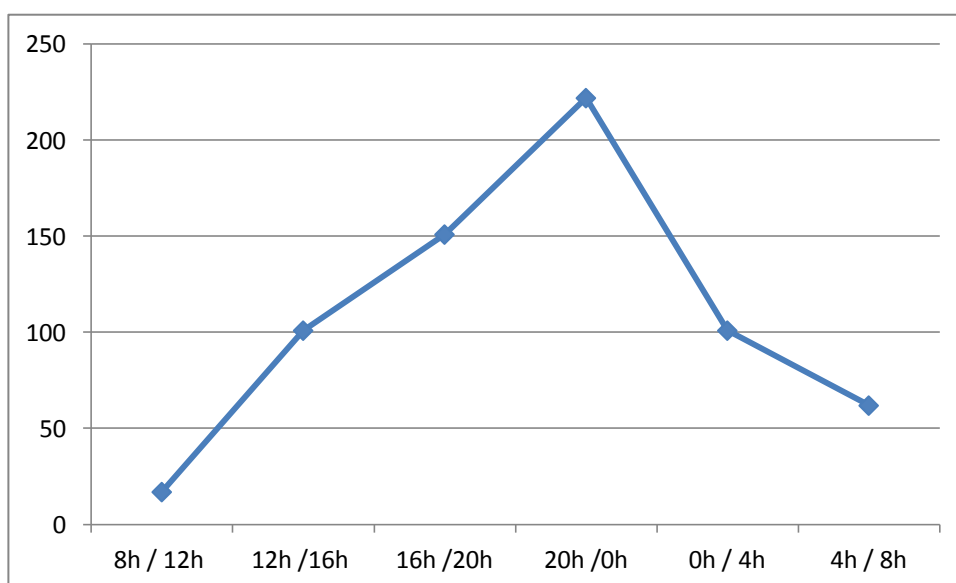
Tableau 6 : Total des admissions en fonction de la tranche horaire.

Il existe une forte affluence en fin de journée et dans la nuit avec un pic en première partie de nuit.

Plus de 50% des patients arrivent entre 16h et minuit.

Il existe peu d'entrées le matin : cela se justifie par la nécessité de sortir les patients de la veille....

L'accès au plateau technique est également plus rapide le matin aux urgences (vacations privées l'après midi en radiologie trois après midi par semaine : tous les mardis mercredis et vendredis).



Graphique 5 : Répartition des admissions en UHCD en fonction de l'heure.

3.6 La Durée moyenne de séjour

Les DMS ne sont comptabilisées que pour les patients classés SFMU 1, 2 et 3 soit un effectif total de 638 patients. Dans l'analyse des résultats, il nous a paru plus intéressant de calculer les DMS sans tenir compte des patients classés SFMU 4 puisqu'il s'agit que d'une admission administrative, le patient n'occupant pas réellement un lit d'UHCD [6].

DMS	effectifs
durée<3h	20 (3%)
de 3 à 12h	198 (31%)
de 12 à 24h	362 (57%)
De 24 à 48h	54 (8%)
>48h	4 (<1%)
total	638

Tableau 7 : DMS des patients de l'UHCD.

La durée moyenne de séjour est évaluée à 916 minutes soit 15.3 heures

La médiane est de 856 minutes soit 14,2 heures (14h 16min)

L'écart type est de plus ou moins 8.2 heures (8h13min ou 493min) (erreur standard de la moyenne 0.3).

96 % des patients reste entre 3 et 24h d'observation.

Les 2/3 des patients restent entre 12 et 24h.

3 % des patients sont hospitalisés moins de 3 heures.

On constate une durée >24h pour 58 patients avec 4 patients restés plus de 48h.

Si on analyse les quartiles : 25% restent moins de 10h10

50% restent moins de 14h11

75% restent moins de 18h50

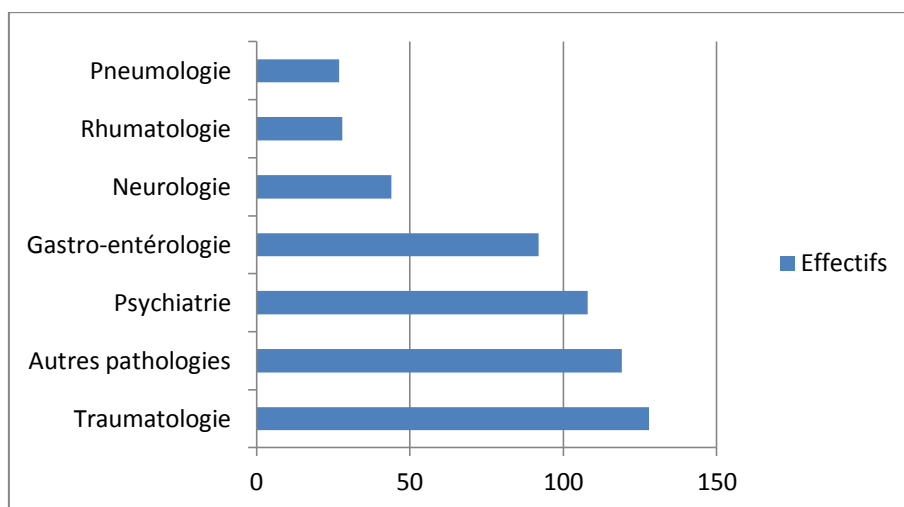
3.7 Pathologies rencontrées : top10

Nous avons organisé la fréquence des pathologies rencontrées le plus fréquemment en fonction de la spécialité médicale :

Pathologies	Effectifs	%
Traumatologie	128	19%
Autres pathologies	119	18%
Psychiatrie	108	17%
Gastro-entérologie	92	14%
Cardiologie	87	13%
Neurologie	44	7%
Rhumatologie	28	4%
Pneumologie	27	4%
Urologie néphrologie	21	3%
Total	654	100%

Tableau 8 : Classements des patients de l'UHCD par pathologies.

Il existe une nette prédominance de la pathologie traumatologique constituant plus de 20% des motifs d'hospitalisation à l'UHCD. La pathologie digestive (douleur abdominale, constipation) et la pathologie cardiologique (douleur thoracique) sont privilégiées, car fréquemment rencontrées à l'UHCD de Tulle.



Graphique 6 : Classement des patients par pathologies.

Le regroupement des diagnostics par pathologies est précisé en Annexe 11.

Un classement des diagnostics principaux est représenté sous la forme du tableau suivant :

Diagnostics	fréquences	pourcentage
Intoxication alcoolique	56	8,56 %
Douleur abdominale (sans préc.)	51	7,80 %
Traumatisme Crânien	45	6,88 %
Intoxication médicamenteuse	36	5,50 %
Malaise (sans préc.)	33	5,05 %
Epistaxis	21	3,21 %
Douleur thoracique non cardiaque	20	3,06 %
Douleur thoracique cardiaque	19	2,91 %
AVP	18	2,75 %
Pneumopathie/BPCO	17	2,60 %
Dépression angoisse	16	2,45 %
AEG	15	2,29 %
Colique néphrétique	14	2,14 %
Dyspnée	14	2,14 %
GEA	14	2,14 %
Vertiges/acouphènes	12	1,83 %
Epilepsie	12	1,83 %
Céphalées	11	1,68 %
Allergie/urticaire	11	1,68 %
Trouble du rythme	11	1,68 %
Insuffisance cardiaque	10	1,53 %
Contusion thorax	10	1,53 %
Constipation	9	1,38 %
Surdosage intolérance médicament	9	1,38 %
Asthme	6	0,92 %
...		75 %
total	654	100%

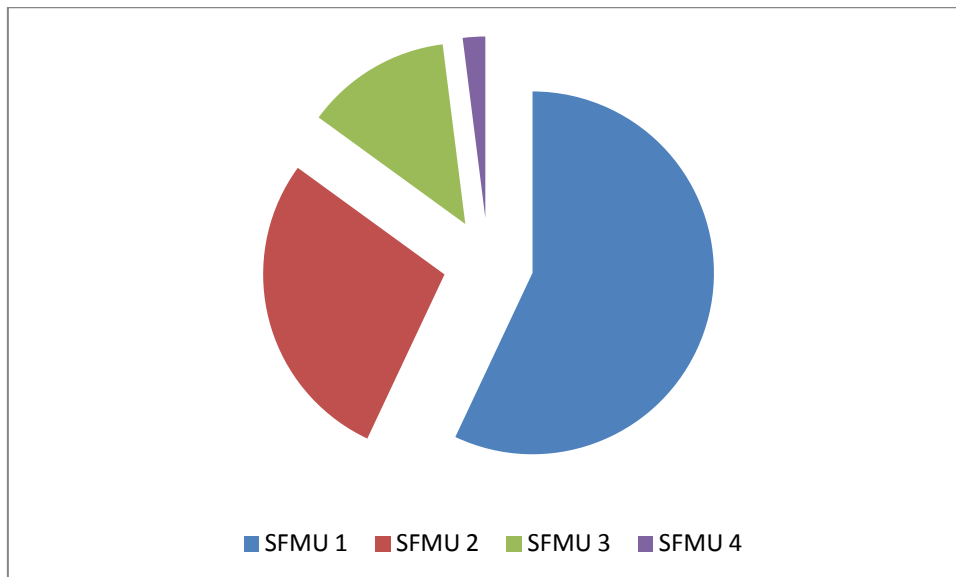
Tableau 9 : Classement des différents diagnostics de l'UHCD par ordre de fréquence (1^{er} semestre 2012).

3.8 Répartition selon les groupes SFMU

Nous précisons que la classification des groupes SFMU se fait à l'entrée de l'UHCD et non à la sortie.

	SFMU 1	SFMU 2	SFMU 3	SFMU 4	Total
Nombre de patients	373	182	83	16	654
Pourcentages	57%	28%	13%	2%	100

Tableau 10 : Répartition des patients selon le groupe SFMU.



Graphique 7 : Répartition des patients selon le groupe SFMU.

On remarque que le plus grand nombre des admissions (soit plus de la moitié des patients hospitalisés) se fait pour les patients dont la pathologie est clairement identifiée, avec un retour prévu à domicile dans les 24 heures.

Les patients qui nécessitent une surveillance ou des examens complémentaires, afin de préciser le diagnostic, représentent plus d'un quart de la population.

Le groupe minoritaire (seulement 13%), représente les patients en attente de lit d'aval, dans un service conventionnel.

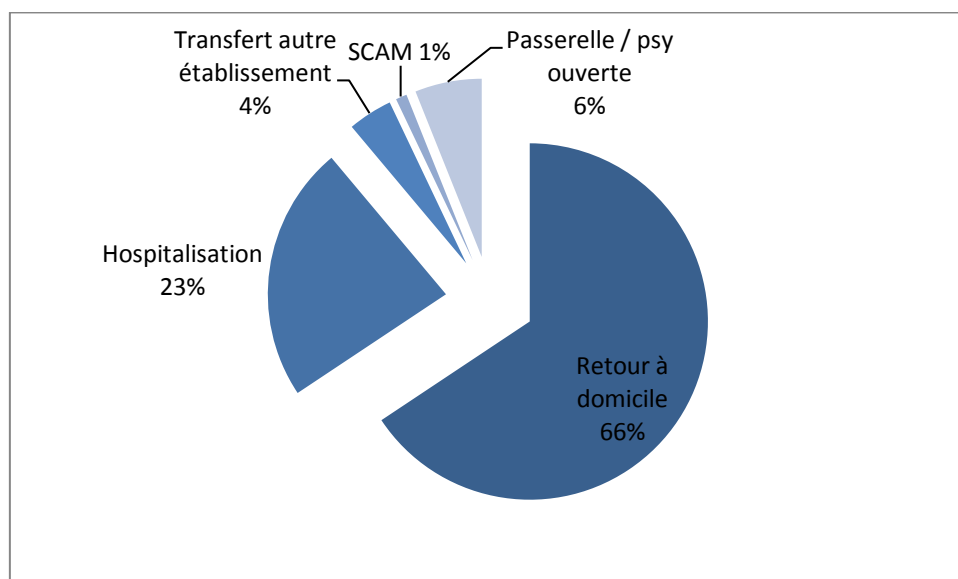
3.9 Répartition selon le mode de sortie

La plupart des transferts vers d'autres établissements, sont dus à l'absence de service spécialisé dans la pathologie impliquée (table de coronarographie, néphrologie, chirurgie vasculaire...).

D'autres transferts sont justifiés par manque de place dans le service adapté notamment la réanimation polyvalente.

Orientation	Effectifs	%
Retour à domicile	425	65%
Hospitalisation	152	23%
Transfert autre établissement	24	4%
SSR	3	0%
Décès	1	0%
Sortie contre avis médical	9	1%
Passerelle / psy O	40	6%
Total	654	100%

Tableau 11 : Orientation des patients de l'UHCD.



Graphique 8 : Orientation des patients de l'UHCD.

4 - Comparaison des résultats avec l'activité des urgences

Nous avons voulu comparer l'activité de l'UHCD, avec celle des urgences, sur la même période, pour savoir si une corrélation était possible puisque tous les patients admis en UHCD viennent des urgences.

4.1 Nombre d'hospitalisations par rapport au nombre d'entrées aux urgences

Mois	Total passages en 2012	Pourcentage hospitalisations 2012	Hospitalisations en UHCD 2012	Hospitalisations en service conventionnel 2012	Total passages en 2011 aux urgences	Hospitalisations en service conventionnel 2011
Janvier	1507	33%	114 (7%)	376 (25%)	1584	434 (27%)
Février	1472	35%	111 (7%)	401 (27%)	1440	398 (27%)
Mars	1547	33%	123 (8%)	385 (25%)	1518	428 (28%)
Avril	1472	31%	100 (7%)	358 (24%)	1558	418 (27%)
Mai	1523	29%	96 (6%)	353 (23%)	1631	443 (27%)
Juin	1571	28%	110 (7%)	329 (21%)	1607	421 (26%)
Total	9092	31%	654 (100%)	2202 (24%)	9338	2542 (27%)

Tableau 12 : Flux des patients au SAU et taux d'hospitalisation aux premiers semestres 2011 et 2012.

Bien qu'il y ait une discrète diminution d'activité aux urgences par rapport à l'année précédente (moins 246 patients au premier semestre 2012 soit -2.6 % par rapport à 2011), on constate une augmentation notable des hospitalisations pour le premier semestre 2012.

Le taux d'hospitalisation en UHCD à partir des urgences sur le premier semestre 2012 est de 7.2%.

Mois	Hospitalisation en UHCD 2012	Hospitalisation en service conventionnel 2012	Hospitalisation en service conventionnel 2011
Janvier	7.6%	376 (25%)	434 (27%)
Février	7.5%	401 (27%)	398 (27%)
Mars	8%	385 (25%)	428 (28%)
Avril	7%	358 (24%)	418 (27%)
Mai	6.3%	353 (23%)	443 (27%)
Juin	7%	329 (21%)	421 (26%)
Total	7.2%	2202 (24%)	2542 (27%)

Tableau 13 : Taux d'hospitalisation à partir des urgences.

Si l'on s'intéresse à la répartition de ces hospitalisations, on constate que le nombre d'hospitalisations dans les autres services conventionnels à partir des urgences a diminué en 2012 par rapport à 2011 avec un taux d'hospitalisation en UHCD non négligeable pour 2012. Nous jugeons cette baisse des hospitalisations sur les pourcentages moyens sur les premiers semestres 2011 et 2012 puisque ce taux passe de 27 à 24 %.

La création de ce nouveau secteur de soins a donc finalement permis une augmentation de l'activité hospitalière (le taux d'hospitalisation passe de 27% à 31% entre 2011 et 2012) en permettant de rediriger certains patients nécessitant une mise en observation courte avant un retour à domicile programmé dans les 24h.

En conclusion, l'UHCD permet la création d'une activité hospitalière plus importante déviée sur un nouveau secteur d'hospitalisation, permettant une meilleure fluidité des passages au sein des urgences et une sécurisation de la prise en charge des patients au sein du SAU.

Le pourcentage de ré-hospitalisation en UHCD s'élève à 4.7% des admissions en UHCD soit 31 ré-hospitalisations (dont 2 pour le même patient).

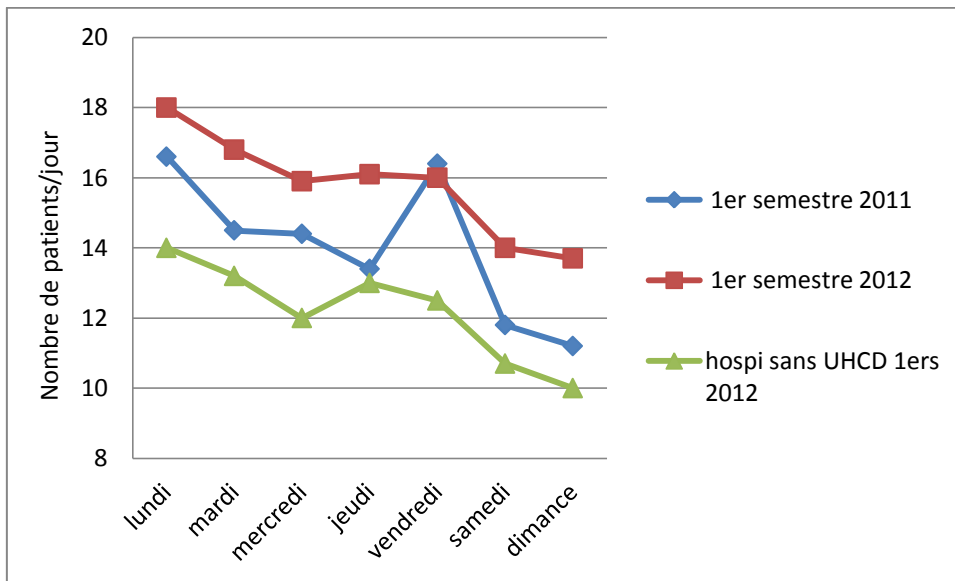
4.2 Corrélation avec le jour de la semaine

Un facteur important à analyser est le flux des patients aux urgences et les hospitalisations à partir des urgences, en fonction du jour de la semaine.

Total hospitalisations via les urgences	Nombre moyen des patients aux urgences (hospitalisations +CE)	Nombre moyen d'hospitalisations à partir des urgences	Nombre moyen d'hospitalisations en UHCD
Lundi	55	18	4.45
Mardi	49.6	16,8	3.95
Mercredi	48	15,9	4.25
Jeudi	51.9	16,1	3.37
Vendredi	52	16	3.75
Samedi	47.5	14	3.54
Dimanche	50.5	13,7	3.91

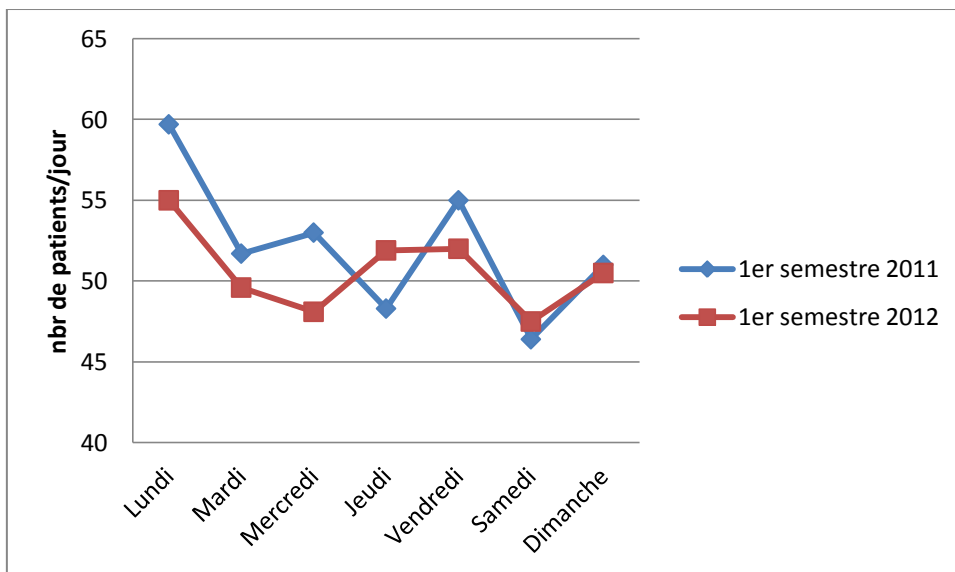
Tableau 14 : Hospitalisations à partir des urgences (1^{er} semestre 2012) en fonction du jour de la semaine.

Nous avons effectué une analyse comparative avec la situation au premier semestre 2011 :



Graphique 9 : Taux d'hospitalisation via les urgences : comparaison entre les 1er semestres 2011 et 2012.

Si nous retirons le nombre des hospitalisations en UHCD pour chaque jour de la semaine (courbe en triangles verts) nous concluons que les hospitalisations dans les services de médecine et chirurgie ont diminué par rapport à 2011 (courbe en losanges bleus).



Graphique 10 : Flux des patients au SAU en fonction du jour de la semaine.

On remarque que l'activité la plus importante reste les lundis, que ce soit concernant les passages au SAU ou les hospitalisations.

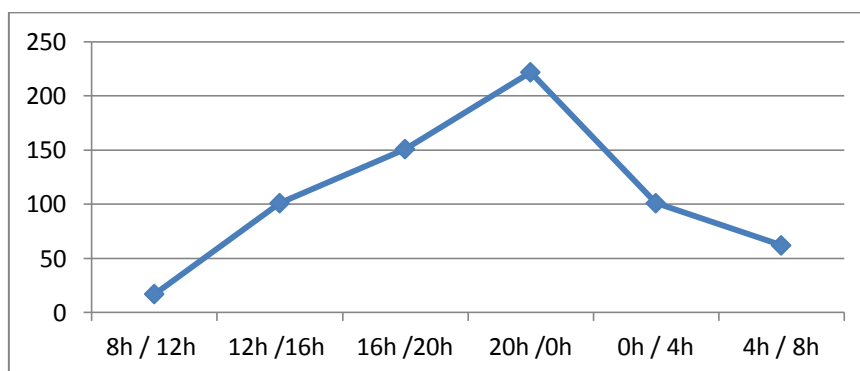
On constate que comparativement à l'année 2011, l'activité au SAU de Tulle a baissé si l'on compte le nombre de passages aux urgences (consultations + hospitalisations) avec notamment une baisse importante de l'activité les mercredis et les vendredis.

On ne peut donc pas conclure que l'UHCD permet une baisse des hospitalisations dans les services conventionnels d'hospitalisation, puisque l'activité des urgences a baissé de façon significative entre le premier semestre de 2011 et celui de 2012.

4.3 Corrélation avec la tranche horaire

L'analyse de la fréquentation aux urgences de Tulle est jugée plus délicate sur le 1^{er} semestre 2012 et nous n'avons pu récupérer que des « tendances » sur les 24h avec un pic d'affluence entre 10 et 11h le matin et 14 et 15h l'après midi (taux relevé à 5 patients /heure).

Cette variation s'explique par le délai qu'il existe entre le moment où le patient est vu par son médecin traitant et le moment où il arrive aux SAU pour bilan.



Graphique 11 : Taux de fréquentation en fonction de la tranche horaire de l'UHCD de Tulle.

La corrélation avec le service UHCD est également délicate, car ces deux « tendances horaires » ne sont pas constatées sur la courbe des admissions en UHCD. On a plutôt un simple décalage des admissions en fin de journée et en début de soirée.

Le premier pic d'affluence au SAU en fin de matinée n'est pas constaté en UHCD car comme nous l'avons évoqué plus haut, l'accès au plateau technique est plus simple le matin et la synthèse médicale est réglée sans avoir besoin de passer en UHCD.

De plus, l'augmentation des admissions en fin de journée à l'UHCD, vient du désengorgement des urgences, nécessaire dès le début d'après midi.

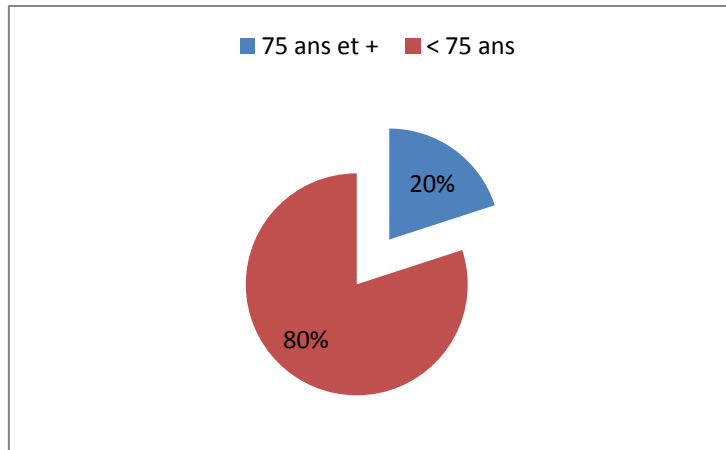
L'affluence en soirée peut s'expliquer par un motif précis et fréquent d'admission en UHCD sans que l'on constate un pic au SAU : l'alcoolisation aiguë (44 passages dans le semestre avec un pourcentage de 11.5% d'entrées nocturnes pour ce diagnostic).

4.4 Corrélation avec la tranche d'âge

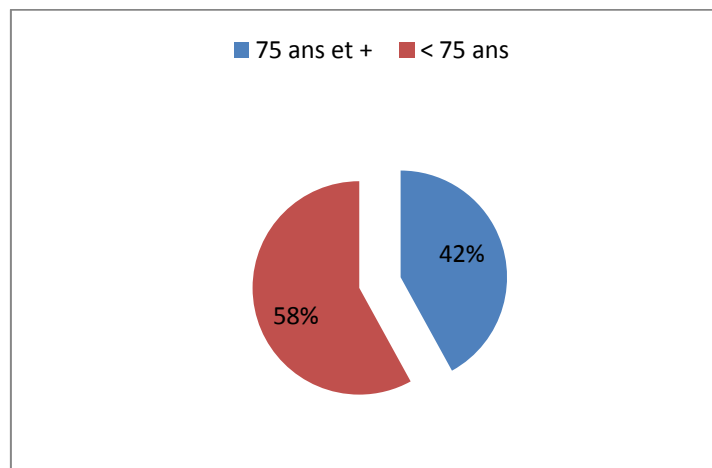
Pour simplifier l'analyse et pour plus de clarté, nous comparons les patients sur 2 tranches d'âge : les plus et les moins de 75 ans.

Mois	Nombre de passages aux urgences > 75 ans	Pourcentage de patients de + 75 ans passant aux urgences	Nombre et pourcentage d'hospitalisation pour les + de 75 ans	Total hospitalisations à partir des urgences	Pourcentage des + de 75 ans sur les Hospitalisations
Janvier	323	21%	217 / 67%	490	44%
Février	358	24%	243 / 68%	510	48%
Mars	312	20%	216 / 69%	508	43%
Avril	293	20%	204 / 70%	459	44%
Mai	294	19%	171 / 58%	447	38%
Juin	246	15%	161 / 65%	438	37%
Total	1826	20%	1212 / 66%	2852	42%

Tableau 15 : Activité des urgences en fonction de l'âge au 1^{er} semestre 2012.



Graphique 12 : Répartition des passages aux urgences au 1^{er} semestre 2012.



Graphique 13 : Répartition des hospitalisations à partir des urgences au 1^{er} semestre 2012.

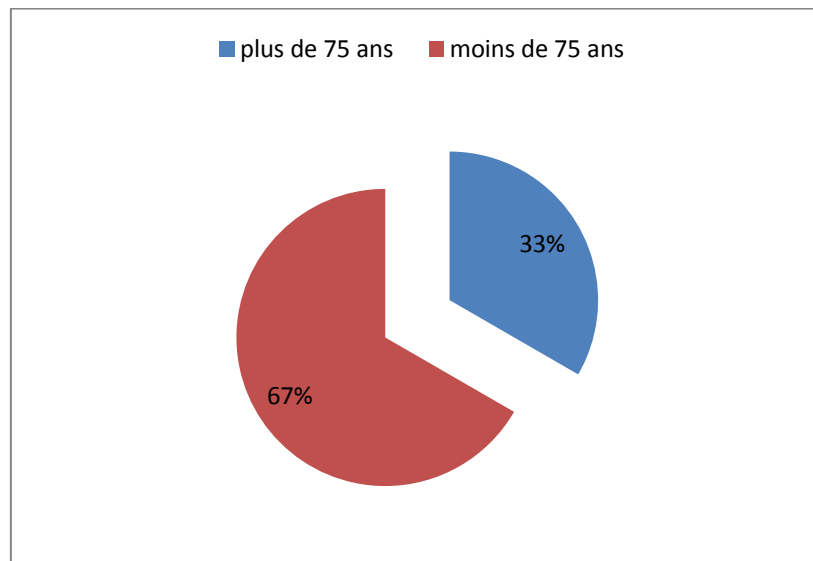
20% des patients adressés aux urgences ont plus de 75 ans.

42 % des hospitalisations à partir des urgences concernent les patients de plus de 75 ans.

66% des plus de 75 ans admis aux urgences sont hospitalisés.

Dans l'activité globale des urgences, les hospitalisations ne représentent que 31% de l'activité (les consultations externes restent majoritaires à 69%).

Nous souhaitons établir une corrélation avec le profil des admissions à l'UHCD :



Graphique 14 : Répartitions des hospitalisations en UHCD au 1^{er} semestre 2012.

On peut constater une répartition différente pour les plus de 75 ans, ne représentant plus qu'un tiers des admissions à l'UHCD. L'objectif de ces hospitalisations non conventionnelles, est de différer un retour à domicile dans les 24h, ce qui semble plus difficile pour la population plus âgée.

Toutefois il a été convenu entre l'UHCD et le service de gériatrie d'une collaboration régulière, par le passage quotidien en semaine de l'équipe mobile de gériatrie à l'UHCD afin de réorienter les patients les plus âgés admis dans le service.

5 - Résultats comparatifs

5.1/ Durée moyenne de séjour selon le jour de la semaine

Jour/semaine	Effectifs	DMS (en minutes)	DMS (en heures) (Erreur standard à la moyenne)
Lundi	102	910	15.2 (0.81)
Mardi	94	916	15.3 (0.85)
Mercredi	99	1066	17,8 (0.83)
Jeudi	80	983	16.4 (0.93)
Vendredi	87	861	14.3 (0.89)
Samedi / Dim	176	818	13.6 (0.62)
Total	638		

Tableau 16 : DMS selon le jour de la semaine.

Le mercredi, la vacation privée en radiologie peut avoir un impact sur les délais de demande de scanner (autres vacations privées du scanner les mardis et vendredis après midi).

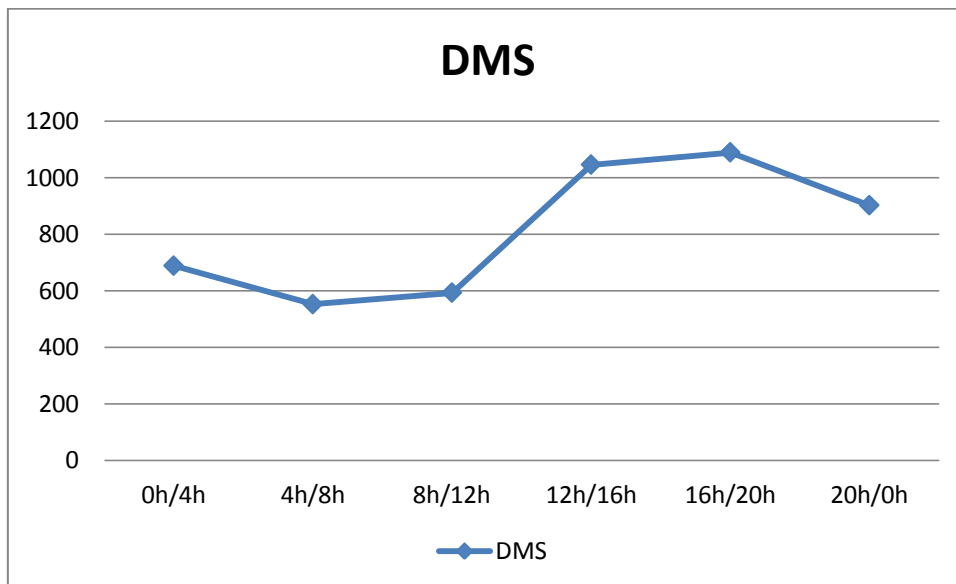
L'affluence constatée en début et fin de semaine est jugulée par les sorties des patients des services dans les étages, souvent programmées en début de semaine ou les veilles de week-end.

Il persiste une durée moyenne de séjour plus importante en milieu de semaine, où les lits d'aval semblent plus difficiles à obtenir.

5.2/ Relation DMS et horaire d'admission

Classes horaires	DMS (en minutes)
0h / 4h	688
4h / 8h	552
8h / 12h	593
12h / 16h	1046
16h / 20h	1089
20h / 0h	902

Tableau 17 : DMS selon l'horaire d'admission des patients en UHCD.



Graphique 15 : DMS (minutes) en fonction de l'horaire d'admission en UHCD.

On constate que les patients admis à partir de midi restent deux fois plus de temps que lors des admissions faites en nuit profonde et le matin où la problématique médicale se règle en moins de 10h.

L'explication principale vient de la disponibilité du plateau technique plus importante en début de matinée avec également l'accès aux avis spécialisés plus rapides à obtenir le matin (consultations spécialisées ayant lieu la plupart du temps les après-midis).

5.3/ Relations entre la durée moyenne de séjour et le groupe SFMU

SFMU	DMS (min)	DMS (heures)/ Erreur Standard Moyenne
1	872	14,5/ 0.43
2	914	15,2 / 0.57
3	1090	18,2 / 0.90

Tableau 18 : Relation DMS / SFMU.

Le groupe SFMU 4 est volontairement exclu du tableau car il ne s'agit, pour ce groupe là, que d'une admission « administrative ».

Le groupe SFMU 3 est celui dont la DMS est la plus longue, il s'agit du groupe où sont hospitalisés les patients en attente de place dans les étages.

Dans chaque groupe, la DMS reste toujours bien inférieure à 24 heures.

Si nous recoupons les 58 patients dont la DMS dépassent les 24heures (dont 4 dépassent les 48h) on retrouve :

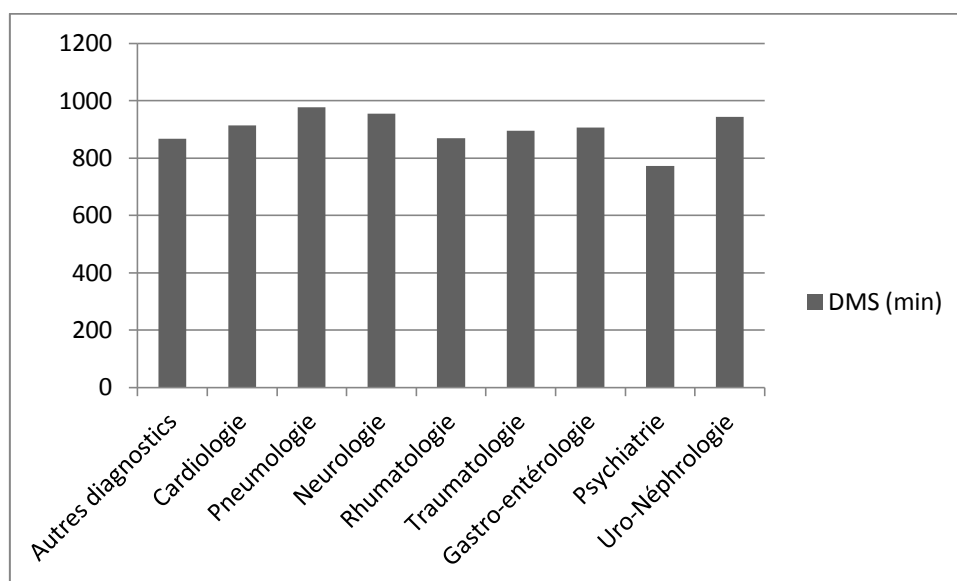
- 29 patients retournant à domicile
- 4 patients transférés vers un autre établissement
- 15 patients en attente de place en service conventionnel
- 9 hospitalisations après affinement du diagnostic jusqu'alors imprécis.
- 1 patiente sortie directement en maison de retraite où sa place lui était réservée.

Ces dépassements isolés sont principalement liés aux patients retournant à domicile, on suppose donc un dysfonctionnement lié aux modalités d'admission en UHCD avec une admission des patients du groupe SFMU 1 dont le profil évolutif a été mal évalué.

5.4/ Durée moyenne de séjour selon la pathologie en cause

Diagnostic	DMS (min)	DMS (heures)
Autres diagnostics	868	14,4
Cardiologie	915	15.3
Pneumologie	977	16.3
Neurologie	956	15.9
Rhumatologie	870	14.5
Traumatologie	895	14.9
Gastro-entérologie	907	15.1
Psychiatrie	772	12.9
Uro-Néphrologie	944	15.7

Tableau 19 : DMS selon la pathologie.



Graphique 16 : Durées moyennes de séjour en fonction des disciplines (en minutes.)

La durée moyenne de séjour est relativement homogène selon la pathologie rencontrée ; on note cependant une durée moindre pour les pathologies psychiatriques regroupant principalement les intoxications médicamenteuses et les alcoolisations aiguës.

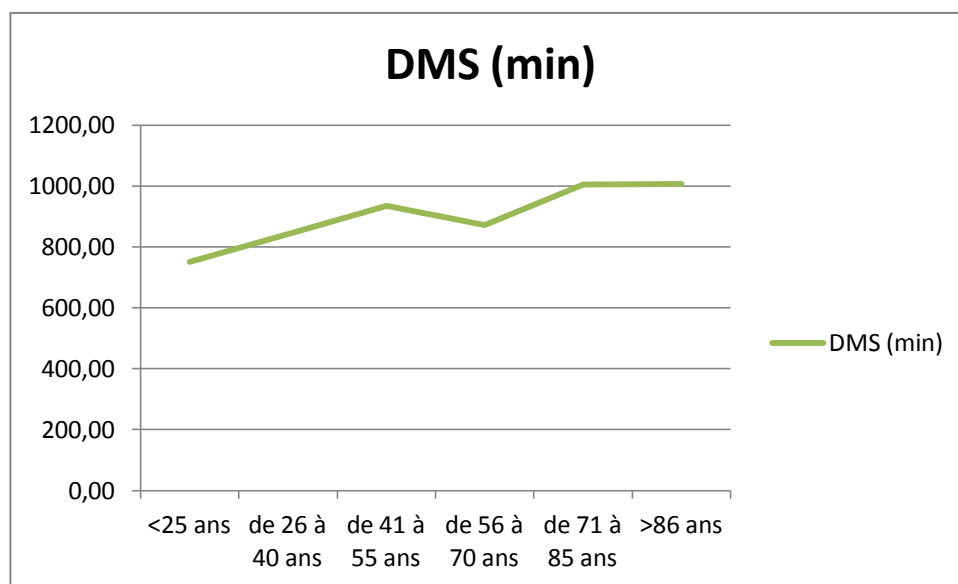
5.5/ Influence de l'âge sur la durée de séjour

Classes âge	DMS (min)	DMS (heure) / Erreur Standard de la moyenne
<25 ans	751	12,5 / 0.89
de 26 à 40 ans	842	14 / 0.78
de 41 à 55 ans	934	15,6 / 0.71
de 56 à 70 ans	872	14,5 / 0.72
de 71 à 85 ans	1006	16,8 / 0.67
>86 ans	1007	16,8 / 0.72

Tableau 20 : Influence de l'âge sur la DMS.

Cette représentation en fonction des classes d'âge permet de constater que la DMS augmente modérément avec l'âge.

En comparant les patients de plus et de moins de 70 ans, on ne retrouve pas de résultat significatif ($p=0.0592$). Ce résultat ne permet pas de conclure à l'influence de l'âge sur la durée de séjour car la puissance de l'étude est certainement jugée trop faible (654 patients inclus) ; il aurait fallu prolonger l'étude de quelques mois, ou sur une année pour augmenter cette puissance.



Graphique 17 : Influence de l'âge sur la DMS.

5.6/ Relation entre l'âge et le mois d'hospitalisation

Mois	Age moyen
Janvier	62
Février	61
Mars	60
Avril	56
Mai	57
Juin	57
moyenne	59

Tableau 21 : Relation entre le mois d'hospitalisation et l'âge des patients.

On constate un âge moyen plus élevé dans l'hiver avec un écart de 5 ans entre juin et janvier 2012.

5.7/ Relation entre l'âge des patients et le groupe SFMU

SFMU	effectifs	<25 ans	25 à 40 ans	41 à 55 ans	56 à 70 ans	71 à 85 ans	>85 ans
1	373	46	57	72	70	67	61
2	182	24	32	38	32	27	29
3	83	4	7	7	8	34	23
4	16	2	2	2	4	4	2
total	654	76	98	119	114	132	115

Tableau 22 : Influence de l'âge sur les groupes SFMU.

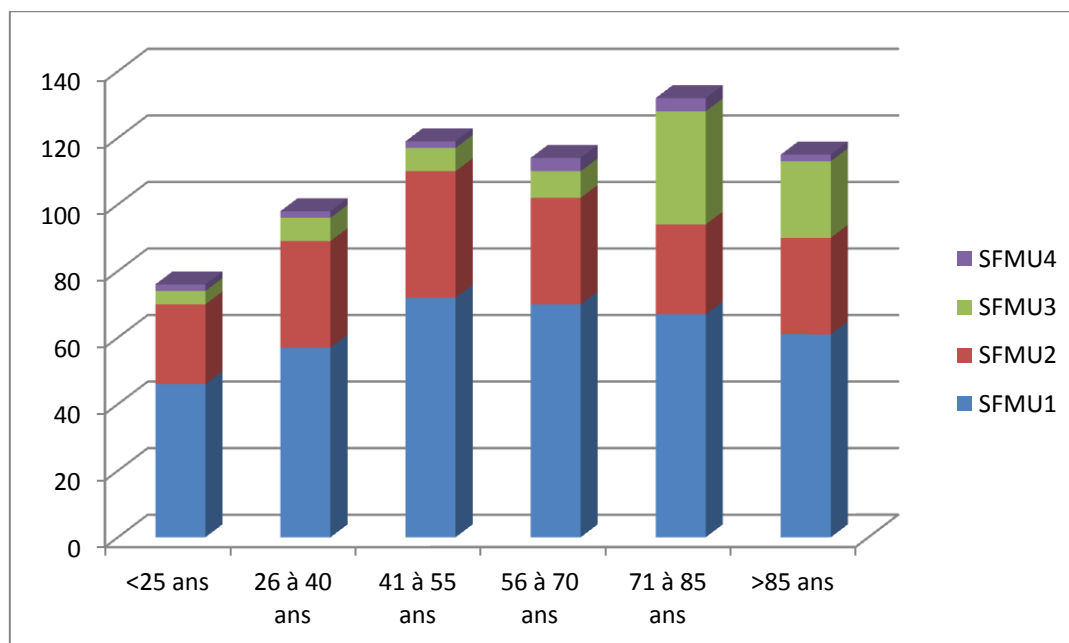
Les patients dont le retour à domicile est prévu dans les 24h sont les plus jeunes (SFMU 1) : 66% des patients ont un âge inférieur à 70 ans.

Les sujets en attente de place dans les services conventionnels en vue d'une hospitalisation (SFMU 3) sont les plus âgés : 69% des patients classés SFMU 3 ont plus de 70 ans.

Pour un âge supérieur à 70 ans : 23% sont classés SFMU 3 et 52% sont classés SFMU 1 ce qui indique une représentation importante des patients classés SFMU 1 sur l'UHCD de Tulle y compris

dans les populations de plus de 70 ans. Cela précise un bon fonctionnement au sein de l'UHCD privilégiant les patients classés SFMU 1 sur les SFMU 3.

Le graphique suivant montre parfaitement la répartition homogène des patients gardés en observation pour orientation diagnostique (SFMU 2).



Graphique 18 : Répartition des classements SFMU en fonction de la classe d'âge.

En calculant les moyennes d'âge pour chaque classification SFMU, on conclut que les patients les plus âgés sont pour la majorité d'entre eux mis en UHCD en attente de place dans les services hospitaliers conventionnels.

Les sujets dont le retour à domicile est prévu dans les 24h (SFMU1) et ceux dont l'admission s'est faite administrativement (SFMU4) sont dans la moyenne d'âge calculée plus haut (58.9 ans).

Les patients mis en observation pour orientation diagnostique (SFMU 2) sont les plus jeunes avec une moyenne de 55.8 ans.

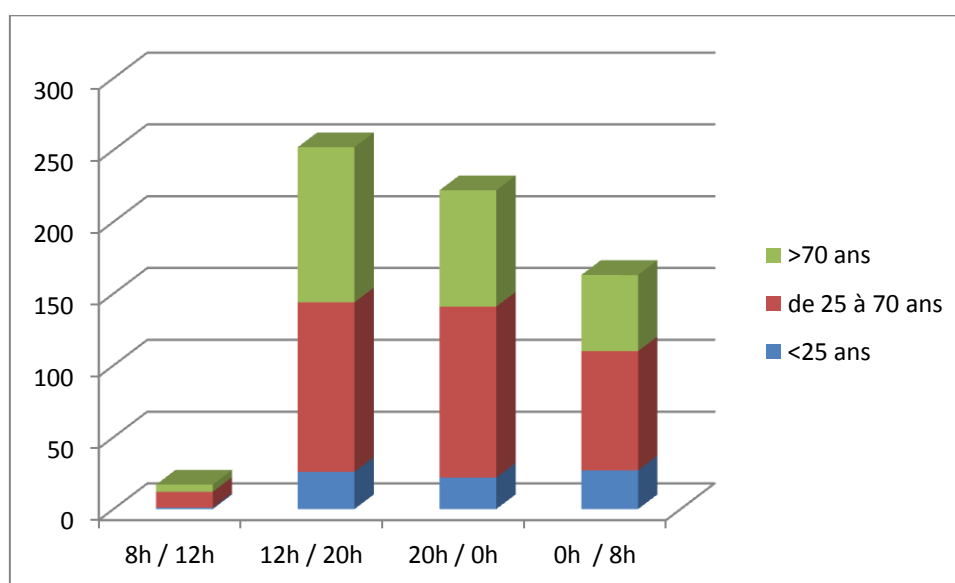
Groupes SFMU	Age moyen / erreur standard de la moyenne
SFMU 1	57,6 ans / 1.23
SFMU 2	55,8 ans / 1.75
SFMU 3	71,4 ans / 2.61
SFMU 4	59,2 ans / 5.96

Tableau 23 : Age moyen selon le groupe SFMU.

5.8/ Relation entre l'âge des patients et l'horaire d'admission

Horaires	<25 ans	de 25 à 70 ans	>70 ans	Total
8h / 12h	1	11	5	17
12h / 20h	26	118	108	252
20h / 0h	22	119	81	222
0h / 8h	27	83	53	163
Total	76	331	247	654

Tableau 24 : Influence de l'âge sur l'horaire d'admission.



Graphique 19 : Relation entre l'âge et l'horaire d'admission.

Nous constatons que plus des 2/3 des patients de moins de 25 ans sont hospitalisés de 20h à 8h (64%) ; cette fréquence est liée à des alcoolisations aiguës.

Les autres tranches d'âge se répartissent de façon homogène sur la journée avec toutefois plus de 75% des patients de plus de 70 ans admis entre 12h et minuit

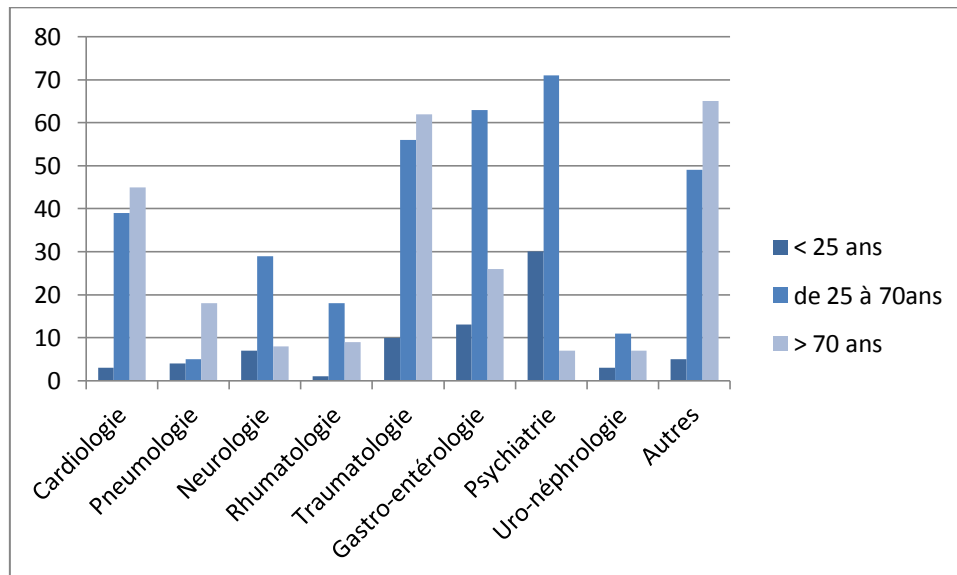
Les hospitalisations en matinée sont fortement minoritaires.

5.9/ Relation entre la tranche d'âge et la pathologie en cause

Pathologies	Total	< 25 ans	de 25 à 70ans	> 70 ans
Cardiologie	87	3	39	45
Pneumologie	27	4	5	18
Neurologie	44	7	29	8
Rhumatologie	28	1	18	9
Traumatologie	128	10	56	62
Gastro-entérologie	92	13	63	26
Psychiatrie	108	30	71	7
Uro-néphrologie	21	3	11	7
Autres	119	5	49	65

Tableau 25 : Influence de l'âge sur la pathologie causale.

- 94 % des pathologies psychiatriques ont moins de 70 ans
- Plus de 50 % des pathologies cardiaques ont plus de 70 ans
- Les 2/3 des pathologies pneumologiques ont plus de 70 ans
- La moitié des pathologies traumatologiques ont plus de 70 ans



Graphique 20 : Les différentes pathologies en fonction de l'âge des patients.

5.10/ Orientation des patients selon la pathologie

Diagnosics	Total	Domicile	Hospitalisation	Transfert	SSR	Décès	SCAM	Psy passerelle
Autres diagnostics	119	79	36	1	1	1	1	0
Cardiologie	87	47	32	4				4
Pneumologie	27	13	10	1	1			2
Neurologie	44	33	7	3				1
Rhumatologie	28	20	7					1
Traumatologie	128	92	25	8	1			2
Gastro-entérologie	92	64	23	4				1
Psychiatrie	108	65	7	2	0	0	8	26
Uro-néphrologie	21	13	5	2				1

Tableau 26 : Orientation des patients selon la pathologie.

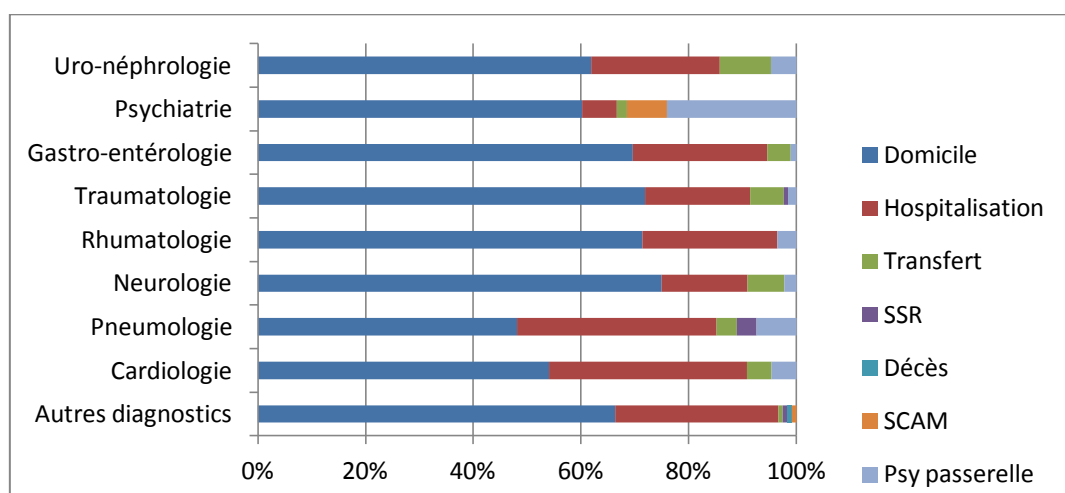
Le pourcentage de retour à domicile est élevé (>70%) pour les pathologies digestives, neurologiques, rhumatologiques et traumatologiques. Il baisse à 61% pour les problèmes de nature psychiatrique et n'est plus qu'à 54 et 48% pour les pathologies cardiaques et pulmonaires.

A l'inverse, le pourcentage d'hospitalisation est plus élevé en pathologies cardio-respiratoires (37%).

Les pathologies psychiatriques sont hospitalisées (hospitalisation traditionnelle+ psychiatrie ouverte / passerelle) dans près de 30% des cas.

25% des pathologies digestives, rhumatologiques et urologiques sont hospitalisées après passage en UHCD.

20% des pathologies orthopédiques sont gardées en hospitalisation.



Graphique 21 : Orientation des patients à la sortie de l'UHCD (en pourcentage) selon la pathologie.

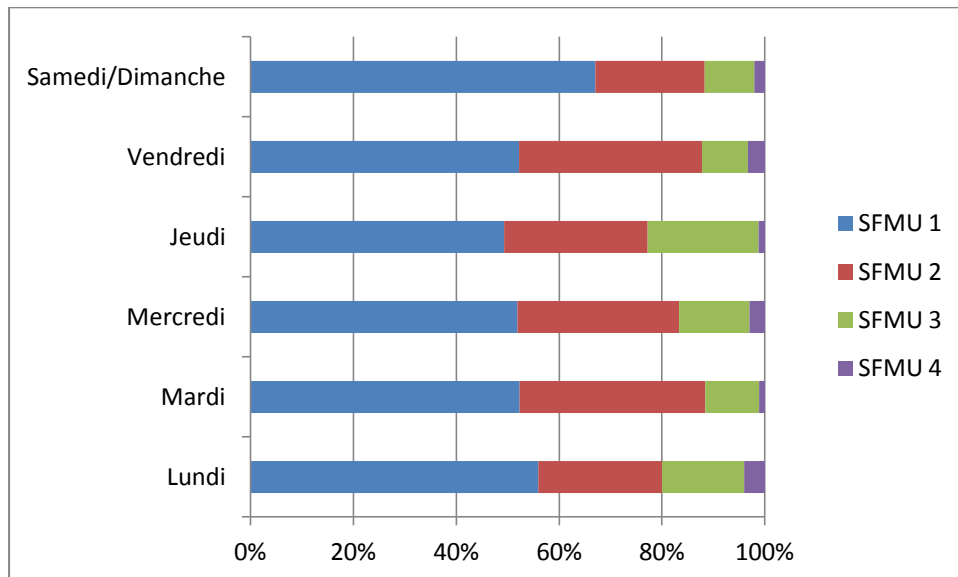
5.11/ Relation entre groupe SFMU et jour de la semaine

Jours de la semaine	SFMU 1	SFMU 2	SFMU 3	SFMU 4	Total
Lundi	56	24	16	4	100
Mardi	45	31	9	1	86
Mercredi	53	32	14	3	102
Jeudi	39	22	17	1	79
Vendredi	47	32	8	3	90
Samedi/Dimanche	132	42	19	4	197
Total	372	183	83	16	654

Tableau 27 : Relations entre groupe SFMU et jour de la semaine.

Le groupe SFMU 1 reste majoritaire à plus de 50% quelque soit le jour de la semaine.

Le groupe SFMU 3 augmente à 20% les jeudis (moyenne à 13%) avec une baisse des admissions en UHCD constatée les jeudis (partie 3 3.4/ p54). Ce constat s'explique par le manque de place dans les services MCO les jeudis.



Graphique 22 : Relations entre groupe SFMU et jour de la semaine.

5.12/ Relation entre groupe SFMU et horaire d'admission

Classes horaires	Total effectifs	SFMU 1	SFMU 2	SFMU 3	SFMU 4
0h/4h	101	60	26	13	2
4h/8h	62	38	16	7	1
8h/12h	17	8	4	3	2
12h/16h	101	59	27	14	1
16h/20h	151	74	43	27	7
20h/0h	222	134	66	19	3
Total	654	373	182	83	16

Tableau 28 : Relation heure d'admission/groupe SFMU.

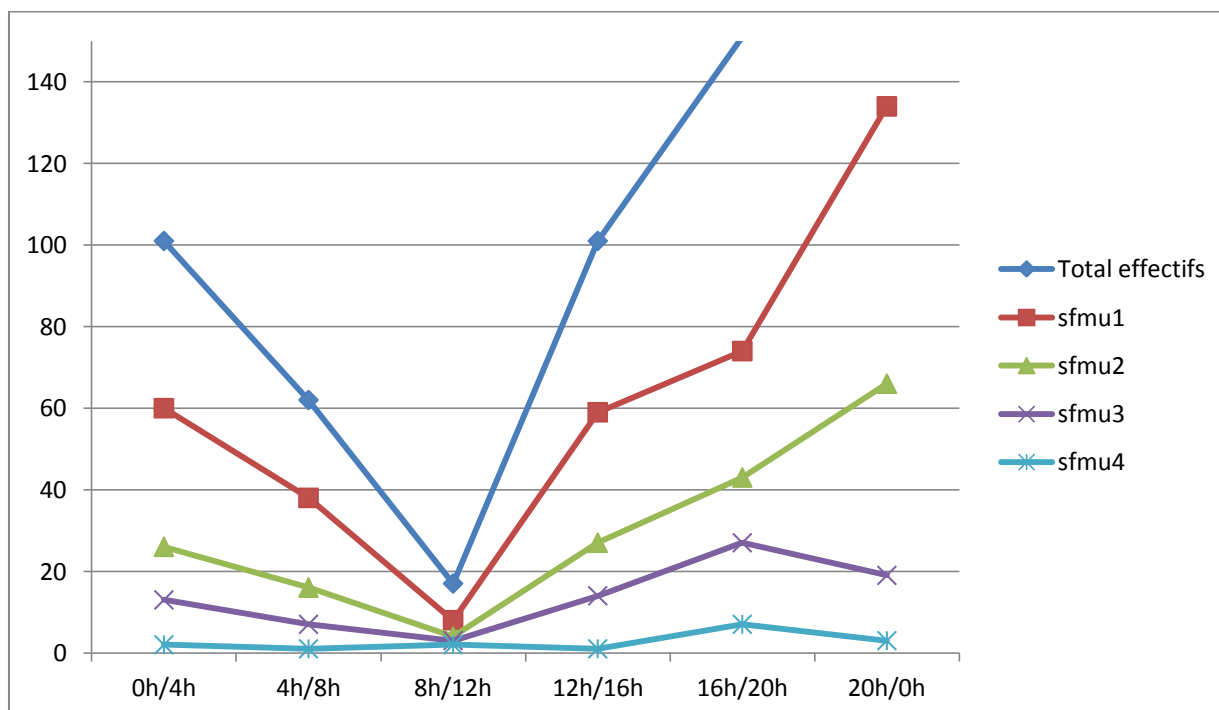
De 20h à 8h, les patients classés SFMU 1 représentent 60% des admissions.

De 8h à 20h, les patients classés SFMU 1 représentent 52% des admissions.

De nuit comme de jour, la répartition des patients SFMU 2 est homogène de 13 à 14% avec un creux dans la matinée.

De 20h à 8h, les patients classés SFMU 3 représentent 10% des admissions.

De 8h à 20h, les patients classés SFMU 3 représentent 31% des admissions avec également un creux dans la matinée.



Graphique 23 : Relation SFMU et horaire d'admission.

5.13/ Relation entre la pathologie à l'entrée de l'UHCD et la classification SFMU

Diagnostics	Total	SFMU 1	SFMU 2	SFMU 3	SFMU 4
Cardiologie	87	25	35	24	3
Pneumologie	27	17	1	9	0
Neurologie	44	20	19	2	3
Rhumatologie	28	22	3	3	0
Traumatologie	128	106	4	13	5
Gastro-entérologie	92	29	55	5	3
Psychiatrie	108	78	26	2	2
Uro-Néphrologie	21	16	3	2	0
autres	119	60	36	23	0
Total	654	373	182	83	16

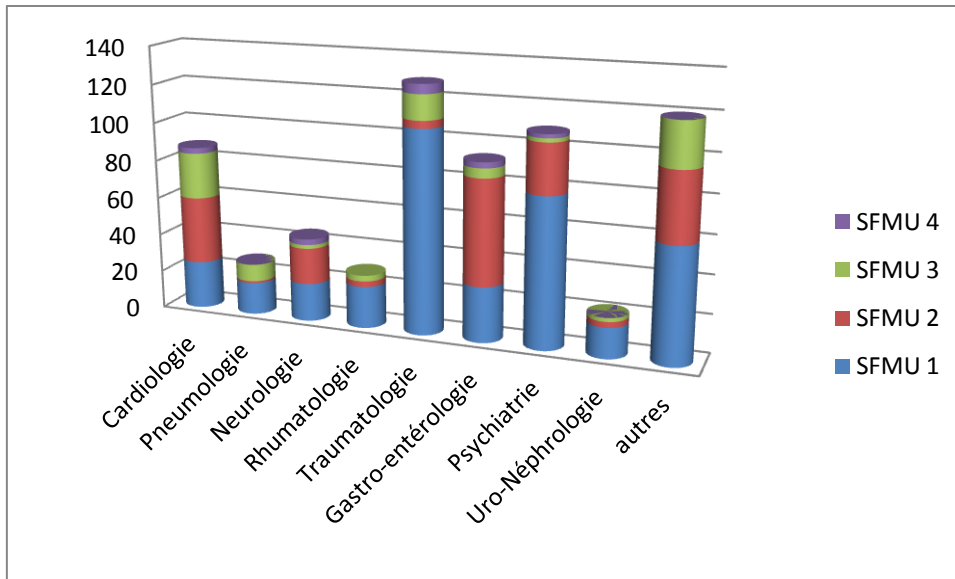
Tableau 29 : Influence de la classification SFMU sur la pathologie en cause.

Les pathologies simples, avec diagnostic clairement établi nécessitant une surveillance courte (SFMU1), sont principalement les pathologies traumatologiques (28%) et psychiatriques (18%).

Malgré une fréquence moindre, les pathologies urologiques et rhumatologiques sont majoritairement des pathologies clairement identifiées nécessitant une surveillance avec un retour à domicile programmé.

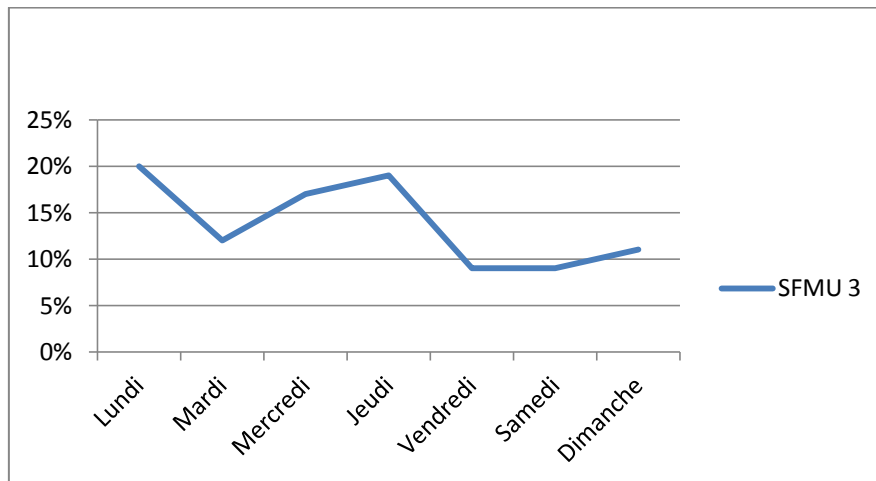
Les pathologies imprécises, nécessitant un complément de bilan avec surveillance (SFMU 2), sont largement représentées par les pathologies digestives (30%). Une analyse plus détaillée sur les pathologies digestives sera effectuée plus loin.

Pour les services concernés par une attente de lit (SFMU 3), on constate que la spécialité pneumologique est largement en tête chez 33 % des patients, la spécialité cardiologique dans 28 % des cas, alors que la traumatologie et la psychiatrie pourtant largement représentées en UHCD posent un problème d'attente de place dans respectivement 10 % et 1 % des cas.



Graphique 24 : Influence de la classification SFMU sur la pathologie en cause.

Nous avons détaillé les orientations précises dans les services conventionnels en cas d'hospitalisation envisagée dès l'entrée en UHCD (SFMU 3) :



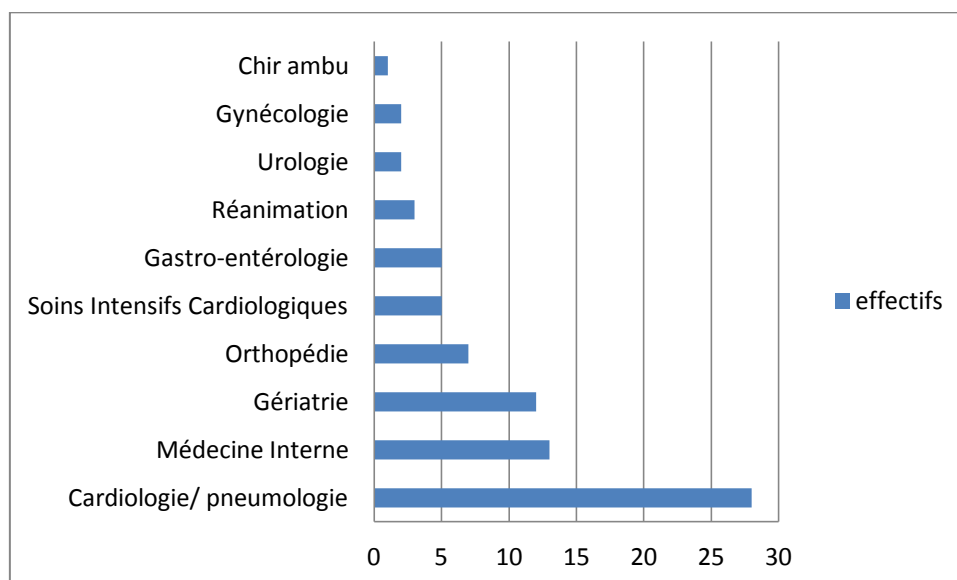
Graphique 25 : Relation groupe SFMU 3 et jour de la semaine.

Déjà constaté précédemment, le groupe SFMU 3 augmente à 20% les lundis et jeudis (moyenne à 13%), avec une baisse des admissions en UHCD constatée les jeudis (partie 3 3.4/ p58). Ce constat s'explique par l'affluence des hospitalisations à partir des urgences les lundis et le manque de place dans les services MCO les jeudis.

Les services de médecine sont largement impliqués dans ces situations (74%).

Services	effectifs
Cardiologie/ pneumologie	28
Médecine Interne	13
Gériatrie	12
Orthopédie	7
Soins Intensifs Cardiologiques	5
Gastro-entérologie	5
Réanimation	3
Urologie	2
Gynécologie	2
Chirurgie ambulatoire	1
total	78

Tableau 30 : Orientation des patients SFMU 3.



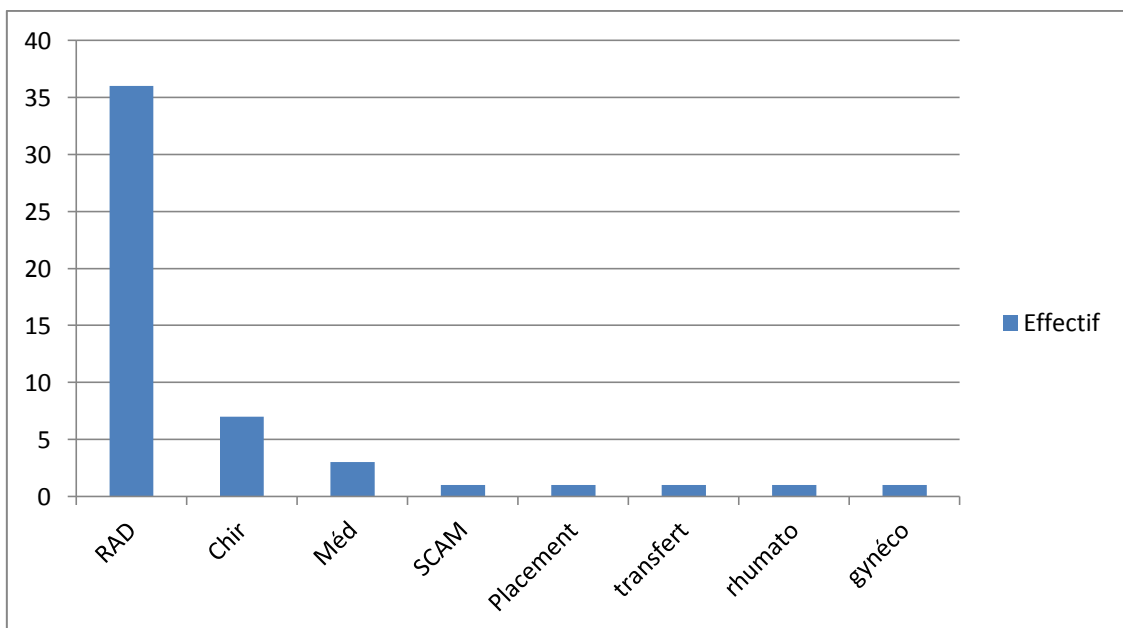
Graphique 26 : Orientation des patients classés SFMU 3.

Nous avons comptabilisé certaines pathologies plus précises à titre informatif :

1. 10 contusions du thorax: 6 Retours à domicile / 4 Hospitalisations.
2. Traumatismes crâniens(TC) : il existe une alcoolisation associée (TC+OH) dans 9 % des cas : TC purs 41 cas / TC + OH 4 cas
3. Malaises sans précision : 30 RAD ; 3 hospitalisations.

Cas particulier des patients admis pour « douleurs abdominales » à l'entrée de l'UHCD

- 36 retours à domicile
- 14 Hospitalisations dont 7 cas chirurgicaux purs (5 appendicites, 1 cholécystite, 1 péritonite)
- 1 cholécystite avec traitement médical
- 1 hernie sub-occlusive
- 1 colite infectieuse
- 1 placement
- 1 patiente pour la gynécologie
- 1 diagnostic rhumatologique
- 1 SCAM en diabétologie
- 1 transfert : appendicite à la Clinique des cèdres



Graphique 27 : Devenir des patients admis pour douleur abdominale à l'entrée de l'UHCD.

PARTIE 4 : DISCUSSION

1. L'UHCD est elle en conformité avec les textes et les recommandations ?

Nous avons comparé les critères d'évaluation établis dans les recommandations de la SFMU de Mars 2001 [6] avec la réalité de l'UHCD du Centre Hospitalier de Tulle :

1. Evaluation des locaux (ANNEXE 6)

○ Critères essentiels

Tous les critères semblent être remplis. Nous précisons que le personnel médical de l'UHCD est déchargé de toute autre activité médicale de 9h à 13h30 pendant les jours ouvrables.

○ Critères souhaitables

Monitoring non invasif, surveillance du monitoring depuis le poste infirmier, salle d'attente pour les familles : L'unité est en conformité avec ces critères.

Il n'existe pas de téléphone dans les chambres mais le téléphone cellulaire de l'infirmier est à la disposition des patients si nécessaire.

Le lieu d'entretien avec les familles n'est pas précisé mais le bureau médical semble être un lieu adapté pour accueillir les familles des patients.

Le SAU accueille annuellement 18 780 personnes /an. Cela correspond à 6 lits minimum nécessaires pour l'UHCD de Tulle selon l'article D 712-56 du décret 95-648 du 9 mai 1995 [11] .

○ Critères optionnels

La chambre de garde est située au SAU géographiquement très proche de l'UHCD.

2. Evaluation de l'organisation (ANNEXE 5)

○ Critères essentiels

Les principaux critères « essentiels » semblent pour la plupart validés :

L'UHCD fait partie des urgences et constitue à elle seule une unité fonctionnelle.

La responsabilité du chef de service, la rotation du personnel avec la zone d'accueil des Urgences, la charte de l'UHCD, le codage de chaque patient et la durée moyenne de séjour inférieure à 24h sont parfaitement établies.

En ce qui concerne le dossier médical, le dossier infirmier y est bien inclus avec un courrier dicté le jour de la sortie de chaque patient.

Les missions et objectifs de l'UHCD sont en cours de rédaction dans le règlement intérieur du SAU

La durée de séjour doit être inférieure à 2 nuits consécutives soit 36h.

Le tableau de bord d'activité de l'UHCD se présente sous la forme d'un registre où sont notés les passages UHCD (étiquettes patients, jours et horaires de passages, destination à la sortie, nom du médecin traitant et diagnostic à l'entrée en UHCD).

Le Résumé d'Unité Médicale (RUM) est établi pour chaque patient de l'UHCD.

La fiche de transfert, remplie pour chaque patient de l'UHCD transféré, est la même pour tous les types de transfert hospitalier.

- Critères souhaitables

L'UHCD répond aux critères suivants : DMS en heure, monitoring des patients possible avec IDE présente 24h/24h.

Quant au médecin traitant, il n'est pas systématiquement joint par téléphone le jour de la sortie de son patient mais une lettre est dictée ce jour là et rapidement dactylographiée et envoyée.

La procédure spécifique d'évaluation de la qualité des soins à l'UHCD n'est actuellement pas mise en place.

Il existe une procédure institutionnelle écrite sur les modalités de transfert de l'UHCD vers les autres services.

La principale difficulté qu'ont rencontrée les médecins des Urgences a été de faire admettre l'UHCD comme une unité d'hospitalisation non conventionnelle. Il a fallu, à de maintes reprises, insister sur

le fait que ce service de 6 lits ne se résume pas à un simple service « tampon », acceptant un patient en attendant une sortie possible d'un service. Le rappel des critères stricts d'admission en UHCD ont été rappelés de nombreuses fois aussi bien aux médecins des étages qu'aux administrateurs de l'hôpital, lorsque les places en services de médecine venaient à manquer (ANNEXE 8).

- Critères optionnels

Pour le Centre Hospitalier de Tulle, chaque passage à l'UHCD est considéré comme une hospitalisation d'une journée et des actes précis peuvent être facturés en plus dans le prix de journée.

3. Evaluation de l'activité

Selon le rapport de la SFMU, il est recommandé que soient disponibles, au minimum chaque année, pour évaluer le fonctionnement de l'UHCD, les indicateurs chiffrés suivants :

- Nombre de patients admis annuellement.
- Durée moyenne de séjour réelle, exprimée en heures.
- Nombre et pourcentage de patients ayant dépassé les 24 heures de présence, avec le nombre et le pourcentage de patients restés moins de 3 heures.
- Descriptif de l'activité selon les quatre groupes définis précédemment (groupes 1 à 4), en nombre et pourcentage.
- Nombre et pourcentage de patients sous monitoring non invasif.
- Nombre et pourcentage de gestes d'urgence vitale réalisés à l'UHCD (intubation, voie veineuse centrale).
- Nombre et le pourcentage des avis spécialisés.
- Nombre et pourcentage des différents diagnostics admis à l'UHCD.
- Orientation des patients (en nombre et pourcentage).

NB : Le nombre et le pourcentage des admissions en réanimation à partir de l'UHCD doit de plus être identifié.

NB : Les patients en fin de vie (décès attendus) ne sont pas accueillis en UHCD (Charte de l'UHCD ANNEXE 2).

Cette évaluation fait partie intégrante de notre travail de thèse puisque le service UHCD de Tulle n'a ouvert que le 6 décembre 2011.

Notre étude ne rassemble les données que sur les 6 premiers mois de l'année 2012 et non sur une année entière.

Il nous a paru plus adapté de débiter l'étude à partir d'un mois de fonctionnement car il existe souvent au départ quelques dysfonctionnements inhérents à la mise en service d'une nouvelle unité.

Les patients sous monitoring non invasif, les gestes d'urgence vitale réalisés à l'UHCD ainsi que les interventions des différents médecins spécialistes n'ont pas été comptabilisés dans notre étude ce qui entraîne une sous évaluation de l'activité.

Il semble nécessaire, qu'à l'avenir ces trois dernières données soient prises en compte afin de mieux analyser l'activité réelle de l'UHCD.

4. Evaluation de la démarche assurance-qualité

Le recueil et l'analyse des plaintes est possible grâce à un questionnaire laissé à la disposition du patient le jour de sa sortie. Ce précieux indicateur, actuellement non analysé permettrait à l'hôpital de suivre les problèmes de gestion de l'unité.

Selon les recommandations de la SFMU :

« L'adéquation entre les procédures disponibles en UHCD et leur application réelle doit être évaluée régulièrement dans le cadre d'une démarche assurance qualité. De la même manière, le cahier des procédures doit être validé par le chef de service et les mises à jour datées. Ces mises à jour doivent être régulières (au minimum une fois par an). La datation des mises à jour permet de s'assurer que le responsable de l'unité suit les évolutions des connaissances et pratiques médicales. Ces considérations conduisent à recommander que ce type d'unité soit doté d'un système d'informatique médicale permettant l'accès à ces données. »

Ces exigences essentielles dictées par la SFMU et l'ACEP [12] ne sont pas pour le moment vérifiables du fait de la mise en place récente d'une telle unité.

2. L'UHCD et le Centre Hospitalier de Tulle

2.1/ Nombre d'hospitalisations évitées en service de médecine traditionnelle.

La réduction du nombre d'hospitalisations traditionnelles est quantifiée dans notre étude : Le recrutement se base principalement sur l'appréciation du médecin des urgences qui décide une entrée en UHCD pour un patient. Le médecin précise pour chaque patient si une hospitalisation traditionnelle aurait été nécessaire en l'absence d'UHCD.

On a pu facilement comptabiliser ce chiffre grâce au registre de l'UHCD où l'on notifiât pour chaque passage UHCD l'attitude qui aurait été adoptée en l'absence d'UHCD : une croix signifiait que l'hospitalisation en service conventionnel aurait eu lieu si l'UHCD n'avait pas été ouverte.

333 hospitalisations ont donc pu être évitées sur 654 passages soit 50% d'hospitalisation évitées sur les flux des patients en UHCD.

En vérifiant le flux des patients au SAU en 2011 pour la même période (9338 patients au 1^{er} semestre 2011), on constate une réduction des hospitalisations traditionnelles avec un nombre de passages aux urgences légèrement modifié (9092 passages en 2012 soit une baisse de 2.6 %).

Hospitalisations en 2011 : 2542

Hospitalisations en 2012(UHCD compris) : 2855

Hospitalisations en 2012 hors UHCD : 2202

Hospitalisations en 2012 si il n'y avait pas eu d'UHCD : 2535

L'ouverture de l'UHCD en 2012 permet donc pour cette série de relevés une réduction de 13 % des hospitalisations dans les services traditionnels mais génère toutefois une augmentation considérable du nombre total des hospitalisations (+ 12 %) avec paradoxalement une activité aux urgences inférieure sur le 1^{er} semestre 2012 par rapport à l'année précédente.

Nota Bene : Au moment de la sélection des patients, la décision du médecin du SAU d'hospitaliser ou non le patient, en l'absence d'UHCD se base principalement sur l'âge du patient et le diagnostic donné. Cette donnée demeure toutefois difficilement exploitable de par ce biais de recrutement.

Il n'en demeure pas moins que l'aspect financier reste un indicateur intéressant qui valorise cette nouvelle activité, puisque sans avoir clairement réduit le nombre des hospitalisations au sein de l'hôpital, l'UHCD permet de générer une activité nouvelle, plus sécurisante pour le patient et l'équipe de soignants du SAU.

2.2/ Un bilan financier positif pour l'Hôpital de Tulle

Lorsqu'un patient est pris en charge dans une UHCD, et que cette prise en charge n'est pas suivie d'une hospitalisation dans le même établissement un GHS peut être « facturé » **si l'état de santé de ce patient remplit, de manière cumulative, les conditions suivantes :**

- Il présente un caractère instable ou le diagnostic est incertain ;
- il nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- il rend nécessaire la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

Pathologies	Effectif 1er semestre 2012	Coût moyen de l'hospitalisation (euros)	Code GHM
éthylisme aiguë niveau 1	56	615,73	20Z051
intoxication médicamenteuse très courte durée >17 ans, niveau 1	30	566,75	21M10T
douleur abdominale très courte durée	23	578,94	06M12T
douleur thoracique très courte durée	22	646,77	05M13T
traumatisme de la peau et des tissus sous cutanés >17 ans, niveau 1	21	544,4	09M031
épistaxis très courte durée	19	569,34	03M06T
lithiase urinaire très courte durée	10	622,51	11M02T
commotions cérébrales, niveau 1	15	710,67	01M201

Tableau 31 : Exemple de facturation des séjours en UHCD au centre hospitalier de Tulle.

Par ailleurs, les modalités de facturation des prises en charge en UHCD ont été modifiées par la mise en œuvre de la Version 11 [8] de la classification des GHM et la suppression de la CM24.

Désormais, ces prises en charge donnent lieu à facturation d'un « GHS correspondant à un GHM dont la date d'entrée est égale à la date de sortie, quelle que soit la durée de séjour dans cette unité ».

En d'autres termes, la prise en charge d'un patient en UHCD donne lieu à facturation du GHS correspondant au GHM du niveau de sévérité le plus bas au regard de la racine à laquelle conduit le groupage de son résumé de séjour.

En fonction de la racine de GHM concernée, le GHM donnant lieu à facturation sera donc :

- un GHM en « J » ou en « T » lorsqu'ils existent ;
- un GHM de niveau 1 lorsque la racine comporte plusieurs niveaux de sévérité.

En outre, si ce GHM comporte une borne basse, le tarif facturé est celui de la borne basse.

En cas d'hospitalisation dans une unité MCO au sein du même établissement à l'issue du passage en UHCD :

Les règles générales de production des RSS s'appliquent : il s'agit d'un même séjour hospitalier, avec passage dans plusieurs unités médicales. Un RSS unique doit être produit, et **un seul** GHS facturé.

En revanche, si les symptômes observés doivent donner lieu à des examens diagnostiques complémentaires sans nécessiter de surveillance en hospitalisation, il y a simplement facturation d'un forfait ATU des actes et consultations réalisés.

Toute prise en charge de patient qui peut **habituellement** être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements de santé ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS.

Pour le centre hospitalier de Tulle, l'activité nouvelle de l'UHCD a permis des recettes supplémentaires d'un montant de 400.000 euros sur le premier semestre 2012.

2.3/ Discussion de la méthode :

- Ce type d'enquête de prévalence ne permet pas d'étudier l'aspect dynamique de l'activité de l'UHCD car le délai de 6 mois est relativement court d'où un manque de puissance pour cette étude. Il sera nécessaire de répéter ce type d'enquête à l'avenir afin d'avoir une vision longitudinale des phénomènes étudiés.
- Les diagnostics de sortie n'ont pas été clairement notifiés sur le registre donc n'ont pas été inscrits dans les critères de l'étude.
- L'intervention de l'assistance sociale et les avis spécialisés n'ont pas pu être quantifiés.

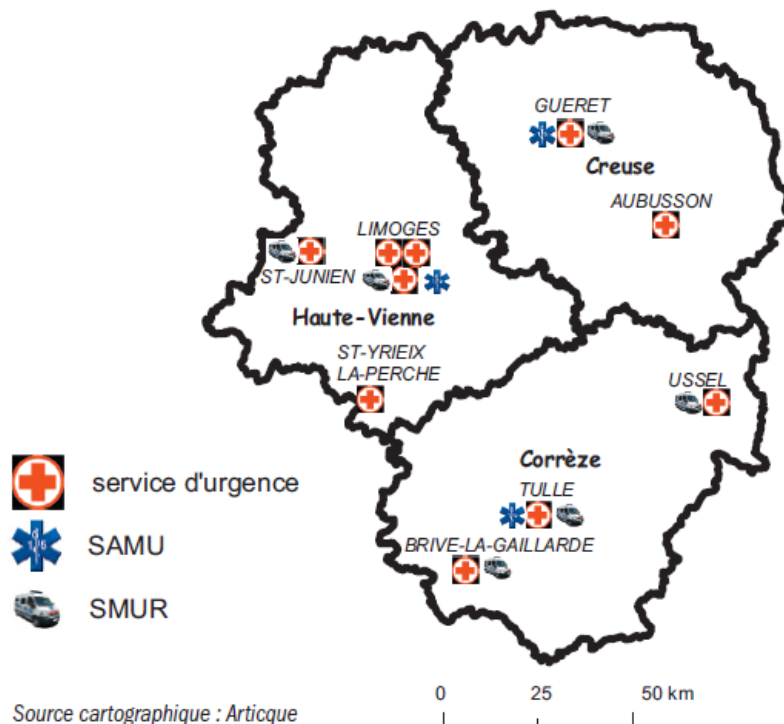
3. L'UHCD de Tulle et les UHCD en Limousin

3.1/ Organisation et fonctionnement

Contexte géographique [13]

Au 1er janvier 2009, le Limousin comptabilise 741 000 habitants (résultat provisoire Insee arrêté en décembre 2009) contre 737 000 en 2008 (estimation Insee 2008) soit une augmentation de 0,54 % (+0,27 % entre 2007 et 2008).

Le Limousin reste, avec la Corse, la région la moins peuplée et représente 1,15 % de la population française totale. La croissance de la population française entre 2008 et 2009 est de 0,5 %, très légèrement inférieure à celle de la population Limousine. La population régionale est âgée : 29 % de plus de 60 ans (22,4 % sur la France entière) et 20 % de moins de 20 ans (25 % en France) selon les estimations de 2009. En 5 ans (période 2003-2008), la population des plus de 60 ans a augmenté de 4,7 % en Limousin, de 9,7 % en France. L'augmentation des moins de 20 ans en Limousin est de 2,3 % (population nationale : 13,4 %). Le Limousin est caractérisé par un solde naturel négatif (nombre de décès supérieur au nombre de naissances). Le solde migratoire, en constante augmentation depuis une dizaine d'année, vient compenser ce déficit naturel (données INSEE).

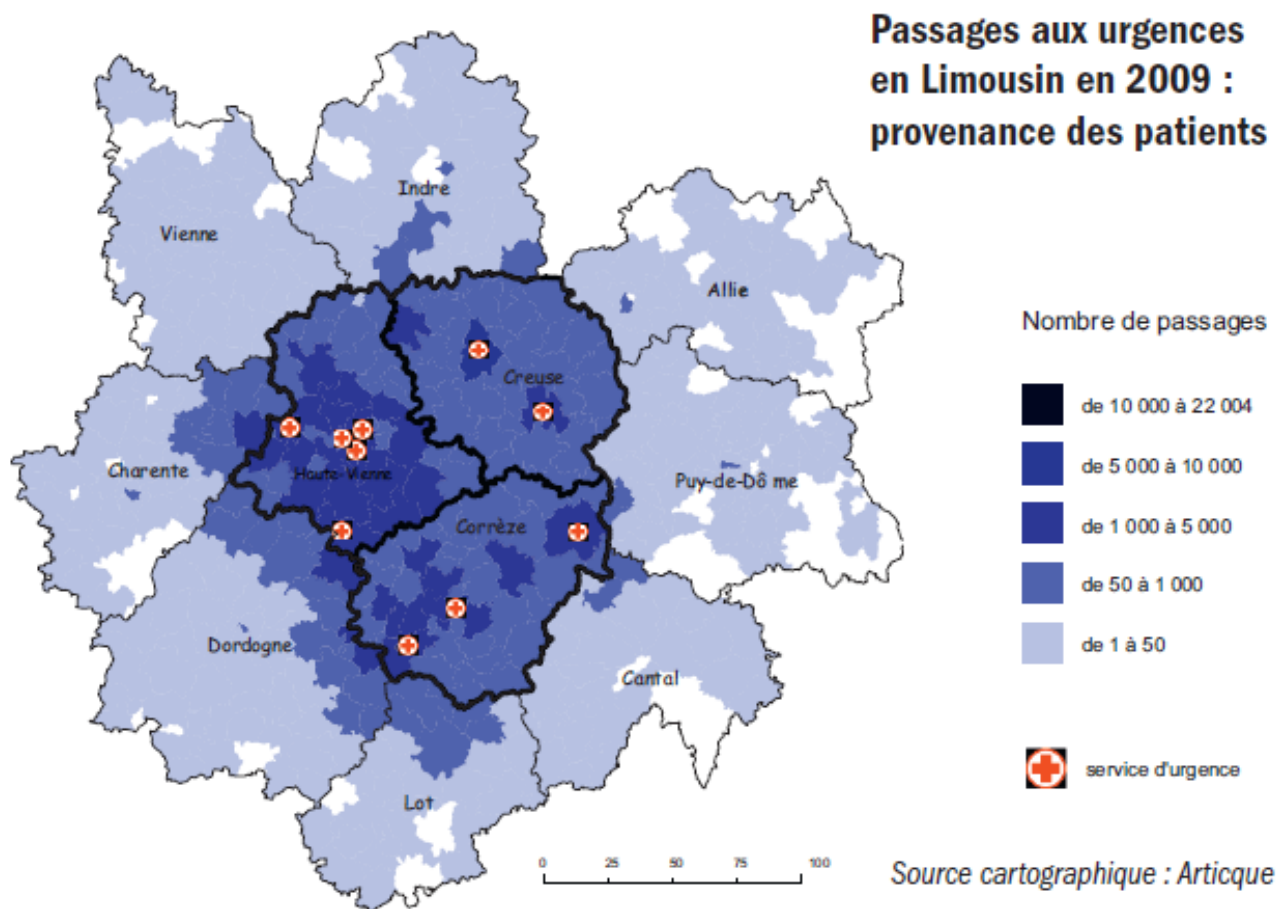


Contexte démographique

Le Limousin a une superficie de 16 942 km² et une densité de 43,7 hab. /km². La densité nationale est de 113 hab. /km². La région compte dix structures d'urgence, trois SAMU et six SMUR. Une étude réalisée par la MSA Limousin en juillet 2001 met en évidence un certain nombre de communes (228) qui paraissent hors d'atteinte des secours d'urgences terrestres en moins de 30 minutes en limousin : 66 en Corrèze, 72 en Creuse et 50 en Haute-Vienne. Ce sont des "zones blanches".

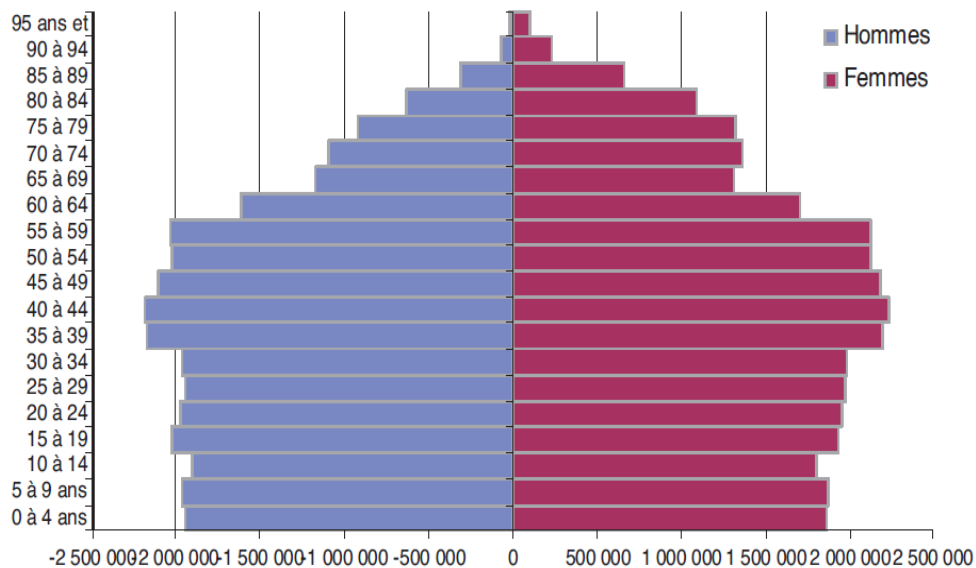
En 2009, les services d'urgences du Limousin enregistrent 181 973 passages, soit 7 231 de plus qu'en 2008 (+ 4,1 %). En moyenne, cela représente 499 admissions par jour, alors qu'en 2008, on en relevait 477 : soit une augmentation de 22 passages par jour. La population qui accède aux urgences continue de progresser plus vite que celle du Limousin.

Le taux annuel de passage en 2009 est de 24,5 %. Malgré l'augmentation du nombre de passages, la proportion de la population qui se rend dans les structures d'urgences reste relativement stable (taux annuel de passages en 2008 : 23,7 %)



Départements	Corrèze	Creuse	Haute Vienne
Nombre d'habitants en 2008	242 500	123 500	373 000
Nombre de services d'urgence en 2009	3	2	5
Nombre de passages en 2009	58 161	20 384	103 428
Pourcentage des passages de la région en 2009	32%	11,20%	56,80%
Taux annuel de passages en 2009	24%	16,50%	27,70%

Tableau 32 : Répartition des passages selon le département et la structure d'accueil.



Graphique 28 : Pyramide des âges du Limousin (estimation INSEE 2006).

Éléments de comparaison des UHCD du Limousin

Comme nous allons le voir, il existe une certaine disparité dans les fonctionnements des différentes UHCD en Limousin ; cela constitue un frein à la mise en place d'un recueil de données fiable et reproductible.

Nous avons interrogé les différents responsables des UHCD des centres Hospitaliers de la région Limousin (ANNEXE 1) afin de pouvoir comparer certains aspects de fonctionnement et les quelques données chiffrées obtenues grâce au centre ORU LIM qui centralise toutes les données des services des urgences de la région Limousin.

Ces résultats sont reproduits sous la forme des 2 tableaux suivants :

CENTRES	Nombre de lits	Personnel	Fonctionnement
CH BRIVE	9	1 IDE + 1AS dévolus à l'UHCD / médecin : de jour, dévolu à l'UHCD de nuit c'est le sénior de garde	24h/24h admission exclusive via les urgences
CH USSEL	2 box intégrés aux SAU	IDE et AS des urgences Médecin des urgences	24h/24h admission exclusive via les urgences
CH GUERET	4 en commun avec PUG (48h maxi)	1 IDE + 1 AS aux urgences se détachant de l'équipe la journée, idem la nuit	24h/24h admission possible par mutation des autres services
Clinique Croix Blanche	2	1 IDE + 1 AS communes aux urgences avec 1 médecin commun au SAU qui se détache en cas de besoin pas d'AS la nuit	24h/24h admission stricte via les urgences uniquement
CHU LIMOGES	11 dont 2 lits de soins continus + 3 lits de carcéral indépendants	1 IDE + 1 AS au minimum dévolus à l'UHCD jour et nuit + 1 ASH sur 12h. 1 médecin UHCD aux heures ouvrables puis médecin urgentiste joignable en dehors des heures ouvrables.	24h/24h via les urgences exclusivement
CH St YRIEIX	2	1 IDE + 1AS communes aux urgences avec 1 médecin commun au SAU, pas d'AS la nuit	24h/24h hospitalisation de durée prévisible <24h
CH St JUNIEN	3	2 équipes (IDE + AS) gèrent le SAU et l'UHCD le jour, 1 équipe pour la nuit, 1 médecin du SAU	24/24h admission possible par mutation des autres services
Clinique Chénieux	3	1 IDE + 1 AS communes aux urgences avec 1 médecin commun au SAU qui se détache en cas de besoin	24h/24h
Hôpital Mère Enfant	4 (6 lits pour la fin d'année)	1 IDE pouvant se détacher nuit comme jour de l'équipe du SAU	24/24 admission stricte via les urgences

Tableau 33 : Eléments de comparaison entre les différents UHCD du Limousin.

CENTRES	Lits scopés	DMS / pourcentage de RAD	LATA	prise en charge mineurs	date création	situation géographique / SAU
CH BRIVE	tous avec une liaison à une centrale dans le bureau IDE	18h55/41%	oui	non dérogation possible avec une présence des parents	mars-09	UHCD mitoyenne au SAU
CH USSEL	Oui avec liaison à une centrale dans le SAU	8h43/58%	oui	non	Décembre 2011	Permutation de box du SAU en lit UHCD
CH GUERET	non	13h21/29%	oui	oui avec autorisation et présence d'un parent	mai-12	mitoyenne au SAU
Clinique Croix Blanche	non	19h22/44%	non (service de soins palliatifs déjà existant)	non dérogation possible avec une présence des parents	2010	fait partie du SAU
CHU LIMOGES	2 lits possèdent un système de monitoring de sécurité	25h41/59%	oui	non		mitoyenne au SAU
CH St YRIEIX	non	17h18/64%	non	à partir de 16 ans avec accord parental écrit	2010	fait partie du SAU
CH St JUNIEN	non	14h30/62%	non (service de soins palliatifs déjà existant)	pédiatrie = 30% de l'activité présence des parents obligatoire	2009	fait partie du SAU
Clinique Chénieux	scope mobile, prévision d'un monitoring centralisé fin 2012	12h56/16%	non (service de soins palliatifs déjà existant)	non mais dérogation possible avec présence des parents	2008	fait partie du SAU
Hôpital Mère Enfant	scope mobile	12h54/81%	non		2007	fait partie du SAU

On constate premièrement que l'ensemble de ces UHCD sont récemment créés (moins de 5 ans). Les critères d'admission sur l'ensemble des UHCD semblent correspondre aux recommandations de la SFMU sauf à l'hôpital de Saint-Junien qui prend en charge des patients transférés provenant des autres services d'hospitalisation.

Toutes les UHCD fonctionnent 24h/24h mais leur fonctionnement intrinsèque peut varier notamment au niveau des équipes de soignants ; même si le personnel des UHCD est identique à celui du SAU, il n'est pas dans tous les cas dévolu qu'à l'UHCD; il faudrait une étude plus approfondie des moyens dont dispose chaque centre hospitalier pour comprendre la stratégie spécifique pour faire fonctionner une telle unité.

3.2/ Nombre de passages en UHCD

	CH BRIVE	CH GUERET	CH SAINT JUNIEN	CH SAINT YRIEIX	CHU LIMOGES	CH USSEL	CL CHENIEUX	CL CROIX BLANC HE	HOPITAL MERE ENFANT	∑ :
Janvier	217	94	77	36	232	21	56	31	97	861
Février	218	104	81	61	212	19	50	20	78	843
Mars	228	93	87	46	253	16	65	37	106	931
Avril	161	96	58	53	230	12	79	34	105	828
Mai	197	79	76	51	236		61	17	77	794
Juin	185	64	86	33	232	15	39	20	111	785
∑ :	1206	530	465	280	1395	83	350	159	574	5042

CH Tulle :

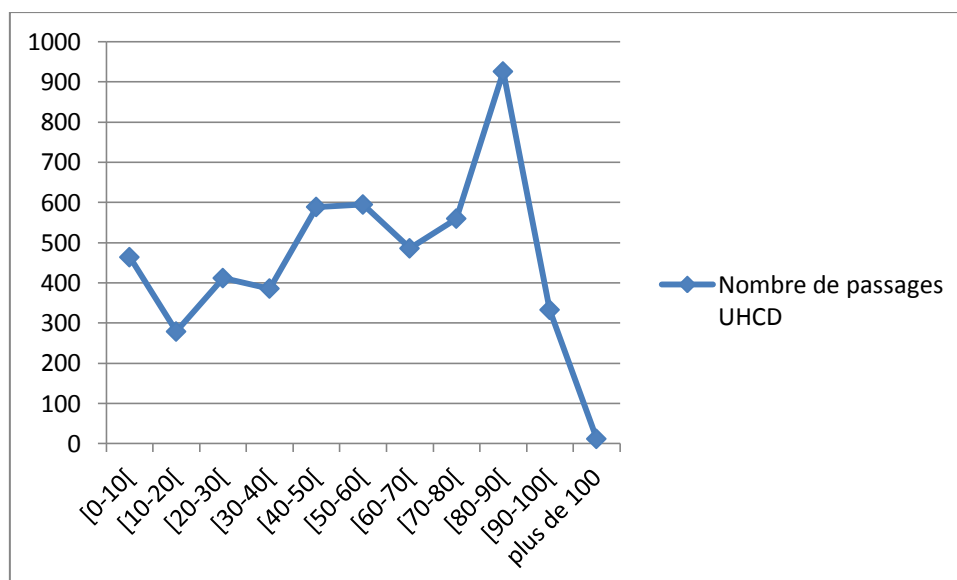
Mois	Nombre de patients
Janvier	114
Février	111
Mars	123
Avril	100
Mai	96
Juin	110
Total	654

Tableau 34 : Répartition des passages UHCD en limousin au premier semestre 2012.

3.3/ Répartition par âge (hors CH Tulle) :

Tranche d'âge	Nombre de passages UHCD	Pourcentage	CH Tulle
[0-20[	743	15 %	6 %
[20-70[	2468	49 %	56 %
Plus de 70 ans	1831	36 %	38 %
	Pourcentage :	100 %	100 %

Tableau 35 : Répartition simplifiée des passages UHCD en fonction de l'âge en limousin.



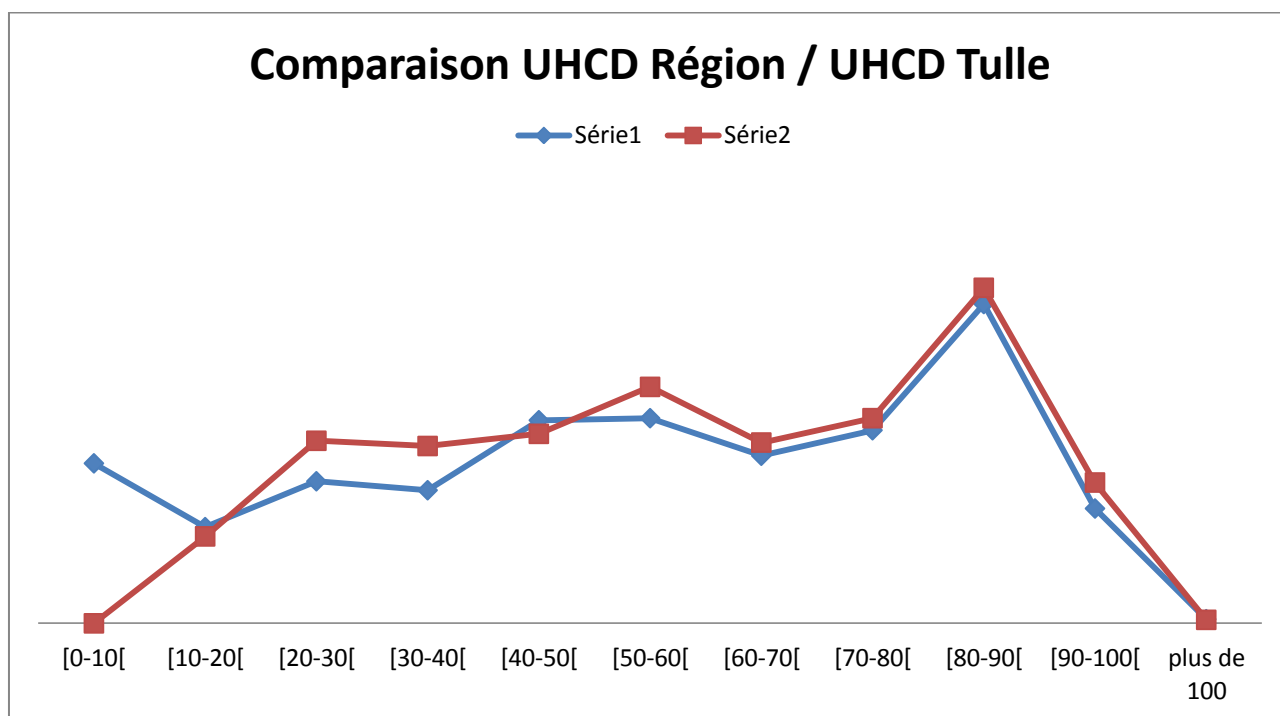
Graphique 29 : Nombre de passages en UHCD en limousin en fonction de la tranche d'âge.

Nous allons à présent comparer le CH Tulle avec chaque UHCD de la région :

	CH BRIVE	CH GUERET	CH SAINT JUNIEN	CH SAINT YRIEIX	CHU LIMOGES	CH USSEL	CL CHENIEUX	CL CROIX BLANCHE	CH TULLE
[0-20[	3.5%	5%	6.7%	2%	2.4%	9.6%	5.7%	2.5%	5%
[20-50[	26%	23%	26.7%	20%	41.6%	55.5%	34.3%	14%	31.6%
[50-70[	20.4%	24%	24%	22%	29.4%	15.6%	23.4%	17%	24%
[70-90[	41%	39%	33.6%	50%	20.5%	17%	32%	48.4%	31%
plus de 90 ans	8.8%	8.5%	9%	6.5%	6.3%	2.4%	4.6%	18.2%	8.3%

Tableau 36 : Pourcentages des admissions en UHCD en fonction de l'âge des patients.

L'hôpital mère enfant n'a pas été représenté ici puisqu'il ne s'agit que de patients mineurs, population difficilement comparable avec les autres.



Graphique 30 : Admission en UHCD en fonction de l'âge en Limousin.

3.4/ Durée moyenne de séjour

	CH BRIVE	CH GUERET	CH SAINT JUNIEN	CH SAINT YRIEIX	CHU LIMOGES	CH USSEL	CL CHENIEUX	CL CROIX BLANCHE	HOPITAL MERE ENFANT	CH TULLE
Janvier	1074	743	844	1069	1586	517	891	897	778	837
Février	1206	819	1143	1210	1830	508	942	1038	771	901
Mars	1127	889	931	971	1521	505	692	1148	838	876
Avril	1202	781	881	1016	1522	508	701	1482	814	862
Mai	1154	771	709	928	1394		682	1176	805	920
Juin	1060	800	709	981	1420	579	839	1354	653	1027

Tableau 37 : DMS en minutes des UHCD du Limousin sur le 1^{er} semestre 2012.

Nom de l'établissement	Temps de passage moyen UHCD
CH BRIVE	1136 min / 18h55min
CH GUERET	801 min / 13h21min
CH SAINT JUNIEN	870 min / 14h30min
CH SAINT YRIEIX	1038 min / 17h18min
CHU LIMOGES	1541 min / 25h41min
CH USSEL	523 min / 8h43min
CL CHENIEUX	776 min / 12h56min
CL CROIX BLANCHE	1162 min / 19h22min
HOPITAL MERE ENFANT	774 min / 12h54min
CH TULLE	915 min / 15h15 min

Tableau 38 : DMS des UHCD en Limousin.

3.5/ Pathologies rencontrées

- **Répartition par pathologies**

On constate que globalement le diagnostic le plus répandu en Limousin reste l'intoxication alcoolique suivi des intoxications volontaires par les benzodiazépines puis les douleurs thoraciques. Les malaises et les douleurs abdominales sont ensuite fréquemment répertoriés.

Cette fréquentation semble superposable au CH Tulle avec toutefois une incidence plus marquée à Tulle des traumatismes crâniens qui se situe en troisième position et des douleurs abdominales en seconde position.

Nous n'avons pas précisé sur l'UHCD de Tulle le type de produit absorbé pour les intoxications d'origine non alimentaire contrairement au centre ORU LIM qui peut distinguer dans les différents centres les différentes catégories de produits vénéneux.

Pathologies principales	Nombre de passages UHCD	Pourcentage	CH TULLE
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	427	9,00%	8.56%
Intoxication par benzodiazépines	248	5,23%	
Douleur thoracique, sans précision	119	2,51%	5.97%
Malaise	117	2,47%	5.05%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	91	1,92%	7.80%
Altération [baisse] de l'état général	80	1,69%	2.29%
Pneumopathie, sans précision	79	1,66%	2.60%
Infections intestinales virales, sans précision	68	1,43%	2.14%
Dyspnée	64	1,35%	2.14%
Intoxication par médicament psychotrope, sans précision	60	1,26%	
Colique néphrétique, sans précision	59	1,24%	2.14%
Insuffisance cardiaque, sans précision	57	1,20%	1.53%
Convulsions, autres et non précisées	56	1,18%	1.83%
Épisode dépressif, sans précision	52	1,10%	2.45%
Bronchite aiguë, sans précision	51	1,07%	
Épilepsie, sans précision	51	1,07%	
Malaise et fatigue	50	1,05%	
Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	49	1,03%	
Fièvre, sans précision	46	0,97%	
Pneumopathie bactérienne, sans précision	45	0,95%	

Tableau 39 : TOP 20 des pathologies principales des UHCD en limousin.

L'UHCD ne disposant pas d'un système informatique pour le recueil des données, on ne retrouve pas strictement les mêmes diagnostics que pour les autres UHCD du Limousin et des précisions au moment du relevé de données manquent :

Par exemple, on n'a pas précisé pour les intoxications non alimentaires le type de médicament ingéré (psychotropes et benzodiazépines ont été confondus pour le CH Tulle).

- **Répartition par disciplines (ANNEXE 10)**

Pour plus de clarté, nous avons finalement préféré un regroupement par discipline ; nous représentons seulement les résultats globaux sur le tableau suivant (le détail pour chaque UHCD figure en ANNEXE 10).

Malgré une simplification des intitulés, il persiste plusieurs sous parties pour chaque discipline :

On retrouve en première position les pathologies psychiatriques (intoxication non alimentaire + trouble du psychisme : 1183 patients), puis les pathologies cardiaques (douleur thoracique + malaise : 670 patients), les pathologies digestives en troisième position avec 560 patients.

La pneumologie (454 patients), la traumatologie (434 patients) et la neurologie (391 patients) n'arrivent qu'ensuite.

Discipline	Nombre de passages UHCD	Pourcentage des UHCD du limousin	TULLE
Intoxications aiguës non alimentaires : médicaments, OH, CO ...	922	20%	14%
Douleurs abdominales, pathologies digestives	560	12%	7.8%
Dyspnées, pneumologie et pathologies des voies aériennes inférieures	454	9,60%	2.6%
Douleurs thoraciques, pathologies cardio-vasculaires	452	9,56%	2.91%
Céphalées, pathologies du système nerveux central et des nerfs crâniens	391	8,27%	1.68%
Troubles du psychisme, du comportement et difficultés psychosociales	261	5,52%	2.45%
Autres recours aux urgences	228	4,82%	
Malaises, lipothymies, syncopes, étourdissements et vertiges	218	4,61%	6.88%
Traumatologie de la tête et du cou	213	4,51%	6.88%
Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales, obstétrique	171	3,62%	2.14%
Affections rhumatologiques, orthopédiques et du système nerveux périphérique	153	3,24%	
Troubles endocrino-métaboliques et hydro-électrolytiques	108	2,28%	
Fièvre et infectiologie générale	96	2,03%	
Affections du système hémato-lymphatique	88	1,86%	
ORL et pathologies du carrefour aéro-digestif	84	1,78%	5%
Affections de la peau et des tissus sous-cutanés et phanères	75	1,59%	
Traumatologie thoraco-abdomino-pelvienne	71	1,50%	1.53%
Traumatologie autre et sans précision	67	1,42%	12%
Traumatologie du membre inférieur	43	0,91%	
Traumatologie du membre supérieur	40	0,85%	
Néonatalogie, malformation congénitale ou chromosomique	14	0,30%	0
Stomatologie	11	0,23%	0
Ophthalmologie	7	0,15%	0
	4727	100,00%	

Tableau 40 : Répartition des disciplines sur l'ensemble des UHCD du Limousin et du CH Tulle.

Nous rappelons le tableau donné précédemment (partie3.7 p57) qui simplifie la répartition des patients par disciplines sur le CH Tulle :

	Traumatologie	Psychiatrie	Gastro-entérologie	Cardiologie	Neurologie	Pneumologie
CH Tulle	19%	17%	14%	13%	7%	3%

Tableau 41 : Répartition des admissions par disciplines sur l'UHCD de Tulle.

La fréquence des disciplines est différente pour l'hôpital de Tulle avec une dominance tout d'abord pour la traumatologie ; la psychiatrie arrive en deuxième position puis viennent les pathologies d'origine digestive ; la cardiologie n'est qu'en quatrième position.

	CH BRIVE	CH GUERET	CH ST JUNIEN	CH ST YRIEIX	CHU LIMOGES	CH USSEL	Clinique CHENIEUX	CI CROIX BLANCHE	HME	CH TULLE
Intoxications aiguës non alimentaires : méd, OH..	16,2%	17,1%	13,3%	10,4%	37,4%	43,9%	2,1%	5,1%	6,5%	14%
Douleurs abdominales	8,5%	11,3%	12,2%	8,1%	6,0%	4,9%	20,3%	8,9%	32,1%	9.2%
Pneumologie	7,1%	15,4%	8,7%	5,9%	8,4%	1,2%	10,6%	22,2%	12,0%	3.5%
Cardiologie	10,6%	10,8%	16,6%	23,7%	6,7%	3,7%	8,9%	12,7%	0,5%	8.3%
Neurologie	12,7%	8,7%	3,5%	2,6%	9,5%	2,4%	4,2%	2,5%	6,7%	3.5%
Troubles psychiatriques	8,1%	4,8%	3,1%	1,5%	7,5%	1,2%	2,1%	3,2%	3,0%	2.5%
Autres recours aux urgences	6,0%	1,9%	5,5%	4,1%	5,9%	4,9%	3,0%	9,5%	2,1%	
Malaises, syncopes et vertiges	5,5%	2,9%	4,6%	10,0%	3,9%	3,7%	2,5%	11,4%	2,3%	6.88%
Traumatologie de la tête et du cou	5,4%	3,3%	4,6%	7,8%	1,5%	9,8%	1,7%	1,9%	9,9%	6.88%
Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales, obstétrique	2,6%	3,3%	5,5%	4,8%	1,9%	6,1%	16,9%	3,8%	1,9%	
Affections rhumatologiques, orthopédiques et du système nerveux périphérique	2,8%	1,7%	6,6%	4,8%	1,9%	3,7%	8,9%	5,1%	1,9%	
Troubles endocrino-métaboliques et hydro-électrolytiques	1,8%	3,8%	2,2%	1,5%	2,7%	2,4%	0,8%	5,1%	1,2%	
Infectiologie	2,1%	2,9%	0,9%	0,4%	0,5%		1,7%	0,6%	7,1%	
Affections du système hématolymphatique	4,1%	3,3%	1,1%	0,7%	0,8%		0,4%	0,6%	0,5%	
ORL	1,1%	1,3%	1,3%	1,1%	0,6%	2,4%	1,7%	1,9%	6,7%	
Affections de la peau et des tissus sous-cutanés et phanères	2,2%	1,5%	2,2%	0,7%	1,1%		2,5%	1,3%	1,2%	
Traumatologie tronc abdomen, membre inférieur et sup	3%	5.6%	8.3%	10.8%	3.3%	9.7%	10.1%	3.8%	1.8%	4.3%
Néonatalogie	0,1%						0,4%		2,1%	
Stomatologie	0,1%	0,2%		0,4%	0,4%			0,6%	0,4%	
Ophthalmologie	0,1%	0,2%		0,7%	0,1%		0,8%			

Tableau 42 : Répartition par disciplines en pourcentages des UHCD du Limousin.

3.6/ Orientation des patients après l'UHCD

	CH BRIVE	CH GUERET	CH SAINT JUNIEN	CH SAINT YRIEIX	CHU LIMOGES	CH USSEL	CL CHENIEUX	CL C. BLANCHE	HME	CH TULLE
Retour domicile	496 (41%)	153 (29%)	286 (66%)	179(64%)	829 (59%)	48 (58%)	54 (16%)	62 (44%)	465 (81%)	425 (65%)
Hospitalisation	640 (53%)	279 (53%)	123 (26%)	70 (25%)	247 (18%)	20 (24%)	271 (78%)	8 (6%)	105 (18%)	192 (29%)
Transfert vers autre établissement	32 (3%)	78 (15%)	46 (10%)	26 (9%)	267 (19%)	8 (10%)	23 (7%)	69 (49%)	2 (1%)	27(4%)
Décès	13 (1%)	16 (3%)	8 (2%)	4 (1%)	26 (2%)	4 (5%)				1
Sortie contre avis médical (SCAM)	13 (1%)		2	1	22 (2%)	2 (2%)		2 (1%)	1	9
Fugue	9 '(1%)	2			4				1	
Police, Gendarmerie		1				1 (1%)				
Σ	1203	529	465	280	1395	83	348	141	574	654

Tableau 43 : Orientation des patients à leur sortie d'UHCD sur l'ensemble du Limousin.

Un fort pourcentage d'hospitalisations secondaires doit conduire à s'interroger sur l'intérêt d'un passage en UHCD pour ces patients (CH BRIVE, CH GUERET et Clinique CHENIEUX).

Un pourcentage élevé de transferts par manque d'une spécialité ou de place dans l'établissement permet de mettre en évidence un dysfonctionnement dans l'environnement du service des urgences (Clinique de la croix Blanche à Aubusson).

3.7/ Taux d'hospitalisation en UHCD (par rapport au nombre de passages urgences)

Pour la région (hors Tulle), le taux moyen est de 5,3%

Nom de l'établissement	Nombre de passages UHCD
CHU LIMOGES	7,0%
CH BRIVE	8,0%
HOPITAL MERE ENFANT	4,9%
CH GUERET	6,2%
CH SAINT JUNIEN	7,6%
CL CHENIEUX	2,8%
CH SAINT YRIEIX	7,4%
CL CROIX BLANCHE	7,4%
CH USSEL	1,5%
CH TULLE	7.2 %

Tableau 44 : Taux d'hospitalisation des UHCD du Limousin.

4. L'UHCD de Tulle dans le réseau de soins : relation avec le médecin généraliste

Ce nouveau mode d'hospitalisation génère de nouveaux modes de prise en charge et de collaboration avec les médecins libéraux.

Etude du devenir des patients retournant au domicile à la sortie de l'UHCD de Tulle.

Nous avons voulu savoir comment les médecins généralistes percevaient cette nouvelle activité hospitalière ; pour cela, nous avons établi une étude sur le devenir des patients rentrant directement à leur domicile.

4.1 La méthode

Parmi les patients (425 au total) retournant au domicile, nous avons voulu connaître leur devenir en contactant leur médecin traitant, afin d'évaluer la qualité de leur prise en charge en ambulatoire.

Il s'agit d'une étude prospective avec certaines restrictions de patients :

Dans cette recherche, nous avons occulté volontairement les médecins libéraux exerçant hors du département de la Corrèze ainsi que les médecins exerçant à proximité d'une autre UHCD (médecins exerçant à Brive ou Ussel) puisque l'objet de l'étude est avant tout d'évaluer la coordination ville/hôpital dans un réseau de soins géographiquement déterminé sur la région de Tulle. N'ont pas été retenus également ceux qui n'ont pas mentionné de médecin référent ; ces patients là n'ont pas été recontactés.

Sur les 356 patients restant inclus dans cette étude, sur le premier semestre 2012, 15 patients (soit 4%) ont été perdus de vue du fait de la fermeture de 2 cabinets libéraux au cours du premier semestre 2012 (Dr Pelissier Brodin, Dr Couturier Bocquet) et du congé de maternité d'un autre médecin (Dr Massonie) ; le relevé du nom du médecin traitant a été erroné pour 7 patients. Enfin n'ont pas pu être joints par téléphone ou par courrier 2 médecins généralistes excluant 11 patients supplémentaires de l'étude.

L'étude porte donc sur le devenir de 323 patients.

4.2 Analyse critique de l'étude :

- L'étude porte sur un échantillon de patients et non sur l'ensemble des patients retournant à domicile : l'analyse n'est donc pas exhaustive ce qui pose premièrement un problème sur la représentativité réelle de l'échantillon.
- L'étude n'étant pas comparative (par exemple, on n'a pas établi de comparaison avec un autre groupe passant aux urgences et rentrant à domicile sans passer par l'UHCD) on ne dispose donc pas d'un outil performant de comparaison.
- Nous n'avons pas calculé dès le départ le nombre de patients nécessaires pour l'étude, nous sommes restreints à un relevé sur une période fixe de 6 mois ; donc la puissance de l'étude est insuffisante.
- Nous avons réalisé un suivi des patients à domicile avec un délai variable : les médecins généralistes ont été contactés à 2 reprises : 1 première fois au cours des 3 premiers mois de l'étude (relevé du devenir d'une première partie des patients) , puis une seconde fois à 1 mois environ de la fin du relevé.

Ces deux appels permettaient de conserver pour les médecins traitants un délai suffisamment court pour que l'évolution des patients ne soit pas faite approximativement (biais de mémorisation). Malheureusement les appels ont été groupés pour un même médecin généraliste donc le délai d'appel a été très variable (de 15 jours à 2 mois) d'un patient à l'autre.

4.3 Les critères recueillis : ANNEXE 7

- Délai de consultation depuis la sortie de l'UHCD
- La prescription d'examens complémentaires (affirmant ou infirmant le diagnostic retenu à la sortie).
- Le devenir immédiat puis dans les semaines qui ont suivi l'hospitalisation : décès, ré-hospitalisation....
- La nécessité d'un traitement complémentaire.

4.4 Les résultats :

- **L'âge moyen des patients**

L'âge moyen calculé est de 58.8 ans ; c'est une population très jeune.

- **Délai de consultation depuis la sortie de l'UHCD**

Le délai a été clairement précisé par le médecin traitant dans 88% des cas (n=284) :

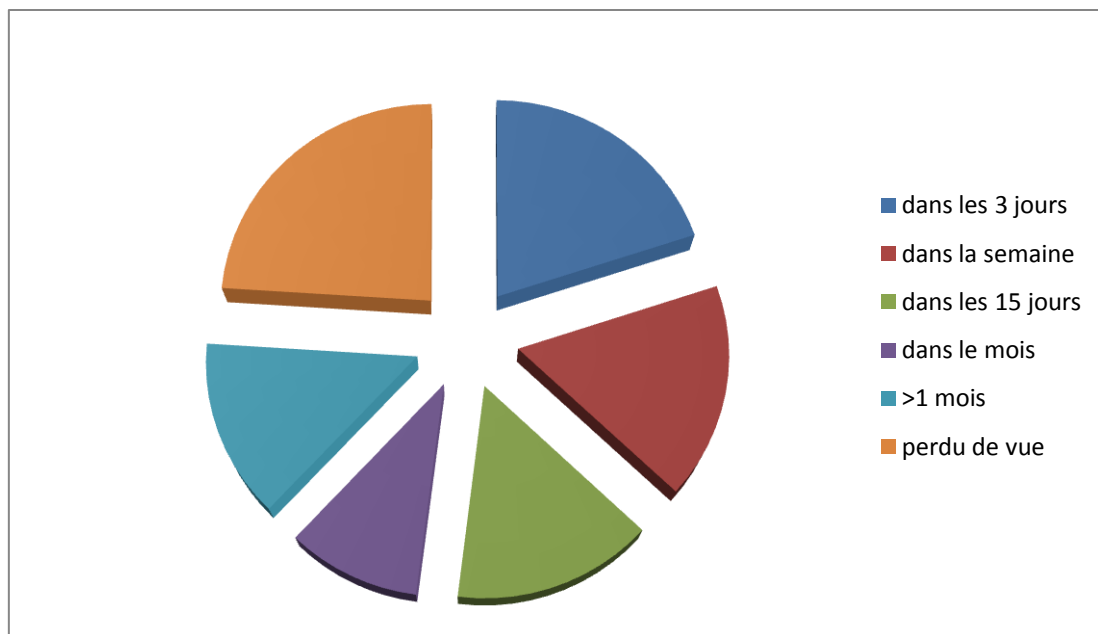
20 % des patients revoient leur médecin traitant pour la pathologie en cause dans les 3 jours qui suivent leur sortie d'hôpital.

Lors d'un délai supérieur à 15 jours (environ 25%), les patients concernés consultent pour un autre motif médical (renouvellement de traitement, autre pathologie aiguë...).

Enfin une grande proportion (24%) ne contacte pas leur médecin traitant même au-delà d'un mois.

Délai de consultation	Nombre de patients	Pourcentage
dans les 3 jours	57	20%
dans la semaine	47	17%
dans les 15 jours	43	15%
dans le mois	30	10%
> 1 mois	39	14%
perdus de vue	68	24%
Total	284	100%

Tableau 45 : Délai de consultation à la sortie de l'UHCD.



Graphique 31 : Délai de prise en charge en médecine de ville.

Discussion sur le délai de prise en charge dans la coordination des soins :

Après entretien avec la plupart des médecins généralistes de la Corrèze, il persiste toutefois un délai de 2 à 7 jours pour la réception des courriers de l'UHCD.

Malgré la dictée d'un courrier le jour de la sortie du patient, le médecin traitant ne recevrait pas ce courrier avant 3 jours alors que les patients ont, pour la plupart, déjà revu leur médecin traitant dans cet intervalle; ce délai est même étendu les veilles de week-end et les jours fériés.

Certains médecins sont équipés d'un réseau informatique « santé limousin » qui leur permet de recevoir des courriers sécurisés dès leur rédaction dans les services de médecine traditionnelle.

Ce système, déjà mis en place dans certains services du centre hospitalier de Tulle, pourrait être un système de communication privilégié entre la médecine de ville et le service UHCD. Selon les médecins généralistes inclus dans ce réseau, il pourrait également s'étendre au SAU pour une meilleure coordination des informations médicales.

La limite reste que ce réseau est encore peu répandu actuellement chez les médecins libéraux...

- **La prescription d'examens complémentaires**

L'analyse retrouve une large proportion de patients effectuant des examens de contrôle après leur sortie d'hôpital ; il s'agit en règle générale d'examens complémentaires prescrits par le médecin de l'UHCD ou des consultations de spécialistes programmées à la sortie de l'UHCD, les médecins généralistes recevant les résultats et courriers de consultation.

Parmi les examens les plus fréquents : endoscopie, échographie...

Parmi les consultations constatées : urologue, pneumologue, gastro-entérologue, ORL ont émis un avis au cours de l'hospitalisation et ont revu le patients dans les semaines qui ont suivi.

Sur les 323 patients étudiés, 66 d'entre eux ont effectué un ou des examens complémentaires (20%)

Certains diagnostics encore flous à la sortie de l'UHCD, ont pu être précisés lors de ces contrôles (dans 5% des cas).

Exemples :

Diagnostic d'une gastrite et d'un endo-brachy-oesophage avec HélicoBacter pylori + après fibroscopie oeso-gastro-duodénale réalisée en externe.

Douleur d'origine neuropathique suite à une hospitalisation pour suspicion de colique néphrétique (après consultation urologique et IRM lombaire réalisées en externe).

Le diagnostic d'une Maladie de Crohn a pu être établi grâce au suivi gastro-entérologique et à des explorations complémentaires après une nuit passée en UHCD pour des douleurs abdominales intenses.

Toutefois nous avons constaté seulement trois cas de diagnostics erronés :

- Un patient victime d'un Infarctus du myocarde ayant nécessité le lendemain de sa sortie d'UHCD un geste d'angioplastie en urgence.
- Un cas de syndrome appendiculaire récusé par le chirurgien de garde, lors d'une hospitalisation en UHCD.
- Une fracture du bassin non diagnostiquée sur une radiographie et détectée en externe, après réalisation d'un scanner.

Poursuite de la démarche diagnostique en médecine de ville :

Après analyse des_résultats, nous retenons principalement que les différents examens programmés en externe ont eu lieu, le médecin traitant assurant la coordination des soins en cas de pathologie complexe.

Dans de rares cas le médecin traitant est amené à compléter le bilan devant une problématique qui évolue et le diagnostic semble alors remis en question. (*exemple : apparition d'une insuffisance cardiaque chez une patiente de 83 ans hospitalisée pour pneumopathie débutante.*)

Dans des cas précis comme l'alcoolisation aiguë, le patient ne revient jamais revoir son médecin traitant ; il est dans de rares cas pris en charge par une équipe spécialisée ; nous n'avons malheureusement pas pu chiffrer ces données sur notre étude.

- **Le devenir des patients**

Le pourcentage de ré-hospitalisation s'élève à 11 % (37 patients ré-hospitalisés) sans forcément être pour la même pathologie.

Le pourcentage de décès est de 1.8 %.

Le diagnostic a été modifié dans 5 % des cas.

Il n'y a pas eu de patient mis en institution au cours de notre étude.

- **La nécessité d'un traitement complémentaire**

Parmi les patients revus, 8.5 % des patients ont eu besoin d'un traitement complémentaire.

Traitement médicamenteux :

Infiltration sur une articulation douloureuse, traitement diurétique pour une insuffisance cardiaque débutante, renforcement d'un traitement antalgique, traitement éradiquant Hélico Bacter Pylori après fibroscopie.

Traitement non médicamenteux :

Nécessité d'une attelle de repos pour une douleur articulaire persistante.

4.5 Evaluation et perspectives

- De façon globale nous avons constaté une grande satisfaction de la part des médecins généralistes qui considèrent ce nouveau système d'hospitalisation très positif pour le patient et pour la relation centre hospitalier/médecine de ville.
- Un effort reste à donner au niveau de la transmission du courrier écrit ; d'autres systèmes de communication existent (téléphone, internet) et des mesures allant dans ce sens sont déjà prises.

5. L'UHCD de Tulle et les UHCD en France

Nous avons précisé au début de notre travail dans le chapitre « historique » que les Observation Units (OU) fonctionnaient aux Etats Unis de manière très réglementée avec des guides de gestion et d'évaluation remis à jour en permanence, en particulier celui de l'ACEP [5] (Il existe notamment des unités dévolues à l'évaluation de certains types de pathologies, en particulier la douleur thoracique.).

La lecture de nombreuses études françaises sur l'ouverture d'UHCD fonctionnant depuis quelques mois, retrouvent fréquemment le même constat [14, 15].

*Les **UHCD** répondent globalement aux critères d'évaluation de la SFMU.*

*Le bon fonctionnement des **UHCD** est tributaire de la gestion globale des lits en aval par les établissements de soins.*

*Plusieurs solutions sont proposées en renfort à cette **UHCD**, comme l'ouverture d'une unité de court séjour gériatrique ou d'une unité de médecine polyvalente en rapport avec le service des urgences.*

*L'établissement d'un référentiel national avec les différents objectifs à atteindre serait intéressant pour améliorer la démarche qualité au sein des **UHCD**.*

Ce dernier constat limite considérablement notre analyse comparative et ne nous permet pas de comparer les UHCD de France entre elles, en l'absence de référentiel national précis [16, 17].

CONCLUSION

Les UHCD ont différents rôles : diagnostic, soins, surveillance et aide à l'orientation des patients. L'efficacité de la démarche médicale s'explique par la présence d'un médecin et la possibilité d'un accès prioritaire au plateau technique, ainsi qu'aux avis spécialisés, permettant des examens cliniques répétés, des prises de décision diagnostiques et thérapeutiques rapides.

Elles améliorent la sécurité des décisions médicales, permettent une diminution du nombre des hospitalisations traditionnelles et une meilleure orientation des malades vers les services adaptés[18].

Cette étude souligne l'intérêt de cette unité pour le patients (hospitalisation plus courte pour certains, mise en observation avant retour à domicile trop prématuré pour d'autres [19]) et la société (intérêt économique).

Il faut y ajouter l'intérêt pour le personnel des urgences pouvant suivre le patient au-delà d'une simple consultation, mener une démarche diagnostique et thérapeutique plus aboutie, et avoir des relations plus privilégiées avec les familles.

L'ouverture de l'UHCD au Centre Hospitalier de Tulle a permis de s'adapter à une nouvelle logique d'hospitalisation, plus courte et très dynamique.

Cependant, cette nouvelle organisation nécessite des renforts de personnel évidents [20] . C'est tout le challenge lié à ce nouvel équipement.

L'augmentation importante des surfaces affectées aux urgences suppose des moyens en personnel difficiles à engager compte tenu de la politique très contraignante induite par la loi « Hôpital patient santé et territoire ». Dans le contexte actuel le gouvernement n'a pas permis la création de nouveaux postes sur le Centre hospitalier de Tulle et l'hôpital a dû déplacer son personnel en supprimant des lits dans les services d'hospitalisation conventionnelle réduisant ainsi les capacités d'accueil de ces services.

Pour créer de nouveaux postes, l'hôpital doit dégager des recettes afin de dégager des moyens humains nouveaux et permettre une meilleure prise en charge des patients. C'est tout l'enjeu auquel l'hôpital de Tulle est confronté actuellement.

Enfin ce mode d'hospitalisation génère de nouveaux modes de prise en charge et de collaboration avec les médecins libéraux, sources de progrès sous réserve de développer des outils performants de communication et d'importants efforts d'évaluation. [21]

ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire adressé aux responsables UHCD des CH en Limousin

1/ Combien de lits comportent votre UHCD ?

2/ Votre UHCD est- elle géographiquement distincte du SAU ?

3 / Quel est le fonctionnement de votre UHCD ?

1. Horaires d'ouverture (24h/24h ; à partir de 18h....)
2. Effectif médical et paramédical
3. Le personnel est-il exclusivement affecté à l'UHCD ou travaille-t-il simultanément au SAU ?

4 / quelle est la date de sa création ?

5 / Existe-t-il des lits scopés et si oui, arrive-t-il que des patients relevant d'un service de réanimation ou de soins intensifs soient hospitalisés dans l'UHCD ?

6 / Critères d'admission dans l'UHCD : mineurs, LATA, via les urgences ou mutation possible d'un autre service.

ANNEXE 2

Charte de l'UHCD du Centre Hospitalier de Tulle

I – Définition de L'UHCD

C'est une Unité de Surveillance de Courte Durée créée conformément aux dispositions des articles R 6123-1 et R 6123-19 du Code de la Santé Publique

C'est une unité d'hospitalisation non conventionnelle

Il s'agit d'une unité fonctionnelle (UF) du Service des Urgences, placée sous l'autorité du Chef de Service des Urgences qui désigne comme responsable, un praticien du service des Urgences, conformément aux textes en vigueur.

C'est une **unité d'hospitalisation de très courte durée** (strictement limitée à 24 heures maximum) qui ne se substitue ni à l'hospitalisation classique, ni à l'hospitalisation en service de Réanimation, de Soins Intensifs Cardiologiques ou de Soins Continus.

La durée d'hospitalisation, **strictement limitée à une durée maximale de 24 heures**, sans limitation de durée minimale, est régie par un texte réglementaire (circulaire n° DH.4B/D.G.S. 3^E/91-34 du 14 mai 1991 de la direction des hôpitaux et décret n°95-648 du 9 mai 1995 du Journal Officiel de la République Française).

Avec 5 lits, près de 1800 patients sont susceptibles d'être accueillis et traités chaque année.

L'UHCD s'inscrit dans une démarche caractérisée par des objectifs précis.

L'UHCD doit permettre d'améliorer l'efficacité globale :

- du service des Urgences en sécurisant les décisions médicales prises au SAU en alternative à des sorties prématurées ou des hospitalisations inadaptées et en diminuant les temps d'attente au SAU et en améliorant la gestion des flux des patients.

- de l'établissement par l'alternative à l'hospitalisation en court séjour et à l'amélioration de l'adéquation de l'orientation des patients admis à partir des Urgences.

Elle est à concevoir comme une unité de soins à haute rentabilité diagnostique et thérapeutique qui élargit l'éventail des possibilités d'orientation à partir de l'accueil des Urgences.

C'est une unité de surveillance

C'est une unité de **surveillance continue**, utile pour des patients à risque d'instabilité ou instables en attente de transfert inter-hospitalier, avec possibilité de monitoring de sécurité et de surveillance rapprochée des paramètres vitaux.

II - Critères d'admission à L'UHCD

Seuls les patients provenant du SAU pourront être admis a l'UHCD

Les patients relevant de l'UHCD doivent présenter au moins une des caractéristiques suivantes :

- caractère instable ou diagnostic incertain
- état requérant une surveillance médicale et un environnement paramédical ne pouvant être délivré que dans le cadre d'une hospitalisation brève.

- état nécessitant la réalisation d'examens complémentaires et d'actes thérapeutiques.

Quatre groupes de patients peuvent être classiquement définis (référentiel SFMU), en sachant que la **fonction première** de l'UHCD sera l'accueil des patients des groupes 1 et 2 :

1 – Groupe 1 SFMU : retour à domicile prévu dans les 24 heures (pathologie clairement identifiée à traiter)

Patients qui, a priori, au terme de 24 heures, peuvent regagner leur domicile.

Ce groupe concerne les patients pour lesquels l'évaluation à l'accueil laisse supposer qu'après une courte période de soins (prolongée mais inférieure à 24 heures), l'évolution sera satisfaisante, autorisant sans risque pour le patient une sortie de l'hôpital.

Ce groupe intègre également des patients présentant des difficultés sociales ou socioprofessionnelles.

Statistiquement, il s'agit de :

- intoxication éthylique aiguë
- réaction allergique sans signe de gravité immédiate amélioré par traitement
- colique néphrétique sans signe de gravité
- traumatologie simple chez une personne à fortiori âgée vivant seule (problème organisationnel)
- asthme modéré amélioré par traitement
- crise d'angoisse, attaque de panique
- convulsions non compliquées à fortiori chez un comitial connu
- infections non compliquées avec bonne réponse au traitement initial (pneumopathies, pyélonéphrites)
- hyperglycémies sans acidose

- traumatismes crâniens nécessitant une simple surveillance clinique et para clinique (avec ou sans imagerie mais avec examen clinique objectif neurologique normal)
- réductions de luxations ayant nécessité l'utilisation de drogues d'analgésie et/ou d'anesthésie et imposant une surveillance rapprochée hospitalière.
- épistaxis prolongée et /ou récidivante

Il est bien évident l'analyse de la population de ce groupe permet de dégager 2 idées maîtresses :

- une meilleure gestion des flux au niveau du service des Urgences
- une diminution de l'engorgement des services afin d'éviter des hospitalisations de très courte durée.

2 – Groupe 2 SFMU : mise en observation avant orientation (syndrome à surveiller)

Ce groupe concerne des patients nécessitant, au terme de l'évaluation initiale clinique et paraclinique aux Urgences, une période d'observation afin de décider, dans les 24 heures de leur orientation : retour à domicile ou hospitalisation. Ce groupe concerne des patients pour lesquels les données cliniques et para cliniques ne permettent pas initialement de prédire l'évolution ultérieure ou de décider de l'orientation.

Statistiquement, il s'agit de :

- intoxication médicamenteuse volontaire en surveillance et en attente d'avis psychiatrique (exemple de l'intoxication aux BZD sous Anexate[®] au PSE)
- douleur abdominale de la FID sans fièvre ni hyperleucocytose en attente d'imagerie)
- douleur abdominale stable sans diagnostic après évaluation initiale
- douleur thoracique à très faible risque d'insuffisance coronarienne aigue (en attente d'un second dosage de Troponine ou d'échographie cardiaque par exemple)

- acidocétoses sans déshydratation

- etc

Dans l'optique de l'amélioration des pratiques professionnelles, les médecins spécialistes de l'établissement seront régulièrement sollicités par le médecin responsable de l'UHCD pour des avis cliniques et/ou paracliniques des patients de ce groupe. Il leur sera demandé une plus grande disponibilité afin d'atteindre l'objectif de limiter au maximum les hospitalisations non programmées. Le but, in fine, sera d'éviter toute surcharge inutile des services d'hospitalisation conventionnelle.

La nécessité de connaissance **parfaite et fiable** de la disponibilité des lits par le médecin des urgences et de l'Unité est absolument impérative.

3 – Groupe 3 SFMU : attente de lit d'hospitalisation disponible (attente de mutation ou de transfert)

Ce groupe concerne des patients en attente d'hospitalisation, mais admis en UHCD pour des raisons organisationnelles. Patients en attente de place, avant leur mutation vers une unité d'hospitalisation conventionnelle.

ATTENTION :

Cette option ne pourra être réalisable qu'après un accord bipartite entre les médecins des étages et les médecins des urgences afin de fonctionner en bonne intelligence.

Ce groupe est soumis à des critères d'admission très stricts :

- il ne concerne que les situations **de manque de lit de spécialité** surtout pour les horaires de nuit

-il exige la nécessité de contact médical et d'indication avec **CERTITUDE** d'une heure de transfert consignée dans le dossier (délai fixé à l'avance).

- les services de l'établissement s'engagent à accueillir le malade en hospitalisation conventionnelle à une heure donnée et devront formellement respecter le délai inférieur à 24 heures imparti.
- cette option ne sera réalisée qu'en utilisant une capacité maximale de 20% des lits de l'UHCD
- les modalités de mutation intra-hospitalière seront fixées à l'avance, à savoir **avant 14 heures et ce de façon formelle.**

4 - Groupe 4 SFMU : admission administrative

Ce groupe concerne des patients admis administrativement mais non installés physiquement en UHCD.

Ce groupe renferme des patients gardés dans la zone d'accueil des urgences pour des raisons structurelles :

- attente prolongée d'examens complémentaires ou d'avis spécialisé
- attente prolongée de transfert inter-hospitalier chez un malade instable nécessitant une surveillance rapprochée au déchochage (exemples de malade intubé-ventilé ou du malade présentant un SCA thrombolysé)

Le but de ce groupe 4 est de valoriser le coût réel du passage aux Urgences des patients générant une forte charge de soins (activité actuellement largement sous cotée).

III – Sortie de l'UHCD

Le médecin prononçant la sortie du patient sera le **senior des urgences** affecté à l'UHCD, qu'il y ait ou non des avis des consultants spécialistes d'organes

IV-Critères de non-admission à l'UHCD

Il est recommandé (directives de la SFMU) que ne soient PAS ADMIS à l'UHCD :

- les patients dont la pathologie et l'orientation relèvent à l'évidence (pathologie clairement identifiée) , dès l'évaluation au service des Urgences, d'un service de spécialités de court séjour médico-chirurgical, de psychiatrie ou de pédiatrie.
- les patients relevant d'une hospitalisation programmée dans un service et ce même pour une durée inférieure à 24 heures.
- les patients immédiatement graves relevant d'un service de réanimation (malades nécessitant une ventilation mécanique ou un monitoring invasif) ou d'un service de soins intensifs cardiologiques.
- les patients relevant d'une USI (Unité de Soins Continus). L'UHCD ne concerne pas ce groupe de malades stables sans dysfonction viscérale majeure mais à risque évolutif de défaillance aiguë.
- les patients déjà hospitalisés dans l'établissement (l'UHCD n'est pas, par définition le lieu d'accueil des urgences intra-hospitalières ou des malades hospitalisés devenus instables)
- les patients sortant du bloc opératoire après une intervention chirurgicale (l'UHCD n'est pas une salle de réveil)
- les patients décédés dans un autre service que celui des urgences.
- les patients concernés par une LATA (limitation ou arrêt des thérapeutiques actives). En aucun cas, l'unité ne peut se substituer à une unité de soins palliatifs de prise en charge adaptée par exemple pour les AVC graves avec troubles de conscience récusés en service de spécialité du CHU référent ou les malades présentant une évolution ultime d'une néoplasie connue.
- les patients d'un âge inférieur à 18 ans (circonstances à évaluer)

Aucune admission directe ne sera acceptée à l'UHCD

V- Relations inter-services

L'efficacité de l'UHCD et les bénéfices attendus sur le fonctionnement de l'institution (alternative à l'hospitalisation en court séjour, amélioration de l'adéquation d'orientation des patients hospitalisés) tiennent à l'implication de l'ensemble de la communauté médicale en partenariat avec les médecins urgentistes :

- pour l'intervention dans l'UHCD des praticiens de l'aval
- par le respect de la durée de séjour, inférieure à 24 heures, **en toutes circonstances.**

La garantie d'un fonctionnement optimal et d'un renouvellement **quotidien** complet des patients de l'unité est à ce prix.

Une évaluation sera réalisée à 6 mois de fonctionnement, en particulier sur l'adéquation entre les procédures exigées à l'UHCD et leur application réelle, date butoir au-delà de laquelle seront proposées d'éventuelles adaptations.

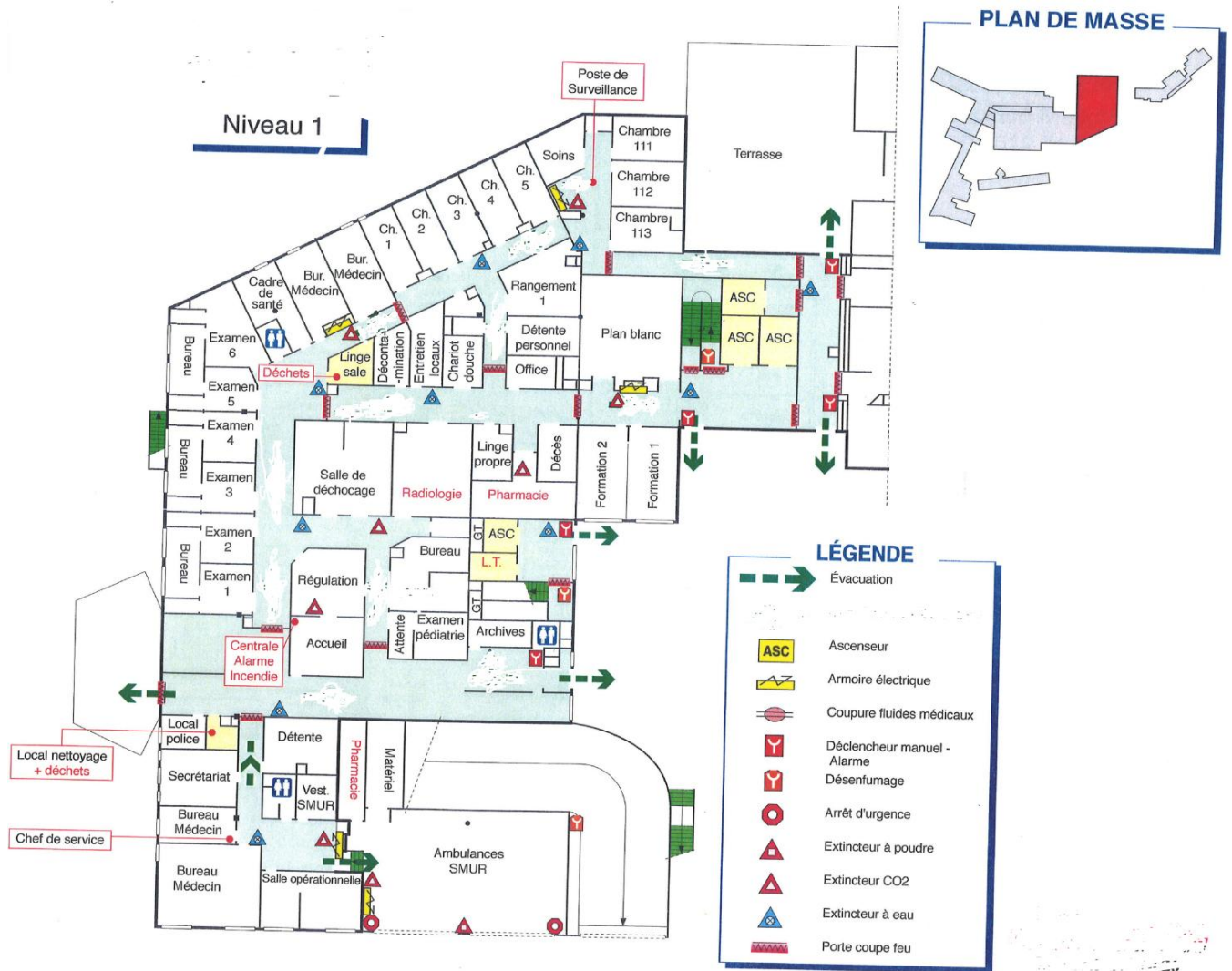
ANNEXE 3

PLAN DE L'UHCD DE TULLE



ANNEXE 4

Plan du SAU du Centre Hospitalier de Tulle



ANNEXE 5

Critères qualitatifs d'évaluation de l'organisation[22] des services d'urgence (SFMU Mars 2001)

	CRITERES D'ORGANISATION DE L'UHCD	ESO
1	Il existe une structure d'UHCD – l'UHCD fait partie des urgences dont elle constitue une unité fonctionnelle UF	E
2	L'UHCD est sous la responsabilité du chef de service des urgences déléguables à PH des urgences	E
3	Le règlement intérieur du service des urgences précise les missions et les objectifs de l'UHCD. (<i>missions adaptées au mode de fonctionnement, à l'environnement et aux contraintes architecturales et fonctionnelles</i>)	E
4	Il existe une rotation du personnel entre UHCD et accueil	E
5	La DMS est inférieure à 24 heures	E
6	La durée de séjour en UHCD n'excède pas 2 nuits consécutives ou 36 heures	E
7	La DMS est comptabilisée en heures	E
8	Il existe une procédure écrite décrivant la nature des patients à y hospitaliser	E
9	Il existe un tableau de bord d'activité de l'UHCD conforme aux recommandations SFMU	E
10	Il existe un codage diagnostique des malades hospitalisés à l'UHCD conforme aux recommandations SFMU	E
11	Il existe des possibilités de surveillance de certains patients (<i>infirmière de permanence, monitoring non invasif</i>)	E
12	Le dossier infirmier de l'UHCD fait partie intégrante du dossier médical	E
13	Il existe un compte-rendu d'hospitalisation pour chaque malade hospitalisé à l'UHCD	E
14	Le compte rendu d'un malade sortant est envoyé au médecin traitant le jour de sa sortie ou est remis au malade	E
15	Il existe des procédures spécifiques d'évaluation de la qualité des soins à l'UHCD	S
16	Il existe une procédure de facturation pour chaque passage selon les actes diagnostiques et/ou traitement réalisé pour les patients ne faisant pas l'objet d'une hospitalisation	O
17	Il existe une procédure écrite concernant les modalités de transfert à partir de l'UHCD vers les autres services	S
18	Les malades hospitalisés à l'UHCD donnent lieu à l'établissement d'un RUM	E
19	Il existe une fiche de transfert/mutation remplie pour chaque malade transféré ou muté	E
20	Le médecin traitant de chaque malade est joint par téléphone au moment de sa sortie	S

ANNEXE 6

Critères d'évaluation des services d'urgence (SFMU Mars 2001)

	CRITERES D'EVALUATION DES LOCAUX DE L'UHCD	ESO
1	L'UHCD comporte des chambres <i>(il s'agit de chambres insonorisées, à un lit, avec sanitaires, équipés de fluides médicaux et systèmes d'appel)</i>	E
2	L'unité comporte un poste infirmier de surveillance et les locaux utilitaires habituels nécessaires aux soins et à l'hospitalisation <i>(sanitaires, office, rangement, vidoir)</i>	E
3	L'UHCD est équipée d'un chariot de réanimation d'urgence	E
4	Il existe un lieu isolé pour l'entretien avec les familles	S
5	Il existe une possibilité téléphonique dans chaque chambre de l'UHCD <i>(prise en attente)</i>	S
6	L'UHCD comporte 3 à 5 lits/10 000 passages pour un SAU ou 2 à 4 lits/10 000 pour une UPATOU	S
7	Chaque chambre est équipée de fluides <i>(air, oxygène, vide)</i> et d'appel malade	E
8	Il existe un équipement de monitoring non invasif <i>(pression artérielle, SpO2, fréquence cardiaque)</i>	S
9	La superficie de chaque chambre permet les gestes d'urgence	E
10	La surveillance usuelle et/ou monitorisée est possible depuis le poste infirmier	S
11	Il existe une salle d'accueil pour les familles	S
12	Il existe un bureau médical	E
13	Il existe une sale de détente et sanitaire pour le personnel	E
14	Il existe une chambre de garde	O
15	L'UHCD doit être distincte architecturalement mais contigüe à l'accueil des urgences	E
16	Le personnel paramédical en charge de l'UHCD est déchargé de l'accueil ou de toute autre tâche	E
17	Le personnel médical de l'UHCD est déchargé de l'accueil aux heures ouvrables	E

Critères d'évaluation selon les recommandations de la SFMU :

E : Essentiel

S:Souhaitable

O:Optionnel

ANNEXE 6 bis

Critères d'évaluation des services d'urgence

SFMU Mars 2001

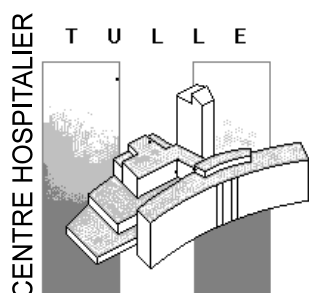
	CRITERES D'EVALUATION DE L'ACTIVITE DE L'UHCD	ESO
1	Nombre d'admissions annuelles à l'UHCD	E
2	Nombre de lits à l'UHCD	E
3	Durée moyenne de séjour à l'UHCD (en heures) <i>(moyenne, médiane, écart-type, percentile 95 %)</i>	E
4	Pourcentage de patients ayant passé plus de 2 nuits consécutives <i>(date de sortie – date d'entrée >2)</i>	E
5	Taux d'occupation	S
6	Orientation des patients à la fin du séjour à l'UHCD (n-% du nombre de malades hospitalisés à l'UHCD : <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation en court séjour - Sortie normale - Hospitalisation moyen séjour - Transfert autre établissement 	E

ANNEXE 7

Questionnaire adressé aux médecins généralistes de Corrèze

1. Quel est le délai de consultation entre la sortie de l'UHCD et la consultation (ou visite à domicile) suivante ?
2. Le patient a-t-il été ré-hospitalisé ? pour la même pathologie ?
3. Le patient a-t-il bénéficié d'examens complémentaires en externe ? si oui prescrit par qui ?
4. Le diagnostic a-t-il été modifié ?
5. A-t-il fallu un traitement complémentaire ? si oui lequel ?

ANNEXE 8



SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

Place Maschat

B.P. 160

19012 TULLE CEDEX

 - 05 55 29 79 55

 - 05 55 29 86 16

DR FRANCOISE BEAUJEAN-SISTI

Chef de Pôle

Responsable de service Urgences-SMR

NOTE D'INFORMATION

AUX MEDECINS DU SERVICE

FB/MB N° 214

Tulle, le 10 mai 2012

Je te rappelle que l'**UHCD n'est pas un service d'hébergement** pour le service de cardiologie (CPR) et d'ailleurs pour aucun autre service de l'hôpital.

Cela ne fait pas partie des missions de l'UHCD.

En l'absence de place en CPR, les patients doivent être hébergés dans d'autres services, comme cela se pratiquait avant l'ouverture de l'UHCD.

Bien évidemment des situations particulières peuvent nous amener ponctuellement et exceptionnellement à déroger à cette règle ; mais dans ce cas, il faut avoir la certitude que le service concerné reprenne le patient dans les 24H.

Docteur F. BEAUJEAN-SISTI

Praticien Hospitalier,

ANNEXE 9

Composition du chariot d'urgence dans la salle de soin infirmier :

Il possède un inventaire écrit qui est contrôlé toutes les semaines. Un système de verrouillage sécurise son accès qu'aux cas d'urgence vitale.

1 bouteille O2 suspendue au chariot avec débitmètre

1 défibrillateur semi automatique

Electrodes DSA

1 kit naloxone

Matériel d'injection : tiroir rouge

Cathéters radio-opaques : 5 x 16G, 5x18G, 5x20G

1 Garrot

1 rouleau sparadrap

5 dosettes bétadine dermique

5 paquets de compresses stériles

5 opsites

10 trocards

5 aiguilles

5 seringues 10 cc / 5 seringues 5 cc

4 perfuseurs

Matériel d'intubation et de ventilation : tiroir bleu

6 sondes d'intubation

4 lames à usage unique

1 mandrin + 2 piles de rechange

2 canules de Guedel

1 stylet d'intubation

1 pince de Magill

4 masques + 1 respirateur à ballonnet

Sparadrap

1 spray lubrifiant

1 flacon xylocaïne spray

Gants stériles

1 paire de ciseaux

1 seringue 10 cc

1 seringue 60cc avec embout

2 sondes de Salem

4 adaptateurs

1 système d'aspiration avec sondes pédiatriques et adultes

Matériel de surveillance + divers

3 masques

1 stéthoscope

1 brassard à tension

Médicaments d'urgence et de réanimation : tiroir blanc

1 flacon ventoline + 1 flacon natispray

1 midinette

ATROVENT : 2 ampoules

BRICANYL : 2 ampoules

ADRENALINE 5 mg : 1 ampoule

ATROPINE 0.5 mg : 5 ampoules

EPHEDRINE : 2 ampoules

RIVOTRIL : 5 ampoules

RISORDAN : 2 ampoules

NALOXONE : 2 ampoules

LIDOCAÏNE : 2 flacons

METHYLPREDNISOLONE 120mg : 2 flacons

MIDAZOLAM : 3 flacons

LASILIX 20 mg : 2 ampoules

SULFATE DE MAGNESIUM : 2 ampoules

GLUCOSE 30 % : 2 ampoules

NA CL iso 10 dosettes

BICARBONATE DE SODIUM 4.2% : 1 flacon

VOLUVEN : 2 poches

NA CL iso 500cc : 2 poches

ANNEXE 10

Pathologies principalement rencontrées dans les UHCD du Limousin

CH BRIVE

Pathologies principales	Nombre de passages UHCD	Pourcentage
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	70	5,87%
Intoxication par benzodiazépines	68	5,70%
Malaise	42	3,52%
Épisode dépressif, sans précision	40	3,35%
Altération [baisse] de l'état général	38	3,19%
Anémie, sans précision	27	2,26%
Douleur thoracique, sans précision	26	2,18%
Commotion cérébrale	23	1,93%
Infarctus cérébral, sans précision	22	1,84%
Épilepsie, sans précision	20	1,68%
Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision	18	1,51%
Désorientation, sans précision	17	1,42%
Fibrillation et flutter auriculaires	16	1,34%
Intoxication par médicament psychotrope, sans précision	16	1,34%
Syncope et collapsus (sauf choc)	16	1,34%
Dyspnée	15	1,26%
Chutes à répétition, non classées ailleurs	14	1,17%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	14	1,17%
Insuffisance cardiaque, sans précision	13	1,09%
Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus	12	1,01%
Bronchopneumopathie, sans précision	12	1,01%
Pneumopathie, sans précision	12	1,01%
Septicémie, sans précision	12	1,01%

CH GUERET

Pathologies principales	Nombre de passages UHCD	Pourcentage
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	44	8,35%
Intoxication par benzodiazépines	17	3,23%
Pneumopathie, sans précision	16	3,04%
Insuffisance respiratoire aiguë	13	2,47%
Pneumopathie bactérienne, sans précision	13	2,47%
Douleur thoracique, sans précision	12	2,28%
Anémie, sans précision	10	1,90%
Intoxication par anti-épileptiques, sédatifs et hypnotiques, sans précision	9	1,71%
Épilepsie, sans précision	8	1,52%
Septicémie, sans précision	8	1,52%
Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision	7	1,33%
Embolie pulmonaire	7	1,33%
Épisode dépressif, sans précision	7	1,33%
Hypothermie	7	1,33%
Insuffisance cardiaque, sans précision	7	1,33%
Malaise	7	1,33%
Broncho-pneumopathie, sans précision	6	1,14%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	6	1,14%
Intoxication par médicament psychotrope, sans précision	6	1,14%
Malaise et fatigue	6	1,14%
Troubles des conduites avec dépression	6	1,14%

CH SAINT JUNIEN

Pathologies principales	Nombre de passages UHCD	Pourcentage
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	36	7,81%
Douleur thoracique, sans précision	26	5,64%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	23	4,99%
Malaise	16	3,47%
Colique néphrétique, sans précision	14	3,04%
Autres douleurs thoraciques	13	2,82%
Dyspnée	13	2,82%
Chute, sans précision, lieu sans précision	12	2,60%
Intoxication par benzodiazépines	12	2,60%
Lésion traumatique superficielle de la tête, partie non précisée	10	2,17%
Pneumopathie, sans précision	8	1,74%
Bronchite aiguë, sans précision	7	1,52%
Chute(s) à répétition	6	1,30%
Constipation	6	1,30%
Fibrillation et flutter auriculaires	6	1,30%
Hypertension essentielle (primitive)	6	1,30%
Palpitations	6	1,30%
Altération [baisse] de l'état général	5	1,08%
Trouble anxieux, sans précision	5	1,08%
Angine de poitrine, sans précision	4	0,87%
Asthme, sans précision	4	0,87%
Contusion de la hanche	4	0,87%
Douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen	4	0,87%
Insuffisance cardiaque, sans précision	4	0,87%
Lumbago avec sciatique	4	0,87%
Malaise et fatigue	4	0,87%
Péricardite aiguë, sans précision	4	0,87%

CH SAINT YRIEIX

Pathologies principales	Nombre de passages UHCD	Pourcentage
Douleur thoracique, sans précision	21	7,72%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	17	6,25%
Malaise	16	5,88%
Lésion traumatique superficielle de la tête, partie non précisée	10	3,68%
Autres douleurs thoraciques	7	2,57%
Colique néphrétique, sans précision	7	2,57%
Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge non précisée	7	2,57%
Bronchite aiguë, sans précision	6	2,21%
Fibrillation et flutter auriculaires	6	2,21%
Insuffisance cardiaque, sans précision	6	2,21%
Insuffisance ventriculaire gauche	6	2,21%
Altération [baisse] de l'état général	5	1,84%
Malaise et fatigue	5	1,84%
Plaie ouverte d'autres parties de la tête	5	1,84%
Autres vertiges périphériques	4	1,47%
Intoxication par benzodiazépines	4	1,47%
Nausées et vomissements	4	1,47%
Bronchopneumopathie, sans précision	3	1,10%
Chute, sans précision, lieu sans précision	3	1,10%
Constipation	3	1,10%
Démence, sans précision	3	1,10%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	3	1,10%
Dyspnée	3	1,10%
Épistaxis	3	1,10%
Gastro-entérite et colite non infectieuses, sans précision	3	1,10%
Hypertension essentielle (primitive)	3	1,10%
Hypovolémie	3	1,10%
Péricardite aiguë, sans précision	3	1,10%
Trouble somatoforme, sans précision	3	1,10%

CHU LIMOGES

Pathologies principales	Nombre de passages UHCD	Pourcentage
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	215	17,30%
Intoxication par benzodiazépines	134	10,78%
Convulsions, autres et non précisées	30	2,41%
Intoxication par médicament psychotrope, sans précision	30	2,41%
Altération [baisse] de l'état général	25	2,01%
Insuffisance cardiaque, sans précision	23	1,85%
Douleur thoracique, sans précision	21	1,69%
Chute(s) à répétition	20	1,61%
Épilepsie, sans précision	20	1,61%
Malaise	20	1,61%
Pneumopathie bactérienne, sans précision	20	1,61%
Dyspnée	19	1,53%
Malaise et fatigue	17	1,37%
Chutes à répétition, non classées ailleurs	15	1,21%
Pneumopathie, sans précision	12	0,97%
Bronchite aiguë, sans précision	11	0,88%
Intoxication par dérivés du 4-aminophénol	11	0,88%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : intoxication aiguë	11	0,88%
Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus	10	0,80%
Agitation	10	0,80%
Anxiété généralisée	10	0,80%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	10	0,80%

CH USSEL

Pathologies principales	Nombre de passages UHCD	Pourcentage
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	29	35,37%
Colique néphrétique, sans précision	3	3,66%
Douleur thoracique, sans précision	3	3,66%
Intoxication par benzodiazépines	3	3,66%
Barotraumatisme de l'oreille	2	2,44%
Chute, sans précision, lieu sans précision	2	2,44%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	2	2,44%
Effet toxique de l'éthanol	2	2,44%
Hypothermie	2	2,44%
Lésion traumatique superficielle de la tête, partie non précisée	2	2,44%
Malaise	2	2,44%
Autres douleurs thoraciques	1	1,22%
Autres hémorragies sous-arachnoïdiennes	1	1,22%
Autres vertiges périphériques	1	1,22%
Céphalée	1	1,22%
Cervicalgie - Région cervicale	1	1,22%
Chute(s) à répétition	1	1,22%
Chutes à répétition, non classées ailleurs	1	1,22%
Décès survenant moins de 24 heures après le début des symptômes, sans autre explication	1	1,22%
Diabète sucré, sans précision, avec acidocétose	1	1,22%
Difficulté liée à des situations psychosociales, sans précision	1	1,22%
Douleur articulaire - Articulations de la hanche et sacro-iliaque	1	1,22%
Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen	1	1,22%
Fracture ouverte d'un autre doigt	1	1,22%
Fractures fermées multiples du rachis dorsal	1	1,22%
Insuffisance rénale aiguë, sans précision	1	1,22%
Insuffisance respiratoire aiguë	1	1,22%
Intoxication par médicament psychotrope, sans précision	1	1,22%
Intoxication par médicaments et substances biologiques, autres et sans précision	1	1,22%
Lésions traumatiques multiples, sans précision	1	1,22%
Lésion traumatique de la rate	1	1,22%
Lésion traumatique intracrânienne, sans précision, sans plaie intracrânienne	1	1,22%
Maladie par VIH à l'origine d'une tumeur maligne, sans précision	1	1,22%
Occlusions intestinales, autres et sans précision	1	1,22%
Perte de l'audition, sans précision	1	1,22%
Plaie ouverte de la paupière et de la région péri-oculaire	1	1,22%
Plaie ouverte de la tête, partie non précisée	1	1,22%
Plaie ouverte du cuir chevelu	1	1,22%
Rétention d'urine	1	1,22%
Tétanie	1	1,22%
Toux	1	1,22%
	Pourcentage :	100,00%

CLINIQUE CHENIEUX

Pathologies Principales	Nombre de passages UHCD	Pourcentage
Colique néphrétique, sans précision	16	6,78%
Pneumopathie, sans précision	11	4,66%
Constipation	8	3,39%
Trouble fonctionnel de l'intestin, sans précision	6	2,54%
Douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen	5	2,12%
Gastro-entérite et colite non infectieuses, sans précision	5	2,12%
Érysipèle	4	1,69%
Lombalgie basse	4	1,69%
Malaise et fatigue	4	1,69%
Néphrite tubulo-interstitielle aiguë	4	1,69%
Péricardite aiguë, sans précision	4	1,69%
Bronchite, (non précisée comme aiguë ou chronique)	3	1,27%
Calcul de l'uretère	3	1,27%
Cholécystite, sans précision	3	1,27%
Trouble anxieux, sans précision	3	1,27%
Appendicite aiguë, sans précision	2	0,85%
Appendicite, sans précision	2	0,85%
Bronchite aiguë, sans précision	2	0,85%
Commotion cérébrale	2	0,85%
Constatation d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension	2	0,85%
Contusion du thorax	2	0,85%
Cystite, sans précision	2	0,85%
Diverticulose du côlon, (sans perforation ni abcès)	2	0,85%
Douleur précordiale	2	0,85%
Douleur, sans précision	2	0,85%
Douleur thoracique, sans précision	2	0,85%
Dyspnée	2	0,85%
Épistaxis	2	0,85%
Fracture de côte	2	0,85%
Fracture de l'ilion	2	0,85%
Gastrite, sans précision	2	0,85%
Gonarthrose, sans précision	2	0,85%
Hématurie, sans précision	2	0,85%
Insuffisance cardiaque, sans précision	2	0,85%
Lombalgie basse - Région lombaire	2	0,85%
Migraine, sans précision	2	0,85%
Plaie ouverte d'autres parties de la tête	2	0,85%
Prostatite aiguë	2	0,85%
Rétention d'urine	2	0,85%
Tassement vertébral, non classé ailleurs	2	0,85%
Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]	2	0,85%

CLINIQUE CROIX BLANCHE

Pathologies principales	Nombre de passages UHCD	Pourcentage
Malaise	14	8,86%
Pneumopathie, sans précision	14	8,86%
Bronchite aiguë, sans précision	7	4,43%
Bronchopneumopathie, sans précision	7	4,43%
Douleur thoracique, sans précision	7	4,43%
Dyspnée	7	4,43%
Altération [baisse] de l'état général	5	3,16%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	5	3,16%
Allergie, sans précision	4	2,53%
Hyperglycémie, sans précision	4	2,53%
Colique néphrétique, sans précision	3	1,90%
Difficulté liée à l'environnement social, sans précision	3	1,90%
Hypovolémie	3	1,90%
Insuffisance ventriculaire gauche	3	1,90%
Intoxication par benzodiazépines	3	1,90%
Malaise et fatigue	3	1,90%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	3	1,90%
Chute(s) à répétition	2	1,27%
Constipation	2	1,27%
Démence, sans précision	2	1,27%
Difficulté liée à des situations psychosociales, sans précision	2	1,27%
Douleur articulaire - Articulations de la hanche et sacro-iliaque	2	1,27%
Épistaxis	2	1,27%
Insuffisance cardiaque, sans précision	2	1,27%
Lésion traumatique superficielle de la tête, partie non précisée	2	1,27%
Lombalgie basse	2	1,27%
Occlusions intestinales, autres et sans précision	2	1,27%

HOPITAL MERE ENFANT

Pathologies principales	Nombre de passages UHCD	Pourcentage
Infections intestinales virales, sans précision	67	11,69%
Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	37	6,46%
Asthme, sans précision	33	5,76%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	28	4,89%
Fièvre, sans précision	26	4,54%
Lésion traumatique superficielle du cuir chevelu	22	3,84%
Bronchiolite (aiguë), sans précision	17	2,97%
Rhinopharyngite (aiguë) [rhume banal]	15	2,62%
Nausées et vomissements	14	2,44%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	13	2,27%
Convulsions fébriles	12	2,09%
Autres lésions traumatiques précisées de la tête	11	1,92%
Malaise et fatigue	9	1,57%
Otite moyenne, sans précision	9	1,57%
Grippe avec d'autres manifestations, virus non identifié	8	1,40%
Lésion traumatique superficielle d'autres parties de la tête	8	1,40%
Convulsions, autres et non précisées	7	1,22%
Intoxication par benzodiazépines	7	1,22%
Lymphadénite mésentérique non spécifique	7	1,22%
Néphrite tubulo-interstitielle aiguë	7	1,22%

ANNEXE 11

Répartition des pathologies par discipline

Traumatologie : Chute avec ou sans fracture, traumatisme thoracique, luxation, accident de la voie publique, traumatisme crânien, plaie, hémorragie cutanée.

Psychiatrie : Dépression, angoisse, troubles du comportement, agitation, alcoolisation aiguë, intoxication médicamenteuse volontaire.

Neurologie : Céphalées, Accident Vasculaire Cérébral, épilepsie, diplopie, vertiges, acouphènes

Cardiologie : Malaise, syncope, palpitations, bradycardie, insuffisance cardiaque, dyspnée, douleur thoracique d'origine cardiaque.

Pneumologie : Pneumothorax, pleurésie, décompensation BPCO, pneumopathie, asthme, embolie pulmonaire.

Gastro-entérologie : Dysphagie, colique hépatique, douleurs abdominales non déterminées, constipation, rectorragies, hématomèse, gastro-enterite aiguë d'origine infectieuse, diarrhée.

Rhumatologie : Névralgies, rachi-algies non traumatiques, pathologies rhumatismales diverses.

Uro-néphrologie : Colique néphrétique, hématurie, insuffisance rénale aiguë.

Autres pathologies : troubles hématologiques, maladies infectieuses diverses, altération de l'état général, épistaxis, intolérance médicamenteuse, surdosage AVK, douleur thoracique d'origine non cardiaque, intoxication à la fumée, trouble ionique, trouble endocrinien, allergie, crise d'urticaire, insolation.

Références

1. *Circulaire DH.4B/D.G.S.3 E/91-34 du 14 Mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : Guide d'organisation. Direction des Hôpitaux.*
2. *Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.* Journal Officiel de la République Française du 10 Mai 1995: p. 7588-9.
3. Carli P., Telion C., Riou B. *Urgences Médico chirurgicales.* 2004. 2° édition: p. 52.
4. Ross M.A., Graff L.G.t; *Principles of observation medicine.* Emerg Med Clin North Am, 2001. 19(1):1-17.
5. *ACEP Practice Management Committee, American college of Emergency Physicians: Management of observation units.* Ann Emerg Med. 188:17: p. 1348-1352.
6. Gerbeaux, P., *Recommandation de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des Unités d'Hospitalisation de Courte Durée des Services d'Urgence.* JEUR, 2001. 14, 144-152.
7. *Circulaire DHOS/O n°2003-195 du 16 Avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.*
8. *Manuel des Groupes Homogènes de Malades, 11ième version, 1ere révision (11b).* Bulletin officiel 2010/4 bis fascicule spécial, Ministère de la Santé et des Sports, 2010. 1: p. 498p.
9. Géraudie. P, *Le Centre Hospitalier de Tulle : Sa place dans la ville, son histoire.* Service des archives du CH Tulle, 2010: p. 34-77.
10. *Pôle thorax, pôle urgences ouverture en septembre 2011.* Tulle mag, décembre 2008. 52: p. 4.
11. *Décret n°95-648 du 9 Mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins, accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique.* Journal Officiel de la République Française.
12. Brillman, J., et al., *Management of observation units. American College of Emergency Physicians.* Ann Emerg Med, 1995. 25(6): p. 823-30.
13. ORULIM, *Rapport annuel des activités d'urgence en Limousin.* ORULIM, 2009: p. p.12-23.
14. Delmas, Pierrard, and W.e. al, *Unité d'Hospitalisation de Courte Durée et personnes âgées de 80 ans et plus, SAU-SMUR Centre Hospitalier Régional de Metz.* Journal Européen des Urgences, 2008.
15. Duret, E, S.T., Colin, V, et al., *Evaluation de l'activité d'une UHCD selon les critères et les recommandation de la SFMU : une photographie pertinente des difficultés de fonctionnement d'un centre hospitalier général, Verdun France.* Journal Européen des Urgences, 2008. A32: p. 58.
16. Hue, V., C. Bonnel, and A. Martinot, *[Short-stay observation unit in the paediatric emergency care setting: organization and utilization].* Arch Pediatr, 2005. 12(6): p. 706-8.
17. Nadal, S, *Profil de l'UHCD de Tarbes et de ses patients : Etudes rétrospective de janvier à juin 2002.* Thèse de Médecine Toulouse: Université de Toulouse, 2003: p. 10.
18. Seletti B, L.C., Garnier, et al., *Treating psychiatric emergencies in the emergency Room of a university Hospital, within a mental health network.* Ann Med Psychol 2001, 2001. 159: p. 160-166.
19. Pourriat, J.L., *Satisfaction des patients consultant aux urgences.* Journal Européen des Urgences, 2008. 21: p. 14-21.
20. *L'Hôpital s'agrandit : une offre de soins à la pointe.* Tulle mag, octobre 2011. 75: p. 9.
21. Martineau, O., et al., *[Effectiveness of a short-stay observation unit in a pediatric emergency department].* Arch Pediatr, 2003. 10(5): p. 410-6.
22. *Critères d'évaluation des services d'Urgences.* Société Francophone de Médecine d'Urgence et Société de Réanimation de Langue Française, 1997.

TABLE DES MATIERES

<u>SOMMAIRE</u>	p13
<u>ABREVIATIONS</u>	p18
<u>INTRODUCTION</u>	p20
<u>PARTIE 1 : UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE</u>	p21
1. Historique	p22
2. Définition	p23
2.1 C'est une unité d'hospitalisation.....	p23
2.2 C'est une unité d'hospitalisation non conventionnelle	p23
2.3 C'est une unité de surveillance	p24
3. Les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)	p25
3.1 Critères d'admission selon quatre groupes.....	p25
3.2 Critères de non admission.....	p27
4. Aspect financier de l'UHCD	p27
5. Les méthodes d'évaluation	p29

<u>PARTIE 2 : L'UHCD DE TULLE</u>	p30
1. Présentation générale du Centre Hospitalier de TULLE	p31
1.1 Environnement géographique et démographique.....	p31
1.2 Historique.....	p32
1.3 Personnel	p33
1.4 Capacité et équipement	p34
1.5 Activité.....	p35
1.6 Organisation en pôles	p36
1.7 Les principaux partenaires de l'établissement.....	p36
2. Le service des urgences	p37
2.1 Généralités	p37
2.2 Les locaux	p37
2.3 Le personnel	p38
2.4 L'organisation.....	p39
2.5 La coordination et réseau de soins.....	p41
3. L'UHCD de Tulle	p42
3.1 Généralités	p42
3.2 Les locaux.....	p42
3.3 L'équipement.....	p43
3.4 Le personnel	p44
3.5 L'organisation.....	p45
3.6 La charte de fonctionnement de l'UHCD.....	p47
3.7 Le dossier patient.....	p48
3.8 Les modalités de sortie.....	p49

PARTIE 3 : ETUDE DU PROFIL DES PATIENTS A L'UHCD DE TULLE.....p50

1. Méthode	p51
2. Moyens d'exploitation	p53
3. Résultats descriptifs globaux	p54
3.1 Nombre total de patients hospitalisés en UHCD.....	p54
3.2 Répartition par sexe.....	p55
3.3 Répartition par tranche d'âge.....	p55
3.4 Répartition des admissions en fonction du jour de la semaine.....	p58
3.5 Répartition des admissions en fonction de la tranche horaire.....	p59
3.6 Durée moyenne de séjour.....	p60
3.7 Pathologies rencontrées : top10.....	p61
3.8 Répartition selon les groupes SFMU.....	p63
3.9 Répartition selon le mode de sortie.....	p64
4 - Comparaison des résultats avec l'activité des urgences	p65
4.1 Nombre d'hospitalisations par rapport au nombre d'entrées.....	p65
4.2 Corrélation avec le jour de la semaine.....	p65
4.3 Corrélation avec la tranche horaire	p68
4.4 Corrélation avec la tranche d'âge.....	p69
5 - Résultats comparatifs	p72
5.1 DMS selon le jour de la semaine.....	p72
5.2 Relation DMS et horaires d'admission	p73

5.3	Relation DMS et groupes SFMU	p74
5.4	DMS selon la pathologie en cause.....	p75
5.5	Influence de l'âge sur la DMS	p76
5.6	Relation âge et mois d'hospitalisation	p77
5.7	Relation entre l'âge et les groupes SFMU.....	p78
5.8	Relation entre l'âge et l'horaire d'admission	p79
5.9	Relation entre l'âge et la pathologie en cause.....	p80
5.10	Orientation des patients selon la pathologie.....	p81
5.11	Relation entre groupes SFMU et jour de la semaine	p82
5.12	Relation entre groupes SFMU et horaire d'admission	p83
5.13	Relation entre le groupe SFMU et la pathologie à l'entrée de l'UHCD.....	p84

PARTIE 4 : DISCUSSION.....

1. - L'UHCD est-elle en conformité avec les textes et recommandations ?.....	p90
1.1 Les locaux.....	p90
1.2 L'organisation.....	p90
1.3 L'activité.....	p92
1.4 La démarche assurance qualité.....	p93
2. - L'UHCD et le CH de Tulle.....	p94
2.1 Nombre d'hospitalisations évitées en service de médecine traditionnelle	p94
2.2 Bilan financier positif pour l'Hôpital de Tulle	p95
2.3 Discussion de la méthode.....	p95

3. - L'UHCD de Tulle et les UHCD en Limousin.....	p98
3.1. Organisation et fonctionnement	p98
3.2. Nombre de passages en UHCD.....	p103
3.3. Répartition par âge.....	p104
3.4. DMS.....	P106
3.5. Pathologies rencontrées.....	p107
3.5.1. Répartition par pathologies.....	p107
3.5.2. Répartition par disciplines.....	p108
3.6. Orientation.....	p111
3.7. Taux d'hospitalisation en UHCD à partir des urgences.....	p112
4. L'UHCD de Tulle dans le réseau de soins.....	p113
4.1 La méthode	p113
4.2 Analyse critique de l'étude.....	p114
4.3 Les critères recueillis.....	p115
4.4 Les résultats.....	p115
4.5 Evaluation et perspectives	p119
5. L'UHCD de Tulle et les UHCD en France.....	p120
<u>CONCLUSION</u>.....	p121
<u>ANNEXES</u>.....	p122
<u>REFERENCES</u>.....	p152
<u>TABLE DES MATIERES</u>.....	p153

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.

PROFIL DE L'UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE DU CENTRE HOSPITALIER DE TULLE

RESUME : Il s'agit d'une enquête transversale de prévalence ayant pour but d'étudier le profil des patients séjournant dans l'Unité d'hospitalisation de Courte Durée du centre hospitalier de Tulle au cours du premier semestre 2012. L'étude montre que ce nouveau service, ouvert depuis décembre 2011, répond bien aux principaux critères de la SFMU et s'adapte à une nouvelle logique d'hospitalisation plus courte et très dynamique. Cette étude souligne l'intérêt de cette unité pour le patient (hospitalisation plus courte pour certains, mise en observation avant retour à domicile trop prématuré pour d'autres) le personnel des urgences (démarche diagnostique et thérapeutique plus aboutie et relations plus privilégiées avec les familles) et l'hôpital (intérêt économique) avec un développement récent de ces unités en Limousin. Enfin ce mode d'hospitalisation génère de nouveaux modes de prise en charge et de collaboration avec les médecins libéraux.

ABSTRACT: This is a cross sectional study of prevalence which goal is to study patients profiles who are staying in the Short-Term hospitalization Unit of the Hospital Center of Tulle during the first semester of 2012. The study shows that this new service, open since December 2011, does meet the SFMU main criterias and adapts to a shorter and more dynamic new logic of hospitalization. This study underlines the interest this unit has for the patient (for some, shorter hospitalization and for others being placed under observation before being discharged too prematurely), the emergency staff (more accomplished diagnostic and therapeutic steps and more privileged dealings relationships with the families) and the hospital (economic interest) along with a recent development of these units in Limousin. Finally, this method of hospitalization generates new ways of support and collaboration with liberal doctors.

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MOTS CLES : UHCD – Activité – enquête de prévalence – réseau ville hôpital.

Faculté de Pharmacie et de Médecine

2, rue du Docteur Marcland

87025 LIMOGES