

UNIVERSITE MOULOUD MAMMARI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, DE GESTION ET DE
SCIENCES COMMERCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en sciences économiques

Spécialité : économie de la santé

Thème

**Démarche qualité pour la prise en charge des urgences
au sein des établissements publics de santé : Cas du
centre Hospitalo-universitaire Nedir Mohamed de Tizi-
Ouzou.**

Présenté par :

HADID Yacine

HALLALEL Ryad

Dirigé par :

M^r SALMI Madjid

Soutenu publiquement devant le jury composé de :

Président : M^r OUALIKANE Selim, Professeur

Rapporteur : M^r SALMI Madjid, Maître de conférences Classe A

Examinatrice : M^{me} LOUGGAR Rosa, Maître assistante Classe A

Promotion: 2017/2018

Remerciements

La réalisation et la finalisation de notre mémoire n'aurait pu être possible sans le concours de plusieurs personnes à qui nous voudrions témoigner toute notre reconnaissance.

Tout d'abord, nous tenons à adresser toute notre gratitude à notre cher directeur de mémoire Monsieur M.SALMI, pour sa patience, sa disponibilité, et surtout ses judicieux conseils qui ont contribué à alimenter notre réflexion.

Nous tenons à remercier anticipativement les membres de jury qui voudront bien consacrer leurs précieux temps à lire ce mémoire et à participer à son évaluation. Qu'ils trouvent ici, eux aussi, notre profonde gratitude.

Nous désirons également remercier l'ensemble des professeurs de l'université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, qui nous ont fourni les outils nécessaires à la réussite de nos études universitaires et à la concrétisation de notre travail.

En outre, nous remercions tout particulièrement le personnel du centre hôpitalo-universitaire de Tizi-Ouzou / Service des urgences médico-chirurgicales pour l'expérience enrichissante et pleine d'intérêts qu'ils nous ont fait vivre durant notre période de stage.

Nous adressons nos sincères remerciements à toutes les personnes, qui par le biais de leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques nous ont permis de donner le meilleur de nous même afin d'être à la hauteur de leurs attentes.

Et enfin, nos vifs remerciements vont à nos familles respectives, pour leur soutien constant et indéfectible, leur dévouement et leurs encouragements inestimables tout le long de notre parcours.

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

Mes très chers parents.

Toutes les personnes qui nous sont chères.

Yacine.H

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

Mon grand père.

Mes très chers parents.

Ma fiancée et ma belle famille.

Mon frère et ma famille.

Mes amis et proches.

Toutes les personnes qui nous sont chères.

Liste des abréviations et des sigles

AC : Audit Clinique

ACC : Audit Clinique Ciblé

AEP : Appropriateness Evaluation Protocole

AMDEC : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets, de leur Criticité

ANAES : Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation en Médecine

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BFES : Banque Française d'Evaluation en Santé

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CdC : Conférence de Consensus

CFE : Consensus Formalisé d'Experts

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIQ : Cout d'Investissement dans la Qualité

CNQ : Cout de Non Qualité

COMPAQH : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière

Coro-TDM : Coro-tomodensitométrie.

EBM : Evidence BasedMedicine

ECG : Electrocardiogramme.

EPH : Etablissement Public Hospitalier

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPSP : Etablissement Public de Santé de Proximité

ESC : Société européenne de cardiologie.

GTQ : Gestion Totale de la Qualité

IDM : Infarctus du Myocarde

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

LPPS : Loi relative à la Protection et Promotion de la Santé

MSPS : Maîtrise Statistique des Processus de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAQ : Programme d'Assistance Qualité

PEC : Prise En Charge

RMM : Revue Mortalité Morbidité

RPC : Recommandations de Pratique Clinique

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SCA : Syndrome coronaire aigu.

SSU : Secteur Sanitaire Universitaire.

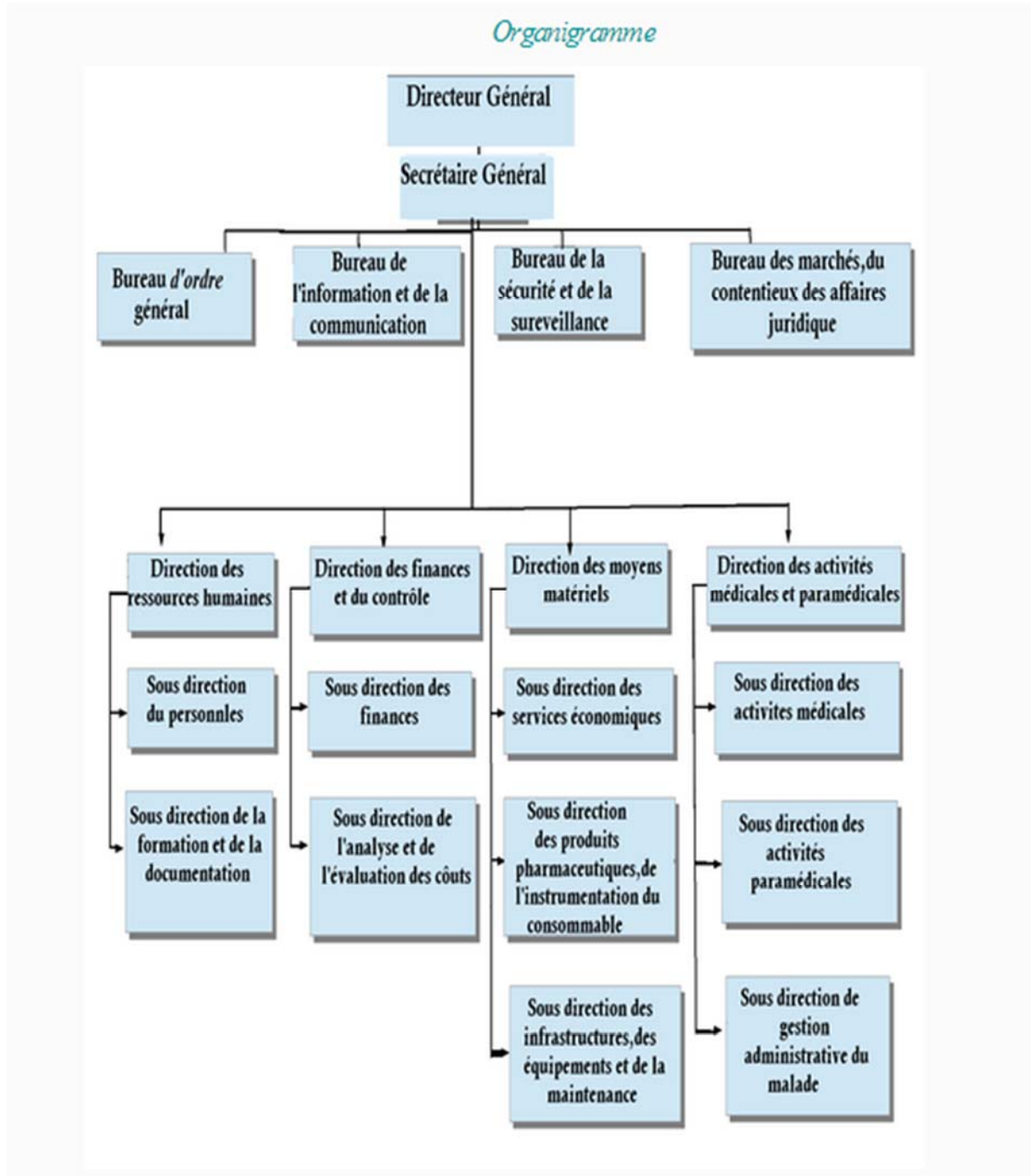
SU : Service des Urgences

Liste des figures	Page
Figure 1 : Algorithme de prise en charge d'un patient aux urgences	15
Figure 2 : Algorithme de prise en charge d'un Accident vasculaire cérébral	29
Figure 3 : Prise en charge d'un patient aux urgences et délai d'attente	31
Figure 4 : Enquête de satisfaction de la clinique ABBAYE	37
Figure 5 : Enquête de satisfaction de la clinique TONKIN, Paris, France	38
Figure 6 : Schéma général d'un projet d'amélioration de la qualité. Adapté de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.....	64
Figure 7 : Grille de chiffrage de la criticité d'après Fromentin.....	67
Figure 8 : Principe de PDCA (Plan, Do, Check, Act)	74
Figure 9 : Schématisation simplifiée des constats impactant aux urgences	92
Figure 10 : Algorithme décisionnel de la conférence de consensus « prise en charge de l'infarctus à la phase aigu en dehors des services de cardiologie » pour la prescription d'une désobstruction coronaire.....	106
Figure 11 : Différences au niveau des artères coronaires des syndromes coronaires aigus ...	108
Figure 12 : Algorithme diagnostique d'infarctus du myocarde.....	109
Figure 13 : Indication de revascularisation (d'après l'algorithme de l'ESC 2011).....	110

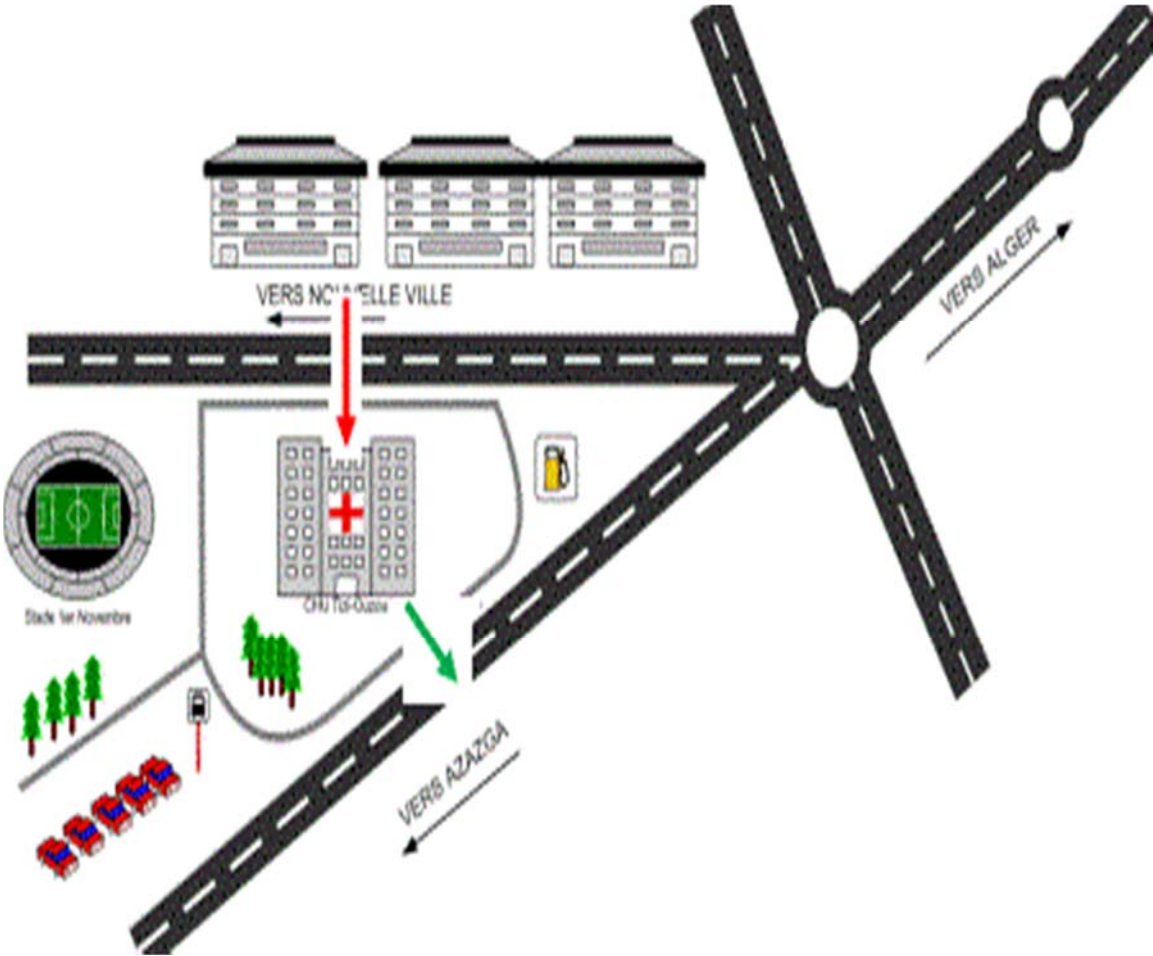
Liste des tableaux	Page
Tableau 1 : Les différents degrés d'urgences et le délai de prise en charge.....	14
Tableau 2 : Principales différences entre la qualité offerte et la qualité perçue	76

Liste des annexes

Annexe 1: Organigramme d'organisation du CHU de Tizi-Ouzou.



Annexe 2 : Localisation du CHU NEDIR MOHAMED de Tizi-Ouzou



Annexe 3 : Localisation du CHU NEDIR MOHAMED de Tizi-Ouzou (googleearth)



Annexe 4 : Services d'Hospitalisation de l'Unité NEDIR Mohamed et nombre de lits.

Services médicaux	Nombre de lits
Médecine interne	57
Pédiatrie	50
Cardiologie	53
Psychiatrie	40
Réanimation médicale	12
Néphrologie	31
Maladies infectieuses	32
Néonatalogie	20
Réanimation chirurgicales	07
Hématologie	32
Centre d'hémodialyse	28
Services chirurgicaux	Nombre de lits
Viscérale	57
Traumatologie	58
Neuro-chirurgie	32
Urologie	28
CCI	42
Service des urgences	Nombre de lits
De médecine	12
De Chirurgie	12
De Pédiatrie	10

Sommaire

Introduction Générale	1
Chapitre I : Cadre théorique sur les urgences et le service d'urgences.	
Introduction	
Section 1 : Généralités sur les urgences et la médecine d'urgence	11
Section 2 : Organisation et critères de qualité d'un service d'urgences	18
Section 3 : Les techniques d'évaluation de la qualité des soins applicables aux urgences médico-chirurgicales	32
Conclusion	
Chapitre II : Démarche qualité et évaluation de la qualité de soins.	
Introduction	
Section 1 : Vue globale sur la qualité, les soins et l'assurance qualité	42
Section 2 : Généralités sur l'évaluation de la qualité de soins	51
Section 3 : Démarche qualité dans les établissements publics de santé	72
Conclusion	
Chapitre III : Le Pavillon des urgences médico-chirurgicales du centre hospitalouniversitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.	
Introduction	
Section 1 : Présentation et état des lieux	83
Section 2 : Limites et insuffisances observées	89
Section 3 : Solutions et perspectives proposées	94
Section 4 : Cas pratique : Algorithme de prise en charge d'un infarctus du myocarde aux urgences	100
Conclusion	
Conclusion Générale	112

Introduction générale

Pierre angulaire de tout établissement public de santé, le service des urgences joue un rôle fondamental, le bon fonctionnement des services des urgences conditionne le bon fonctionnement de tous les autres services du fait que tous les patients hospitalisés passent d'abord par une consultation aux urgences médico-chirurgicales avant d'être hospitalisé dans tel ou tel service.

La santé revêt une importance vitale pour tous les êtres humains, ainsi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant :

« Un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Cette définition est inscrite au préambule de 1946 à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et n'a pas été modifiée depuis. Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels.

Grâce au développement des sciences en général, et de la médecine en particulier, la vie humaine est devenue statistiquement plus longue, certaines maladies ont été éradiquées telles que : la variole, la poliomyélite, la peste... Et la santé ainsi que ses différentes infrastructures ont bien évolué mais en contrepartie la prise en charge des patients a beaucoup perdu de sa qualité.

La santé publique prend en compte les dimensions d'organisation administrative, politique et économique. La santé publique aborde l'organisation de la santé pour une collectivité, une population à un niveau individuel et à un niveau collectif.

Ainsi, les établissements publics de santé ont dû faire face à de multiples défis : la croissance des dépenses de santé, les progrès scientifiques et technologiques, les problèmes de démographie médicale, le vieillissement de la population, la montée en charge des pathologies chroniques et l'évolution des comportements des usagers. Ces défis à la fois organisationnels et fonctionnels imposent aux professionnels de santé de rechercher de nouveaux modes d'organisation plus performants.

Ces établissements sont confrontés à des problèmes aussi bien en phase de conception qu'en phase de fonctionnement. Ils sont principalement relatifs au dimensionnement des

différents services, à l'agencement des ressources matérielles, à la prévision de la charge du système, à l'étude du fonctionnement afin de détecter d'éventuelles anomalies ou dysfonctionnements, à l'amélioration de l'efficacité afin d'augmenter la qualité des services rendus (meilleure utilisation des ressources, diminution des temps de séjour), à l'étude de nouvelles politiques de gestion et de nouveaux modes d'organisation et à l'analyse de la réactivité du système face à une augmentation imprévue de sa charge.

L'unité sanitaire la plus affectée par ce fléau est bel et bien : Le pavillon des urgences, qu'elles soient médicales ou chirurgicales, celles-ci constituent la porte d'entrée de l'hôpital. En effet, l'une des problématiques majeures à laquelle sont confrontés les établissements publics de santé et ce de manière chronique et pour laquelle aucune réponse satisfaisante n'existe à l'heure actuelle, résulte d'un perpétuel conflit entre la prise en charge des soins programmés (à l'hôpital) et celle des soins non programmés (les soins de l'urgence).

Quel est ou quels sont les motifs majeurs du mécontentement des patients aux urgences ?

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

L'accès aux soins de qualité est l'un des défis majeurs de tout système de santé, et le besoin devient plus patent et pressant en situation d'urgence lorsque le pronostic vital est en jeu. Les services d'accueil des urgences souffrent comme le soulignent de nombreuses études du problème de l'engorgement. Pour les services d'accueil des urgences, la qualité concerne les patients et l'entourage proche mais également les partenaires du service d'urgences : les médecins libéraux, les ambulanciers privés, les sapeurs pompiers, les institutions, les services hospitaliers, les tutelles.

Sur le plan physique, les entraves à l'accès effectif aux soins d'urgence précoces et adéquats engendrent des complications et séquelles et augmentent la mortalité. L'absence d'un triage systématique permettant une évaluation objective du degré de gravité rend

impossible la priorisation optimale des patients. En l'absence de normes ou de protocoles, les conduites diagnostiques et thérapeutiques manquent d'homogénéité et deviennent approximatives et dépendantes de l'expérience des personnels en service, cette variabilité et cette subjectivité peuvent occasionner des délais importants avant la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Les délais de prise en charge entraînent des complications et allongent les durées d'hospitalisation qui, à leur tour, accroissent les coûts financiers inscrivant ainsi les usagers dans une véritable spirale vicieuse. La qualité n'est pas limitée aux soins, elle intéresse aussi le domaine organisationnel. Les procédures légales concernant l'organisation générale d'un pavillon des urgences sont souvent bien décrites mais pas pour autant appliquées.

Les travaux publiés dans la littérature viennent surtout des Etats Unis où la médecine d'urgence est reconnue comme une spécialité depuis plus de 20 ans. La Joint Commission (instance d'accréditation) évalue l'hôpital et les services hospitaliers très rigoureusement selon des critères préétablis et n'épargne pas les services d'urgence américains. Ceci explique l'avance qui a été prise en matière d'assurance qualité.

En France, depuis plus de 5 ans l'évaluation a été entamée dans les services d'urgence, depuis ces deux dernières années avec la mise en place de l'Agence Régionale d'Hospitalisation et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)¹ on observe une accélération des processus d'évaluation de la qualité.

La prise en compte de ce phénomène qui freine les unités d'urgences médicochirurgicales ne peut trouver de réponse au seul niveau de ces services d'urgences, ni même de l'établissement public de santé. Cette problématique appelle une approche plus globale d'amélioration de la coopération entre les différents acteurs intervenant tout au long de la chaîne logistique du système de prise en charge des urgences.

Les services d'urgences sont un pivot de l'organisation sanitaire. Opérant à l'interface entre médecine de ville et hôpital, soins de routine et interventions de pointe, action médicale et gestion du social, ces services sont soumis à des demandes contrastées

¹ Structure de santé publique en France, l'**Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)**

Son rôle est d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie ; de formuler des recommandations et rendre des avis indépendants, impartiaux et faisant autorité permettant d'éclairer les pouvoirs publics quant aux décisions de remboursement des produits et services médicaux et de contribuer à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et des soins prodigués au patient.

auxquelles ils ont du mal à répondre, même avec des moyens augmentés, ils subissent de nombreux soucis sans pouvoir augmenter leurs moyens en parallèle, voyant ainsi leur taux de charge augmenter régulièrement et les temps d'attente des patients s'allonger, et ainsi la qualité de soins se dégrader. L'amélioration de la performance des pavillons des urgences, réduite au sens de l'efficacité des moyens mis en œuvre, passe alors par l'amélioration des modes de pilotage et vise la maîtrise de l'attente du patient.

Devant cette situation, les services d'accueil des urgences montrent de plus en plus un besoin d'être assistés par des outils d'aide à la décision afin de mieux rentabiliser leur structure en assurant au patient un service rendu adapté et de qualité.

Le service des urgences médico-chirurgicales est un service central dans un établissement public de santé. En effet, c'est le premier ou le seul contact que le patient aura avec l'hôpital, il constitue donc la première unité à souffrir des différents défis que subissent les établissements sanitaires.

Actuellement, les services des urgences sont de plus en plus sous pression, en raison de l'accroissement de la fréquentation de ces services, mais également de l'accroissement de la population et du nombre de pathologies. Ce qui aboutit à une détérioration de la qualité de prise en charge des patients. Ainsi, on aboutit à la question principale concernant notre travail de recherche :

Quelles est la démarche pour l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients au sein du centre gravitationnel d'un établissement public de santé à savoir le service des urgences médico-chirurgicales ?

Pour apporter plus de précision à notre problématique générale, plusieurs questions secondaires s'imposent à savoir :

- Comment est organisé un service d'urgence ?
- Qu'est-ce que la démarche qualité ?
- Quelles sont les techniques d'évaluation de la qualité de soins applicables aux urgences médico-chirurgicales ?
- Quelles sont les entraves rencontrées au service des urgences ?
- Quelles sont les solutions proposées pour remédier à ces insuffisances ?

Afin de mener à bien notre recherche, nous nous appuyons sur les hypothèses ci-dessous :

- **Hypothèse 1** : La mauvaise organisation d'un service d'urgences influe négativement sur la qualité de soins administrés aux patients.

- **Hypothèse 2** : Le dysfonctionnement des différents maillons de la chaîne logistique d'un service d'urgences a une relation négative avec la prise en charge des patients.

L'intérêt de notre recherche réside en les principaux points suivants :

- Approfondir les connaissances acquises au cours de notre formation.
- Evaluer la qualité de prise en charge des patients au sein d'un service d'urgences.
- Bénéficier de l'expérience des équipes médicales et paramédicales du service des urgences d'un centre hospitalo-universitaire en matière de qualité de prise en charge des patients.
- Comprendre les réels problèmes rencontrés par ces équipes au sein des urgences.
- Eclairer les lecteurs sur les conséquences fâcheuses découlant d'une mauvaise gestion d'un service des urgences.

Notre choix s'est porté sur le sujet de la qualité de prise en charge des patients au niveau d'un service d'urgences pour les raisons suivantes :

- D'abord, il s'agit d'une acquisition de connaissances supplémentaires en termes d'évaluation de la qualité en générale.
- En second lieu, la situation au sein de nos structures hospitalières ne cesse de se dégrader, ainsi la qualité de prise en charge des patients se détériore de plus en plus, les soins sont administrés aux patients de façon chaotique, il devient nécessaire d'essayer de trouver des solutions devient une nécessité absolue.
- Les urgences médico-chirurgicales est le centre de tri d'un établissement public de santé, le choix de celui-ci comme terrain de recherche semble évident, surtout qu'il représente le premier élément qui souffre de ce manque d'organisation, de systématisation, de rapidité d'exécution et ce qui aboutit à la dégradation de la qualité de prise en charge des patients aux urgences et un retentissement important sur les autres services médicaux et chirurgicaux qui se retrouvent engrainés dans un cercle vicieux.

- Enfin, la prise en charge des patients aux urgences est un thème d'actualité et en plein rebond.

Le but principal de notre recherche est d'étudier un service d'urgences médicochirurgicales dans sa globalité afin de mieux cerner l'origine du problème à savoir la dégradation de la qualité de prise en charge des patients aux urgences, et essayer de trouver des solutions pour palier à cette problématique.

Quant aux objectifs spécifiques de notre travail :

- Avoir une vision globale sur les urgences et le service des urgences.
- Comprendre la démarche qualité.
- Cerner les techniques d'évaluation de la qualité de soins applicables aux urgences médico-chirurgicales.
- Etudier le dispositif de gestion des urgences médico-chirurgicales du CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

Pour atteindre nos objectifs, et vérifier les hypothèses de ce travail, nous allons procéder à une méthodologie qui se base essentiellement sur une recherche documentaire, sur des ouvrages, des thèses et mémoires relatifs à notre thème, ainsi que des sites internet.

Ensuite, nous compléterons notre recherche par une étude empirique sur terrain à savoir au pavillon des urgences médico-chirurgicales du centre hospitalo-universitaire NEDIR MOHAMED de Tizi-Ouzou pour être au plus près de notre recherche. C'est ainsi que nous avons pu récolter le maximum d'informations concernant les limites et les insuffisances de cette structure, et ce à travers les différents témoignages des patients, de l'enquête menée sur terrain, et également des conclusions faites grâce aux échanges avec le personnel hospitalier médical et paramédical.

La restitution des résultats de notre travail s'articule autour de trois grandes parties.

Pour essayer de répondre à notre problématique, dans un premier temps, nous définirons le service des urgences, la médecine d'urgence ainsi que les différentes urgences, puis nous étudierons l'organisation générale et les critères de qualité d'un service d'urgences. Et enfin nous détaillerons les techniques d'évaluation de la qualité des soins applicables aux urgences médico-chirurgicales.

Dans une seconde partie une vue générale de la qualité, des soins, de l'assurance qualité sera abordée, puis nous détaillerons l'évaluation de la qualité de soins, ce chapitre sera scindé en objectifs, concepts, méthodes, facteurs et indicateurs de la qualité de soins puis nous finirons par étudier la démarche qualité dans les établissements de santé.

Enfin dans une dernière partie, nous étudierons le service des urgences médicochirurgicales du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) NEDIR MOHAMED de TiziOuzou, bien sûr nous débiterons par une présentation globale de ce service puis nous rapporterons les résultats émanant de notre stage pratique.

La décision d'avoir structuré ce travail en trois chapitres est d'abord justifiée par le souhait de faciliter la compréhension de l'évaluation de la qualité de soins en général avant d'entamer l'étude du contexte du service des urgences médico-chirurgicales, puis l'application pratique au sein du service des urgences du CHU Nedir Mohamed de TiziOuzou.

Chapitre I : Généralités.

Introduction

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

Les services d'urgences hospitalières ont vu leur nombre de patients augmenter de manière continue dans les années 1980. Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette attractivité. Ces services sont appréciés du fait de leur image de professionnalisme et de technicité.

Les patients espèrent y trouver un personnel compétent, qui lui fera passer en cas de besoin des examens complémentaires, et qui éventuellement pourra l'hospitaliser. De plus, ces services sont disponibles jour et nuit, alors que les cabinets des médecins libéraux ont des horaires restreints. Certains professionnels des Urgences soulignent la tendance actuelle des malades à chercher un avis médical pour des problèmes de santé mineurs, qu'on aurait soignés autrefois par automédication, ou qui auraient pu attendre jusqu'à l'ouverture du cabinet du médecin généraliste. Ils pensent aussi, que certains patients s'adressent aux Urgences pour des problèmes sociaux ou de mal être psychologique qui ne relèvent pas à strictement parler des urgences.

L'image positive des services d'urgences et la hausse de leur fréquentation représentent à la fois une bonne et une mauvaise nouvelle pour le personnel hospitalier. C'est une chance dans la mesure où cela a permis à certains services de s'agrandir et de se moderniser. Les responsables des urgences ont souvent obtenu plus de moyens économiques et humains de la part de la tutelle administrative pour accroître la capacité d'accueil dans un contexte pourtant marqué par les restrictions budgétaires. Mais dans le même temps, cette augmentation de la fréquentation s'est conjuguée à un certain nombre d'autres facteurs pour multiplier les problèmes relationnels et organisationnels rencontrés par le personnel et les patients.

Section 1 : Généralité sur les urgences et la médecine d'urgence

1.1. Historique

Dans les années 1980 la spécialité des urgences s'est développée principalement aux Etats Unis, mais également au Canada et dans différents pays du monde, mais plus lentement au Québec. La diversité de son expertise est une caractéristique forte de la spécialité de la médecine d'urgence. La définition proposée par CanMeds en cerne bien les caractéristiques fondamentales.¹

La médecine d'urgence est la branche de pratiques spécialisées qui s'intéresse à la prise en charge d'un large spectre des maladies aiguës ou traumatiques dans toutes les tranches d'âge.

Les premiers urgentologues ont d'abord mis en place les moyens appropriés pour évaluer rigoureusement la variété des patients d'une unité d'urgence.

Cette nouvelle discipline a ensuite développé des activités de recherche clinique des standards de pratique, des mécanismes d'assurance de la qualité et de maintien des compétences.

La spécialité de médecine d'urgence transversale, est en lien, dans les hôpitaux et dans les différents champs qu'elle occupe, avec la plupart des autres spécialités médicales, essentiellement dans la phase aiguë des problèmes graves pouvant causer la mort ou des séquelles irréversibles.

La médecine d'urgence a su ensuite élargir son expertise en dehors des salles d'urgence, notamment aux différents secteurs de la société présentant une menace pour la santé de la population et aux systèmes et organismes permettant d'y répondre tel que le système pré hospitalier d'urgence et le réseau de traumatologie.²

¹ AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. «Definition of an emergency services, *Annals of Emergency Medicine*, no 23, 1994, p.1397.

² AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY. « Emergency in Medicine and surgery, no 23, 1998, p.156

1.2. Définition et classification des urgences

1.2.1. Définition

Les services d'urgences accueillent des personnes qui ont pris d'elles-mêmes la décision de venir, ainsi que celles adressées par les pompiers, la police, des médecins libéraux, etc. L'activité se caractérise par l'irrégularité de la quantité et de la nature du travail à effectuer. Le service peut être vide de patients pendant des heures puis être subitement débordé.

La gravité des pathologies à traiter varie beaucoup aussi, de l'entorse de cheville à l'arrêt cardiaque, à l'accident de la circulation. La variabilité des motifs de recours s'accompagne d'une absence de consensus sur ce qu'est une urgence. Un même cas peut être jugé urgent par un malade mais pas par le personnel, par l'infirmière mais pas par le médecin, par les pompiers mais pas par le personnel, etc. Il peut y avoir aussi des dissensions à l'intérieur d'une même catégorie professionnelle, ce qui est une urgence pour un médecin peut ne pas l'être pour un autre.

La mission du personnel qui accueille les malades aux urgences est de les trier rapidement en fonction de critères cliniques et d'établir des priorités. Dans la gestion de ces files d'attente, la gravité d'un cas est jugée relativement à celle des autres. La qualité de ce tri est primordiale pour le patient et l'organisation du service. Si le degré de gravité est sous estimé, le patient court des risques graves, voire mortels, et le personnel peut être accusé d'erreur professionnelle. Inversement, si la gravité d'un cas est surestimée, le risque est de léser les autres patients qui auraient dû être prioritaires.¹

Ces dernières années le nombre de personnes qui se présentent aux urgences est en augmentation constante, cette augmentation est en partie liée :

- au vieillissement de la population,
- à la croissance du nombre de maladies chroniques,
- à la transition épidémiologique,
- à l'augmentation des accidents de la circulation et de la voie publique,
- au nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale,

¹ American college of emergency. Op.cit p.166

1.2.2. Différentes catégories d'urgences

Degrés d'urgence ¹

Le temps d'attente diffère selon le degré d'urgence qui est défini d'après l'échelle officielle suisse de tri, en fonction des paramètres et des informations recueillis par l'IAO.

✓ **Degré 1:** Urgence vitale qui nécessite des soins médicaux immédiats.

Exemple : arrêt cardio-respiratoire.

✓ **Degré 2:** Urgence majeure avec risque vital potentiel, nécessite des soins médicaux dans les 20 minutes.

Exemple : infarctus du myocarde², accident vasculaire cérébral³.

✓ **Degré 3:** Urgence non vitale, nécessite des examens et/ou des investigations complémentaires.

Exemple : ulcère digestif.

✓ **Degré 4:** Urgence sans risque particulier, la prise en charge peut être différée.

Exemple : migraine.

1.2.3. Définition d'une urgence vitale

Le terme "urgence vitale" c'est le degrés numéro un , il recouvre des situations pour lesquelles l'échelle de temps acceptable pour une action thérapeutique est de l'ordre de la seconde, comme c'est le cas pour l'arrêt cardio-respiratoire, de l'ordre de la minute, de l'heure ou de la journée dans d'autres cas, c'est-à-dire pour les autres degrés d'urgences cités ci-dessus.⁴

¹ CHRISTOPHER LENCLUD, URGENCES CHIRURGICALE, du Mars 2007

² L'**infarctus du myocarde** (IDM étant une abréviation courante) est une nécrose (mort de cellules) d'une partie du muscle cardiaque secondaire à un défaut d'apport sanguin (ischémie) dans le cadre de la maladie coronarienne.

³ Perte soudaine de la fonction cérébrale provoquée par un arrêt de la circulation sanguine dans le cerveau. L'**AVC** survient lorsque la circulation sanguine est interrompue dans une partie du cerveau, endommageant ainsi des cellules cérébrales.

⁴ AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS Op.cit p.137

Tableau 1 : Les différents degrés d'urgences et le délai de prise en charge.

DEGRE D'URGENCE	DELAI DE PRISE EN CHARGE RECOMMANDE
DEGRE 1 : réanimation Exemple : Noyade	Sans délai
DEGRE 2 : très urgent Exemple : crise d'asthme sévère	15 minutes
DEGRE 3 : urgent Exemple : fracture déplacée de l'avant bras	30 minutes
DEGRE 4 : non urgent Exemple : varicelle	60-120 minutes

Source : LENCLUD C , Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières 2003.

Ce tableau représente les différents degrés d'urgences en fonction de leur gravité et du délai de prise en charge.

Ainsi pour un **degré 1** : c'est une urgence vitale, qui doit être prise en charge dès l'admission au service des urgences, c'est souvent des cas qui relèvent de la réanimation, comme l'arrêt cardio-respiratoire, l'accident vasculaire hémorragique, la noyade, la dissection aortique, l'état de choc, ceux-ci imposent une prise en charge très très urgente sans aucun délai d'attente car elles engagent directement le pronostic vital.

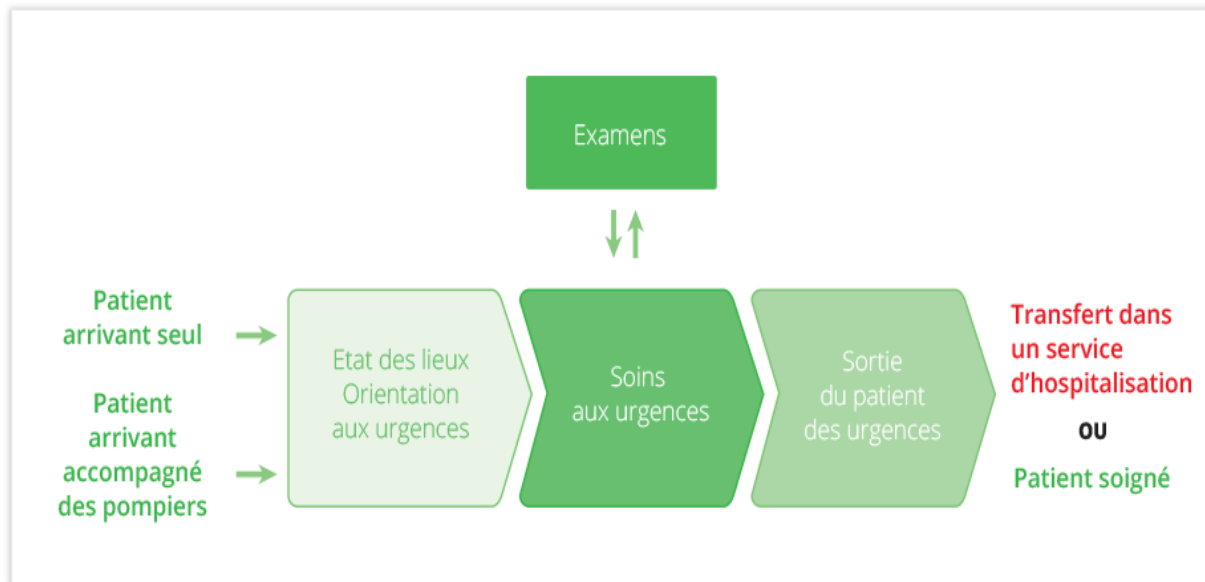
Un degré 2 est très urgent, avec un délai de 15 minutes maximum exemple : une crise d'asthme sévère, un infarctus du myocarde.

Un degré 3 est un cas urgent avec un délai de 30 minutes exemple : une fracture déplacée qui nécessite une réduction de la fracture rapidement, un pic de tension.

Un degré 4 est semi-urgent avec un délai d'une heure comme une plaie simple.

Un degré 5 est un cas non urgent qui est une urgence différée ou une urgence à froid exemple : une varicelle.

Figure 1 : Algorithme de prise en charge d'un patient aux urgences.



Source : CHRISTOPHER LENCLUD, URGENCES CHIRURGICALE, Mars 2007 :

www.lenclud.net /IFSI.

1.3. La médecine d'urgence

La médecine d'urgence rassemble les ressources médicales et chirurgicales pour faire face à une urgence, c'est-à-dire la perception d'une situation où la personne sans soins empire rapidement, exposée au risque à bref délai de séquelles irréversibles ou de décès. Lorsque le nombre de victimes est important et/ou que les infrastructures locales sont touchées (routes, hôpitaux...), on parle de **médecine de catastrophe**.

La notion de « bref délai » est très relative ; dans les cas aigus, on ne dispose que de quelques minutes pour réagir, mais de manière générale, on considère comme relevant de l'urgence un risque à 6 ou 12 h. Ainsi, est définie comme une urgence toute perception d'une situation urgente par une personne, pouvant risquer de mettre en danger sa survie ou la survie d'un membre.¹

Urgence réelle et urgence ressentie :

En médecine, on classe typiquement les urgences en quatre catégories :

- **urgence vitale** : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence ;
- **urgence vraie** : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital ;
- **urgence relative** : pathologie subaiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital ;
- **urgence différée** : pathologie pouvant être soignée avec délai.

Il convient ici de distinguer urgence et gravité :

Un cancer est une maladie grave mais ne constitue pas une urgence ;

À l'inverse, un problème de douleur aiguë n'est pas toujours grave le problème sous-jacent ne met pas en danger la santé de la personne mais est une urgence.

Pour les citoyens, une urgence est une situation inopinée et soudaine faisant craindre pour la vie de la personne. Or, certaines situations impressionnantes sont en fait bénignes, et d'autres passent inaperçues alors qu'elles sont alarmantes ; par exemple, certains signes d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral peuvent sembler bénins.

Ceci souligne l'importance du rôle de conseil et d'orientation des services de régulation médicosanitaire des urgences, et la détection précoce de situations à risque par le médecin libéral, voire par le patient lui-même ou son entourage. Ceci souligne l'importance

¹ AFILALO, M. Les marqueurs de la performance à l'urgence, *Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, publication interne, 1999. P.8*

des formations aux premiers secours, où l'on apprend à reconnaître les signes alarmants et à s'adresser aux services de régulation (qui appeler, dans quelles situations, et quoi dire).

De plus en plus de personnes utilisent les urgences de l'hôpital comme un cabinet médical ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre/sept jours sur sept ; elles « consomment » de l'urgence.

Ce type de comportement nuit à l'efficacité du système, les « vraies » urgences risquent d'être prises en charge avec retard en raison de l'encombrement du système, et la fatigue des personnels générée par cette surcharge de travail est nuisible à la qualité des soins.

Ce comportement est aussi un mauvais calcul pour le patient, car celui-ci serait peut-être mieux à se reposer chez lui (en attendant l'arrivée du médecin de garde ou l'ouverture d'un cabinet libéral le lendemain) plutôt qu'à attendre aux urgences, avec les désagréments et les risques d'attraper les maladies des autres.

1.4 Qu'est-ce qu'un Service d'Urgence ?

Les services d'urgences ont pour mission de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 les patients, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.¹

Dans un Service d'Urgence, les blessés ou malades les plus graves sont traités en premier. Ceci se décide après une très courte prise en charge par un médecin interne ou médecin résident spécialement entraînée au triage des malades.

Ils vérifient les constantes vitales (pouls, température, tension artérielle, fréquence respiratoire), posent des questions sur le motif de consultation, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les traitements habituels, l'existence ou l'absence d'antécédents d'allergies, et examinent méticuleusement le malade pour déceler l'urgence et le petit bobo.²

¹ AFILALO, M. *Op.cit* p.11

² Idem p.12

Section 2 : Organisation et critères de qualité d'un service d'urgence

Le service des urgences est le fer de lance de tout système de santé et de ce fait doit fournir en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition.

2.1. Mission

L'unité d'urgence fournit en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition, dans une perspective d'approche -patient.

Pour promouvoir cette mission ,on doit partager la vision de l'unité d'urgence axée sur l'idée qu'elle fait partie intégrante de la communauté où elle fait office de filet de sécurité sanitaire pour la population ,qu'elle est complémentaire à la mission des autres composantes du réseau et, enfin ,qu'elle est intégrée à l'hôpital ,comme plaque tournante et importante porte d'entrée.¹

Les établissements d'un même territoire doivent, par l'entremise de leurs conseils d'administration respectifs, connaître l'importance qu'ils accordent à l'unité d'urgence, les activités de l'urgence doivent être priorisées et harmonisées par le centre hospitalier et par les partenaires du territoire.

Les membres de l'unité d'urgence doivent se soumettre à des règles plus spécifiques qui découlent des particularités de la pratique dans cette unité.

Le professionnel de l'urgence doit :²

1. Soigner les patients selon les règles de l'art.
2. Reconnaître la primauté du bien-être du patient comme sa responsabilité professionnelle fondamentale.
3. Répondre rapidement et adéquatement, sans préjugé ou partialité à toute demande de soins qui constitue une urgence médicale.
4. Respecter les droits des patients et s'efforcer d'agir dans leur meilleur intérêt, en particulier pour les patients les plus vulnérables ou incapables de choisir un traitement en raison d'une altération de leur capacité à consentir.

¹ AFILALO Op.cit p80.

² Idem p 82.

5. Communiquer sincèrement avec les patients en s'assurant de leur consentement éclairé à tout traitement, à moins que l'urgence de leur condition ne nécessite une intervention médicale ou chirurgicale immédiate.

6. Respecter le droit des patients et la confidentialité et ne divulguer des renseignements confidentiels qu'avec le consentement de patient ou lorsque cela est requis en raison d'un devoir supérieur tel que le devoir de protéger autrui ou d'obéir à la loi.

7. Interagir honnêtement et équitablement avec les collègues de travail et prendre les mesures appropriées pour protéger les patients des prestataires de soins dont les facultés sont affaiblies, qui sont incompetents ou qui s'engagent dans la fraude ou l'escroquerie.

8. Travailler en coopération avec les intervenants qui se présentent à l'unité d'urgence.

9. Prendre part à des activités de formation continue afin de maintenir les connaissances et les compétences au niveau optimal nécessaire à l'administration des soins de qualité aux patients qui se présentent à l'unité d'urgence.

10. Faire une utilisation judicieuse et responsable des ressources médicales.

2.2. L'accès à l'unité des urgences

Lorsqu'un patient décide de se rendre à l'unité d'urgence, il doit suivre un certain parcours avant de recevoir les soins requis par sa condition médicale.

Il est important de prendre note que la responsabilité de l'hôpital envers le patient débute dès que ce dernier entre sur le terrain de l'hôpital. ¹

L'unité d'urgence d'un centre hospitalier doit être identifiée adéquatement à l'extérieur de l'établissement, le patient doit être en mesure de repérer immédiatement l'entrée de l'urgence. Le lieu où se trouve l'urgence doit être bien indiqué à chacune des portes du centre hospitalier et le parcours pour s'y rendre doit être facile, la distance entre entrée principale et l'entrée de l'urgence doit être claire.²

L'entrée de l'ambulance peut également servir au patient qui se présente en catastrophe à bord d'un véhicule pour une urgence médicale.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Guide de gestion de L'UNITÉ D'URGENCE, NOVEMBRE 2000 : www.msss.gouv.qc.ca

² AFILALO, M. *Op. cit* p46.

Dans ces situations, la marche à suivre doit être bien indiquée afin que le patient puisse avoir accès rapidement aux ressources médicales en place.

L'établissement doit être en mesure de fournir des fauteuils roulants aux patients qui ont besoin d'aide pour se déplacer.

Les agents de sécurité de l'hôpital ou toutes autres personnes mandatées par l'établissement doivent assumer, ce rôle d'aide à la clientèle doit être applicable sur l'ensemble du terrain du centre.

2.3. Le triage

Le triage est la première étape du processus d'évaluation clinique et sert à déterminer la priorité des efforts des équipes des soins.

C'est dans les champs de leur exercice que l'infirmier des urgences ou le médecin interne interviennent au triage .L'évaluation de même que la décision relative à la détermination du degré d'urgence constituent des volets importants de leur pratique autonome, même si des critères ont été pré établis, elle répond de la qualité de leur exercice. ¹

Tout patient qui se présente à l'unité d'urgence doit être évalué par une infirmière ou un médecin interne affecté au triage, et ce, avant l'inscription. L'infirmière du triage ou le médecin interne ont la responsabilité de diriger immédiatement le patient dont l'état nécessite des soins urgents vers l'aire de traitement appropriée. Dans un tel cas, l'inscription sera effectuée soit par un accompagnateur, soit par un membre du personnel de l'inscription qui se rendra au chevet de la personne.

L'échelle de triage et de gravité comprend cinq niveaux, établis en fonction des critères objectifs permettant d'évaluer rapidement le niveau d'urgence du patient qui consulte.

Le délai maximum d'attente acceptable pour chaque niveau d'urgence est déterminé et l'état du patient doit être réévalué lorsque le délai prévu par l'infirmier du triage est échu et le patient n'a pas été évalué par le médecin.

¹ BEVERIDGE, R., *et al.* «Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG)», *Journal de l'Association des médecins d'urgence du Québec*, no 11, 1999

2.4. Les critères d'installation des patients sur une civière

Afin d'uniformiser et d'optimiser l'utilisation des civières, il est recommandé de coucher sur une civière, les patients qui présentent les conditions suivantes :¹

1. Le patient présente une pathologie qui comporte un risque de morbidité ou de mortalité et qui nécessite une prise en charge immédiate dans la salle de réanimation.

2. Le patient présente une instabilité des signes vitaux : instabilité hémodynamique, instabilité électrique à l'électrocardiogramme, une désaturation ...

3. Le patient présente des symptômes nouveaux ou une exacerbation de symptômes reconnus comme comportant un risque de morbidité ou de mortalité que l'on doit investiguer, surveiller et traiter.

4. Le patient a des symptômes non spécifiques incapacitants, empêchant l'ambulation: confusion, vertiges Importants, faiblesse marquée, incapacité de marcher, etc.

5. Le patient présente une douleur importante nécessitant l'administration d'un analgésique par voie parentérale.

6. Le patient présente une condition psychiatrique qui demande une protection : patients agités, suicidaires, etc.

Un patient placé sur une civière pour toute autre raison devrait être considéré comme un patient ambulatoire et être inscrit comme tel dans le registre de l'unité d'urgence.

2.5. Prise en charge médicale du patient à l'unité des urgences

L'unité d'urgence est intégrée dans le continuum des soins réguliers, spécialisés et sur spécialisés de l'épisode de soins. L'équipe de l'urgence doit être en mesure d'offrir immédiatement les soins optimaux.

Pour tous les problèmes urgents, en aucun moment un traitement urgent ou une investigation urgente qui relève de la compétence du médecin d'urgence ne sera retardé pour être effectué en spécialité ou dans une autre unité de soins. Si l'état de santé du patient nécessite des soins urgents, le médecin en service à l'unité d'urgence en prend charge immédiatement. L'unité d'urgence doit être en mesure d'offrir des soins autant aux adultes

¹ CHERNY-LESSENOT S, KARWOWSKI-SOULIÉ F, LAMARCH-VADEL A, GINSBURG C, BRUNET F, VIDAL-TRECAN G. Management and pain relief in an emergency department from the adult patients' perspective. J Pain Symptom Manage. 2003 p.145.

qu'aux enfants, à moins que l'établissement ait une vocation particulière et que cette vocation soit bien connue de la population.

Ces milieux qui affichent une vocation unique ou qui sont moins familiers avec certains types de clientèle doivent planifier des procédures de prise en charge advenant une visite médicale dont la problématique correspond moins ou pas du tout à la mission de l'établissement.

2.5.1. Les conditions pour prendre en charge un patient à l'unité d'urgence

Le Collège des médecins du Québec, dans son rapport sur la complémentarité des services d'urgence, a proposé un canevas pour permettre de déterminer dans quelle mesure un médecin peut prendre en charge un patient.

Le principe directeur justifiant l'établissement des critères de prise en charge des patients est d'éviter les délais dans l'administration des soins. Le médecin de l'urgence doit évaluer rapidement si son unité d'urgence est en mesure d'aider le patient qui consulte pour un problème aigu.¹

Un médecin peut prendre en charge un patient dans une salle d'urgence si, après évaluation, les principes suivants sont respectés:

✓ le centre possède les ressources permettant d'évaluer adéquatement le malade et d'établir un diagnostic.

✓ le médecin de l'urgence et/ou l'institution dispose des ressources pour traiter l'affection adéquatement dans le centre.

✓ Le traitement est susceptible d'améliorer l'état du patient de sorte que ce dernier peut quitter le centre dans un délai de moins de huit heures, lorsqu'il n'y a pas nécessité d'hospitalisation.

Si ces principes ne peuvent être respectés, le médecin doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert du patient vers le centre hospitalier approprié.

¹ CHERNY-LESSENOT S, KARWOWSKI-SOULIÉ F, LAMARCH-VADEL A, GINSBURG C, BRUNET F, VIDAL-TRECAN G. Op.cit p 134.

2.5.2. La prise de décision médicale

Lorsque le patient est à l'unité d'urgence, il est en attente d'une prise de décision médicale sur son orientation dans le réseau des soins. La prise de décision doit s'effectuer rapidement et dans un délai de moins de huit heures.

Le médecin de l'urgence a la responsabilité de prendre la décision sur l'orientation des patients, c'est-à-dire de décider s'ils seront admis, transférés, libérés ou référés. L'observation prolongée à l'urgence doit être exclue de l'épisode de soins.¹

Dans certains milieux, le médecin de l'urgence a recours au soutien du coordonnateur médical de l'unité d'urgence dans la gestion de la fluidité des services.

Des outils d'aide à la décision doivent être disponibles et utilisés, notamment :

- Grille d'évaluation de la dangerosité.
- Directive concernant l'application de la garde préventive.
- Grille de dépistage gériatrique (personne à risque ou en perte d'autonomie).
- Grille d'évaluation des risques relatifs aux bactéries multi-résistantes.
- Protocoles et règles de soins.

2.5.3. Les examens diagnostiques aux urgences

Les demandes d'examens diagnostiques émanant de l'unité d'urgence doivent se limiter aux examens jugés nécessaires par le médecin. Des ententes avec les différents services diagnostiques sont nécessaires pour obtenir des plages horaires réservées à certains examens demandés par l'unité d'urgence.²

Des mécanismes d'évaluation de la pertinence des examens complémentaires demandés doivent être mis en place par l'établissement.

Les analyses de laboratoire urgentes demandées à l'unité d'urgence doivent être effectuées rapidement. Les résultats de ces examens doivent être disponibles de façon prioritaire dans un délai d'une heure. Afin d'accélérer le processus, les demandes

¹ CARRASCO V, BAUBEAU D. Les usagers des urgences résultats d'une enquête nationale. Etudes et Résultats. 2003;p.212.

² CHERNY-LESSENOT S, KARWOWSKI-SOULIÉ F, LAMARCH-VADEL A, GINSBURG C, BRUNET F, VIDAL-TRECAN G. Op.cit p256

d'examens doivent être identifiées clairement par une codification qui indique la provenance de l'urgence et la nécessité d'accorder la priorité à la demande.

Les radiographies simples doivent être effectuées rapidement et être disponibles dans un délai de moins de une heure.

Quant aux services d'imagerie médicale avancée (tomodensitométrie, échographie...), un protocole d'entente entre l'unité d'urgence et le département d'imagerie doit prévoir l'accès à des plages horaires prioritaires pour l'unité d'urgence.¹

L'interprétation des examens en imagerie médicale doit être disponible dans un délai d'une heure, lorsque le médecin de l'unité d'urgence le juge nécessaire. Il n'est pas acceptable de remettre au lendemain un examen diagnostique ou un rapport essentiel à la prise de décision urgente.

2.6. Ressources professionnelles du service des urgences

Le service des urgences s'orchestre en plusieurs acteurs, chacun jouant un rôle prédéfini dans la gestion de celui-ci :

2.6.1. Personnel médical de l'unité d'urgence

La médecine d'urgence est de plus en plus complexe et nécessite une expertise particulière. Le médecin qui travaille à la salle d'urgence doit être considéré comme l'expert en soins médicaux d'urgence.

Son rôle est d'assurer la prestation de soins médicaux de qualité aux personnes qui se présentent à l'urgence. Il doit alors utiliser d'une façon optimale, en fonction de ses compétences, les ressources locales ou territoriales pour s'assurer que ses patients reçoivent les soins les plus complets possible. Il est le médecin traitant durant toute la durée des soins à l'urgence, à moins d'un transfert accepté en spécialité.

Le fonctionnement adéquat de l'unité d'urgence doit reposer sur une équipe médicale stable, crédible et capable d'offrir un service continu de qualité. Par contre, un plan de pratique est fortement préconisé comme outil efficace.

¹ CARRASCO V, BAUBEAU D. Op.cit p198

Il est basé sur le principe d'organisation en « pool », avec attribution de temps protégé aux médecins qui prennent en charge, selon leur expertise et selon les besoins du département, de dossiers importants.

La responsabilisation des membres de l'unité d'urgence, à travers le plan de pratique, leur permet d'acquérir une expertise dans les dossiers dont ils ont la charge, ce qui assure l'évolution de l'unité dans un esprit d'engagement et de développement des compétences. L'imputabilité des médecins permet également d'instaurer un mécanisme de revue par les pairs qui assure une culture d'appartenance et une culture d'attente de résultats.

Le niveau de formation et d'expertise requis selon la catégorie d'urgence et selon la vocation doit être défini.

Des spécialistes en médecine d'urgence doivent être présents dans les urgences des centres tertiaires et/ou universitaires et des centres avec urgence dite lourde. La plupart des unités d'urgence où l'on trouve des spécialistes en médecine d'urgence auront également dans leur équipe des omnipraticiens.

2.6.2. La départementalisation

La médecine d'urgence constitue l'un des secteurs d'activité d'un centre hospitalier les plus stratégiques. De par la nature des soins aigus et subaigus dispensés à toute heure du jour et de la nuit, elle exige que les médecins qui y pratiquent possèdent une formation, une expérience et une compétence particulières.

L'unité d'urgence est en constante relation avec la plupart des départements du centre hospitalier et pour cette raison elle constitue une plaque tournante pour l'hôpital. Pour assurer l'uniformisation de la pratique, un regroupement est nécessaire. Destiné à répondre à des besoins d'ordre administratif et clinique, notamment en ce qui a trait à la distribution des soins et à l'évaluation de leur qualité, le regroupement des médecins de l'unité d'urgence permet d'établir une structure de fonctionnement appropriée.

La départementalisation de la médecine d'urgence contribue à la formation d'une équipe médicale compétente et stable. Elle permet au chef de département de médecine d'urgence de participer directement à l'organisation des soins à la même table et sur le même pied que les autres chefs de département.

De plus, elle favorise une participation hospitalière dynamique et une collaboration efficace avec l'ensemble des chefs de département, assurant ainsi une meilleure

représentativité et l'amélioration constante du fonctionnement du département de médecine d'urgence. La départementalisation vise surtout les urgences lourdes, les urgences tertiaires et la plupart des urgences secondaires, celles-ci représentant les centres où la majorité des médecins pratiquent à plein temps.

Lorsqu'une équipe médicale juge qu'elle doit conserver un statut de service, il est cependant indiqué de permettre au chef du service de médecine d'urgence de siéger à la table des chefs de département.

2.6.3. Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence

Le rôle d'un coordonnateur médical est d'agir pour assurer le déroulement fluide des soins à l'urgence. Le coordonnateur est un médecin gestionnaire des services. Lorsqu'il accomplit cette fonction, il favorise l'interaction entre les différents intervenants et s'assure que les soins offerts au patient sont donnés d'une façon optimale et rapide.

Le coordonnateur médical à l'unité d'urgence agit spécifiquement à l'urgence. Selon la catégorie d'urgence, le modèle de gestion de l'unité d'urgence et l'importance des activités de l'institution, on doit évaluer la pertinence de nommer un coordonnateur médical.

Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence a pour principale fonction de veiller à l'utilisation optimale des services de la salle d'urgence. C'est ainsi qu'il doit régir le débit de l'urgence et intervenir en cas d'encombrement en participant activement au processus de décongestion.

Il a également comme rôle d'établir les liens entre les services interdisciplinaires de l'urgence, les autres services et départements cliniques et le réseau de la santé. Il contribue aux liens avec l'amont et l'aval de l'unité d'urgence.

Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence doit idéalement être un médecin d'urgence à temps plein qui connaît bien les problématiques liées à la médecine d'urgence. Cette fonction est habituellement assumée par des médecins d'expérience («seniors») ayant de bonnes relations interpersonnelles avec des intervenants de l'institution.

Le coordonnateur doit très bien connaître les services offerts par l'établissement ainsi que la distribution des soins et des services sur son territoire. Le rôle de coordonnateur de l'unité d'urgence ne peut être envisagé dans toutes les urgences.

Cependant, dans les unités où le niveau des activités est important, le poste de coordonnateur doit être implanté et son rôle peut être partagé par plusieurs médecins d'urgence.

Le médecin coordonnateur évalue les patients qui n'ont pas encore été orientés et qui entravent la fluidité de l'unité d'urgence. Ce sont également les patients en attente de consultation ou en attente d'un lit dans une unité de soins.

Le rôle du coordonnateur médical de l'unité d'urgence est différent de celui du médecin en service à l'urgence, lequel a comme principale fonction d'accueillir tous les nouveaux patients et d'établir leur plan de soins.

Les fonctions et les rôles du coordonnateur doivent être adaptés à la lourdeur des activités de l'unité d'urgence et de l'établissement. Chaque institution établira le mode de fonctionnement optimal à partir des rôles proposés.

Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence doit :

- participer à l'équipe d'action-support à l'unité d'urgence
- assurer une disponibilité 24 heures sur 24
- coordonner la gestion des civières à l'urgence en accélérant le processus de consultation et d'accès aux services de l'hôpital.

2.6.4. Personnel infirmier de l'unité d'urgence

L'infirmière de l'urgence assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers en fonction des besoins de santé des patients qui lui sont confiés. Elle soigne la personne dans sa globalité avec une approche bio-psycho-sociale.

Comme infirmière, elle adapte son rôle professionnel aux particularités du milieu de l'urgence.

Elle tient particulièrement compte des aspects suivants, qui prennent une importance capitale et influencent l'organisation de son travail :

- planification des interventions selon les priorités d'urgence
- coordination des activités diagnostiques et des consultations médicales
- collaboration étroite avec les médecins et les autres membres de l'équipe dans la gestion de l'épisode de soins
- connaissance globale de la situation de l'urgence
- adaptation aux changements rapides dans la cadence de travail.

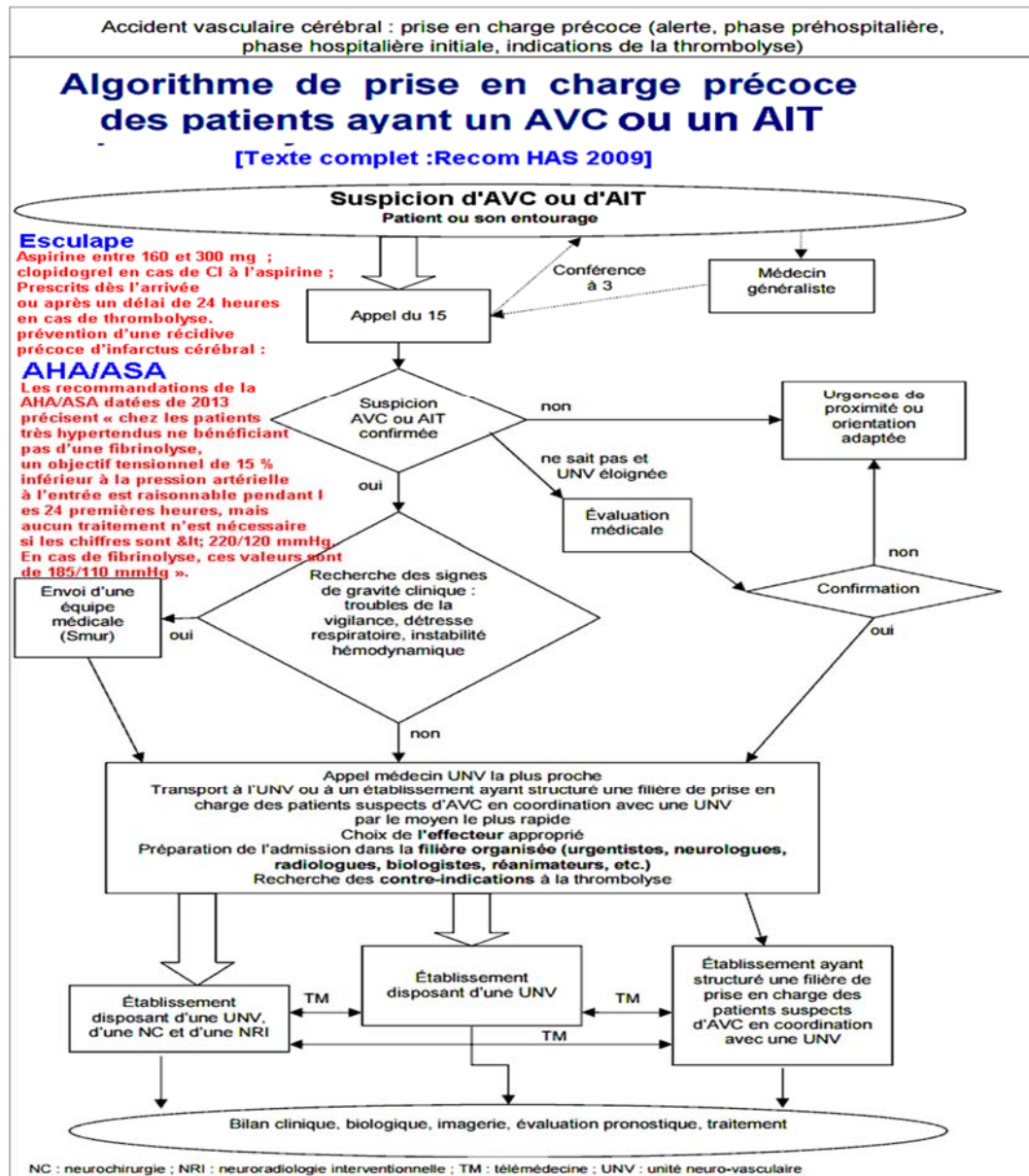
De plus, l'infirmière a la responsabilité professionnelle de :

- connaître les normes et critères en soins infirmiers, les procédures de soins de l'établissement, et les protocoles de l'unité d'urgence;
- utiliser les moyens pour garder à jour sa compétence;
- répondre aux conditions requises pour poser les actes autorisés;
- participer aux activités de formation de l'unité d'urgence et à l'intégration du nouveau personnel.¹

¹ MEUNIER, Laure DES DE MEDECINE GENERALE sur LES PARCOURS DE SOINS ET MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES HOSPITALIERES DE NANTERRE *Présentée et soutenue publiquement le : 10 juin 2009*

Figure 2 : Algorithme de prise en charge d'un Accident vasculaire cérébral :

Accident vasculaire cérébral prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse) Recommandation HAS 2009



Source : HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mai 2009

La prise en charge d'un accident vasculaire¹ ischémique (AVCI) ou d'un accident ischémique transitoire (AIT) doit être des plus urgentes, car la thérapeutique est de proposer

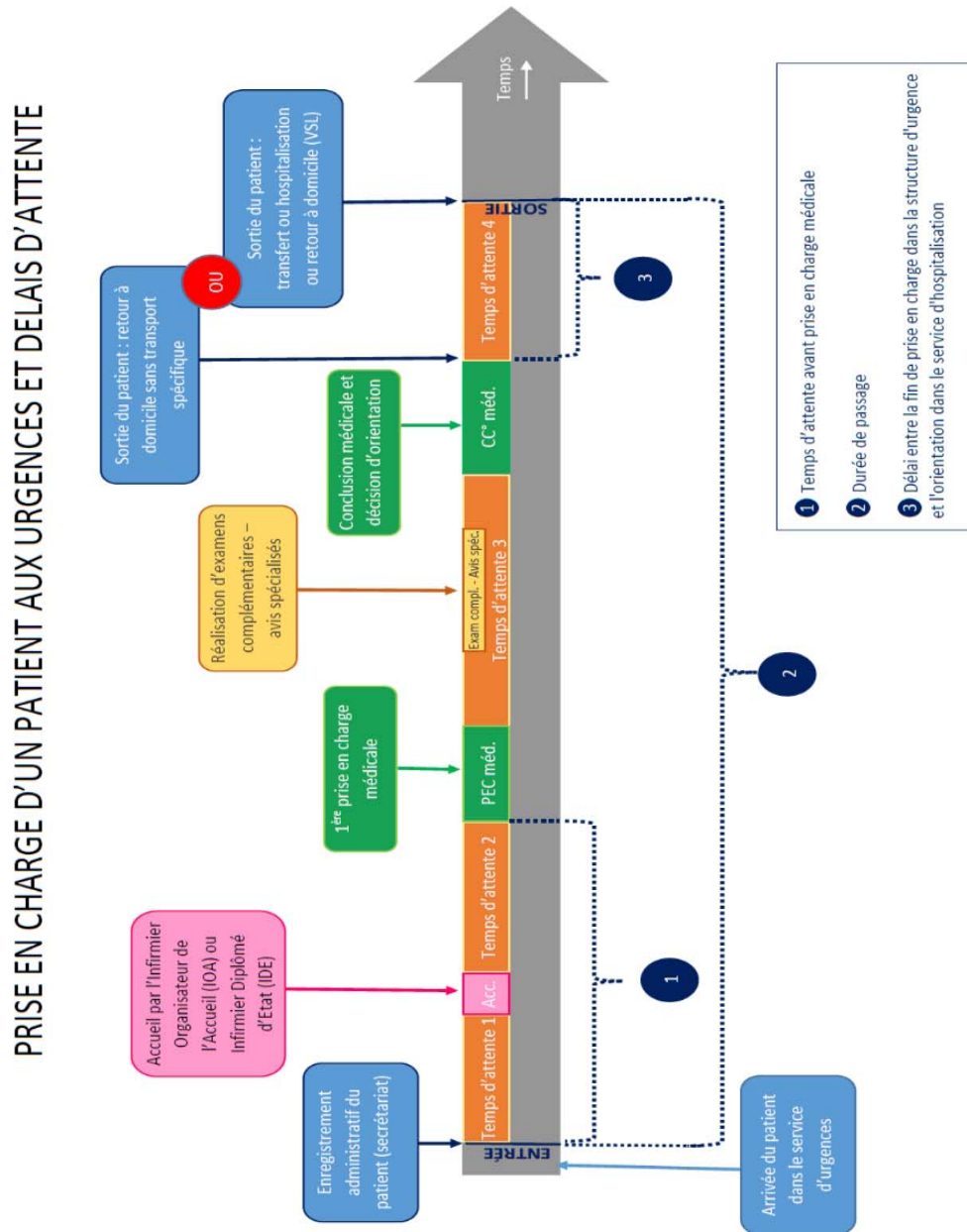
¹ Les accidents vasculaires cérébraux sont classés en : AVC ischémique, AVC hémorragique, accident ischémique transitoire (AIT). L'AIT est le meilleur pronostic vu sa tendance à régresser et récupérer complètement.

une thrombolyse, celle-ci a des délais de prise en charge très restreint, si ce délai est dépassé. La thrombolyse est également dépassée, et le patient se retrouve avec des séquelles importantes et aucun traitement ne permettrait de les corriger et même la rééducation ne peut aider le patient à récupérer une certaine hygiène de vie.¹

C'est pourquoi, la standardisation de la prise en charge de cette pathologie était nécessaire pour aider les équipes des urgences à diagnostiquer rapidement un AVC et thrombolysé dans les plus brefs délais pour maximiser les chances de récupération complète au patient.

¹ Source : HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mai 2009

Figure 3 : Prise en charge d'un patient aux urgences et délai d'attente



Source : LENCLUD C , Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières 2003.

Section 3 : Les techniques d'évaluation de la qualité des soins applicables aux urgences médico-chirurgicales :

La première idée qui a motivé le développement des bonnes pratiques cliniques est le désir d'établir un niveau acceptable de la prise en charge des patients. La qualité est une obligation envers les patients particulièrement au niveau de la structure qui en souffre le plus à savoir les services d'urgences. Il est donc nécessaire de déterminer les techniques d'évaluation de la qualité de soins applicables au service des urgences médico-chirurgicales.

3.1. Les signaux d'alarme

Il s'agit d'événements dont la survenue est en elle-même significative. A priori ceux-ci doivent déclencher une enquête adaptée (c'est à dire plus ou moins lourde et approfondie suivant la gravité de l'événement) permettant de mettre à jour les mécanismes de survenue.¹

Cette enquête doit être formalisée (la personne qui s'en charge doit être connue de même que les critères d'appréciation de l'événement) et autant que possible doit être réalisée au sein de l'équipe d'urgence par l'un de ses membres.

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

Les événements indésirables les plus fréquemment suivis sont: les décès, les plaintes et les incidents indésirables tels que définis par l'OMS:²

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

-erreur pharmacologique quantitative (erreur de médicament).

-défaillance mécanique d'un appareil.

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

-problème d'incompatibilité sanguine.

¹ AMERICAN COLLEGE of EMERGENCY PHYSICIANS. Op.cit, p.127 168

² Idem p. 189 245

-réaction allergique.

-réaction anaphylactique.

-chute, accident de transport.

3.2. Les délais

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

La mesure des délais peut être affinée de plusieurs façons :

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

✓ En pointant tel ou tel délai.

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

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

3.3. Le suivi d'examens types

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

Le recours à des examens types comme marqueurs de la qualité peut être étendu et affiné à d'autres examens (radiographie pulmonaire) ou à des ensembles d'examens (bilan pré-opératoire standard).

Ces marqueurs permettent ainsi de mesurer qualitativement un aspect de la prise en charge aux urgences mais aussi de quantifier l'impact de stratégies de formation sur toute l'équipe des urgences.

3.4. La revue systématique de dossiers

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

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

3.5. Le suivi de traceurs

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

3.6. La mesure de la satisfaction des patients

Les enquêtes de satisfaction (EDS) des usagers restent encore peu fréquentes dans le domaine de la santé à l'inverse des pays anglo-saxons. Dans les pays anglo-saxons (Etats-Unis, Angleterre), ces EDS sont considérées comme des indicateurs de la qualité des soins et elles font parties des démarches d'accréditation depuis la fin des années 80.

La satisfaction du patient est un élément de la qualité des soins et de l'état de santé. La mise en place d'un système de mesure adaptée est un élément essentiel de la politique d'amélioration continue de la qualité de prise en charge. ¹

La satisfaction est un domaine subjectif dont il faut extraire des données quantitatives et qualitatives. La satisfaction du patient dépend du comportement des équipes soignantes à son égard et à celui de son entourage que du contenu technique des soins.

En effet, si un patient n'a pas la compétence pour juger une thérapeutique, il sait comment on l'a traité (respect), si on lui a expliqué ce que l'on devait lui faire et pourquoi (information), si l'on s'est soucié de son bien être physique et moral (attention et bienveillance), si on lui a demandé son avis sur les décisions thérapeutiques prises quand

¹ Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH : La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec les patients. EBM J 2003 ; p34.

cela est possible (préférence des patients) et si on lui a donné les informations nécessaires à la reprise d'une vie normale à la sortie (continuité des soins). Ce sont ces critères qui vont induire sa confiance à l'égard de l'équipe soignante. Les méthodes d'investigation sont descriptives et analytiques (questionnaire, entretiens, téléphone, courrier).

Les EDS sont un élément incontournable pour évaluer un SU. Elles permettent d'apprécier la qualité des soins, des performances, du comportement des professionnels, de la logistique. Elles identifient les domaines à améliorer et renseignent sur les attentes des usagers. Elles sont la première étape de toute démarche assurance qualité centrée sur le patient. La réalisation d'une EDS dans un SU doit répondre à certains critères et respecter des phases méthodologiques. Un groupe projet est constitué et s'assure de la réalisation, de la continuité et de la pérennité du projet. Il est composé de volontaires, représentatif de l'équipe, et de référents. Le binôme "médecin-cadre infirmier" apparaît souvent dans la littérature. La conception du projet est la phase essentielle. Elle doit amener à identifier et clarifier les objectifs de l'enquête (préparer une restructuration, créer un livret d'accueil propre au SU..). La population étudiée doit être ciblée (patients, médecins libéraux...).

Les personnes ressources sont définies et leur degré de disponibilité évalué. Les méthodes d'investigation seront sélectionnées en tenant compte de leur pertinence et de leur facilité d'utilisation. Quel que soit le mode d'interrogation, la libre expression doit être garantie, l'anonymat préservé et l'objectivité totale. En cas d'entretien direct ou d'appel téléphonique, l'enquêteur ne pourra pas être un agent de l'établissement. Enfin, un pré-calendrier de la réalisation de l'EDS sera défini.

Les moyens matériels, humains, logistiques et financiers nécessaires à la réalisation du projet seront évalués.


Les questionnaires de satisfaction restent la méthode la plus utilisée. Les limites sont connues: méthode lourde; coûteuse; des biais peuvent exister en raison d'une mauvaise conception (effet halo par exemple); Des biais sont possibles par l'exclusion de certains groupes de patients ; La satisfaction du patient est basée sur une perception personnelle des soins et non sur la qualité réelle de la prestation. Enfin le degré de satisfaction peut être lié aux espérances du patient. Néanmoins, elle permet de colliger un nombre important d'informations, un traitement quantitatif des données et d'inclure une population plus importante. Leur fiabilité et leur pertinence dépendent de la qualité de la conception et de l'utilisation, de la taille de l'échantillon et des choix des méthodes statistiques.

Le questionnaire doit être compréhensible et ce critère est validé par un pré-test. Il doit respecter les méthodes de formulation et la présentation des questions afin d'éviter les biais. Enfin, les questions doivent se prêter aux traitements statistiques.


L'enquête du SU de Lyon, a obtenu un taux de retour sur 15 jours de 51% (le taux accepté est de 45%). Le taux de réponse est augmenté si on associe une relance téléphonique systématique. Les enquêtes par téléphone donnent un taux de réponse de 30 à 40% (44, 114). Mais il existe un biais socio-économique car on n'enquête pas ceux qui n'ont pas de téléphone. Aucun travail n'a été réalisé avec un échantillon construit.

Dans les secteurs de la santé, les patients attachent moins d'importance aux attributs qu'ils peuvent difficilement évaluer (aspects théoriques et techniques). Ils accordent plus d'importance aux attributs associés (comportement, présentation), aux qualités recherchées (accueil) ou expérimentés (douleur). Ces notions sont confirmées par les différentes enquêtes menées dans les SU. L'indice de satisfaction global est très élevé avec des points faibles dans les domaines de la communication et de l'information. Le degré de satisfaction de l'utilisateur dans une situation de soin est conditionné par sa maladie et la compréhension qu'il en a. Les patients attachent beaucoup d'importance au traitement symptomatique de la douleur, de l'angoisse qui constituent un déterminant fort de la satisfaction. L'équipe de Créteil a montré une corrélation entre le sentiment de sécurité, l'explication de la pathologie, des examens et le niveau de satisfaction. Les délais d'attente sont significativement corrélés au degré de satisfaction. Ils sont acceptés par le patient quand ils sont justifiés et expliqués.

Figure 4 : Enquête de satisfaction de la clinique ABBAYE.



Enquête de satisfaction



Date du séjour : / / Etage : 1° 2° 3°
 Nom (facultatif) : N° chambre : ---
 Votre médecin à la Clinique :
 Votre arrivée à la Clinique : Urgence Programmée

Répondre aux questions suivantes en cochant la case correspondante :

L'ACCUEIL

Exprimez votre niveau de satisfaction concernant l'accueil :

	Très bien	Bien	Moyen	Insatisfaisant
• Le livret d'accueil a été pour vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'accueil au bureau des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le délai d'attente au bureau des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'accueil dans les services de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le délai d'attente dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA QUALITÉ DES SOINS

Comment jugez-vous les soins dispensés au cours de votre hospitalisation :

	Très bien	Bien	Moyen	Insatisfaisant
• la qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le personnel soignant vous paraît :

• Aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A votre écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

	Très bien	Bien	Moyen	Insatisfaisant
• La prise en charge de votre douleur au bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La prise en charge de votre douleur dans les services de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'INFORMATION

Que pensez-vous des informations qui vous ont été fournies lors de votre séjour :

	Très bien	Bien	Moyen	Insatisfaisant
• Les informations sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les informations sur vos traitements et soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La préparation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE RESPECT DE L'INTIMITÉ

Que pensez-vous des précautions prises pour respecter votre intimité :

Très bien Bien Moyen Insatisfaisant

LA CONFIDENTIALITÉ

Estimez-vous que la confidentialité des informations vous concernant a été préservée :

Très bien Bien Moyen Insatisfaisant

LES CONDITIONS DE SÉJOUR

Chambre :	Très bien	Bien	Moyen	Insatisfaisant
• Le confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'équipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La propreté et l'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA QUALITÉ DE LA RESTAURATION

	Très bien	Bien	Moyen	Insatisfaisant
• La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le respect de votre régime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le respect de votre choix de menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE APPRÉCIATION GLOBALE DU SÉJOUR

Dans l'ensemble, comment appréciez-vous votre séjour dans notre établissement


Très bien Bien Moyen Insatisfaisant

Votre entourage est-il satisfait de votre prise en charge :

Oui Non

Recommanderiez-vous notre établissement à votre entourage :

Oui Non

Commentaires : 

Source : <http://www.clinique-abbaye.fr/satisfaction.php>

Figure 5 : Enquête de satisfaction de la clinique TONKIN, Paris, France.

 **Capio** **Questionnaire de satisfaction**

Votre séjour à la Clinique se termine. Désireux d'améliorer constamment nos prestations, nous vous serions reconnaissants de remplir ce questionnaire. Ainsi, vous pourrez par vos remarques et vos suggestions, participer à cette évolution et améliorer le séjour de ceux qui demain seront admis à la clinique.

Une fois le questionnaire rempli, merci de le glisser dans la boîte placée dans les services, le hall d'entrée ou à la réception. Votre concours nous est précieux !

A remplir avec un stylo noir ou bleu

 tout à fait d'accord
  plutôt d'accord
  plutôt pas d'accord
  pas du tout d'accord

Etes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

VOTRE ARRIVÉE

Avez-vous eu le livret d'accueil ? oui non

J'ai été bien informé(e) sur la préparation de mon séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été bien accueilli(e) dans les services administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été bien accueilli(e) dans les services de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été bien accueilli(e) au bloc opératoire (le cas échéant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été bien accueilli(e) aux urgences (le cas échéant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE PRISE EN CHARGE DURANT VOTRE SEJOUR

Les temps d'attente éventuels ont été tout à fait acceptables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si l'attente a été inacceptable, merci de préciser le lieu				
J'ai été satisfait(e) du brancardage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai reçu spontanément des informations (sur les soins, l'intervention...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon avis sur le traitement / les soins a été sollicité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été satisfait(e) des soins dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon intimité durant les soins, la toilette a été respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médecins m'ont traité avec respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque j'ai posé une question au médecin, j'ai reçu une réponse claire et compréhensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel soignant m'a traité avec respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque j'ai posé une question au personnel, j'ai reçu une réponse claire et compréhensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été bien informé (e) sur les possibilités de prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma douleur a été bien prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres inconforts liés aux soins (vertiges, nausées ...) ont été pris en compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été bien informé(e) sur les conditions de sortie de la clinique (traitement, consignes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : <https://clinique-tonkin.capio.fr/engagement-qualite/indicateurs/>

3.7. Performance médicale et bonnes pratiques cliniques

Ce sont les Etats-Unis qui ont été les premiers à développer le concept de bonnes pratiques cliniques (« guidelines »). Ils pensent que le développement de ce concept est impossible car chaque patient est unique. Cette attitude combinée avec le fait que les bonnes pratiques cliniques sont une approche simpliste de la prise en charge d'un patient (« cookbook medicine ») et une porte d'entrée à de mauvaises pratiques expliquent la difficulté de la mise en place de ce concept. La mise en place de celui-ci en médecine d'urgence pourrait être discutée.¹

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

La seconde motivation est l'intérêt croissant pour la qualité et la non-qualité. Aux Etats-Unis, comme en France maintenant, s'exercent des pressions importantes pour le développement de bonnes pratiques cliniques avec comme instance de contrôle la « **JCAHO** » (The Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organization).

Par exemple, «The American College of Cardiology and the American Heart Association» a développé un protocole pour la prise en charge d'un infarctus du myocarde. Le développement de ce type de protocole pourra donc permettre une baisse des mauvaises pratiques.

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

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

¹ AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Op.cit p.137.

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

Conclusion

Le pavillon des urgences est le fer de lance d'une structure hospitalière, la zone de convergence d'un centre hospitalier et le point d'émergence de tous les patients hospitalisés car ils passent tous par les urgences médicales ou chirurgicales avant d'être hospitalisé.

Les urgences sont le pain quotidien des médecins et personnel des services d'urgence. Les cas les plus urgents sont souvent noyés par les simples consultants, et ainsi des vies y passent, des séquelles irréversibles sont induites, et ceci dû à un retard de prise en charge dans la majorité des cas.

Il est nécessaire de standardiser les algorithmes de prises en charge des urgences les plus graves, de degrés un ou deux, celles qui engagent rapidement le pronostic vital et induisent le décès du patient très rapidement, celles-ci doivent être pris en charge sans aucun délai, sans aucune attente, et avec un regroupement de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale comme : l'infarctus du myocarde, l'arrêt cardio-respiratoire, les accidents vasculaires cérébraux, les états de choc, les morsures d'animaux enragés ...

Chapitre II : Démarche qualité.

Introduction

La qualité et les soins revêtent de nombreuses définitions, et différentes caractéristiques.

Ainsi la qualité au niveau économique, industriel et dans le secteur de la santé ne présente pas les mêmes critères de définition, ni les mêmes caractères. Egalement les soins sont classés en plusieurs catégories en fonction du lieu où sont effectués les soins, par qui sont-ils effectués, et à qui sont-ils administrés.

Quant à l'évaluation de la qualité de soins, elle est sortie progressivement d'une certaine confidentialité dans les deux dernières décennies. Le concept d'évaluation de la qualité des soins était apparu aux États-Unis en 1920, mais c'est surtout après la seconde guerre mondiale qu'il s'est développé dans ce pays et au Canada, ainsi qu'au Royaume-Uni. Les Pays-Bas l'ont développé à partir des années 1970.¹

Section 1 : Vue globale sur la qualité, les soins et l'assurance qualité

La délivrance de soins de qualité apparaît, historiquement, comme une obligation ancienne. De nos jours, il devient de plus en plus difficile aux professionnels de la santé d'assurer des soins de qualité et ce à cause des différents obstacles rencontrés.

1.1. La qualité en général

1.1.1. Définitions

Selon le dictionnaire Larousse ² :

Qualité

- Aspect, manière d'être de quelque chose, ensemble des modalités sous lesquelles quelque chose se présente.
- Ensemble des caractères, des propriétés qui font que quelque chose correspond bien ou mal à sa nature, à ce qu'on en attend.
- Ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne : Préférer la qualité à la quantité.

¹ Katsuya Hosotani. Le guide qualité de résolution de problème. Le secret de l'efficacité japonaise. 1997 , P123

² Dictionnaire LAROUSSE français disponible en ligne sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

- Chacun des aspects positifs de quelque chose qui font qu'il correspond au mieux à ce qu'on en attend.
- Trait de caractère, manière de faire, d'être que l'on juge positivement.
- Condition sociale, civile et juridique de quelqu'un ; titre au nom duquel on agit.

Le mot « qualité » vient du latin *qualitas* qui signifie « manière d'être ». *Qualitas* est un terme créé par Cicéron sur le modèle du grec *qualis*, « quel ».

Au sens large, la **qualité** est la « manière d'être », bonne ou mauvaise, de quelque chose. Dans le langage courant, la qualité tend à désigner ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne. Son sens est relatif à la manière d'être, fait de ce qu'on est pour, en quelque sorte, opposer l'être et l'avoir. La qualité est opposée à la quantité. Cependant, au niveau dialectique, la quantité et la qualité ne s'opposent pas forcément et, il existe des passages incessants de la quantité à la qualité et de celle-ci à celle-là.

La définition de la qualité couramment utilisée dans les secteurs d'activités est celle de l'**ISO**¹ (**I**nternational **O**rganisation for **S**tandardization)¹. Pour cet organisme international chargé de la standardisation du vocabulaire et des méthodes relatives à la qualité, la qualité est:

« L'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ».

La nécessité d'un contrôle de la qualité (vérification a posteriori que les produits sont conformes à des exigences de qualité) est né du développement du modèle « fordiste »² dans l'industrie: dans un système de production artisanal (celui des ouvriers de métiers), la qualité de la production est directement et individuellement assurée par le producteur. Dans l'entreprise «fordiste », la taylorisation des tâches (c'est à dire la parcellisation, l'uniformisation des gestes, la perte de tout contrôle sur le processus global de production) rend dès lors nécessaire la formalisation d'un contrôle de qualité.

¹ L'ISO (Organisation internationale de normalisation) est une organisation internationale non gouvernementale, indépendante, dont les 162 membres sont les organismes nationaux de normalisation. Par ses membres, l'Organisation réunit des experts qui mettent en commun leurs connaissances pour élaborer des Normes internationales d'application volontaire, fondées sur le consensus, pertinentes pour le marché, soutenant l'innovation et apportant des solutions aux enjeux mondiaux.

² Katsuya Hosotani. LE GUIDE QUALITE DE RESOLUTION DE PROBLEME. Le secret de l'efficacité japonaise. 1997.

A partir des années 50 le contrôle de qualité devient un outil de gestion enseigné aux Etats Unis. C'est l'ère de la « qualité commerciale» où les produits doivent atteindre le « niveau de qualité acceptable ».¹

Au début des années 70 une nouvelle donnée commence à être prise en compte: le coût de la non-qualité.² Le « niveau de qualité acceptable » ne suffit plus face à une pression consumériste croissante et à une situation de plus en plus concurrentielle ; et l'absence de « Perfection» a un coût : la perte de marché. De plus, les entreprises se rendent compte que les contrôles en fin de production, s'ils garantissent la qualité des produits vendus, n'améliorent pas la qualité de leur fabrication. Il apparaît plus économique de multiplier les contrôles en cours de production, y compris la production par les sous-traitants. En effet, les produits devenant de plus en plus complexes, les entreprises deviennent dépendantes de la qualité de leur réseau de sous-traitance. On parle alors d'assurance de la qualité.

Selon la définition normalisée de l'ISO, l'assurance de la qualité représente:

« L'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou un service satisfera les exigences données relatives à la qualité ». Elle consiste donc en la mise en place d'un système d'obtention de la qualité auquel est associé un système assurant que la qualité est maintenue et que les écarts sont traités.³

La mise en place de ces systèmes de maîtrise de la qualité a conduit les entreprises à la création de véritables « services qualité» spécialisés. En France, c'est l'APAQ⁴ (Association Pour l'Assurance de la Qualité), organisme indépendant créé en 1988, qui réalise les audits des systèmes d'assurance de la qualité des entreprises.

L'APAQ utilise comme référentiel pour la réalisation de ces audits, des normes internationales de délivrance d'un label : la certification, qui permet la reconnaissance

¹ <https://www.iso.org/fr/home.html>

² SO 9000 Publication de l'International Organisation Standardization Op.cit p.17

³ Site officiel de l'organisation internationale de normalisation disponible sur : <https://www.iso.org/fr/home.html>

⁴ Créée en 1988, l'association française pour l'amélioration et le management de la qualité (Afaq) a fusionné en 2004 avec l'Association française de normalisation pour former le groupe Afnor.

La marque Afaq est aujourd'hui gérée par la société Afnor Certification. Cette marque de certification et d'évaluation de systèmes de management est née en 1988 pour contribuer à l'amélioration générale de la qualité, en proposant aux entreprises volontaires la certification ISO 9001.

formelle des moyens mis en œuvre par l'entreprise pour assurer la qualité de ses produits. Ces nouvelles techniques de gestion ont pour objectif l'amélioration continue de la qualité.

Cette dernière approche devrait conduire l'entreprise à intégrer la « qualité » dans son mode de gestion, le résultat escompté étant la mobilisation permanente du personnel autour d'un objectif partagé d'amélioration de la qualité.

L'AFNOR (Association Française de Normalisation) propose une définition des différentes démarches qualité pouvant être utilisées:¹

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

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

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

- **L'amélioration continue de la qualité:** cette méthodologie développée par Deming² repose sur l'idée que la qualité peut être de manière continue améliorée en utilisant des techniques fiables pour étudier et perfectionner un processus. Cette approche s'oppose à l'idée traditionnelle que la meilleure performance est obtenue par l'inspection et l'élimination des problèmes.

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

¹ « L'AFAQ association française pour l'assurance de la qualité ». Juin 1996 p 18 à p27

² Edwards Deming Institute disponible sur : <http://www.deming.org> (The W. Edwards Deming Institute)

1.2. Soins

1.2.1. Définitions

Dans le dictionnaire Larousse le **soin** est défini comme : ¹

- Attention que l'on porte à faire quelque chose avec propreté, à entretenir quelque chose.
- Attention portée à présenter quelque chose avec netteté, minutie.
- Charge, devoir de veiller à quelque chose.

Le **soin** est défini comme l'application d'esprit à faire quelque chose ; attention à veiller au bon état de quelque chose, au bien de quelqu'un. Charge, fonction, devoir de prendre soin de quelque chose, d'y veiller.

Le Conseil international des infirmières définit le soin comme l'ensemble des actes prodigués à des individus qui en ont besoin, sans distinction d'âge, de sexe ni d'origine.²

1.2.2. Les différents types de soins

Les soins se divisent en plusieurs catégories : ³

- Soins ambulatoires

Les soins ambulatoires sont les soins pour lesquels une hospitalisation n'est pas nécessaire, ni l'admission du patient dans un établissement de santé assurant des soins journaliers. Les soins ambulatoires sont dispensés par des médecins dispensant les soins primaires ou des spécialistes. En cas de maladie, le patient s'adresse généralement tout d'abord au médecin dispensant les soins primaires – médecin généraliste, auprès duquel il doit d'abord s'enregistrer. Le patient peut visiter un spécialiste sans recommandation du médecin dispensant les soins primaires. Les soins ambulatoires sont dispensés sous la forme de :

¹ Dictionnaire LAROUSSE français disponible en ligne sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

² Conseil international des infirmières / <https://www.icn.ch/fr>

³ Conseil international des infirmières / <https://www.icn.ch/fr>

1) soins ambulatoires primaires : prévention, diagnostic, prise en charge, évaluation, consultations et coordination des services de santé fournis avec d'autres prestataires ; les visites à domicile font partie des soins ambulatoires primaires ;

2) soins ambulatoires spécialisés : dispensés dans le cadre des différentes spécialités,

3) soins stationnaires : pour les patients nécessitant des soins ambulatoires quotidiens répétés.

- Soins hospitaliers

Selon le caractère de la maladie, le médecin dispensant les soins primaires ou le spécialiste ambulatoire recommande au patient de se faire hospitaliser ou assure lui-même son hospitalisation. Les établissements de santé proposent les types d'hospitalisation suivants : aiguë standard, aiguë intensive, de suite et à long terme.

La loi sur les services de santé définit l'hospitalisation comme des soins de santé ne pouvant être fournis sous forme ambulatoire et pour lesquels l'hospitalisation du patient est indispensable. L'hospitalisation doit être assurée dans un établissement de santé ouvert sans interruption.

- Services médicaux d'urgence et services d'urgence

Les services médicaux d'urgence (SAMU, pompiers) sont utilisés en cas de maladie ou d'accident grave soudain, lorsque le patient ne peut se rendre lui-même chez le médecin et qu'une prise en charge rapide sur le lieu de l'évènement et éventuellement le transport du blessé vers un établissement de santé sont nécessaires, avec fourniture de soins urgents permanents pour éviter l'aggravation de l'état de santé ou la mise en danger de la vie de la victime. Ces services d'urgence sont aussi couramment assurés par les hôpitaux.

- Services de médecine du travail

Ces services de santé ont un caractère préventif et évaluent l'influence de l'activité professionnelle, de l'environnement de travail et des conditions de travail sur la santé. Ils comprennent des visites préventives et l'évaluation de l'état de santé. Leur objectif est de déterminer l'aptitude au travail, de fournir des consultations visant la protection de la santé au travail et la protection contre les accidents du travail, les maladies professionnelles et les maladies liées au travail. Dans le cadre de ces services, l'employeur assure la formation de ses employés en matière de premiers secours, le contrôle régulier du lieu de travail et l'exercice du travail ou du service.

- Soins dispensaires

Ce type de prise en charge concerne les patients menacés par, ou souffrant d'une maladie ou d'une aggravation de l'état de santé, afin que leur état de santé soit suivi activement et sur le long terme. Étant donné l'évolution de leur maladie, l'on peut légitimement anticiper un changement de leur état qui, identifié à temps, peut avoir un impact sensible sur la suite du traitement et l'évolution de la maladie.

✓ Soins thermaux et de rééducation

Les soins thermaux sont parfois indispensables dans le cadre d'un traitement. Ils sont recommandés par le médecin traitant et confirmés par le médecin conseil. Ils sont proposés par le généraliste ou le médecin traitant lors de l'hospitalisation.

✓ Fourniture de médicaments et de matériel médical

Un vaste réseau de pharmacies qui assurent la distribution des médicaments et du matériel médical, que ce soit sur ordonnance ou en vente libre.

✓ Soins préventifs

Le médecin dispensant les soins primaires effectue des visites préventives et vaccine contre les maladies infectieuses.

Les niveaux de soins établis par la carte sanitaire sont de quatre ordres : ¹

- Niveau« A » : soins hautement spécialisés qui devront être pris en charge par un établissement hautement spécialisé à vocation régionale (hôpital se trouvant au chef lieu de région)
- Niveau« B » : soins spécialisés projetés sur l'établissement hospitalier de wilaya.
- Niveau« C » : soins généraux dispensés dans un établissement hospitalier de daïra.
- Niveau« D » : soins de premier recours (soins de base) dispensés dans les unités de soins légères implantées au chef lieu de la commune.

¹ Conseil international des infirmières / <https://www.icn.ch/fr>

1.3. Qualité et assurance qualité en santé

1.3.1. Déontologie médicale

La délivrance de soins de qualité apparaît, historiquement, comme une obligation ancienne: elle transcende les différents serments auxquels s'astreindront les médecins serment d'hypocrate, serment des Maimonites... Ces serments, qui constituent un cadre d'organisation de la profession médicale façonnent l'image de la qualité que l'on peut attendre d'un médecin.

A coté des textes de lois qui imposent l'assistance à personne en danger, interdit les blessures faites volontairement, et oblige le médecin au secret médical, la jurisprudence, à travers un arrêt célèbre appelé «arrêt Mercier» va définir une double obligation de moyen, et de moyen de qualité:

« ... Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l'annoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. »¹

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

Au sein du code La Loi Relative à la Protection et Promotion de la santé (**LPPS**) , plusieurs articles concerne la qualité de soins : Art.206/1 : « Le respect de la dignité du malade et la protection de sa personnalité sont garantis par les soins de qualité et le respect du secret professionnel auxquels est tenu l'ensemble des Médecins, Chirurgiens-dentistes et Pharmaciens ».²

¹ Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH : La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec les patients. EBM J 2003, p 14.

² Médecine légale, décrets sur le système de santé disponible sur : www.medecinelegale.wordpress.com

² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Paris ANAES ; 2000, 1 vol , p256.

1.3.2. Les ordonnances de 1996

Elles sont divisées en quatre grands titres:²

✓ Le premier concerne les droits des malades pour qui la qualité de la prise en charge est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation.

✓ Le second concerne l'évaluation, l'accréditation et l'analyse de l'activité des établissements de santé. Ainsi, afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.

✓ Le troisième concerne les contrats d'objectifs et de moyens qui décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération. Ils définissent, en outre, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé.

✓ Le quatrième titre concerne la création des agences régionales d'hospitalisation qui ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources.

1.3.3. L'accréditation

L'évaluation de l'activité médicale et des établissements hospitaliers existe dans les pays étrangers depuis plusieurs décennies. L'ordonnance du 24 avril 1996 en précise les modalités en créant l'accréditation et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Bien que le terme d'accréditation ne figure pas dans le dictionnaire, les canadiens ont préféré la traduction du mot anglais par agrément, la nature et les modalités de l'accréditation commencent à être bien précisées par les textes réglementaires. Face à ces échéances, chaque spécialité médicale doit connaître les objectifs des tutelles, fixer dans son domaine les références de qualité et préparer ces services à faire face aux démarches d'accréditation.¹

¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé Paris ANAES, 1 vol Op.cit p 135.

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

Section 2 : Généralités sur l'évaluation de la qualité de soins

En France, en 1985, un Comité National pour l'évaluation a été créé. Ce n'est que par la création de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation en Médecine (**ANDEM**), que l'évaluation médicale et ses outils se sont vraiment développés.¹

Pendant de nombreuses années, l'évaluation médicale est restée quasiment confidentielle. Le personnel de l'ANDEM et les experts impliqués faisaient plutôt penser à des « croisés » répandant une nouvelle parole et les réunions ne rassemblaient qu'un nombre limité de participants. Progressivement, grâce aux actions de l'Agence, les premiers outils d'évaluation ont été développés : audits cliniques, conférences de consensus et recommandations de pratique clinique.

Les ordonnances d'avril 1996 ont renforcé la place de l'évaluation en créant une nouvelle structure : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) qui a constitué la deuxième étape fondamentale de développement du concept. Le travail entrepris par cette Agence a été considérable en termes d'organisation et de production, notamment par l'intermédiaire de son Conseil Scientifique. Des développements récents, législatifs, ont modifié la structure gestionnaire de l'évaluation médicale en France, en créant la Haute Autorité de Santé (**HAS**) qui a des missions élargies, recentrées sur l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (**EPP**) transversale à toutes ses commissions de travail, ainsi qu'à ses structures administratives.

Ceci ne change pas ou peu les méthodes et outils utilisés. Du plus ancien (l'audit clinique) aux plus compliqués comme les plans d'assurance qualité, les outils utilisables dans l'évaluation médicale nous viennent pour la plupart des expériences étrangères. Il est important de les connaître dans leur globalité pour pouvoir les utiliser à bon escient.

¹ Matillon Y, Durieux P : L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. Masson ed., Paris 2000, P 161.

2.1. Objectifs de l'évaluation de la qualité de soins

Comme toutes les définitions, la qualité des soins a été systématisée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Celle-ci écrit textuellement que « chaque patient doit recevoir la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains, à l'intérieur du système de soins ». ¹

Le contexte du soin est également particulier : la mise à jour des connaissances, les nouvelles technologies, la maîtrise des risques et les variations des dépenses de santé expliquent les difficultés pour atteindre l'objectif défini par l'OMS.

Le fondement de l'évaluation médicale a été décrit par Donabedian.² Celui-ci a séparé le soin en trois grandes catégories : les structures, les procédures et les résultats. Comme il n'est pas possible de systématiser la présentation clinique des malades, ni éventuellement les résultats des thérapeutiques, seule la systématisation des procédures de prise en charge peut permettre d'obtenir une certaine stabilisation des résultats.

Trois points forts méritent d'être soulignés dans cette démarche :

- Le constat de l'écart n'est pas le terme final de l'évaluation médicale. Par rapport à d'autres études qui sont réalisées;
- L'évaluation est une dynamique qui doit souvent être intégrée dans une approche plus large d'amélioration globale du soin et dans une politique d'amélioration de la qualité ;
- L'évaluation n'a aucune connotation négative et doit être bien différenciée d'une sanction.

Les objectifs de l'évaluation des soins peuvent cependant différer selon la perspective qui a conduit à la réalisation de cette évaluation. Cette perspective va influencer sur le résultat d'une évaluation en terme clinique, en termes de qualité de vie, en termes d'économie.

¹ Donabedian A : Explorations in quality assesment and monitoring : volume 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor : Health Administration Press ; 1980, p163.

² Idem p165.

Le jugement sera bien sûr différent selon que l'on se place du point de vue du système de santé (le gouvernant), le payeur, un établissement de santé, un service hospitalier, un soignant, un patient ou si, dans un objectif plus général, on envisage cette évaluation dans le champ de la santé publique. Cette perspective pourra influencer sur une approche collective de l'évaluation ou une approche individuelle, notions que l'on retrouve dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

2.2. Les concepts de l'évaluation des soins

La médecine fondée sur les preuves ou Evidence Based Medicine (EBM) se définit comme l'intégration des meilleures données de la recherche, des préférences des patients et de la compétence clinique du soignant. Il est cependant difficile d'utiliser l'EBM de façon quotidienne et les intervenants dans le monde de la santé sont aidés par les différentes méthodes de synthèse de l'information.¹

2.3. Les méthodes d'évaluation de la qualité des soins

2.3.1. Les méthodes de type « revue de dossiers par des pairs »

Elles reposent sur le jugement des évaluateurs, les critères de jugement n'étant pas formulés explicitement.²

2.3.2. Les méthodes de type « audit clinique »

Elles consistent à définir des critères de qualité sur une pratique donnée, mesurer les pratiques réelles et mettre en œuvre des actions correctives s'il y a des écarts constatés. C'est la technique qui a été le plus développée en France pour favoriser l'émergence du concept d'évaluation de la qualité.³

D'autres méthodes sont complémentaires de ce type de démarche :

- le chemin clinique consiste à regarder quel est le parcours de soins des patients et comment ils sont pris en charge dans une situation donnée.
- la revue de pertinence des soins est basée sur l'appréciation de la justification de l'admission en secteur hospitalier ou des journées d'hospitalisation.

¹ Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH : La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec les patients. EBM J 2003 ; 34 : 5-8.

² Matillon Y, Durieux P Op.cit p189.

³ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé Paris ANAES Op.cit p 112.

- la revue mortalité-morbidité consiste, sans aucun jugement de valeur, à essayer de rechercher les causes de survenue de certains événements pathologiques graves et à analyser les raisons pour lesquelles les patients sont décédés.

2.3.3. Les concepts nés dans le monde industriel

La gestion des risques

Initialement développée en secteur industriel et notamment dans les industries à haut risque technologique comme l'aviation civile, l'énergie nucléaire ou la chimie, elle a été introduite en santé dès les années 1980 aux États-Unis, sous la pression juridique et les différents procès développés à partir de la iatrogenèse. Les différentes techniques d'analyse de cette gestion des risques reposent sur le suivi longitudinal d'indicateurs qui est la technique la plus couramment utilisée ; sur l'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC) : cette méthode a comme objectif d'optimiser la fiabilité d'un produit et d'un processus en prévenant l'apparition des risques, c'est-à-dire détecter les défauts à un stade précoce, recenser les risques et les hiérarchiser, mettre en œuvre des actions préventives pour les risques dépassant un seuil de criticité ; sur la maîtrise statistique des processus de santé : c'est une méthode qui permet de contrôler et d'améliorer la qualité d'un produit ou d'un processus grâce à une analyse statistique.

L'amélioration continue de la qualité

Alors que très souvent (comme dans l'audit clinique), on met en évidence un écart en essayant de le corriger, l'amélioration continue de la qualité se fonde sur l'amélioration systématique des processus et l'élimination des dysfonctionnements. La démarche est pragmatique et agit par priorité. Ce concept est issu de l'expérience industrielle de management de la qualité. Cette approche a été utilisée en France, sous l'impulsion de l'ANDEM, sous l'appellation « Programme d'Amélioration de la Qualité » (PAQ).¹

Ces PAQ s'apparentent aux techniques plus connues dites « méthodes de la qualité totale » (roue de Deming). Elles nécessitent d'associer méthodologie et gestion ; Le terme ultime de cette démarche, largement employée dans certains pays, est la Gestion Totale de la Qualité (GTQ) qui se caractérise par la mise en commun des indicateurs.

¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES 2001, Op.cit 42 p

2.3.4. Les concepts de recherche en évaluation de la qualité

Ils reposent à la fois sur des techniques épidémiologiques où l'on va apprécier l'impact d'une maladie, l'efficacité de l'action, la surveillance et la réévaluation des méthodes mises en place. D'autres techniques comme les analyses économiques ¹ ou les analyses basées sur la décision médicale peuvent être employées.

- On peut séparer le soin en trois grandes catégories : les structures, les procédures et les résultats.

- Seule la systématisation des procédures permet d'obtenir une stabilisation des résultats

- Les objectifs sont différents selon les intervenants : système de santé, payeur, établissement de soins, etc.

- Synthèse de l'information et recommandations professionnelles fondées sur : conférences de consensus, consensus formalisés d'experts, recommandations pour la pratique clinique.

- Méthodes d'évaluation de la qualité des soins : revue de dossiers par des pairs, audit clinique.

- Gestion Totale de la Qualité : mise en commun des indicateurs et des démarches des professionnels avec les besoins et le point de vue des patients.

2.3.5. Les techniques de synthèse de l'information

2.3.5.1. Les conférences de consensus

C'est un des premiers thèmes qui a été développé par l'ANDEM dans les années 1990, qui avait mis à la disposition des professionnels un guide de réalisation de ces techniques. Ce guide a été réactualisé en janvier 1999 ².

Les conférences de consensus sont compliquées à organiser et coûteuses. Elles nécessitent de disposer d'un promoteur qui va assurer le financement et confier la responsabilité de la conférence au comité d'organisation, après en avoir choisi le thème.

¹ Vergnenègre A : L'analyse coût-efficacité : un guide de lecture. *Rev Mal Respir* 2003 ; 20 : 166-75.

² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Les conférences de consensus : Bases méthodologiques pour leur réalisation en France. ANAES 1999 ; 1 vol : 42 p

Ce comité d'organisation va constituer un groupe bibliographique qui va extraire de la littérature les données disponibles, désigner les experts et le jury et inviter le public à la conférence publique.

Dans le domaine pneumologique, l'une des plus récentes est la conférence de consensus « tabagisme et grossesse ». Elle a permis de répondre à 6 questions concrètes concernant ce facteur de risque.

2.3.5.2. Les recommandations de pratique clinique (RPC)

Les recommandations médicales et professionnelles sont définies dans le domaine de la santé, comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données».¹

Par opposition aux conférences de consensus, la méthode RPC trouve sa place quand le thème à traiter est vaste et se décline en de nombreuses questions et sous-questions ; le travail consiste à faire une synthèse des données multiples et dispersées et qui n'ont pas à résoudre une controverse.

La méthode RPC permet l'analyse d'une littérature abondante par le groupe de travail qui rédige les recommandations et la prise en compte de l'avis des experts. Le promoteur peut développer lui-même la RPC ou travailler en partenariat avec l'HAS.

L'organisation d'une RPC est la suivante :

- Le promoteur prend l'initiative du processus et en assure le financement.
- Le comité d'organisation limite le thème, définit les questions, choisit les participants.
- Le groupe de travail réalise la synthèse des connaissances et rédige les recommandations.
- La partie importante d'une RPC porte sur le groupe de lecture qui valide les informations données, apporte des informations complémentaires et des avis d'experts.

¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Les recommandations pour la pratique clinique : Base méthodologique pour leur réalisation en France. ANAES 1999 ; 1 vol : P 48.

Le contenu d'une RPC est en général séparé en trois parties :¹

- un bref résumé, qui est souvent destiné à la médecine générale, sauf lorsque la RPC porte sur une activité spécifique de cette discipline.
- un texte court, qui permet d'avoir une information rapide sur le thème étudié, d'environ 10 à 20 pages.
- et enfin un texte long qui amène toute l'information disponible et qui a servi aux différents groupes participants.

On peut citer comme exemple la RPC sur la prise en charge les Broncho-pneumopathies obstructives (**BPCO**²) qui a permis de réactualiser les données sur ces pathologies, réaffirmer leur importance en terme de santé publique et s'intégrer dans un plan national de prévention.³

Les différentes recommandations sont gradées en fonction des niveaux de preuve de la littérature scientifique, selon le document préconisé par l'ANAES. Même si elles sont plus simples à organiser que les conférences de consensus, les RPC demandent un temps de réalisation important, de l'ordre de 6 à 9 mois. Face à la complexité de l'appréciation des recommandations, a été développée une grille d'analyse de ces recommandations, la grille AGREE¹. Cette grille, développée au départ par l'union européenne et la fédération des centres de lutte contre le cancer a ensuite fait l'objet d'un partenariat avec l'ANAES.

Elle permet en une quarantaine de questions de porter un jugement sur la qualité des recommandations. C'est cette grille qui est utilisée par le groupe de travail de l'HAS pour introduire les RPC dans la BFES. Cette banque est importante car elle met à la disposition des professionnels les recommandations de langue française, mais aussi de langue anglaise, par l'intermédiaire de liens informatiques.

¹ Grille d'Evaluation de la Qualité des Recommandations pour la pratique clinique. The AGREE Collaboration. ANAES 2002 ; 1 vol : P 22.

² BPCO : Bronchopneumopathies obstructives : maladie respiratoire chronique caractérisé par un syndrome principalement restrictif à type de baisse de la capacité respiratoire totale. Fréquent chez les tabagiques, il aboutit à une insuffisance respiratoire chronique qui peut induire le décès.

³ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES 2001, Op.cit P 42.

2.3.5.3. Le Consensus Formalisé d'Experts (CFE)

La méthode CFE répond, par sa formalisation, à la nécessité d'objectiver l'obtention des accords professionnels, de rendre compte avec transparence du processus qui a guidé leur élaboration. Cette méthode est à envisager lorsque les données de la littérature concernant le thème choisi sont rares ou de faible niveau de preuve, voire contradictoires ; l'organisation d'un débat public ne paraît pas justifiée, ce qui évite d'avoir à réaliser une conférence de consensus.¹

Un CFE est particulièrement utile pour définir des listes d'indications lorsqu'il s'agit de définir ou d'ordonner des interventions.

Le CFE se déroule en cinq phases :

- Une phase préparatoire, visant à produire une analyse critique de la littérature ;
- Une phase de cotation, qui se décompose en trois temps :
 - une première cotation individuelle des propositions de recommandations par chaque membre du groupe,
 - une réunion du groupe de cotation qui permet de discuter des résultats,
 - une deuxième cotation individuelle pour chaque membre du groupe de cotation ;
- Une phase de lecture par un groupe externe ;
- Une phase de finalisation du texte des recommandations lors d'une réunion conjointe des groupes préparatoires et de cotation ;
- Une phase de diffusion et de mesure d'impacts.

2.3.5.4. Les techniques comparatives à un référentiel

L'objectif de ces techniques est de comparer la pratique réelle à un référentiel, celui-ci étant établi à partir de recommandations professionnelles, de consensus d'experts ou de la réglementation. Ces méthodes nécessitent un référentiel existant ou sa construction. C'est

¹ Haute Autorité de Santé : Guide méthodologique : consensus formalisé d'experts. 2005, 1 vol à paraître.

la raison pour laquelle, avant de se lancer dans telle ou telle technique, il est bon de regarder quelles sont les sources de données disponibles, notamment dans la BFES.

2.3.5.5. L'audit clinique

C'est la méthode la plus utilisée parmi les méthodes de comparaison dans le domaine de la santé. Elle a été développée par l'ANDEM avec comme objectif d'implanter l'évaluation de la qualité. Il s'agit d'une méthode centrée sur les pratiques de soins qui permet de les évaluer, à la fois en tant que pratiques professionnelles ou organisationnelles. Son champ est très large et touche l'ensemble des domaines médicaux et paramédicaux.¹

La méthode permet d'évaluer un service, un groupe de service, un établissement, un médecin, une pathologie, un acte de soins, une prise en charge. Elle nécessite simplement l'élaboration du référentiel.

La méthode se déroule en six étapes :

- le choix du thème, en fonction de sa fréquence, du risque encouru, de l'impact de santé publique ;
- le choix des critères qui doivent être élaborés à partir d'un référentiel, d'où l'intérêt de disposer d'une analyse de la littérature, comme les conférences de consensus ou les RPC ;
- le choix de la méthode de mesure, étude rétrospective ou le plus souvent prospective, avec détermination de la source d'information, de la taille de l'échantillon et de la feuille de recueil de données (qui doit toujours être testée avant sa réalisation) ;
- le recueil propre des données qui nécessite la mise en place d'une méthode d'organisation pour ce recueil ;
- l'analyse des résultats, traitement des informations recueillies, calcul de l'écart entre les pratiques attendues et les pratiques constatées, recherche éventuelle des causes des écarts ;
- enfin, plan d'action d'amélioration et de réévaluation, ce qui est la caractéristique de l'audit clinique et qui en fait toute l'importance.

¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. ANAES 1999 ; 1 vol : 31 p

On peut prendre comme exemple l'antibioprophylaxie¹ en chirurgie propre, appliquée à la prothèse totale de hanche. Les résultats montrent que les procédures d'antibioprophylaxie sont insuffisamment définies, mal connues, notamment par les nouveaux arrivants dans les services, que le délai entre la 1^é et la 2^e injection, lorsqu'elle est réalisée en post-opératoire, n'est pas conforme aux recommandations. Il est alors assez facile de proposer des actions d'amélioration, comme la révision des procédures, les actions d'information, notamment pour les nouveaux arrivants.

2.3.5.6. La revue de pertinence des soins

Il s'agit d'une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins du patient. Elle s'applique à un programme de soins, peut porter sur l'indication, l'initiation et la poursuite des soins. Cette méthode a été plus particulièrement développée dans le cadre de l'hospitalisation pour vérifier la pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation dans un établissement de santé. Elle est dérivée d'un outil, l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) qui pourrait être traduit en français par Protocole d'Évaluation de Pertinence.²

Les grilles d'AEP s'inscrivent dans une démarche d'auto-évaluation, dont l'objectif est de rechercher les causes des journées non pertinentes. Leur analyse est donc primordiale. Une fois la ou les causes identifiées, les professionnels de l'hôpital peuvent mettre en place des mesures correctives, en particulier sur les causes internes.

L'AEP a cependant un certain nombre de limites :

- Il ne peut pas s'appliquer à toutes les spécialités ;
- Il ne doit pas servir à classer des services en fonction de la non-pertinence des journées ou des admissions ;
- Il ne faut pas décrire les causes de dysfonctionnement sans mettre en place de plan d'action ;
- On ne doit pas utiliser cette méthode pour mettre en avant les déficits structurels sans traiter les déficits organisationnels.

¹ L'antibioprophylaxie signifie la mise en route d'un traitement antibiotique avant même l'apparition d'une maladie dans le but de prévenir celle-ci. Exemple : le traitement par un antibiotique avant une chirurgie pour éviter la surinfection du site opératoire après l'acte chirurgical.

² Haute Autorité de Santé : Revue de pertinence des soins : application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. HAS 2005 ; 1 vol : P 91

Les différentes grilles d'AEP sont en annexe du document produit par l'HAS¹. Elles permettent de bien analyser les besoins du patient, d'identifier les lieux d'hébergement les plus adaptés et de rechercher la cause principale de l'admission de la présence du patient dans le service ce jour donné. L'intérêt de son enregistrement, notamment dans le service des urgences, permet d'avoir une idée sur le nombre de patients qui ont été adressés à tort à ce service. L'AEP est une méthode de qualité de seconde intention, qui vient souvent après l'audit ou le suivi d'indicateurs. Elle doit être intégrée dans une démarche qualité plus globale, elle amène des informations pertinentes aux établissements de soins.

2.3.5.7. L'approche par processus

Celle-ci est au centre de la démarche d'amélioration de la qualité. Cette approche permet d'identifier et de comprendre les problèmes de qualité de manière directe. Elle permet de travailler sur des prises en charge en étudiant le circuit du patient ou sur des processus transversaux (circuit du médicament, transfusion sanguine). L'étape initiale nécessite cependant la description du processus souvent à l'aide d'un logigramme. Si l'on prend l'exemple d'une patiente suspecte d'une lésion mammaire, le processus de prise en charge comporte la prise de rendez-vous, la consultation avec le chirurgien et, en fonction de l'indication chirurgicale, la consultation pré-anesthésie, les examens complémentaires, l'accueil dans l'unité de soins, la préparation opératoire et l'intervention.²

2.3.5.7. Les méthodes d'analyse et d'amélioration d'un processus : les programmes d'assurance qualité (PAQ)

C'est l'ANAES qui a développé ce type de démarche. Si l'on prend l'exemple d'un PAQ appliqué à la transfusion sanguine³, le groupe de travail a d'abord décrit l'ensemble des processus transfusionnels. Une enquête de pratique a été réalisée sur la prescription des concentrés de globules rouges, la double détermination du groupe sanguin et le contrôle

¹ Haute Autorité de Santé : Guide méthodologique : consensus formalisé d'experts. 2005, 1 vol à paraître

² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé Op.cit P 136

³ Transfusion sanguine : processus permettant de palier au manque de globules rouges, de plaquettes, de plasma frais congelé.. Chez une personne souffrant d'une anémie sévère, d'une thrombopénie, de troubles de la coagulation.

pré-transfusionnel. Cette démarche a abouti à un diagnostic de situation montrant la nécessité d'améliorer la procédure d'approvisionnement, l'hétérogénéité des indications de transfusion, l'écart par rapport aux bonnes pratiques concernant la détermination du groupe sanguin et le contrôle pré-transfusionnel. Des actions d'amélioration ont été engagées.

Un suivi a ensuite été institué : suivi des délais d'approvisionnement, des taux de destruction des produits, des quantités de culots prescrits, nouvelle évaluation un an plus tard avec les mêmes indicateurs.

Ces méthodes de programme d'amélioration de la qualité sont une approche globale d'une prise en charge, permettant d'en améliorer les différentes étapes et notamment tout ce qui touche au caractère transversal des organisations. Elles sont plutôt développées dans des établissements qui ont déjà l'habitude de ces techniques et qui ont déjà utilisé d'autres actions d'évaluation plus simples.¹

2.3.5.8. Le chemin clinique

Le chemin clinique reprend toutes les étapes de la démarche d'analyse et d'amélioration du processus. Son champ est celui d'une prise en charge d'un patient spécifique ; il est très utilisé en Amérique du Nord. Il favorise la continuité de la délivrance des soins de qualité, la coordination et la communication entre les acteurs, la rationalisation des soins et la gestion des risques.

On identifie 4 composantes au chemin clinique :

- Le calendrier
- Les catégories de soins ou activités et leurs interventions
- Les résultats attendus
- L'enregistrement des écarts.

Cette étape d'analyse est importante car il est nécessaire d'identifier le besoin d'un réajustement, de l'analyser, pour délivrer au patient les soins appropriés à son état. Il s'agit cependant d'une méthode plus longue et plus complexe à mettre en place que les audits cliniques.

¹ Haute Autorité de Santé : Revue de pertinence des soins : application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. HAS 2005 ; 1 vol : P 91.

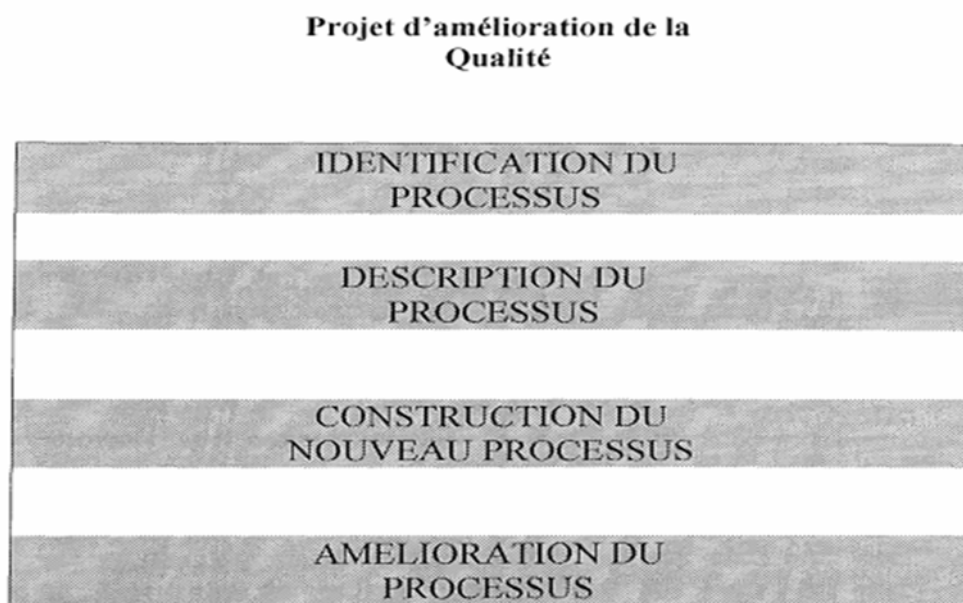
L'exemple évoqué concerne un centre de lutte contre le cancer qui a mis en place un chemin clinique sur la prise en charge chirurgicale des lésions mammaires.¹

L'objectif était de standardiser cette prise en charge, qui était assez consensuelle dans l'établissement.

La mise en place d'un chemin clinique a permis à chaque professionnel intervenant dans la prise en charge, de s'assurer qu'une patiente a reçu les soins appropriés au moment où elle devait les recevoir. La première partie du travail a consisté à élaborer le chemin clinique ; elle a porté sur toute la prise en charge, depuis la demande de rendez-vous avec le chirurgien pour la patiente jusqu'à sa sortie, après l'intervention chirurgicale. Le chemin clinique s'est intégré dans le dossier du patient et reprend des fiches déjà existantes ; la fiche d'anesthésie, la fiche de bloc ont été intégrées sans modification.

¹ Lésions mammaires : lésions localisées au niveau de la glande mammaire : nodule, fibrome, adénome, adenofibrome, adenopathie...

Figure 6 : Schéma général d'un projet d'amélioration de la qualité. Adapté de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.



Source : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale : Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques.¹

¹ Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale : Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris : ANDEM ; 1996, 1 vol : P 66.

Chacune des étapes répond à des objectifs précis.

➤ **L'étape 01** : «Identification du processus »

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

➤ **L'étape 02** : «Description du processus »

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

➤ **L'étape 03** : «Construction du nouveau processus»

Qui se bâtit grâce aux nombreux paramètres identifiés lors des étapes précédentes et aux connaissances scientifiques ou aux textes réglementaires associés au thème. Les solutions trouvées permettent de définir des critères de qualité et des axes d'amélioration. Différentes actions sont à poursuivre à ce niveau de réflexion afin que le projet puisse entrer dans une phase de mise en œuvre concrète avec des échéances précises et des moyens adaptés.

➤ **L'étape 04** : «Amélioration du processus »

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

2.3.5.9. L'approche par problème

L'objectif de ces techniques est d'analyser un problème ou un dysfonctionnement afin d'éviter sa réapparition.

2.3.5.10. Méthode de résolution de problèmes

Il s'agit là encore d'une technique issue de l'industrie, développée dans un premier temps au Japon.

Elle repose sur une suite logique d'étapes concernant à lister les problèmes, puis à choisir un problème prioritaire pour l'établissement, identifier les causes, déterminer le poids de chaque cause, retenir les causes essentielles, choisir la solution et mettre en place la correction. Pour l'analyse du problème, de nombreux outils sont disponibles et l'on peut faire référence au document de l'ANAES.

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

Nous citons :

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

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

Figure 3 : Grille de chiffrage de la criticité d'après Fromentin

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

Source : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale : Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris : ANDEM ; 1998

Le choix de l'outil utilisé sera fonction de l'expérience des personnes impliquées et du temps et des moyens disponibles. Les exemples de résolution de problèmes sont multiples. Dans un domaine relativement simple concernant l'accueil des patients, un établissement a mis en place une résolution de problèmes pour améliorer la qualité de la prise en charge : l'identification des causes d'attente à l'arrivée des patients dans le service de soins a permis de sélectionner trois causes principales : le départ tardif du patient précédent, la mauvaise planification des entrées, le départ simultané des patients entraînant les difficultés de préparation des chambres. L'attente des patients qui était de l'ordre de 30 minutes a été diminuée de 80 % après la mise en place des actions correctrices.

- Les revues de mortalité-morbidité

Elles sont très employées en milieu anglo-saxon, alors qu'en France elles sont pour l'instant encore peu développées. Il ne s'agit en aucun cas d'un jugement de valeur sur les incidents survenus, et l'objectif est d'identifier et d'analyser les événements graves ayant eu ce type de conséquences.¹ Elles peuvent être mises en place dans un service, un

¹ Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale : Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris : ANDEM ; 1998

département ou un établissement. L'objectif est d'identifier les événements évitables, de mettre en place les solutions pour éviter qu'ils se reproduisent. Elles se font dans le cadre de réunions spécialement dédiées au cours desquelles le médecin ayant analysé le dossier le présente. Celui-ci est discuté par l'équipe. Le groupe recherche alors, en cas d'événement évitable, les actions à mettre en place pour que celui-ci ne se reproduise pas.

Tous les outils que nous avons déjà évoqués pour la résolution de problèmes peuvent être appliqués à l'analyse structurée d'un événement indésirable pour en identifier les causes immédiates et les causes plus profondes. Les diagrammes causes-effets sont particulièrement utiles.

Il existe un lien entre les revues mortalité-morbidité et les analyses des événements indésirables, tels qu'ils sont étudiés en gestion des risques. Les revues de mortalité-morbidité doivent faire l'objet d'une politique institutionnelle inscrite au Projet d'Etablissement et décrite dans le règlement intérieur. Une grande liberté doit être laissée au service pour déterminer leurs modalités de fonctionnement.

- **Les indicateurs de satisfaction**

Les indicateurs de satisfaction des clients sont les plus sujets à caution. Ils sont pourtant indispensables, car la qualité perçue est sans doute la plus importante. En matière de santé, il est difficile de connaître les besoins du patient. Si l'on interroge un patient sur ses attentes en matière de prestations de santé, il répondra le plus souvent à la qualité des soins. Or, cette réponse est ambiguë. D'une part, parce qu'il est difficile de distinguer la qualité technique des soins (sa fracture a-t-elle été correctement réduite ?) et la qualité relationnelle des soins (a-t-il longtemps attendu aux urgences, comment a-t-il supporté la discipline indispensable aux urgences mais parfois insuffisamment expliquée ?).¹

- **Les indicateurs de conformité.**

- **Les indicateurs de dysfonctionnements.**

- **Les indicateurs de performance médicale et d'évaluation des soins.**

¹ Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale ANDEM Op.cit P 78

2.4. Les indicateurs de l'évaluation de la qualité de soins

Les indicateurs sont maintenant largement utilisés dans les démarches d'évaluation. Ils sont également très largement utilisés dans la gestion des risques, dans le processus d'accréditation des établissements. Ceux-ci mettent en place des suivis longitudinaux d'indicateurs pour répondre à certains thèmes du formulaire d'accréditation. On peut citer de nombreux exemples où ces indicateurs sont maintenant largement utilisés :

Les comités de lutte contre les infections nosocomiales surveillent de nombreuses pathologies par des mesures répétées de prévalence. Le principe est celui des tendances séculaires, c'est-à-dire que l'on surveille au fil du temps la survenue d'un incident et que le dépassement d'un seuil préalablement fixé va déclencher une enquête d'analyse d'écarts et des mécanismes de correction ; parallèlement, un grand projet national, coordonné par l'INSERM et l'ANAES, le projet COMPAQH (coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière), a permis de sélectionner un certain nombre d'indicateurs adaptés à chaque type de structure de prise en charge (Médecine Chirurgie Obstétrique, centre de lutte contre le cancer, psychiatrie, soins de suites et de réadaptation).¹

Ces indicateurs peuvent être facilement utilisés dans le cadre des établissements de soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles en établissement. Les thèmes couverts correspondent à des pathologies fréquentes en santé publique, comme les accidents vasculaires cérébraux, les césariennes, l'infarctus du myocarde. L'ensemble des expériences internationales indique que le nombre moyen d'indicateurs utilisables et applicables est de l'ordre de 5 à 20. En contrepartie, ces indicateurs doivent avoir un fort pouvoir de dépistage de phénomènes relatifs à la qualité des soins ; d'autres indicateurs peuvent avoir comme référence des valeurs internes à un établissement.²

Les indicateurs sont facilement compréhensibles par les professionnels car ils s'intègrent à l'exercice médical. Ils peuvent également faciliter l'EPP et sont donc facilement compréhensibles par l'ensemble des intervenants.

¹ Minvielle E, Grenier-Sennelier C, Corriol C, Michel P, Daucourt V : COMPAQH : rapport d'étape. INSERM ed . 2003 ; 1 vol : P 115.

² Haute Autorité de Santé. Maîtrise statistique des processus en santé : comprendre et expérimenter. HAS 2004 ; 1 vol : P 92.

Les limites de l'utilisation de ces indicateurs reposent sur leur qualité (en termes de validité), sur la lourdeur éventuelle du recueil (si les données ne sont pas disponibles dans le système d'information). C'est la raison pour laquelle il vaut mieux essayer de limiter leur nombre lorsque l'on démarre cette approche et toujours essayer de valider le système d'information permettant le recueil.

Les indicateurs de qualité se résument :

Selon le principe des quatre « E »:

- **Effet/Impact** : La mesure de l'impact implique une observation et une évaluation des changements par rapport à la situation de départ en vue de souligner le rôle de l'action publique dans l'évolution observée.

- **Effectivité** : dans quelle mesure les réalisations prévues ont-elles été mises en œuvre ?

- **Efficacité** : dans quelle mesure les effets obtenus sont-ils conformes aux objectifs retenus et aux effets attendus ? Comment aurait-on pu optimiser les effets observés ? L'évaluation de l'efficacité renvoie aux bénéfices attendus de l'action publique.

- **Efficience** : quels moyens (matériels, humains, financiers, etc.) ont effectivement été mobilisés ? Les effets obtenus sont-ils en adéquation avec l'ensemble des moyens mobilisés ? Aurait-on pu atteindre les mêmes résultats à moindre coût ? Ce critère particulièrement renvoie à la recherche de rentabilité qui fait l'objet de débats politiques actuels en ce qui concerne le secteur de la santé.

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

- ✓ identification des déficiences
- ✓ objectivation de celles-ci, écart par rapport à la norme
- ✓ repérage des raisons de ces déficiences
- ✓ mise au point des actions correctrices
- ✓ contrôle de leur mise en œuvre

✓ vérification que les actions développées apportent le bénéfice attendu.

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

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

A partir des travaux de Donabedian, on peut distinguer trois domaines d'évaluation:¹

❖ L'évaluation des structures ou encore des ressources, qui concerne les locaux, les équipements, mais aussi les équipes médicales et paramédicales (au sens de leur composition, compétence, qualification, organisation du travail, c'est la gestion des ressources humaines).

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

- diagnostiques (par exemple, exploration d'une rectorragie²),
- thérapeutiques (par exemple, traitement d'une crise d'asthme³),
- diagnostiques et thérapeutiques (par exemple, prise en charge d'une douleur thoracique aiguë),
- des soins infirmiers,

¹ Donabedian A Op.cit p189.

² Rectorragie : hémorragie digestive basse, provenant de l'appareil digestif bas à savoir colon, rectum, anus ...

³ Une crise d'asthme est un épisode de dyspnée aiguë : l'individu éprouve des difficultés à respirer, touse, sa respiration est sifflante et l'air circule difficilement dans les voies respiratoires. Le patient peut aussi ressentir un poids sur la poitrine ou avoir l'impression de s'étouffer.

- et portant sur les relations entre personnel soignant et patients.

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

- des mesures plus ou moins fines de la mortalité, de la morbidité, de l'invalidité.

- l'étude d'incidents ou d'accidents évitables (chute du lit, veinite après perfusion), des maladies évitables (maladies nosocomiales).

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

Pour Rhee et Donabedian il existe quatre phases de prise en charge d'un patient au service d'urgence.

Les critères de qualité qu'ils vont retenir sont : la rapidité ; un diagnostic et un traitement appropriés ; la validité des décisions diagnostiques ; maintenir la continuité des soins et la transmission des informations; assurer l'éducation du patient; orienter au mieux le patient.

Ces critères sont en fait des indicateurs de performance médicale. Ils ne reflètent pas nécessairement la qualité de la relation avec le patient en termes d'accueil et de transmission de l'information. Les données qualitatives ont souvent peu intéressé les professionnels de la santé. Et pourtant si l'on veut répondre aux attentes des patients il est indispensable de les intégrer. Il apparaît ainsi difficile d'appréhender les processus faisant intervenir la subjectivité notamment dans les services d'urgence où tout le monde est "pressé" du patient au soignant.

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

Section 3 : Démarche qualité dans les établissements de santé

Aujourd'hui, s'il est un sujet qui suscite de vives discussions dans les établissements de santé, c'est bien celui de la qualité.

3.1. Concepts fondamentaux de la qualité

I.3.1.1. La qualité hospitalière

Après l'ère des bâtisseurs correspondant à une période de pénurie hospitalière et l'ère des gestionnaires correspondant à une période d'explosion des dépenses de santé, apparaît l'ère des "hommes qualité". Cette ère correspond à une exigence croissante de la population vis-à-vis des hospitaliers. En effet, si le consumérisme hospitalier n'est pas aussi répandu dans notre pays que dans certains pays comme les Etats-Unis, de récentes affaires, comme celle du sang contaminé, ont focalisé l'intérêt de l'opinion publique sur la qualité des soins¹.

La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels de la santé. Elle a fait l'objet de plusieurs définitions, dont la plus communément admise est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

« Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». ²

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

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

¹ Arce HE. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. Int J Qual Health Care 1998; 10 : 469-72.

² Organisation mondiale de la santé disponible sur : <http://www.who.int/fr>

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

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

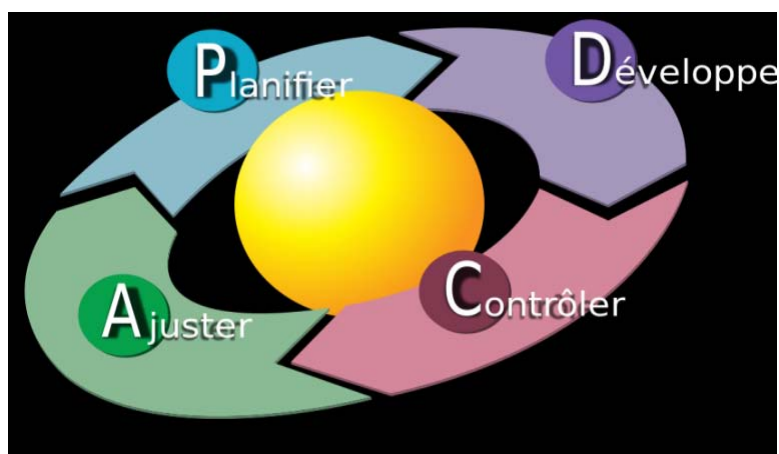
D'autre part, l'évolution socio-culturelle est également une source de développement de la qualité. En effet, l'information de plus en plus détaillée donnée au « client-patient » lui permet d'apprécier la qualité des soins et de l'accueil. Il a, en raison de l'évolution de son niveau de vie et de ses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

3.1.2. L'amélioration de la qualité

Partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire les exigences pour aboutir à la qualité. Elle englobe la notion d'efficacité et d'efficience.

On parle d'amélioration continue de la qualité lorsque l'objectif du progrès est permanent. C'est en 1951 que Deming W.E. a décrit ce principe d'amélioration continue de la qualité utilisé fréquemment sous le nom de PDCA (Plan, Do, Check, Act) ou Roue de Deming.¹

Figure 8 : Principe de PDCA (Plan, Do, Check, Act)



Source : D. Bonhomme, « Pour une dynamique de la gestion de la qualité et des risques à l'hôpital » Gestions hospitalières, n° 334, 1994.

La méthode comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre, elle vise à établir un

¹ D. Bonhomme, « Pour une dynamique de la gestion de la qualité et des risques à l'hôpital » Gestions hospitalières, n° 334, 1994.

cercle vertueux. Sa mise en place doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité d'un produit, d'une œuvre, d'un service, etc.

- **Plan** : préparer, planifier (ce que l'on va réaliser).
- **Do** : développer, réaliser, mettre en œuvre (le plus souvent, on commence par une phase de test).
- **Check** : contrôler, vérifier.
- **Act (ou Adjust)**: agir, ajuster, réagir (si on a testé à l'étape do, on déploie lors de la phase act).

3.2. Définition de la qualité hospitalière et enjeux

La définition de la qualité est, dans sa généralité, communément admise. Elle a fait l'objet d'une norme **ISO** qui présente la qualité d'un produit ou d'un service comme : « L'ensemble des caractéristiques qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ».¹

Pour un service, ces caractéristiques peuvent comprendre des aspects relationnels (accueil, dialogue), des conditions d'ambiance et de confort, des aspects liés au temps (respect des horaires), des dispositions propres à faciliter la tâche de l'utilisateur (formulaires simples, notices claires ...)

Cette définition paraît toute fois incomplète. Elle ne prend pas en compte la distinction importante entre la qualité perçue et qualité réelle.

La distinction qualité réelle/qualité perçue est essentielle. En effet, une prestation de service ne peut être appréciée intrinsèquement ; elle est aussi appréciée de manière totalement subjective au travers du système de valeurs du bénéficiaire de la prestation. Une tentative récente de mesure de la qualité a pu donner lieu à la création du tableau ci-dessous.

¹ D. Bonhomme Op.cit p78.

Tableau 2 : Principales différences entre la qualité offerte et la qualité perçue

	Mesure de la qualité offerte	Appréciation de la qualité perçue
Soins	<p>Taux d'infections nosocomiales</p> <p>Charge en soins</p> <p>Nombre de radiographies de correction</p> <p>Effectif/malade</p>	<p>Plus malade qu'à l'entrée</p> <p>Personnel pressé</p> <p>Trop de radiographies</p> <p>Manque d'attention</p>
Hébergement	<p>Nombre de lits/chambre</p> <p>Nombre de téléviseurs</p> <p>Mesures acoustiques</p> <p>Nombre de places de parking</p> <p>Nombre de panneaux de signalisation</p>	<p>Intimité</p> <p>Isolement</p> <p>Service bruyant</p> <p>Accès difficile</p> <p>Confort acceptable</p>
Logistique	<p>Nombre de mutations vers plateaux techniques</p> <p>Taux de renouvellement des matériels</p> <p>Nombre de plats proposés</p> <p>Température des plats</p>	<p>Déplacement trop nombreux</p> <p>Manque de matériel</p> <p>Repas non avariés</p> <p>Repas tièdes</p>
Communication/Sécurité	<p>Délais de rendez-vous</p> <p>Délais de contact avec le médecin</p> <p>Nombre de personnels à l'accueil</p>	<p>Attente trop longue</p> <p>Manque d'accueil</p> <p>Malade bien ou mal accueilli</p> <p>Malade sécurisé ou pas</p> <p>Malade informé sur sa santé ou pas</p>

Source : D. Bonhomme, « Pour une dynamique de la gestion de la qualité et des risques à l'hôpital » Gestions hospitalières, n° 334, 1994.

Ce tableau a le mérite de distinguer entre la qualité offerte, objectivable par référence à des normes réglementaires ou professionnelles et la qualité perçue par l'utilisateur.

La qualité d'un produit ou d'un service n'est bonne que si elle est jugée comme telle par l'utilisateur. D'où l'importance des approches par l'objet (le produit ou le service) et par le sujet (le consommateur) qui justifie de définir la qualité plus précisément comme l'ensemble des caractéristiques qui confèrent au produit ou au service l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites et qui satisfont effectivement le consommateur (Leteurre, 1996). Ainsi définie la notion de qualité dans sa généralité, la qualité doit faire l'objet d'une confrontation avec des termes proches qui permettront de déboucher sur une définition de la qualité hospitalière.¹

Lorsque l'on évoque la qualité hospitalière, des notions comme celles d'évaluation, d'accréditation, d'audit, de normes ou référentiels, de plan d'amélioration de la qualité, d'efficacité, d'efficience apparaissent. C'est pourquoi dans le domaine de la santé, la notion de qualité a fait l'objet de nombreuses définitions ; cependant celle de l'OMS reste la référence : « Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiqués et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »

3.2.1. Enjeux de la qualité hospitalière

Les enjeux de la qualité hospitalière sont multiples. Ils peuvent être classés en trois catégories: l'enjeu organisationnel, les enjeux économiques, et les enjeux de gestion.²

- L'enjeu organisationnel

L'acte médical est de plus en plus complexe. Il associe des approches diagnostiques et thérapeutiques relativement cloisonnées. La qualité ne peut être atteinte qu'au travers d'actions structurantes fortes au niveau de l'hôpital : un système d'information intégré

¹ Martinez F. Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Les principes généraux de la qualité. Actual Doss Santé publique 2001 ; P 18-23.

² Kossi TARKPESSI, Université Senghor d'Alexandrie - Master en Développement, Spécialité santé internationale 2007

permettant la communication entre services cliniques et services médicotechniques.

- L'enjeu économique

Les établissements de santé sont soumis depuis quelques années à des évolutions importantes de leur environnement économique les contraignant, d'une part, à réduire la croissance de leurs dépenses et, d'autre part, à améliorer la qualité des soins. En effet comme le soulignent de nombreux auteurs les projets d'amélioration de la qualité des soins sont mis en oeuvre dans un objectif de maîtrise des dépenses. Des travaux ont montré une relation linéaire positive en termes d'impact économique et médical entre coût et qualité des soins, car les défauts de qualité des soins (la non qualité) génèrent des coûts variables selon le type de défaut.

- Enjeu de gestion

Enjeu de gestion, la qualité l'est aussi dans les hôpitaux, grâce à son caractère participatif et fédérateur. Mobiliser les hospitaliers autour de l'idée de qualité des soins est plus facile de les regrouper autour de la notion de maîtrise des dépenses.

Or, comme la maîtrise de la qualité permet à terme de mieux maîtriser les dépenses, la qualité apparaît comme un outil de gestion particulièrement efficace.

3.3. Principes essentiels de la démarche qualité et mise en œuvre

3.3.1. Principes essentiels de la démarche qualité

La démarche qualité est l'ensemble des actions que mène l'établissement de santé pour développer la satisfaction de ses clients. Elle obéit à un certain nombre de principes dont la connaissance est nécessaire à la compréhension du changement et nous en retenons pour l'essentiel ces bases indispensables :

L'attention aux patients

La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins du patient représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité. L'écoute du patient est une composante indispensable de tout système qualité. Elle fournit des informations qui pourront être utilisés pour identifier les processus clés, orienter les objectifs, corriger les dysfonctionnements, améliorer les produits ou services existants, concevoir de nouveaux produits ou services.

Une démarche participative

L'obtention de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs qualité. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs via une participation réelle. C'est une condition préalable à la conduite du changement.

Une approche méthodique

L'amélioration ou la reconfiguration des processus, la résolution des problèmes, le traitement des dysfonctionnements ne sont pas obtenus spontanément sous l'effet de la seule bonne volonté des personnes concernées par ces phénomènes. Les changements reposent sur l'utilisation appropriée, en groupe, de méthodes et outils de la qualité. Ceux-ci permettront de définir clairement l'objectif de la démarche, d'analyser la situation existante, de définir les actions susceptibles d'agir sur les causes des dysfonctionnements, de les mettre en œuvre sous forme de plans d'action, d'évaluer leurs effets et de les réajuster s'il y a lieu. Le choix des méthodes et des outils, qui peuvent être combinés entre eux, dépendra des objectifs poursuivis.

L'approche processus, le pluri professionnalisme

Pendant de nombreuses années, la recherche de la qualité s'est basée uniquement sur une amélioration constante de la compétence technique des professionnels. La formation initiale, la formation continue ont pour objectif de rendre toujours plus compétents les professionnels de chaque métier. Ce mécanisme a permis et permet encore de grands progrès en termes de qualité mais trouve sa limite dans la complexité des organisations. En effet, la spécialisation s'est accrue et le nombre de professionnels, tous bien formés et compétents, nécessaires dans un processus de fabrication de produits et ou de rendu d'un service a fortement augmenté.

De ce fait, se pose avec de plus en plus d'acuité le problème des relations entre les professionnels spécialisés, donc de l'organisation des interfaces.

L'approche par processus répond à cette problématique. Elle permet de comprendre la contribution de chaque secteur à la réalisation du produit ou à la prestation de service et d'étudier l'organisation des interfaces entre les différents professionnels et les différents secteurs qui y ont contribué. Elle améliore ainsi la performance des processus transversaux en décloisonnant l'organisation verticale traditionnelle. La satisfaction du patient dépend maintenant de cet aspect organisationnel. Dès lors, il faut faire porter les efforts sur

l'organisation de la relation entre les professionnels.

Une approche pérenne évolutive

L'obtention de la qualité repose sur une aptitude de l'organisation à améliorer constamment ses produits et services. L'amélioration de la qualité s'obtient toujours par une amélioration des processus réalisés étape par étape. La démarche est itérative et vise des améliorations successives : on parle d'amélioration continue. Le repérage des problèmes et des dysfonctionnements, leur analyse et leur traitement, est un moyen essentiel d'améliorer la qualité avec un retour sur investissement important et rapide. La mise en place d'une démarche qualité doit conduire à une attitude systématique d'analyse et de correction des problèmes et dysfonctionnements.

L'évaluation

IL n'y a pas de qualité sans mesure, la mesure fait partie intégrante de la mise en place de la démarche qualité. La mesure est donc un impératif de la qualité. La mesure permet d'apprécier la satisfaction des patients, la conformité des prestations à des références et le bon déroulement des processus. Cela consiste en une objectivation du niveau de qualité existant et des progrès réalisés grâce aux actions d'amélioration. Elle permet également un suivi en continu de certaines caractéristiques afin d'agir dès qu'une dérive apparaît. Mesurer permet aussi de valoriser le travail accompli, de donner confiance aux professionnels et aux patients sur le maintien d'une qualité de prestation et d'apporter la preuve des progrès réalisés. Plusieurs outils de mesure sont à la disposition des professionnels : audit clinique, analyse des pratiques, enquêtes de satisfaction, tableaux de bord, indicateurs.

Audit clinique

L'audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques qui mesure les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée (recommandations de bonne pratique...) à partir de critères d'évaluation.

Enquêtes de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est un instrument de récolte d'information, employé dans les démarches d'assurance qualité pour l'évaluation de la satisfaction.

3.3.2. Mise en œuvre

Les préalables à une démarche qualité peuvent être résumés en cinq points ou étapes :

1. Accepter le principe d'une démarche qualité, c'est déjà faire preuve de modestie. Il convient en premier lieu de se débarrasser de toute autosatisfaction ou autosuffisance. La première étape consiste en effet à reconnaître et à admettre que nous ne sommes pas excellents (l'excellence se définissant comme la conformité totale, l'atteinte de tous les objectifs préalablement fixés).

2. Une fois ôtée cette cuirasse d'autosatisfaction ou d'autosuffisance, il y a lieu de faire preuve d'ouverture. Il est en effet nécessaire de s'ouvrir aux façons de travailler des autres, à de nouvelles techniques, aux méthodes et outils de la démarche qualité, à de nouvelles attentes de nos clients. Il est clair que l'ouverture présuppose une certaine forme de modestie.

3. Cette remise en question, car c'en est une, ne va pas de soi. Elle demande une détermination particulière, car la mise à plat de notre activité nous bouscule dans le confort de nos habitudes. Or, nous ne ressentons pas forcément le besoin de progresser : cela peut susciter une appréhension et il faut véritablement le vouloir. Cette détermination devrait se traduire par un engagement oral ou écrit. Il faut s'engager devant ses clients, ses pairs, ses supérieurs, et surtout devant soi, à mettre en œuvre une démarche d'amélioration de nos pratiques. Cet engagement nous implique et d'une certaine façon nous aide dans ce processus.

La signature et l'affichage d'une charte qualité est un exemple d'engagement écrit.

4. Il faut ensuite être prêt à évaluer nos pratiques. Toute évaluation nécessite un "étalon" : il s'agit ainsi de comparer nos pratiques, soit à un référentiel valide, soit à celles de nos pairs, soit aux données de la littérature scientifique, soit encore aux attentes de nos clients. Cette évaluation nous permettra de nous situer, non pas de nous noter, mais d'évaluer les progrès à accomplir pour se diriger vers l'excellence. C'est déstabilisant, car toujours sous-tendu par un jugement de valeur, bien que ce ne soit pas dans l'esprit de la démarche qualité.

5. Enfin, une démarche qualité sans méthode serait vaine, plus ou moins vouée à l'échec. Pour réussir, il faut non seulement être prêt à s'évaluer, mais aussi à apprendre, s'approprier et appliquer les méthodes de la qualité. Eprouvées et validées, ces méthodes nous permettent d'optimiser notre démarche et d'en garantir le résultat.

Conclusion

Pour conclure, venant du monde industriel, la qualité a évolué à travers les âges et touche aujourd'hui le secteur de la santé ; des outils et des systèmes d'évaluation et de management de la qualité ont été introduits dans le monde des soins de santé. Moyens d'efficacité économique, la qualité est marquée par des principes comme l'attention accordée aux clients et l'instauration d'une démarche qualité requiert la participation de tous les acteurs. Ce concept complexe et dynamique se caractérise par une démarche méthodique appuyée par une vision transversale des processus. Pour un bon développement de la démarche qualité en établissement de santé, on doit prendre en compte les dimensions stratégique, technique, structurelle et culturelle de la qualité.

**Chapitre III : Le Pavillon des
urgences médico-chirurgicales
du centre hospitalo-
universitaire Nedir
Mohamed de Tizi-Ouzou.**

Introduction

Devant la montée en charge des pathologies chroniques, l'évolution et le développement de la qualité de vie, le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, l'augmentation du nombre d'accidents de la circulation, la généralisation des maladies cardio-vasculaires même aux plus jeunes, la montée crescendo du nombre d'urgence toute catégorie confondue mais surtout la transition épidémiologique qui représente un véritable problème quant à la fréquence des maladies non transmissibles à savoir : le diabète, l'hyper tension artérielle, les cancers et néoplasies ...

Les établissements de santé en général, et en particulier les pavillons des urgences de CHU de Tizi-ouzou se retrouve débordé, ainsi les structures ne suffisent plus pour contenir et prendre en charge autant de patients. Ce dernier se retrouve submergé par la population de la même région de Tizi-ouzou ainsi que des évacuations qui arrivent des trois autres régions : Boumerdes, Bouira, et Bejaia.

Section 1 : Présentation et état des lieux

Le centre hospitalo-universitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou est l'un des CHU les plus importants du nord du pays particulièrement au niveau de la région centre où celui-ci couvrent les quatre wilayas.

1.1. Historique du CHU De Tizi Ouzou

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inauguré précisément le 28 juillet 1955. ¹

A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales. En 1974, l'hôpital régional de Tizi Ouzou devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées.

En 1982, le secteur sanitaire de Tizi Ouzou se voit transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire. Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministre de la santé, crée par le Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifier par Le Décret n°86/294du16/Décembre/1986.

Le siège du CHU de TIZI OUZOU est fixé à l'hôpital NEDIR Mohamed.

¹ Site officiel du centre hospitalo-universitaire de tizi-ouzou disponible sur : <http://chuto.dz/>

1.2. Les Missions du CHU

Le CHU est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement et de formation supérieure en sciences médicales, des missions de diagnostic, d'explorations médicales et chirurgicales, de soins, de prévention, de formation, d'étude et de recherche.¹

✓ En matière de santé

- Assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé et de la population.

- Appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.

- Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.

- Outre ces missions, le CHU assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues aux secteurs sanitaires.

✓ En matière de formation

- Assurer, en collaboration avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.

- Participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

¹Site officiel du centre hospitalo-universitaire de tizi-ouzou disponible sur : <http://chuto.dz/>

✓ **En matière de recherche**

- Effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, les travaux d'études et de recherche dans le domaine des sciences de santé.

- Organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en science de santé.

1. 3. Localisation et organisation

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif d'une capacité de 1043 lits organisés, répartis en 42 services, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales, plateau de biologie, de radiologie et autres explorations.¹

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi Ouzou est caractérisé par son envergure régionale, il couvre les quatre wilayas suivantes : Tizi Ouzou, Bejaia, Boumerdès et Bouira. La demande en soins est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région à l'instar des autres régions du pays. Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement de référence, il couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants. (Annexe 2 et 3)

En plus de sa vocation hospitalière, il assure la recherche et la formation continue de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou se compose de deux unités à savoir, l'unité NEDIR Mohamed sise au centre ville de Tizi Ouzou et de l'unité BELLOUA située à quatre kilomètres du chef lieu de la wilaya et ainsi que l'existence d'une clinique dentaire à proximité de l'unité NEDIR Mohamed et le service de Médecine du travail.

Cet établissement est organisé selon l'organigramme de l'annexe 1

¹ Site officiel du centre hospitalo-universitaire de tizi-ouzou disponible sur : <http://chuto.dz/>

1.3.1 : Unité mère Nedir Mohamed

Construite dans les années cinquante et mise en service plus précisément en juillet 1955. D'une architecture rustique et des plus harmonieuse, l'hôpital est réalisé en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent les transferts des malades.

Délimitation

Nord Centre ville de TIZI OUZOU

Sud : Complexe Omnisports

Est : Route Nationale N°1

Ouest : Rue Lamali Ahmed

Superficie

Totale : 42.287,50 m²

Bâtie : 311.587m²

1.3.2 : Unité Belloua

Unité BELLOUA « Ex SANATORIUM » est une structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed, au village REDJAOUNA, d'une superficie de 62 500 m². Elle se constitue en quatre bâtiments R+3 reliés par de grands couloirs d'une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés.

Délimitation

Nord : Village TECHT EL BORR

Sud : Ville de TIZI OUZOU

Est : Face à AIT AISSA MIMOUNE

Ouest : forêt de REJDAOUNA

Superficie :

Totale : 62.500 m²

Bâtie : 30.300 m²

1.3.3 : La Clinique Dentaire

La clinique dentaire d'une superficie de 1209m² dont érige 05 services , 02 petit laboratoires, une direction , un secrétariat, un amphithéâtre ,la caisse et un bureau d'accueil et renseignement ,

1.3.4 : Médecine Du Travail

Le Service de Médecine du Travail est un service de consultation composé de : Deux unités fonctionnelles :

a) Unité de Physiologie et Aptitude au Travail

Elle a pour rôle de prendre en charge tous les problèmes relatifs à l'adaptation du salarié.

En 2015, 2057 aptitudes ont été décidées et 106 aptitudes avec réserves ont été accordées et 02 inaptitudes étaient données.

b) Unité de Pathologies Professionnelles

Elle a pour rôle le dépistage et le suivi des maladies professionnelles ou à caractère professionnels et accidents de travail.

En 2009, 22 maladies professionnelles ont été déclarées et 58 accidents de travail ont été enregistrés et 640 salariés ont été orientés vers des consultations spécialisées.

1.3.5 : Centre de transfusion sanguine

1.3.6 : Urgences médico-chirurgicales

Le service des urgences est scindé en deux parties :

- Urgences médicales :

Comprenant une salle d'attente, une grande salle d'urgences comprenant 6 tables d'examen, et une salle de soins.

Y travaillent tous les jours par roulement deux médecins généralistes, deux ou trois médecins internes, deux infirmiers, un réceptionniste, un brancardier.

Le service d'hospitalisation des urgences médicales comprend trois chambres d'hospitalisation avec une capacité de quatre à cinq lits, ainsi que différents box par spécialité : box de cardiologie, maladies infectieuses, pneumologie, neurologie, hématologie, médecine interne, certaines spécialités partageant le même box. En plus d'une salle de réanimation, d'une seconde salle de soins et d'une salle de colloque.

- Urgences chirurgicales :

Comprenant un hall d'entrée avec cinq box : chirurgie générale, chirurgie infantile, urologie, neurochirurgie et traumatologie, ainsi qu'une salle de soins et une salle de radiographies.

Le service d'hospitalisation des urgences chirurgicales est à son tour scindé en unité d'hospitalisation préopératoire : comportant trois chambres d'hospitalisation avec une capacité de cinq lits, une seconde salle de soins ainsi qu'une pharmacie.

L'unité d'hospitalisation post-opératoire : comporte une salle de réveil et dix chambres individuelles destinées aux malades post-opérés en attendant leur transfert vers leurs services respectifs. Une grande salle de réanimation comportant six lits, destinés aux patients nécessitant des soins de réanimation intensive.

- Les blocs opératoires sont au nombre de cinq : un bloc septique, un bloc pour la chirurgie infantile, la neuro-chirurgie, la traumatologie et une grande salle pour la chirurgie générale, que l'urologie, l'ophtalmologie, ainsi que la chirurgie thoracique utilisent si besoin.

Le taux d'occupation des lits avoisine les 100% pour l'ensemble des services, taux qui était de 55% en 2004.

A titre d'exemple, l'établissement a pris en charge en 2012 environ 1200 malades pour le seul service d'oncologie médicale, 300 pace-maker ont été placés en cardiologie, 150 actes de cardiologie interventionnelle. 140 cancers du sein opérés, 20 implants cochléaire mis en place, 10 malades porteurs du cancer du larynx, 140 cas de sclérose en plaque, toute la chirurgie du rachis traumatique et la chirurgie réparatrice osseuse, 2000 interventions de chirurgie infantile dont une grande partie réparatrice.

L'établissement réalise chaque année 18 à 20 greffes rénales, et ce, depuis l'année 2006, 30 greffes de cornée par an. 180 insuffisants rénaux sont pris en charge, toute la neuro-traumatologie des quatre wilayas avec un service de réanimation chirurgicale et de réanimation médicale, et de toxicologie, ainsi que plus de 300 urgences par jour.¹

Pour les services qui n'existaient pas, leur création a vu le jour en 2007-2008 et 2009. Il s'agit de la chirurgie cancérologique gynécologique, l'oncologie médicale, la cytogénétique, la transplantation, la cardiologie interventionnelle, la radiologie, la gastro-entérologie et la chirurgie thoracique.

Section 2 : Limites et insuffisances des urgences médico-chirurgicales du CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou

POUR RESUMER CES CONSTATS :

Une hausse de la fréquentation des urgences due à plusieurs phénomènes mais pas de dimensionnement des services d'urgences en parallèle.

Un malaise grandissant du personnel soignant qui se sent acculé par la charge de travail (services d'urgences saturés), sans que des mesures soient prises en termes de ressources ou d'organisation.

Une qualité de prise en charge des patients qui se dégrade, suite à l'embolisation des services d'urgences et pour laquelle aucune amélioration n'est prévue pour les prochaines années au niveau national.

Une perception de la prise en charge des patients qui se dégrade, par un temps d'attente de plus en plus long notamment. Le patient souhaite être pris en charge rapidement, par transfert de consumérisme.

Un domaine hospitalier très peu familiarisé et non formé à la gestion de flux et à l'organisation logistique.

¹ Source : <http://chuto.dz/> : données du service d'épidémiologie du centre hospitalo-universitaire de tizi-ouzou.

Figure 10 : Schématisation simplifiée des constats impactants aux urgences



Source : Université de Technologie de Compiègne – Master 2 QPO – Juin 2018 – Simon DAVIDDI En ligne sur www.utc.fr/master-qualite/ puis « Travaux » > « Qualité-Management » > Référence 435.

Principales insuffisances du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou

- L'Exiguïté des structures d'urgences et le mauvais agencement des différents services :

Le dimensionnement et l'agencement des différents services d'urgences comportent beaucoup d'insuffisances et constitue un véritable handicap pour la prise en charge des patients, se trouvant incapables de répondre à une telle demande de soins en particulier dans le cadre de l'urgence, le service des urgences est très souvent submergé de patients et d'accompagnateurs rendant le travail de l'ensemble de l'équipe médical et paramédical particulièrement difficile vu l'inadaptation de ce service à un nombre aussi important de malades.

- L'absence de structure d'accueil et de tri proprement dite :

L'absence d'une salle d'accueil des patients et l'absence de personnels spécialisé dans la réception des patients et la filtration des urgences en fonction de leur gravité induit une stagnation des différents malades s'ajoutant au mauvais agencement de l'unité des urgences médico-chirurgicales. Ainsi de nombreux malades passent de nombreuses heures à l'accueil avant d'accéder à une consultation qui quelques fois ne durent que quelques minutes.

- L'engorgement et l'augmentation de la charge :

L'une des problématiques majeures à laquelle sont confrontés les pavillons d'urgences de manière chronique et pour laquelle aucune réponse satisfaisante n'existe à l'heure actuelle, résulte d'un perpétuel conflit entre la prise en charge des soins programmés aux urgences et celle des soins non programmés qui peuvent être fait dans les structures sanitaires périphériques.

Ainsi un afflux permanent de différentes catégories de patients : les vraies urgences et les consultants.

Du fait du manque d'un véritable service du tri, les patients s'accumulent sans hiérarchisation des priorités de ces patients en vue d'une prise en charge adéquate pour chacune des catégories. Une angine, une migraine et une attaque cardiaque ne doivent en aucun cas être classé dans le même ordre d'urgence.

Comme exemple : de nombreux patients viennent aux urgences pour l'ajustement de leur traitement ou bien pour un bilan de routine, ou bien simplement pour une consultation

de contrôle, et ainsi retardent la prise en charge des véritables urgences, celles-ci qui nécessitent une thérapeutique souvent très urgente comme :

un infarctus du myocarde (IDM) , un accident vasculaire ischémique ou hémorragique (AVC) , une péritonite¹, une syncope, une tamponnade², un asthme aigu grave, une intoxication médicamenteuse, une ingestion de caustiques, une hémorragie digestive, un traumatisme crânien, un polytraumatisé ... Toutes ces urgences et bien d'autres nécessitent une prise en charge immédiate de l'ordre de la seconde car elles engagent directement le pronostic vital de la personne aboutissant au décès du patient en quelques minutes seulement.

- Le délai d'attente et l'agressivité :

Il s'y ajoute l'agressivité de certains patients et éventuellement de leurs proches, qui ont des attitudes et des paroles menaçantes à l'accueil, dans la salle d'attente et dans le reste du service, et qui exercent parfois des violences physiques contre le personnel.

L'agressivité découle de l'inquiétude engendrée par le problème de santé et de la difficulté de négocier avec le personnel ce qui doit être fait et à quel moment. Les patients, et leurs proches, ne savent pas à quelle heure ils vont voir le médecin, quel est le degré de gravité de la pathologie, quel traitement peut être proposé. Or, l'attente dans un service d'urgence avant de voir un médecin peut durer plusieurs heures, et ensuite si le malade a besoin d'examen complémentaires, d'un traitement ou d'une hospitalisation, elle peut se prolonger.

Ce problème résulte du manque d'une unité d'orientation, de communication et d'informations pour les malades.

- Le manque d'équipements techniques : matériels, salles et tables d'examen :

Certaines spécialités aux urgences médicales partagent la même salle d'examen et le même box de consultation, lequel comportant uniquement trois tables d'examen.

¹ **Péritonite** désigne une inflammation aiguë du péritoine, membrane recouvrant la cavité abdominale. Le plus souvent d'origine infectieuse.

² La **tamponnade** c'est la constitution rapide d'un épanchement liquidien qui entraîne une compression aiguë du cœur.

C'est le cas de la Médecine interne et de la néphrologie, l'hématologie, les maladies infectieuses et de la pneumologie, ainsi certains patients doivent attendre de longues heures avant qu'une table d'examen ne se libère.

Aux urgences chirurgicales, il n'existe que trois salles d'hospitalisation avec une capacité de cinq lit chacune, l'une pour les femmes, la seconde pour les hommes et la troisième pour les enfants. Les six spécialités chirurgicales se disputent les places d'hospitalisation.

- Le problème des examens complémentaires :

Le manque de plateau technique pour la réalisation des examens complémentaires tels : les échographies, les IRM, les scintigraphies, l'angioplastie d'urgence, certaines bilans biologiques : les bilans de maladies auto-immunes, les marqueurs de l'inflammation, les dosages enzymatique ... Allonge considérablement les délais d'attente, dans la mesure où la plupart des services n'ont pas de plateau technique à disposition d'autant qu'il faut ajouter, au délai d'accès au plateau technique, le délai de restitution des résultats.

Ainsi pour un polytraumatisé :

- Les radiologies de routine sont effectuées aux urgences.
- Une échographie est effectuée dans les cliniques privées.
- Un collier minerve pour immobilisation du rachis cervical est acheté en pharmacie.
- Une IRM est effectuée dans les unités de radiologies privées.

Donc pour la prise en charge d'un polytraumatisé, 3 à 4 heures sont nécessaires au moins avant de porter le diagnostic de telle ou telle fracture ou tel ou tel traumatisme.

Si une chirurgie est nécessaire, il faut d'abord s'assurer de la disponibilité d'un bloc opératoire vu le nombre restreint de blocs disponibles.

- La stagnation des patients en salles d'hospitalisation des urgences :

Constitue un réel problème, celui-ci est dû au manque de communication et d'informations entre le service des urgences et les autres services médico-chirurgicaux.

Ainsi, les patients restent de nombreuses semaines dans les salles d'hospitalisation des urgences, celles-ci qui sont non adaptées à des hospitalisations sur de longues durées, avant d'être transférés dans les services respectifs.

Ce retard au transfert induit une stagnation des nouveaux malades admis aux urgences et nécessitant l'hospitalisation, et une mauvaise prise en charge des malades du fait de la non adaptation des salles d'hospitalisation des urgences à des séjours intra-hospitaliers au long court contrairement aux salles des différents services.

Section 3 : Solutions et perspectives proposées

Comment améliorer ces points bloquants, et permettre de parfaire la prise en charge des patients au sein d'un service d'urgences ?

Déoulant de cette problématique, plusieurs besoins sont induits ;

□ Un besoin urgent de revoir le fonctionnement global actuel hospitalier est primordial, au niveau des flux d'informations, des flux de patients et personnel soignants, et des flux en matière.

□ Un temps d'attente patient qui doit être réduit et une meilleure disponibilité du corps médical pour le cœur du métier : Soigner les patients.

□ L'anticipation de l'évolution de fréquentation des services d'urgences, de plus en plus embolisés, est nécessaire.

□ Il faut gérer ces évolutions avec la continuité de soins pour les patients et l'accompagnement au changement du personnel soignant, et la mise en place d'algorithmes de prise en charge rapide des différentes urgences.

Pour se faire, une méthode adaptée pour résoudre ces problématiques doit être mise en place.

L'amélioration de la gestion des services des urgences nécessitera une nouvelle dynamique dont le modèle doit s'inspirer des principes directeurs suivants :

○ Qualité des soins :

Basée sur une amélioration continue de la qualité des soins et des services en mettant en œuvre des changements et en implantant l'évaluation de la qualité de soins.

○ Respect de la personne :

Respect de la dignité du patient, de la confidentialité et de la sécurité et par des mesures visant à raccourcir la durée de séjour et le temps d'attente des patients. Mais également par des mesures garantissant au personnel de l'urgence un environnement propice à l'exercice

de ses fonctions et à sa sécurité, ainsi que des mesures visant à prévenir l'épuisement professionnel.

○ Nécessité d'organiser les structures hospitalières et les structures de santé de proximité, dans le cadre d'une complémentarité effective et efficiente :

- Regrouper et impliquer les spécialistes affectés à l'E.P.S.P en créant une garde spécialisée.

- Trier, orienter et évacuer en toute sécurité le malade nécessitant des soins spécialisés.

- Préparer son accueil dans l'établissement choisi.

- Organiser son transport vers l'établissement hospitalier.

Ainsi il faudrait :

- L'agrandissement et un meilleur agencement du pavillon des urgences médico-chirurgicales :

Une structure plus grande est plus que nécessaire pour une unité aussi importante que les urgences médico-chirurgicales.

Une séparation entre toutes les spécialités, chacune d'entre elles dans un box qui lui est dédié.

Un bloc opératoire ou deux pour chaque spécialité chirurgicale.

Ouvrir de nouvelles salles d'hospitalisation pour éviter le confinement des malades, une chambre avec un maximum de trois lits est nécessaire pour une meilleure prise en charge, et ainsi garantir aux patients un séjour intra-hospitalier propice à la guérison : calme, propreté et sérénité sont nécessaires à l'amélioration de l'état clinique et psychologique des patients.

- Compléter les équipements manquants :

Laboratoire, radiologie conventionnelle et fauteuils roulants, civières, procéder à leur redéploiement et ce, dans un souci de rationalisation et d'efficacité pour éviter la perte de temps dans la prise en charge des vraies urgences et gagner des heures précieuses pour sauver des vies et éviter de perdre de nombreux malades par faute de moyens.

- Assurer l'égalité d'accès aux soins en harmonisant l'équipement technique :

L'harmonisation des structures ne peut être envisagée à court terme, le manque d'équipements disponibles dans les différents services d'urgences crée de fortes disparités de prise en charge, voire des ruptures dans l'accès aux soins d'urgence.

- Augmentation du nombre de personnel des urgences :

L'augmentation du nombre de personnes à l'accueil, leur formation à la gestion de l'agressivité, au tri des malades en fonction des urgences, et des efforts d'information sur l'attente probable font partie des solutions que l'on peut mettre en œuvre.

- Formation du personnel à la gestion de l'urgence :

La formation du personnel médical et paramédical à la prise en charge rapide des patients en urgences. Il importe ainsi de mieux former l'ensemble des soignants des services d'urgences à la dimension de l'exercice aux urgences, des formations doivent être réalisées pour tout le personnel et ce de façon continue pour garantir une meilleure thérapeutique pour les patients aux urgences.

- Les médecins et infirmiers urgentistes :

L'inclusion d'une nouvelle spécialité telle que la médecine d'urgence, médecins et infirmiers urgentistes formés à agir en situation d'urgence et de crise pourrait être utile pour palier au problème de délais et améliorer la qualité de prise en charge des patients dans les services d'urgences médico-chirurgicales.

- Développer la fonction de gestionnaire des lits

La mise en place de cette fonction a pour objectif, par le suivi en temps réel et prévisionnel de la disponibilité de l'ensemble des lits d'un établissement hospitalier, d'améliorer le taux de rotation dans les services et ainsi, par ricochet, de fluidifier l'aval des urgences et éviter la stagnation des patients dans les salles d'hospitalisation dédiées aux pavillons des urgences, occupant ainsi les places des nouveaux patients admis aux urgences et nécessitant une hospitalisation. Elle permet également, d'une manière plus générale, d'ajuster le nombre de lits disponibles au plus près de l'activité, en fonction des besoins.

- Améliorer les conditions de travail et la motivation du personnel :

L'amélioration des conditions de travail dans les services d'urgences comprend des aspects matériels de l'environnement physique de travail et des incitations financières ainsi que des aspects immatériels de l'ambiance au sein de l'équipe soignante.

La mise à disposition d'un équipement diagnostique et thérapeutique adéquat ainsi que la disponibilité permanente et sans conditions des médicaments et consommables essentiels est incontournable pour que les soins d'urgence soient délivrés dans les plus courts délais.

- Généraliser les circuits courts de prise en charge :

De nombreux services d'urgences européens se sont attelés à la résolution du problème de la hausse d'activité par la mise en place de circuits courts de prise en charge, souvent dénommés « fast-tracks ».

Cette organisation consiste en une dérivation des profils les plus simples dans un circuit de prise en charge dédié, le tri étant le plus souvent effectué par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO).

La plupart des fast-tracks se trouvent physiquement isolés des autres prises en charge, par exemple sous la forme de boxes dédiés, ou d'espaces à part. L'objectif en est d'assurer la prise en charge du flux de patients dans les meilleurs délais afin d'éviter un encombrement de la salle d'attente, pour au total diminuer la charge globale des services ainsi que les délais d'attente. La satisfaction des patients comme des soignants se trouve ainsi améliorée.¹

Une telle organisation se structurent au total en trois circuits de prise en charge : un fast-track, qui répond à une fonction de consultation rapide, assortie le cas échéant de gestes techniques simples (s'agissant notamment de la petite traumatologie) ; un circuit classique, pour les patients dont l'état de santé nécessite des investigations plus poussées ; un circuit dédié à l'urgence vitale, dans lequel la prise en charge pré-hospitalière occupe une place majeure.

Ainsi il faudrait développer les circuits courts de prise en charge, ou fast-tracks, dans l'ensemble des services d'accueil des urgences, en veillant à ce que leur gestion soit assurée par des praticiens expérimentés.

¹ Haute Autorité de Santé : Guide méthodologique : consensus formalisé d'experts. 2005, 1 vol à paraître.

- Conforter les modes de prise en charge ayant fait leurs preuves :

Par la mise en place de circuits dédiés pour les urgences respectivement générales, pédiatriques, psychiatriques et gynécologiques. L'organisation du système d'urgences français permet en effet de gérer certaines affections particulièrement graves en amont des services d'urgences, de telle sorte que les services ne prennent pas de plein fouet l'ensemble des situations très problématiques ; certaines pathologies ont fait l'objet d'une filiarisation complète et présentent leurs algorithmes de prise en charge préétablis rendant la procédure de diagnostic et de traitement plus rapide et plus simple.

Pour l'infarctus du myocarde (IDM) comme pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC) existe ainsi en effet une procédure particulière de prise en charge, reposant sur l'admission directe en service spécialisé, de telle sorte que les patients concernés ne passent pas par les services d'urgences.

Section 4 : Cas pratique ,
Algorithme de prise en charge
d'un infarctus du myocarde
aux urgences médicales.

L'infarctus aigu du myocarde affecte environ 120 000 personnes chaque année en Algérie¹. Toutefois, pour évaluer son incidence réelle, il convient d'y ajouter les victimes de morts subites, l'arrêt cardiaque survenu en dehors de l'hôpital constituant la principale cause de décès précoce au cours de l'infarctus du myocarde.

L'infarctus du myocarde peut s'accompagner à l'électrocardiogramme² (ECG) d'un sus-décalage du segment ST³ qu'on appelle : SCA ST + , ou sans sus-décalage du segment ST qu'on appelle : SCA ST –

Il convient aussi d'ajouter aux causes de décès par IDM les très nombreux patients présentant un syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST et dont certains évoluent vers l'infarctus constitué, parfois sans même avoir présenté de douleurs, et induisant ainsi une mort subite.

L'incidence des syndromes coronaires aigus (SCA) en médecine d'urgence représente entre 30 et 50 % des douleurs thoraciques. Les SCA nécessitent, de ce fait, plusieurs étapes dans leur prise en charge. ⁴

La première étape est diagnostique. Elle doit identifier parmi les patients se présentant le plus souvent pour une douleur thoracique ceux dont la probabilité de SCA est la plus élevée et exclure le diagnostic de SCA avec un risque d'erreur <1% parmi les autres patients.

La deuxième étape est la stratification du risque ischémique et hémorragique. L'objectif est d'identifier les patients les plus gravement malades nécessitant une prise en charge thérapeutique rapide.

¹ Données statistiques du Service d'épidémiologie, CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou

² Un électrocardiogramme (ECG) est un test qui étudie le fonctionnement du cœur en mesurant son activité électrique. À chaque battement cardiaque, une impulsion électrique (ou « onde ») traverse le cœur. Cette onde fait contracter le muscle cardiaque afin qu'il expulse le sang du cœur.

³ Segment st : intervalle d'un ECG permettant d'avoir des renseignements sur l'état du cœur.

⁴ Steg PG, Bonnefoy E, Chabaud S, et al. Impact of time to treatment on mortality after prehospital fibrinolysis or primary angioplasty: data from the CAPTIM randomized clinical trial. *Circulation* 2003 ; 108 : 2851-6. Epub 2003 Nov 17.

La troisième étape est thérapeutique et associe une stratégie de revascularisation coronaire et des traitements anti-ischémiques dont l'indication et le délai de réalisation dépendent de la stratification du risque.

L'ensemble de ces étapes nécessite d'utiliser des algorithmes adaptés à la médecine d'urgence.

L'amélioration constante de la prise en charge et des stratégies thérapeutiques des syndromes coronaires aigus (SCA) a diminué de manière importante leur morbidité au cours de ces dernières années. Les recommandations sont régulièrement actualisées par les sociétés savantes de cardiologie et les stratégies régulièrement adaptées.

Toute douleur thoracique doit faire l'objet rapidement d'un ECG (électrocardiogramme) 18 dérivations (optimisation délai prise en charge médicale installation sur table de coronarographie qui doit être inférieur à 1h)

➤ **Un infarctus** survient lorsque l'une ou plusieurs des artères alimentant le cœur avec du sang riche en oxygène (artères coronaires) vient à se boucher. Au fil du temps, une artère coronaire peut se rétrécir à cause de l'accumulation de cholestérol. Cette accumulation - connue communément sous forme de plaques - dans les artères est appelée athérosclérose. Lors d'un infarctus, une de ces plaques peut se rompre et entraîner la formation d'un caillot sanguin sur le site de la rupture. Selon la taille du caillot, s'il est suffisamment grand, il peut bloquer complètement l'écoulement du sang à travers l'artère.

➤ **Syndrome coronaire aigu**

Les symptômes courants d'un infarctus sont :¹

- Une sensation d'oppression ou une douleur dans le centre de la poitrine qui dure plus de quelques minutes.
- La douleur s'étend au-delà de la poitrine à l'épaule, le bras, le dos, ou même vers les dents et mâchoire.
- L'augmentation des épisodes douloureux au niveau de la poitrine.
- Une douleur prolongée dans la partie supérieure de l'abdomen.
- L'essoufflement.

¹ 2009 Focused Updates : ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST-elevation Myocardial Infarction (Updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update) and ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Interventions (Updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update). Journal of the American College of Cardiology Vol 54, No 23, 2009.

- La transpiration.
- La sensation d'une catastrophe imminente.
- L'évanouissement.
- Des nausées et des vomissements.

Manifestations d'ischémie myocardique c'est-à-dire de souffrance du cœur, survenant au repos ou pour un effort minime, prolongée d'une durée (>20min), en rapport avec la déstabilisation d'une plaque d'athérome localisée au niveau des artères coronaires (artères irrigant le cœur) qui associé a l'élévation des enzymes cardiaques : les troponines l'un des éléments suivants :

- Douleur thoracique caractéristique de type infarctoides : douleur thoracique retro-sternale constrictive en étau, irradiant au membre supérieur gauche ou à la mâchoire. Dans certains cas, c'est des douleurs atypiques qui initient l'infarctus à savoir : des douleurs gastriques : epigastralgies, des brûlures, une fatigue ...
- Modification électrique à l'ECG
- Elévation du taux des troponines : signe de souffrance et d'ischémie au niveau du myocarde.
- Anomalie à la coronarographie : atteinte d'une ou plusieurs coronaires du cœur.

Cette douleur survient généralement chez des personnes ayant des facteurs de risque cardio-vasculaires :

Certains facteurs contribuent à l'accumulation de dépôts graisseux indésirables (athérosclérose¹) qui rétrécissent les artères par les plaques d'athérome².

Les facteurs de risque d'infarctus sont:

L'âge. Les hommes qui ont 45 ans ou plus et les femmes âgées de 55 ans ou plus sont plus susceptibles d'avoir un infarctus que les jeunes hommes et femmes.

Le tabac. Fumer et l'exposition à long terme à la fumée secondaire entraînent des dommages aux parois intérieures des artères - y compris des artères de votre cœur –

¹ L'**athérosclérose** (du grec athêra signifiant « bouillie » et scleros signifiant « dur ») est une maladie touchant les artères de gros et moyen calibre et caractérisée par l'apparition de plaques d'athérome.

² Un **athérome** est un dépôt par accumulation de différents éléments (graisse, sang, tissu fibreux, dépôt calcaire) sur une partie de la paroi interne d'une artère.

augmentant les possibilités de dépôts de cholestérol et d'autres substances qui ralentissent le flux sanguin. Le tabagisme augmente également le risque de formation de caillots sanguins pouvant provoquer un infarctus.

Le diabète. Le diabète est l'incapacité du corps à produire de l'insuline de façon adéquate ou à réagir à l'insuline correctement.

Une pression artérielle élevée. Au fil du temps, l'hypertension artérielle peut endommager les artères qui alimentent le cœur en accélérant l'athérosclérose.

Un taux sanguin élevé de cholestérol ou de triglycérides. Dyslipidémies¹ : Les lipoprotéines de basse densité (LDL) (le «mauvais» cholestérol) sont plus susceptibles de participer à l'étranglement des artères. Un taux de cholestérol LDL élevé n'est pas souhaitable et est souvent le résultat d'une alimentation riche en graisses saturées et en cholestérol. Toutefois, un niveau élevé de lipoprotéines de haute densité (cholestérol HDL) (le «bon» cholestérol), qui aide le corps à nettoyer l'excès de cholestérol

Antécédents familiaux d'infarctus.

Le manque d'activités physiques. Un mode de vie sédentaire peut contribuer à des niveaux élevés de cholestérol dans le sang ainsi qu'à certaines formes d'obésité. Les personnes qui font régulièrement de l'exercice physique ont de meilleures aptitudes cardiovasculaires, ce qui diminue leur risque global d'infarctus.

L'obésité. Les personnes obèses ont une forte proportion de graisse corporelle (un indice de masse corporelle de 30 ou plus). L'obésité augmente le risque de maladies cardiaques, car elle est généralement associée à des taux élevés de cholestérol, à l'hypertension artérielle et/ou au diabète.

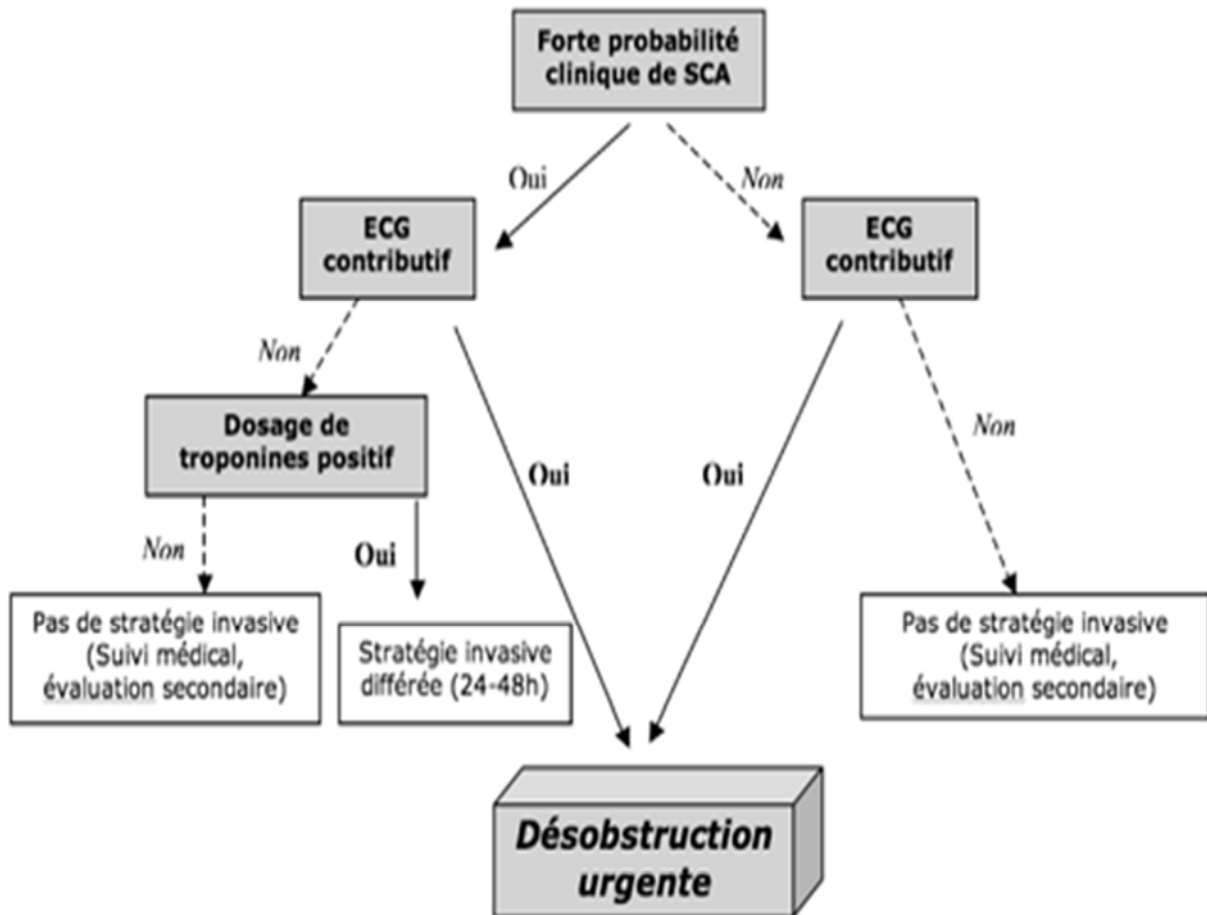
Le stress.

La consommation de drogues illicites.

¹ Une **dyslipidémie** est une concentration anormalement élevée ou diminuée de lipides (cholestérol, triglycérides, phospholipides ou acides gras libres) dans le sang.

Circuit de prise en charge rapide d'un syndrome coronarien aigu (Infarctus du Myocarde) :

Figure 11 : Algorithme décisionnel de la conférence de consensus « prise en charge de l'infarctus à la phase aigu en dehors des services de cardiologie » pour la prescription d'une désobstruction coronaire.



Source : ACC/AHA Guide lignes pour la prise en charge d'un syndrome coronaire aigu; traduction du Journal of the American College of Cardiology Vol 54, No 23, 2009.

La médecine d'urgence a pris une place importante dans la prise en charge de ces patients et les recommandations ont intégré les stratégies pré cardiologiques à mettre en œuvre tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

Deux entités nosologiques se distinguent :

- Les syndromes coronariens avec sus-décalage du segment ST (SCAST+) sont secondaires, le plus souvent, à une obstruction complète de l'artère coronaire et nécessitent une désobstruction urgente.

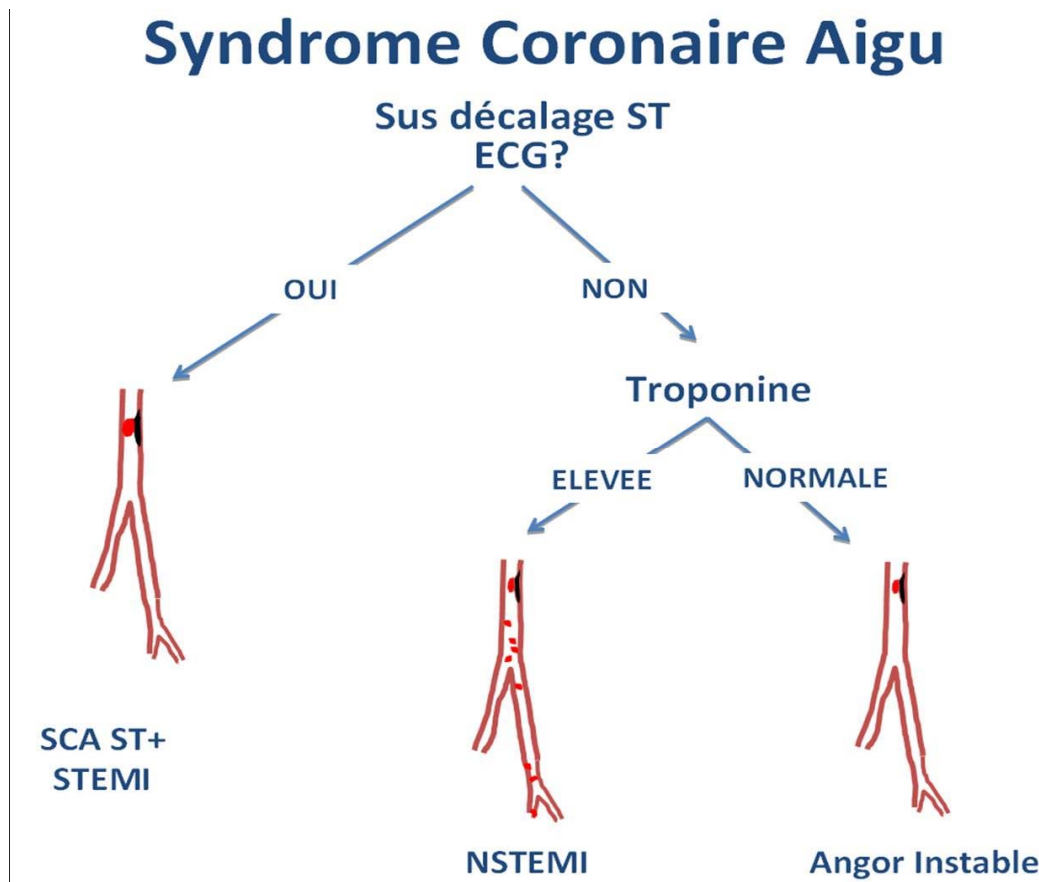
- Les syndromes coronaires sans sus-décalage du segment ST (SCA non ST+) regroupent des patients de gravité très variable. Leur diagnostic est plus difficile que celui des SCAST+ et leur prise en charge doit être adaptée à l'évaluation pronostique.

Le choix de la stratégie de reperfusion du SCA ST+ est fonction de plusieurs paramètres. Le principal déterminant de la morbi-mortalité est le délai entre le début de la symptomatologie jusqu'à la reperméabilisation coronarienne.

Cependant, tous les efforts doivent être entrepris pour augmenter le pourcentage de patients désobstrués afin de diminuer la morbi-mortalité. Ainsi, tout patient présentant un SCA ST+ doit bénéficier d'une désobstruction coronarienne dans les 12 premières heures.

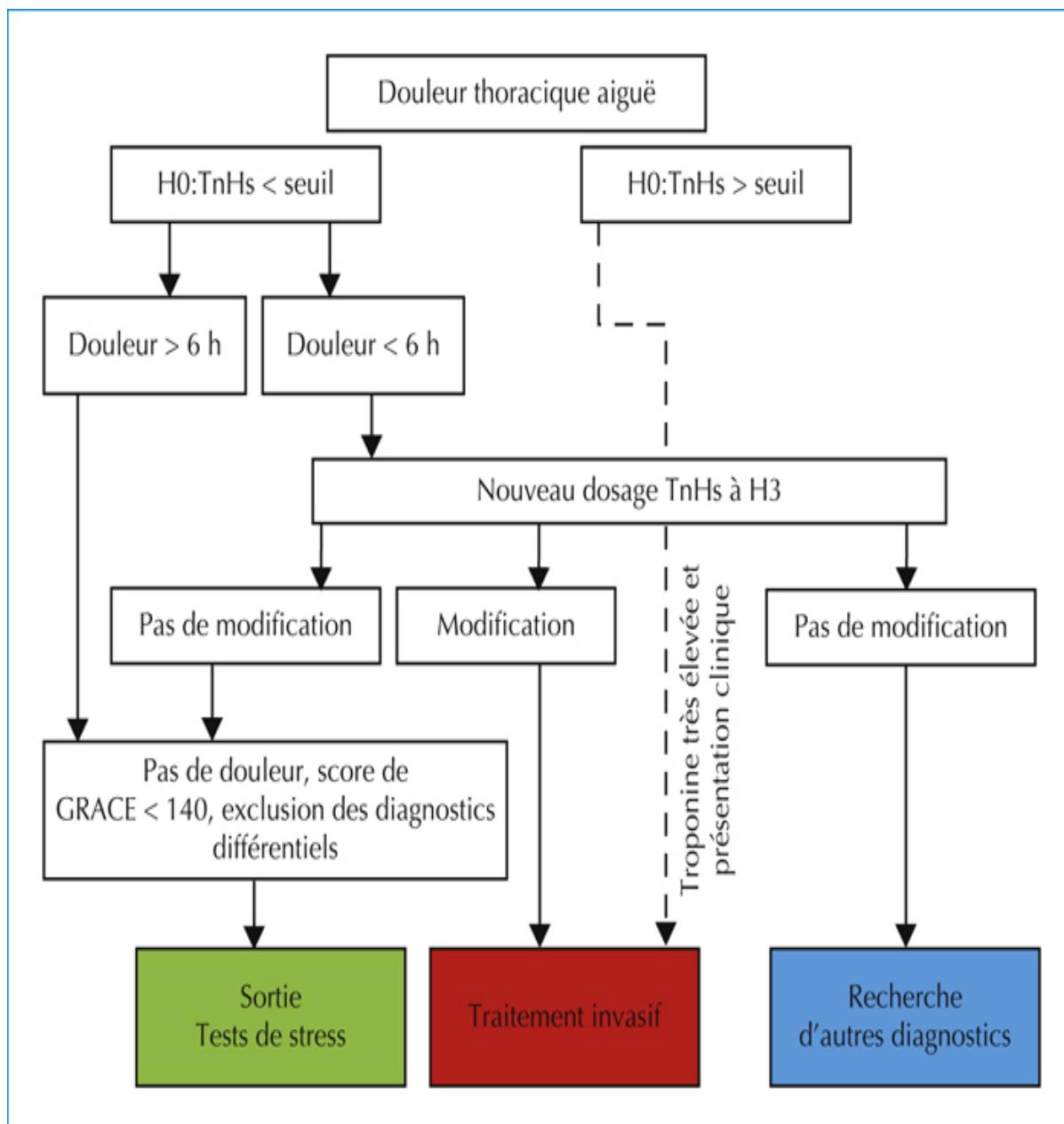
Le « premier contact médical » est défini comme l'arrivée auprès du patient du médecin permettant la réalisation d'un ECG.

Figure 12 : Différences au niveau des artères coronaires des syndromes coronaires aigus



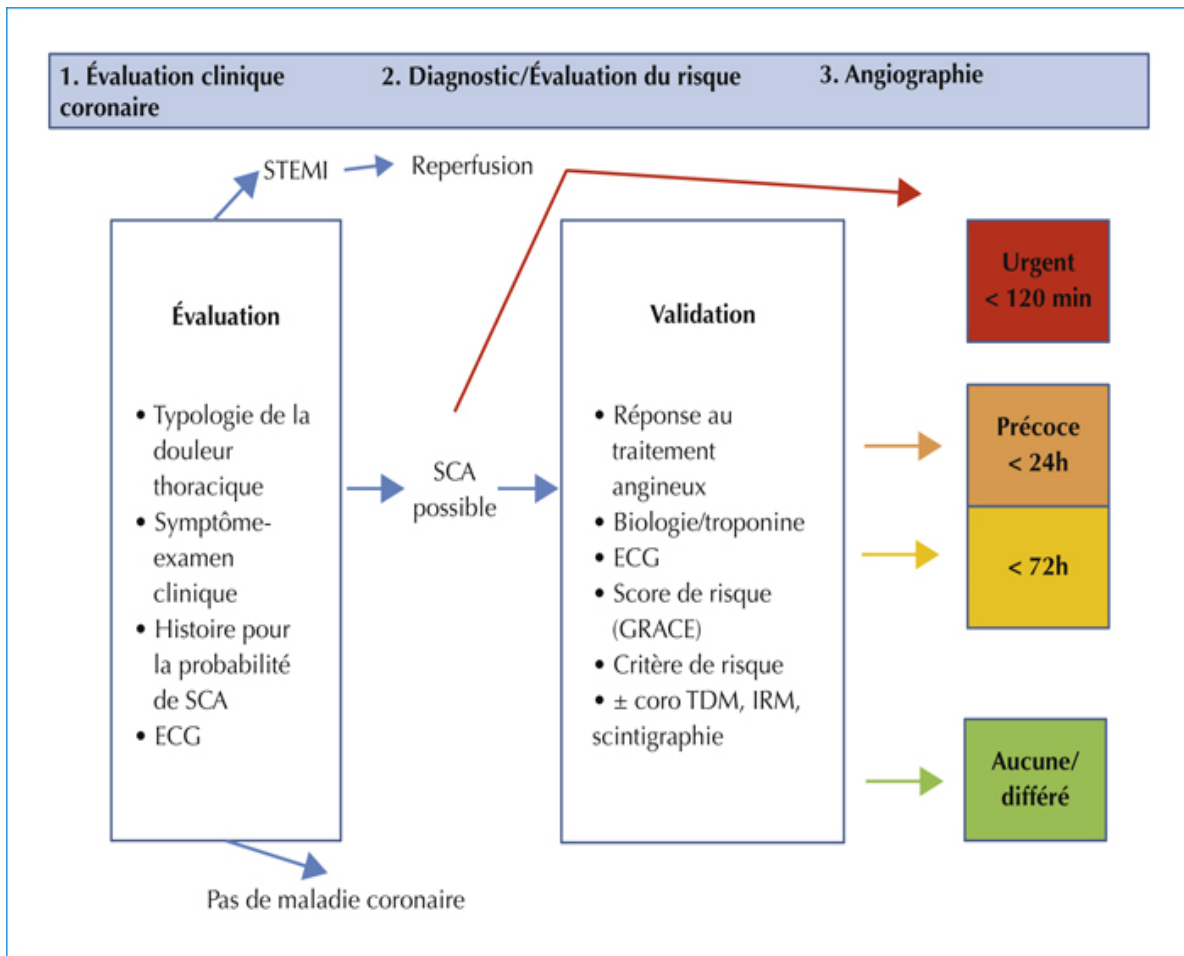
Source : Wiviott SD, Braunwald E, McCabe CH, et al. Syndrome coronaire aigu. N Engl J Med 2007 ;357(20):2001-15.

Figure 13 : Algorithme diagnostique d'infarctus du myocarde



Source : Steg PG, Bonnefoy E, Chabaud S, et al. Impact of time to treatment on mortality after prehospital fibrinolysis or primary angioplasty: data from the CAPTIM randomized clinical trial. Circulation 2003 ; 108 : 2851-6. Epub 2003 Nov 17.

Figure 14 : Indication de revascularisation (d'après l'algorithme de l'ESC 2011).



ESC : Société européenne de cardiologie ; ECG : électrocardiogramme ; SCA : syndrome coronaire aigu ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; coro-TDM : corotomodensitométrie.

Le traitement repose essentiellement sur la revascularisation coronaire, les traitements anticoagulants, antiagrégants et anti-ischémiques. La prise en charge est déterminée en fonction de l'estimation concomitante du risque ischémique et hémorragique. La prise en

charge de la douleur par un antalgique de type morphinique et des complications fait également partie intégrante de la prise en charge initiale.¹

La difficulté en urgence est de savoir à partir de quel niveau de probabilité diagnostique les traitements doivent être débutés. La question n'est pas résolue aujourd'hui mais les patients à fort risque pronostique sont le plus souvent ceux qui ont la probabilité diagnostique la plus élevée comme, par exemple, ceux ayant des modifications dynamiques du segment ST ou une élévation des troponines. Pour ces patients, les traitements doivent être débutés précocement par les urgentistes en accord avec les recommandations.

L'ESC a récemment élaboré des recommandations sur la prise en charge thérapeutique des SCA non ST+ qui sont différentes de celles élaborées par les sociétés américaines en particulier pour les traitements adjuvants. Les classes et les niveaux de preuves sont exprimés après chaque recommandation.

La prise en charge des SCA non ST+ obéit à deux objectifs en urgence. Le premier objectif est d'identifier les patients à haut risque ischémique nécessitant une revascularisation en urgence et des traitements antiagrégants et anticoagulants précoces. Le second objectif est d'exclure le diagnostic de SCA et de renvoyer à domicile avec un haut niveau de sécurité les patients se présentant aux urgences avec une douleur thoracique et une faible probabilité de SCA. Ce double objectif nécessite d'utiliser les algorithmes diagnostiques et pronostiques adaptés à la médecine d'urgence.

Ainsi plus on gagne du temps, plus on gagne du myocarde.

¹ Sgarbossa EB, Pinski SL, Barbagelata A, et al. Electrocardiographic diagnosis of evolving acute myocardial infarction in the presence of left bundle-branch block. GUSTO-1 (Global Utilization of Streptokinase and Tissue Plasminogen Activator for Occluded Coronary Arteries) Investigators. N Engl J Med 1996 ; 334 : 481-7.

Conclusion

L'évolution constante et les perpétuels changements de notre système de santé sollicitent la participation de tous les acteurs du secteur sanitaire, incluant le secteur pré hospitalier, les services de première ligne, les soins hospitaliers, les services de réadaptation et l'ensemble du personnel : médical, paramédical, logistique et administratif.

Dans ce contexte, les urgences demeurent une plaque tournante et le fer de lance du système de santé et se situent au cœur des préoccupations, et de toutes les insuffisances. Le service des urgences est le reflet direct de l'hôpital, il doit être placé en priorité dans les programmes d'amélioration, de restauration et de remise à niveau des structures sanitaires.

L'amélioration de cette structure reste la principale solution et la première étape pour améliorer la prise en charge des patients depuis leur arrivée à l'hôpital jusqu'à leur transfert en service.

La gestion de l'urgence devrait permettre de franchir des étapes supplémentaires vers le principal objectif visé, à savoir son optimisation au sein du réseau de la santé, et l'amélioration de la prise en charge des patients au sein du service des urgences médico-chirurgicales.

Conclusion Générale

Depuis plusieurs années, les établissements hospitaliers ont dû faire face à de multiples défis : la croissance des dépenses de santé, les progrès scientifiques et technologiques, les problèmes de démographie médicale, le vieillissement de la population, la montée en charge des pathologies chroniques, la transition épidémiologique, l'augmentation du nombre de maladies non transmissibles, la recrudescence des épidémies et des maladies transmissibles, l'augmentation du nombre des accidents de la circulation et de la voie publique et l'évolution des comportements des usagers.

Ces défis à la fois organisationnels et fonctionnels imposent aux professionnels de la santé de rechercher de nouveaux modes d'organisation plus performants pour palier à ces différentes difficultés et impasses.

Le service des urgences médico-chirurgicales est un service central dans un établissement hospitalier. En effet, c'est le premier ou le seul contact que le patient aura avec l'hôpital, il constitue donc la première unité à souffrir des différents défis que subissent les établissements sanitaires.

L'évaluation en médecine d'urgence a pour finalité l'amélioration de la qualité des soins, et l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, enjeu majeur en santé publique. Actuellement, les services des urgences sont de plus en plus sous pression, en raison de l'accroissement de la fréquentation de ces services, mais également de l'accroissement de la population et l'augmentation du nombre de pathologies. En outre, la détérioration des conditions de travail du corps médical s'accroît.

La problématique des urgences se trouve à l'interface de nombreux enjeux de notre politique de santé publique :

l'évolution des modes d'exercice des médecins de ville et l'organisation de la permanence des soins, l'avenir des missions et des budgets hospitaliers, l'égalité d'accès aux soins sur le territoire national, la promotion du parcours de soins et de la meilleure pertinence des actes, la souffrance des soignants hospitaliers au travail, la métamorphose des besoins de santé de la population, ou encore et plus généralement la place du soin non programmé dans notre système de soins sont autant d'occasions de questionner le fonctionnement et les missions des services d'urgences.

En ce sens, les urgences hospitalières offrent un reflet de l'ensemble des dysfonctionnements de notre système de santé et constitue la porte d'entrée et le centre gravitationnel de toute structure hospitalière.

De ces faits, découle directement une baisse de la qualité de prise en charge des patients. La problématique de ce défaut de qualité est double ; dans un premier temps pour la santé du patient, et dans un second temps pour la « santé » de l'établissement et du système de santé en totalité.

Il s'agit par ailleurs d'une question qui touche les concitoyens de près : plus de 10 millions de personnes se rendent aux urgences chaque année, pour certains d'entre eux à plusieurs reprises par mois ou par semaine.

Pour ces patients, les services d'urgences constituent la garantie d'une prise en charge sanitaire de haut niveau, mais également un filet de sécurité face à l'ensemble des situations de détresse, y compris, parfois, sur le plan social plus que sur le plan thérapeutique.

Si les services d'urgences sont donc un maillon-clé du système de soins, plusieurs cris d'alarme ont été poussés au cours des dernières années quant à leur avenir. Il s'agirait cependant de la partie la plus visible d'un mal plus profond, qui, remettrait en cause à moyen terme la soutenabilité de notre modèle actuel de prise en charge des urgences.

Si les services d'urgences ont jusqu'ici fait la preuve d'une forte résilience face à l'accumulation des difficultés, l'augmentation de la charge, la multiplication du nombre d'urgences en tout genre, la transition épidémiologique, il existerait aujourd'hui un vrai risque de remise en cause de leur fonctionnement, dont la multiplication des grèves notamment celle des médecins résidents pendant l'année 2018 ayant duré plus de 7 mois sans aboutir à des solutions concrètes quant au manque de moyens pour la prise en charge des patients, également l'exacerbation majeure des tensions au quotidien entre soignants et patients constitueraient des signaux alarmants.

Ainsi, il est plus que nécessaire de remédier à ces dysfonctionnements pour pouvoir apporter aux patients des soins plus satisfaisants et améliorer la prise en charge des malades tant sur le plan thérapeutique, que psychologique et organisationnel, afin d'aboutir à l'objectif principal qui est la guérison du patient à sa sortie de l'hôpital.

Enfin, l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients aux urgences repose sur une organisation optimale du service, une anticipation des besoins en termes d'offre de soins, une mise en place et le développement des différents réseaux de soins. Une amélioration globale pourrait être obtenue au cours des années à venir en redéfinissant clairement les missions et le fonctionnement du service des urgences médico-chirurgicales.

Limite de la recherche

Notre principale limite fût, le manque de communication avec le personnel médical et paramédical qui se trouve être submergé par l'afflux des urgences.

Perspectives de recherches

- Etude analytique et détermination d'algorithmes de prise en charge des différentes urgences médicales et chirurgicales.
- Le rôle du personnel paramédical (Infirmiers, aide-soignant, réceptionniste, technicien de surface, brancardiers et agents de sécurité) dans la gestion du service des urgences.
- L'impact de l'amélioration de la gestion du service des urgences sur la prise en charge des patients.

Références bibliographiques

Revues, ouvrages et travaux universitaires

« L'AFAQ association française pour l'assurance de la qualité ». Juin 1996 p 18 à p27

AFILALO, M. Les marqueurs de la performance à l'urgence, Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, publication interne, 1999.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. ANAES 1999 ; 1 vol : 31 p

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Paris ANAES ; 2000, 1 vol : page 23, page 48

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Les conférences de consensus : Bases méthodologiques pour leur réalisation en France. ANAES 2001 ; 1vol : 42 p

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Les recommandations pour la pratique clinique : Base méthodologique pour leur réalisation en France. ANAES 1999 ; 1vol : 48 p

Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale : Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris : ANDEM ; 1996, 1 vol : 66 p.

American College of emergency. «Definition of an emergency services, Annals of Emergency Medicine, no 23, 1994, p.1397

BEVERIDGE, R., et al. «Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG)», Journal de l'Association des médecins d'urgence du Québec, no 11, 1999

CARRASCO V, BAUBEAU D. Les usagers des urgences résultats d'une enquête nationale. Etudes et Résultats. 2003;(212).

CARRASCO V, BAUBEAU D. Les usagers des urgences médicales et chirurgicales. Etudes et Résultats. 2003.

CHERNY-LESSENOT S, KARWOWSKI-SOULIÉ F, LAMARCH-VADEL A, GINSBURG C, BRUNET F, VIDAL-TRECAN G. Management and pain relief in an emergency department from the adult patients' perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25:39-46

D.BONHOMME, « Pour une dynamique de la gestion de la qualité et des risques à l'hôpital » *Gestions hospitalières*, n° 334, 1994.

DONEBANIAN A : Explorations in quality assesment and monitoring : volume 1. The definition of quality and approaches to its assesment. Ann Arbor : Health Administration Press ; 1980, 163 p.

Grille d'Evaluation de la Qualité des Recommandations pour la pratique clinique. The AGREE Collaboration. ANAES 2002 ; 1 vol : 22 p.

Haute Autorité de Santé. Maîtrise statistique des processus en santé : comprendre et expérimenter. HAS 2004 ; 1 vol : 92 p.

Haute Autorité de Santé : Guide méthodologique : consensus formalisé d'experts. 2005, 1 vol à paraître.

Haute Autorité de Santé : Revue de pertinence des soins : application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. HAS 2005 ; 1 vol : 91 p.

HAYNES RB, DEVEREAUX PJ, GUYATT GH : La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec les patients. *EBM J* 2003 ; 34 : 5-8.

International Organisation Standardization SO 9000 édition 2000, Principes essentiels et vocabulaire, Publication de l'International Organisation Standardization, Genève, 2000, p.7

Journal of the American College of Cardiology 2009 Focused Updates : ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST-elevation Myocardial Infarction (Updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update) and ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Interventions (Updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update). Vol 54, No 23, 2009.

JURAN J.M. ; Gestion de la qualité ; AFNOR ; Paris ; 1983 ; p.15

KATSUYA HOSOTANI. LE GUIDE QUALITE DE RESOLUTION DE PROBLEME. Le secret de l'efficacité japonaise. 1997.

MATILLON Y, DURIEUX P : L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. Masson ed., Paris 2000, 161 p.

MATILLON Y, DURIEUX P : L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. Masson ed., Paris 2008, 234, 256 p.

MEUNIER, Laure DES DE MEDECINE GENERALE sur LES PARCOURS DE SOINS ET MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES HOSPITALIERES DE NANTERRE Présentée et soutenue publiquement le : 10 juin 2009

MINVEILLE E, GRENIER-SENNELIER C, CORRIOL C: COMPAQH : rapport d'étape. INSERM ed . 2003 ; 1 vol : 115 p.

SALMIM : Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins. Thèse de doctorat. 2009. P 6, 7,8.

SGARBOSSA EB, PINSKI SL, BARBAGELATA A, et al. Electrocardiographic diagnosis of evolving acute myocardial infarction in the presence of left bundle-branch block. GUSTO-1 (Global Utilization of Streptokinase and Tissue Plasminogen Activator for Occluded Coronary Arteries) Investigators. N Engl J Med 1996 ; 334 : 481-7.

STEG PG, BONNEFOY E, CHABAUD S, et al. Impact of time to treatment on mortality after prehospital fibrinolysis or primary angioplasty: data from the CAPTIM randomized clinical trial. Circulation 2003 ; 108 : 2851-6. Epub 2003 Nov 17.

Université de Technologie de Compiègne – Master 2 QPO –Juin 2018 – Simon DAVIDDI En ligne sur www.utc.fr/master-qualite/ puis « Travaux » > « Qualité-Management» > Référence 435.

VERGNENEGRE A : L'analyse coût-efficacité : un guide de lecture. Rev Mal Respir 2003 ; 20 : 166-75.

WIVIOTT SD, BRAUNWALD E, MCCABE CH, et al. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. N Engl J Med 2007 ;357(20):2001-15.

Dictionnaire :

Dictionnaire LAROUSSE français disponible en ligne sur
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

Rapports :

Edwards Deming Institute disponible sur : <http://www.deming.org> (The W. Edwards Deming Institute)

Centre hospitalo-universitaire de Tizi Ouzou : localisation, historique, organisation, épidémiologie disponible sur : <http://chuto.dz/>

CHRISTOPHER LENCLUD, URGENCES CHIRURGICALE, Mars 2007 disponible sur : www.lenclud.net/IFSI.

Médecine légale, décrets sur le système de santé disponible sur : www.medecinelegale.wordpress.com

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC, Guide de gestion de L'UNITÉ D'URGENCE, NOVEMBRE 2000 disponible sur : www.msss.gouv.qc.ca

Organisation mondiale de la santé disponible sur : <http://www.who.int/fr>

Organisation internationale de normalisation disponible sur : <https://www.iso.org/fr/home.html>

Soins infirmiers Conseil international des infirmières : définitions, caractéristiques disponible sur : <https://www.icn.ch/fr>

Table des matières

Page

Remerciements

Dédicace

Liste des abréviations et des sigles

Liste des figures

Liste des tableaux

Liste des annexes

Sommaire

Introduction générale..... 1

Chapitre I : Cadre théorique sur les urgences et le service d'urgence.

Introduction 10

Section 1 : Généralités sur les urgences et la médecine d'urgence 11

1.1 : Historique 11

1.2 : Définition et classification des urgences 12

1.2.2 : Définition 12

1.2.2 : Différentes catégories d'urgences 13

1.2.3 : Définition d'une urgence vitale 13

1.3 : La médecine d'urgence 16

1.4 : Qu'est-ce qu'un service d'urgences ? 17

Section 2 : Organisation et critères de qualité d'un service d'urgence 18

2.1 : Mission 18

2.2 : L'accès à l'unité des urgences 19

2.3 : Le triage 20

2.4 : Les critères d'installation des patients sur une civière 21

2.5 : Prise en charge médicale du patient à l'unité des urgences 21

2.5.1. Les conditions pour prendre en charge un patient à l'unité d'urgence 22

2.5.2. La prise de décision médicale 23

2.5.3. Les examens diagnostiques aux urgences 23

2.6 Ressources professionnelles du service des urgences 24

2.6.1. : Personnel médical de l'unité d'urgence. 24

2.6.2. : La départementalisation 25

2.6.3. : Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence 26

2.6.4. : Personnel infirmier de l'unité d'urgence 27

Section 3 : Les techniques d'évaluation de la qualité des soins applicables aux

urgences médico-chirurgicales 32

3.1 : Les signaux d'alarme	32
3.2 : Les délais	33
3.3 : Le suivi d'examens types	33
3.4 : La revue systématique de dossiers	34
3.5 : Le suivi de traceurs	34
3.6 : La mesure de la satisfaction des patients	34
3.7 : Performance médicale et bonnes pratiques cliniques	39
Conclusion	40

Chapitre II : Démarche qualité et évaluation de la qualité de soins.

Introduction	42
Section 1 : Vue globale sur la qualité, les soins et l'assurance qualité	42
1.1 : La qualité en général	42
1.1.1 : Définitions	42
1.2 : Soins	46
1.2.1 : Définitions	46
1.2.2 : Les différents types de soins	46
1.3 : Qualité et assurance qualité en santé	49
1.3.1 : Déontologie médicale	49
1.3.2 : Les ordonnances de 1996	50
1.3.3 : L'accréditation	50
Section 2 : Généralités sur l'évaluation de la qualité de soins	51
2.1 : Objectifs de l'évaluation de la qualité de soins	52
2.2 : Les concepts de l'évaluation des soins	53
2.3 : Les méthodes d'évaluation de la qualité des soins	53
2.3.1 : Les méthodes de type revue de dossiers par des pairs	53
2.3.2 : Les méthodes de type audit clinique	53
2.3.3 : Les concepts nés dans le monde industriel	54
2.3.4 : Les concepts de recherche en évaluation de la qualité	55
2.3.5 : Les techniques de synthèse de l'information	55
2.3.5.1 : Les conférences de consensus	55
2.3.5.2 : Les recommandations de pratique clinique	56
2.3.5.3 : Le Consensus Formalisé d'Experts	58
2.3.5.4 : Les techniques comparatives à un référentiel	58
2.3.5.5 : L'audit clinique.....	59
2.3.5.6 : La revue de pertinence des soins	60
2.3.5.7 : L'approche par processus	61
2.3.5.8 : Les méthodes d'analyse d'un processus	61
2.3.5.9 : Le chemin clinique	62

2.3.5.10 : L'approche par problème	66
2.3.5.11 : Méthode de résolution de problèmes	66
2.4 : Les indicateurs de l'évaluation de la qualité de soins	69
Section 3 : Démarche qualité dans les établissements de santé	73
3.1 : Concepts fondamentaux de la qualité	73
3.1.1 : La qualité hospitalière	73
3.1.2 : L'amélioration de la qualité	74
3.2 : Définition de la qualité hospitalière et enjeux	75
3.2.1 : Enjeux de la qualité hospitalière	77
3.3 : Principes essentiels de la démarche qualité et mise en œuvre	78
3.3.1 : Principes essentiels de la démarche qualité	78
3.3.2 : Mise en œuvre	80
Conclusion	82
Chapitre III : Le Pavillon des urgences médico-chirurgicales du centre hospitalouniversitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou	
Introduction	85
Section 1 : Présentation et état des	85
1.1 : Historique du CHU de Tizi Ouzou	85
1.2 : Les Missions du CHU	86
1.3 : Localisation et organisation	87
1.3.1 : Unité mère Nedir Mohamed	88
1.3.2 : Unité Belloua	88
1.3.3 : La Clinique Dentaire	89
1.3.4 : Médecine Du Travail	89
1.3.5 : Centre de transfusion sanguine	89
1.3.6 : Urgences médico-chirurgicales	89
Section 2 : Limites et insuffisances observées	91
Section 3 : Solutions et perspectives proposées	96
Section 4 : Cas pratique : Algorithme de prise en charge d'un infarctus du myocarde aux urgences	102
Conclusion	112
Conclusion générale	113
Références Bibliographiques	117

Résumé

Ce travail de recherche a pour objet d'étude : les démarches pour l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients : cas du centre Hospitalo-Universitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou. La méthodologie choisie est l'étude de cas. Nous avons choisi d'étudier le service des urgences médico-chirurgicales du CHU de Tizi-Ouzou afin d'appuyer notre étude théorique qui est l'évaluation de la qualité de prise en charge des patients au sein des urgences, afin de déterminer les insuffisances et les obstacles entravant cette prise en charge et proposer des solutions pour y remédier. Suite à ce travail nous sommes arrivés aux résultats suivants : Une hausse de la fréquentation des urgences due à plusieurs phénomènes mais pas de dimensionnement des services d'urgences en parallèle. Un malaise grandissant du personnel soignant qui se sent acculé par la charge de travail, sans que des mesures soient prises en termes de ressources ou d'organisation. Une qualité de prise en charge des patients qui se dégrade suite à l'embolisation des services d'urgences et pour laquelle aucune amélioration n'est prévue pour les prochaines années. Un domaine hospitalier très peu familiarisé et non formé à la gestion de flux, l'organisation logistique et la prise en charge des urgences.

Mots clés : Urgence, Prise en charge, Évaluation, Qualité, Patient, Amélioration.

Abstract

This research work has for subject: the steps to improve the quality of care of patients: the case of the University Hospital Nedir Mohamed of Tizi-Ouzou. The chosen methodology is case study. We chose to study the medical and surgical emergency department of the University Hospital of Tizi-Ouzou in order to support our theoretical study which is the evaluation of the quality of care of patients in the emergency departments, in order to determine the deficiencies and the obstacles hindering this support and proposing solutions to remedy it. We arrived at the results: An increase in emergency attendance due to several phenomena but no sizing of emergency services in parallel. Growing discomfort among caregivers who feel overwhelmed by the workload, with no measures in terms of resources or organization. A quality of care for patients that deteriorates following embolization of emergency services and for which no improvement is planned for the coming years. A hospital field that is very unfamiliar and untrained in flow management, logistical organization and emergency management.

Key words: Emergency, Management, Assessment, Quality, Patient, Improvement.