



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'hôpital**

**Promotion 2005**

---

**Le processus de prise en charge et la  
dynamique de flux aux urgences  
Etat des lieux et propositions pour le service  
d'UPATOU du CH de Lannion-Trestel**

---

**Noémie SAINT-HILARY**

---

# Remerciements

---

*J'exprime toute ma reconnaissance à M. Bréban, Directeur du Centre hospitalier Pierre le Damany de Lannion-Trestel, et à M. le Docteur Fasquel, qui m'ont donné l'occasion de réaliser ce travail enrichissant. Je remercie l'ensemble de l'équipe de direction pour son accueil qui a contribué à ma pleine intégration dans l'établissement.*

*Je tiens à remercier particulièrement M. Bertrand, directeur adjoint et maître de stage, ainsi que Mme Le Gac, responsable qualité, pour m'avoir fait bénéficier de leur expérience.*

*J'adresse mes plus sincères remerciements à l'ensemble de l'équipe de l'UPATOU de l'hôpital de Lannion, ainsi qu'à tous ceux qui m'ont apporté leur aide pour la réalisation de ce projet.*

*Je remercie également M. le Docteur Roussel, enseignant à l'École Nationale de la Santé Publique, pour avoir accepté de diriger ce travail et m'avoir prodigué ses conseils.*

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LE DOUBLE DEFI DES SERVICES D'URGENCE : LA SATISFACTION DE L'USAGER ET LA GESTION DES FLUX.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 L'évolution de la prise en charge de l'utilisateur à l'hôpital : la dialectique usager / service public et la recherche de la satisfaction du patient .....</b>	<b>13</b>
1.1.1 L'évolution du rapport de l'utilisateur à sa prise en charge.....	14
1.1.2 La recherche de la satisfaction de l'utilisateur, conséquence d'une relation dialectique .....	17
<b>1.2 La prise en charge des utilisateurs aux urgences : subjectivité de l'urgence et spécificités des utilisateurs.....</b>	<b>21</b>
1.2.1 Prise en charge urgente et prise en charge aux urgences.....	21
1.2.2 Caractéristiques de l'utilisateur des urgences.....	24
1.2.3 Prise en charge aux urgences et gestion des flux .....	29
<b>1.3 La prise en charge des utilisateurs aux urgences de Lannion : l'intérêt d'un projet d'étude .....</b>	<b>34</b>
1.3.1 Une prise en charge générant des insatisfactions chez les utilisateurs.....	34
1.3.2 Pertinence, problématique et objectifs d'une étude relative à la prise en charge des utilisateurs aux urgences du Centre hospitalier de Lannion – Trestel.....	37
<b>2 ETUDE DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE LANNION –TRESTEL .....</b>	<b>39</b>
<b>2.1 Le périmètre de l'étude et la construction du projet.....</b>	<b>39</b>
2.1.1 Un périmètre d'étude circonscrit aux urgences .....	39
2.1.2 Le choix d'une étude de terrain.....	40
2.1.3 Le pilotage stratégique du projet.....	42
<b>2.2 L'analyse critique du processus .....</b>	<b>44</b>
2.2.1 La mise en œuvre de l'approche processus .....	44
2.2.2 Description du processus de prise en charge.....	46
<b>2.3 Identification et analyse des dysfonctionnements dans la mise en œuvre du processus de prise en charge .....</b>	<b>50</b>
2.3.1 Les dysfonctionnements du processus de prise en charge .....	51
2.3.2 La mise en exergue des faiblesses du processus .....	56

<b>3 MOBILISATION STRATEGIQUE ET OPERATIONNELLE POUR UNE MAITRISE DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>58</b>
<b>3.1 Analyse critique des résultats.....</b>	<b>58</b>
3.1.1 Les biais de l'observation .....	58
3.1.2 La position d'arbitre, ou les complexités de la neutralité .....	60
3.1.3 La valeur relative de la notion de « satisfaction de l'utilisateur » : l'utilisateur consommateur ?.....	61
<b>3.2 Propositions d'amélioration pour une maîtrise du processus .....</b>	<b>62</b>
3.2.1 Une dynamique managériale pour des actions d'amélioration efficaces .....	63
3.2.2 Une réflexion centrée sur les flux .....	67
<b>3.3 Globalité de la démarche et positionnement professionnel du directeur d'hôpital .....</b>	<b>68</b>
3.3.1 La recherche de l'effet de levier, ou les quatre dimensions de la démarche d'amélioration.....	69
3.3.2 Du diagnostic à la recherche de solutions : le processus décisionnel, la pérennisation et l'évaluation du projet.....	74
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>76</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>77</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACMU : Association canadienne des médecins d'urgence

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

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

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

IAO : Infirmier d'accueil et d'orientation

NENA : National Emergency Nurses Affiliation

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

Risques NRBC : Risques nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique

SFMU : Société francophone de la médecine d'urgence

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

UPATOU : Unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences

## INTRODUCTION

Le directeur d'hôpital maîtrise et met en œuvre des compétences techniques multiples. Il conduit des projets, dont il a une vision synthétique et exhaustive tout en maîtrisant l'ensemble de leurs composantes sous-jacentes, nombreuses et souvent complexes. Il assure une articulation optimale entre ces différents projets. Il gère le quotidien avec efficacité et réactivité, mais veille à conserver une hauteur de vue suffisante pour assurer sa mission de pilote stratégique...Il tranche les nœuds gordiens, déroule les fils d'Ariane, s'oriente dans les dédales de l'organisation, et surtout, maîtrise Chronos...

L'élève-directeur découvre les différents aspects de ce métier au cours du second stage hospitalier qu'il a l'opportunité d'effectuer. Peu à peu, il se confronte à la réalité, il se forge des représentations plus précises et sans doute plus justes. Il apprend son métier, à travers des activités si variées qu'il éprouve parfois quelque difficulté à établir entre elles le lien qui doit exister pourtant...

Le besoin se fait alors sentir d'un questionnement, d'une remise en question de toute cette activité. Qu'est ce qui justifie un tel déploiement d'énergie ? L'élève-directeur apprend son métier, mais quel est le *sens* de ce métier ? Il découvre les possibilités d'action dont il disposera, mais quel est le *sens* de son action ?

La réponse est banale sans doute, déjà maintes fois évoquées, il s'agit de soigner un malade. Ou, pour être plus exhaustif et ne laisser de côté ni les parturientes, ni les personnes en soins palliatifs, ni les familles... il s'agit de prendre en charge un usager. C'est pourtant un but *fondamental* au sens littéral, puisqu'il touche au *fondement* de l'action.

Réaliser un mémoire sur le thème de la prise en charge du patient suscite un questionnement qui permet de rapprocher le métier de directeur d'hôpital de son sens, de ce qui sous-tend toute l'action liée à l'exercice de cette profession. Si cet objectif trouve sa justification à tout moment de la carrière du directeur d'hôpital, il semble d'autant plus pertinent de le poursuivre au moment de l'apprentissage. Le temps de la découverte n'est-il pas particulièrement propice à cette quête du sens ?

Si le mémoire peut-être un outil mis au service de cette quête, il ne saurait cependant lui être asservi. Le mémoire en effet est un exercice doublement encadré : une limite est posée en ce qui concerne tant son épaisseur que le temps qui doit être consacré à sa réalisation. Il était donc nécessaire de ne se consacrer qu'à une partie de la prise en charge à l'hôpital.

Trois éléments contribuèrent à orienter ce choix pour retenir, en tant que thème d'étude, la prise en charge des usagers aux urgences. Tout d'abord, les urgences

reçoivent, de manière récurrente, de nombreux échos médiatiques. Or, l'analyse du traitement, par les médias, de la question des urgences, notamment hospitalières, révèle que « parler des urgences » implique de manière quasiment automatique de « parler des problèmes des urgences ». Cette position, qu'elle soit ou non justifiée, a conduit à poser un diagnostic désormais communément admis : les urgences sont en crise ! L'analyse de cette affirmation qui est presque devenue un postulat justifie le développement d'un questionnement relatif à la prise en charge des usagers aux urgences (1).

Ensuite, le métier de directeur d'hôpital est centré sur les questions touchant à l'organisation. Or, la notion d'urgence est généralement présente dès que l'on évoque l'organisation, mais elle intervient le plus souvent de manière ponctuelle et est fréquemment liée à la notion de crise. En ce sens, l'organisation hospitalière est atypique dans le sens où elle doit intégrer la notion d'urgence indépendamment de toute crise, dans le quotidien de son fonctionnement (2).

Enfin, le fonctionnement d'un service d'urgence repose sur un paradoxe, dans la mesure où il procède d'une double logique : il est à la fois un service de prise en charge médicale proprement dite, et une charnière de l'hôpital, une porte d'entrée à partir de laquelle se décline le circuit du patient dans l'établissement. Cette spécificité rend particulièrement intéressante la réalisation d'une étude sur ce thème dans le cadre d'un projet professionnel (3).

## 1) La crise des urgences

Au mois d'avril, les médecins urgentistes du Centre hospitalier Pierre-le-Damany de Lannion – Trestel étaient en grève. Parti de la région Bretagne, le mouvement de grève devait rapidement s'étendre à tout le territoire national.

L'analyse du phénomène de « crise » que connaissent les urgences hospitalières appelle une première observation : il ne s'agit pas d'une difficulté réservée au seul système de santé français. Un document d'information de l'ACMU<sup>1</sup> dénonce l'encombrement et les longues périodes d'attente qui caractérisent les services d'urgence du Canada, ainsi que l'impact de ces difficultés sur la population, en expliquant qu'« un récent sondage mené par Ipsos Reid semble indiquer que 74% des Canadiennes et Canadiens sont préoccupés par le prolongement de l'attente dans les salles d'urgence et la détérioration du niveau de service ». Le 15 juin 2004, cette association a lancé, en collaboration avec la « National Emergency Nurses Affiliation » (NENA), une campagne

nationale de sensibilisation, destinée à expliquer la position des ces organisations relative aux raisons de l'encombrement des services d'urgence et à proposer des solutions pour améliorer la qualité des soins et les conditions de travail du personnel des urgences du Canada.

En ce qui concerne plus particulièrement le Québec, un article du quotidien « Le Monde »<sup>2</sup> explique que les urgences « souffre[nt] de deux maux anciens dans la province : une pénurie de médecins en régions et une forte hausse des admissions en zones urbaines ». Il accuse « la rigoureuse politique de limitation des dépenses publiques » et la « recherche du déficit zéro », à l'origine d'une importante réduction du nombre de lits et du départ à la retraite anticipée de huit mille infirmiers et mille cinq cents médecins... Une réduction de dix pour cent du budget de la santé dans les années 1990 est considérée comme responsable de cette situation critique.

Les urgences européennes ne sont pas épargnées : Marielle Chodosas fait référence, dans une thèse proposant une étude comparative des services d'urgence dans différents pays européens<sup>3</sup>, aux difficultés rencontrées en 2002 par l'Espagne, confrontée à une augmentation de fréquentation, à une insuffisance de continuité dans la chaîne des soins, à une mauvaise évaluation de l'efficacité des services d'urgence et à la forte démotivation du personnel. Le même texte évoque également les difficultés de l'Italie confrontée aux problèmes de surcharge et de montée de la violence aux urgences, avec une diminution corrélative de la qualité, de l'Allemagne qui a du faire face à des difficultés concernant l'orientation des patients notamment poly-pathologiques, et enfin du Portugal, lui aussi concerné par l'encombrement des services d'urgence et l'afflux de patients dont l'état ne relèverait pas médicalement de l'urgence.

Le quotidien « Le Monde »<sup>4</sup> agite quant à lui « le spectre de la privatisation » qui menacerait la Grande-Bretagne, décrit quelques prises en charge particulièrement insuffisantes par les urgences britanniques et rappelle certaines données fournies par une étude de l'OCDE, qui montre que « la part des dépenses de santé dans le PIB du

---

<sup>1</sup> « L'encombrement des départements d'urgence au Canada » Document d'information de l'ACMU, disponible sur le site de la « Canadian association of Emergency Physicians » : [www.caep.ca](http://www.caep.ca)

<sup>2</sup> Fricreau B., « Au Québec, les urgences victimes de l'objectif « déficit zéro » », Le Monde, 24 septembre 2003

<sup>3</sup> Chodosas M., « Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans cinq pays européens : la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Portugal », Thèse pour le doctorat en médecine, soutenue publiquement le 31 octobre 2002.

<sup>4</sup> Nunès E., « En Grande-Bretagne, le spectre de la privatisation », Le Monde, 24 septembre 2003

Royaume-Uni marque un écart croissant depuis vingt ans par rapport à la France ou aux Etats-Unis ». Là encore, l'insuffisance des moyens est affichée comme la principale cause du problème.

La France ne semble pas présenter un visage très différent de celui de ses voisins européens ou de ses amis nord-américains. Tout d'abord, il semble opportun d'évoquer quelques chiffres que publiait la revue « Soins » en 2002 <sup>5</sup>: « Plus de dix millions de patients ont été accueillis en 2000 par les services d'urgence hospitaliers en France, onze millions d'appel par an sont gérés par les centres 15 et les trois cent cinquante SMUR de France prennent en charge plus de six cent mille patients, les urgences vitales ne recouvrent que 5% des admissions aux urgences, seuls 30% des patients sont hospitalisés après leur visite aux urgences, la traumatologie domine avec 48% des visites, 80% des admissions relèvent d'une consultation de médecine généraliste ».

Il est probable que ces données, qui ne semblent pas résulter du calcul d'une moyenne, ne concernent que les grandes agglomérations, voire seulement la région parisienne. Elles ne sont donc pas à retenir pour une analyse précise et scientifique de l'activité des urgences. En revanche, le fait qu'elles soient citées et utilisées comme la base d'une réflexion constitue un fait intéressant. En effet, la crise des urgences provient d'un profond mal-être des professions de santé, à moins qu'elle n'engendre ce mal-être. Le Professeur Jacques Kopferschmidt, chef du service des urgences de l'Hôpital civil de Strasbourg, et le Professeur Eric Roupie, chef du service des urgences à l'hôpital Henri-Mondor de Créteil, en témoignent lorsqu'ils affirment que « les urgences souffrent d'un manque de reconnaissance <sup>6</sup> ». Pourtant, à l'expression de ce mal-être nécessairement lié au ressenti, à l'expérience subjective, les professionnels de santé tentent de substituer, ou du moins d'associer, une analyse rigoureuse des faits, fondée sur des données chiffrées et permettant d'expliquer une démotivation perceptible.

Pourtant, une référence systématique à des données chiffrées, si elle permet d'appréhender l'augmentation de la fréquentation des services d'urgence, et la part croissante de patients qui y sont acceptés et dont on peut considérer que l'état relève de la médecine générale, ne donne pas une vision exhaustive des problèmes rencontrés par les urgences. Béatrice Humbert, cadre infirmier supérieur en SAU, et Bruno Riou, Professeur des universités et chef du SAU du CHU La Pitié-Salpêtrière, ont exposé les

---

<sup>5</sup> Soins n°664, avril 2002, p17, Sources citées : AP-HP, données chiffrées 2001, et Samu de France 2001

<sup>6</sup> Propos recueillis par Ané C. et Jacot M., Le Monde, 16 mars 2005

éléments qui leur semblaient constituer les principales difficultés des services d'urgence<sup>7</sup>. Le premier problème évoqué est celui de l'implication de plus en plus faible des médecins généralistes dans la prise en charge des urgences, alors que ces médecins ont un rôle crucial en ce qui concerne le tri et l'orientation des patients. Dans un second temps, la pénurie de lits est présentée comme « un phénomène nouveau (...) qui constitue probablement le problème majeur auquel les services d'urgence sont aujourd'hui confrontés ». Les auteurs relèvent des difficultés croissantes pour disposer de lits d'hospitalisation pour les patients des urgences, et soulignent la fermeture de nombreux lits de longs et moyens-séjours ou de lits de soins de suite, ayant comme conséquence directe le blocage de lits de médecine aiguë, et comme conséquence indirecte le blocage des urgences.

La crise des urgences a logiquement suscité des réactions politiques. En 2003, le gouvernement Mattéi présentait le « Plan Urgences » dans un esprit affiché de globalité. Le Ministre chargé de la santé entendait mettre en œuvre « un plan global pour toute la chaîne des urgences : depuis l'amont, avec l'importance si essentielle de l'échelon de premier recours au soin ; ensuite la place et le fonctionnement des urgences au sein de l'hôpital ; jusqu'à l'aval des urgences, à l'hôpital, dans les services de soins de suite et jusqu'au retour à domicile<sup>8</sup> ». Ce plan proposait des solutions dont certaines, telles que la reconnaissance d'une spécialité de médecine d'urgence, ou l'affirmation des urgences comme mission fondamentale de l'hôpital, touchaient à la question de la meilleure reconnaissance des urgences. D'autres étaient axées sur le développement de coopérations, dans le cadre de réseaux ou de l'articulation ville-hôpital, d'autres enfin concernaient l'investissement. Certaines de ces dispositions furent mises en œuvre avec succès, mais le « Plan urgences » ne mit pas un terme à la crise des urgences.

Le début du deuxième trimestre 2005 est marqué par une importante mobilisation des médecins exerçant en service d'urgence. Affichant un taux de mobilisation dépassant 55% dans les centres hospitaliers universitaires et 75% dans les centres hospitaliers généraux<sup>9</sup>, ce mouvement entend dénoncer la dégradation des conditions de travail des

---

<sup>7</sup> « Les enjeux des urgences en France », Soins n°664, Avril 2002

<sup>8</sup> Discours de J.F. Mattéi, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, prononcé le 30 septembre 2003, disponible sur le site Internet du Ministère de la santé, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr), rubrique Dossiers

<sup>9</sup> Taux de mobilisation annoncé : 56% en CHU, 76.5 % en CH, communiqué de presse de la DHOS du 4 avril 2005, site Internet du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

médecins en service d'urgence, les insuffisances de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux et son problème corrélatif : celui de l'encombrement des services d'urgence par des patients dont l'état relèverait de la médecine générale. Les manques de lits dans les structures d'aval font également partie des griefs annoncés.

Sans vouloir se prononcer sur le fond, on peut déduire de la virulence des protestations du corps médical concerné par les urgences, relayées par les médias, et semblant trouver dans la population un écho favorable, que « la crise » des urgences demeure un sujet d'actualité. Les quinze millions d'euro supplémentaires, affectés au « Plan urgence » de 2003 ainsi porté à cent quatre vingt dix millions d'euro, ont apporté un apaisement et permettent de mettre en place des solutions, mais ne constituent pas LA solution de la crise, qui vraisemblablement fera encore parler d'elle à l'avenir.

Cette notion de crise des urgences renvoie, par un jeu sémantique, aux deux notions distinctes et pourtant associées de crise et d'urgence, qui reviennent avec constance lorsque l'on se penche sur la question des organisations.

## 2) Urgence et organisation

Giovanni Gasparini soutient que « l'urgence est en passe de devenir une composante ou un ingrédient presque « normal » de la vie quotidienne et des dynamiques organisationnelles<sup>10</sup> ». Or un service d'urgence est une organisation, ou du moins un sous-système appartenant à un système organisationnel plus vaste. Il est donc logiquement touché par le phénomène décrit par le professeur de sociologie. Dès lors, on perçoit la complexification à laquelle le service d'urgence doit faire face. Tout d'abord, ainsi que le précise la circulaire du 16 avril 2003, « les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et / ou fonctionnel, qui exigent (...) 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<sup>11</sup> ». L'urgence constitue alors la finalité de l'action, et non une simple composante latente de la vie de l'organisation. Pour autant, les services d'urgence sont également confrontés à la prégnance de plus en plus marquée de l'urgence dans la vie organisationnelle : cette évolution implique que des éléments ne tenant pas à la prise en charge du patient menacé dans son pronostic vital, mais à l'organisation globale du service, se voient estampillés du caractère urgent. La notion d'urgence est alors extraite

---

<sup>10</sup> Gasparini G., « Temps, organisation et urgence », Sciences de la société, n°44, mai 1998, p 23

<sup>11</sup> Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

du contexte médical qui est presque systématiquement le sien lorsque l'on se réfère à l'hôpital, pour prendre une dimension managériale qui n'est pas spécifique aux urgences, mais emporte des conséquences non négligeables sur l'organisation de la prise en charge de l'utilisateur dans le service d'urgence.

Ce lien entre l'urgence et l'organisation implique pour les services d'urgence un paradoxe qui mérite d'être relevé. En effet, l'association du concept d'urgence à celui d'organisation, notamment lorsque est abordée la question de la décision, débouche généralement sur la notion de crise. Patrick Lagadec, directeur de recherche à l'École Polytechnique, évoque la place de l'urgence par rapport à la crise en précisant que « la crise, c'est l'urgence plus la déstabilisation<sup>12</sup> ». Or le traitement des urgences hospitalières consiste précisément à faire face à l'urgence sans que celle-ci n'entraîne de déstabilisation de l'organisation. La crise, qui « menace les objectifs fondamentaux de l'organisation » et « s'accompagne (...) d'un effondrement du système de valeurs » selon Jean-Louis Darréon<sup>13</sup>, ne doit en aucun cas être le corollaire de l'urgence (entendue dans un sens médical) dans le milieu hospitalier. L'organisation doit intégrer l'urgence sans que sa stabilité soit aucunement remise en cause par l'urgence même. Ce n'est plus alors l'urgence qui influe, par la pression temporelle qu'elle exerce sur les acteurs, sur une organisation subsistant, mais bien l'organisation qui se construit volontairement autour du concept de l'urgence.

Cette spécificité a des implications sur la conception du travail en service d'urgence. Nicole Aubert explique que « dans les organisations en état d'urgence, l'unité de temps est optimisée et le temps est entièrement absorbé au service de la performance. Tout aléa induit donc systématiquement un syndrome de manque de temps<sup>14</sup> ». On peut en déduire que le manque de temps est une impression latente et permanente dans un service d'urgence, qui pour autant ne remet pas en question le bon fonctionnement du service. Il s'agirait d'une conséquence de la finalité de l'action plus que d'une insuffisance organisationnelle. On doit cependant se garder de toute conclusion hâtive : des dysfonctionnements d'ordre organisationnel peuvent incontestablement engendrer une mauvaise gestion du temps, donc un sentiment de perte de temps.

Cette évocation du « sentiment » de perte de temps renvoie à la perception que l'individu peut se faire du temps, et, partant, de l'urgence. On aura l'occasion de revenir sur la question de la perception du temps et de l'urgence par les usagers des services d'urgence au cours de la réflexion que l'on se propose de mener, mais l'impact de la construction mentale individuelle que chacun se fait de ces notions peut être abordée en

---

<sup>12</sup> Darréon J.L., Cité in « Urgence(s) en débat », Sciences de la société, n°44, mai 1998, p 4

<sup>13</sup> « Urgence(s) en débat », op. cité, p 4

introduction dans le sens où, concernant tous les individus composant une société, elle a des répercussions sur le personnel des services d'urgence. Ainsi, Nicole Aubert, pour qui « notre époque est en train de vivre une mutation radicale dans son rapport au temps », considère que « cette mutation affecte profondément notre manière de vivre et de travailler et contribue à l'émergence d'un nouveau type d'individu, flexible, pressé, centré sur l'immédiat, le court terme et l'instant<sup>15</sup> ». Le manque de temps si régulièrement évoqué par les acteurs des services d'urgence participerait d'une évolution sociétale globale, rendue plus perceptible peut-être dans un secteur où le manque de temps a des conséquences touchant à la santé, voire à la vie, des individus.

Travailler aux urgences implique-t-il nécessairement de travailler dans l'urgence ? Si l'on se réfère à Kant qui posait l'espace et le temps comme des catégories a priori de notre représentation du monde, on peut supposer que la confrontation permanente à l'urgence doit avoir un impact en effet sur la représentation que se forge l'acteur des urgences de son action professionnelle. Cette influence semble d'autant plus vraisemblable que l'on évoque ici une notion d'urgence vitale, ou du moins étroitement liée à l'intégrité de l'être humain. Nicole Aubert rappelle que Tom Peters proclamait dans « Le chaos management » (1988), la nécessité pour l'entreprise de vivre dans l'urgence permanente, avec les conséquences que cela emporte sur la conception du travail<sup>16</sup>. Pourtant, on ne se situe dans cette perspective que dans le domaine de l'urgence industrielle, qui même dans un monde dominé par l'économie, demeure sans commune mesure, en ce qui concerne l'impact qu'elle peut avoir sur les représentations de l'acteur, avec l'urgence liée à la vie de l'être humain. Si en effet le concept d'urgence est devenu un leitmotiv managérial pour la plupart des entreprises confrontée à l'évolution toujours plus rapide du marché, on peut considérer que l'impact de la notion d'urgence a été plus important encore sur les services hospitaliers (publics et privés), confrontés à la prise en charge de l'urgence médicale.

La relation qu'entretient le service d'urgence avec la notion d'urgence, médicale ou organisationnelle, est étroite et complexe. La métonymie « les urgences » qui permet de dénommer ces services dans le langage courant en est le témoignage le plus évident. Il s'agit d'un terme moderne. En effet, le terme « urgence » employé pour désigner « un cas urgent, un malade à opérer, à soigner sans délai » est selon le dictionnaire Robert un néologisme. Le nom même « urgence » est récent, considéré comme « rare jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle ». Ces considérations sémantiques viennent confirmer que la question de l'urgence est un facteur essentiel de la spécificité du service d'urgence ; on perçoit dès lors tout

---

<sup>14</sup> Aubert N., Le culte de l'urgence, la société malade du temps, Flammarion 2003, p193

<sup>15</sup> Le culte de l'urgence, op. cité, p 21

l'intérêt qui peut résider dans la réalisation d'une étude spécifiquement dédiée à la prise en charge de l'utilisateur aux urgences.

### 3) Les urgences et la prise en charge à l'hôpital

Le service d'urgence est un service à part entière de l'hôpital, avec son organisation, sa gestion du personnel, ses méthodes, ses projets. La reconnaissance progressive de la spécificité de la médecine d'urgence, qui a trouvé un aboutissement avec la création d'un DESC de médecine d'urgence pour la rentrée universitaire 2004<sup>17</sup>, en témoigne. Pourtant, le service d'urgence occupe une place particulière dans le circuit du patient à l'hôpital. Premier contact avec l'organisation hospitalière, il est un lieu d'accueil, de tri, d'orientation. Service charnière, il permet l'articulation entre l'extérieur de l'hôpital et les services d'hospitalisation. Alors que l'organisation de ces derniers repose sur les spécialités médicales, sur l'organe ou la pathologie, le service d'urgence a pour vocation de recevoir tous les types de patients, présentant des problèmes médicaux ou traumatologiques, somatiques ou psychiatriques, parfois même exclusivement sociaux, dont le seul dénominateur commun est le caractère plus ou moins urgent.

Cette fonction essentielle de contrôle et d'organisation de l'accès à l'hôpital tend aujourd'hui à devenir moins claire, moins évidente. Ainsi, la SFMU souligne que « historiquement, le service des urgences était la principale porte d'entrée de l'hôpital, et constituait donc un passage quasi-obligatoire pour les patients avant leur admission dans la plupart des services hospitaliers. En raison des progrès médicaux et techniques et du développement des spécialités médicales (...), les admissions directes dans les services hospitaliers sont devenues possibles puis ont progressivement augmenté, au point d'être aujourd'hui privilégiées par les spécialistes. (...) Aujourd'hui, alors que la fréquentation des services d'urgence a doublé en dix ans, les patients ayant initialement transité par les services d'urgence ne représentent plus que 40% des malades séjournant dans les services hospitaliers ». En dépit de cette évolution, les services d'urgence remplissent toujours un rôle crucial dans l'organisation du circuit du patient dont ils constituent une étape première et essentielle tant d'un point de vue chronologique qu'organisationnel. Cependant, si le service d'urgence est une porte d'entrée, il ne s'en est pas moins forgé une identité propre, souvent fortement ressentie par le personnel. Cette situation particulière du service d'urgence justifie l'intérêt que peut porter un élève-directeur, ayant

---

<sup>16</sup> Aubert N., « Le sens de l'urgence », Sciences de la société n°44, mai 1998

<sup>17</sup> Référentiel d'enseignement SFMU, « Maquette du DESC de médecine d'urgence », 30 décembre 2003

choisi de s'interroger sur la prise en charge de l'usager, au service d'urgence de son établissement de stage.

Une précision doit être apportée lorsque l'on évoque la place des urgences à l'hôpital. En effet, la prise en charge des urgences fait intervenir aussi bien le secteur public que le secteur privé, et les problématiques qui s'y rapportent demeurent globalement identiques, que l'on se situe dans un établissement public ou un établissement privé. Pourtant, la réflexion que l'on se propose de mener sera volontairement centrée sur les services d'urgence du secteur public. On a considéré en effet, d'une part, que la plupart des problématiques abordées quant à la prise en charge de l'usager aux urgences pouvaient être dans une certaine mesure transposables au secteur privé, et d'autre part, que l'exercice du mémoire devait s'inscrire dans le cadre d'une formation professionnelle préparant à l'exercice de fonctions dans le secteur public.

En outre, le rôle de « charnière » et de régulation joué par les services d'urgence justifie le choix d'un angle d'approche particulier, emprunté à la théorie physique. En effet, un vocabulaire particulier revient, de manière récurrente, lorsque l'on évoque les services d'urgence et les difficultés auxquelles ils sont confrontés. En effet, on parle de « goulot d'étranglement », de « flux de patient », d'« encombrement » et de « saturation », on compare le service à un sablier. Ce vocabulaire n'évoque-t-il pas d'autres situations problématiques, qui, plus encore que la question des urgences, reçoivent avec constance les faveurs des médias ? Les mots et expressions utilisés pour parler des urgences rappellent ceux qui sont généralement consacrés aux... bouchons routiers. Or, la gestion des encombrements routiers a beaucoup bénéficié des apports de la théorie physique et mécanique de la dynamique des fluides, qui consiste à étudier le comportement de liquides, de gaz ou de solides composés de micro-particules.

Toutefois, si la circulation routière peut être dans des conditions particulières assimilée à un fluide (chaque véhicule adoptant peu ou prou le comportement d'un grain de sable ou d'une goutte d'eau...), ce n'est pas le cas pour les patients. Cette comparaison, si pertinente pour les véhicules, n'a pas lieu d'être aux urgences : ainsi que l'indique la théorie de la dynamique des fluides, le rapport entre la taille des particules composant le fluide et la vitesse de chacune de ces particules doit être suffisamment élevé pour qu'on puisse se situer dans le champ d'application de la dynamique des fluides. On peut néanmoins, tout en écartant la lettre de la théorie, en retenir l'esprit. Les patients ne constituent pas un fluide, certes, mais ils forment tout de même un flux. La dynamique des fluides n'a pas, dans l'étude de la circulation des patients, l'intérêt qu'elle peut avoir en ce qui concerne la circulation automobile, mais on peut parler à l'hôpital de dynamique des flux.

On perçoit immédiatement qu'un angle d'approche fondé sur la notion de flux permet d'envisager la question de la prise en charge aux urgences non seulement en tant que telle, mais aussi et surtout dans le cadre du rôle charnière du service d'urgence dans le déroulement du circuit du patient. Dès lors, la question se pose de la spécificité des urgences par rapport à l'ensemble du service public hospitalier, mais également des éléments qui peuvent être communs à la prise en charge aux urgences et à la prise en charge en général. Puisque l'on souhaite mener une réflexion sur la prise en charge de l'utilisateur aux urgences, on doit dans un premier temps s'interroger sur l'évolution de la relation de l'utilisateur à ce service public hospitalier, dans sa globalité. En effet, l'étude des spécificités de la prise en charge de l'utilisateur aux urgences ne doit pas faire l'économie d'un questionnement relatif à la prise en charge de l'utilisateur dans la structure hospitalière en général. Cette réflexion liminaire permet de mettre en exergue la place désormais fondamentale de la notion de satisfaction du patient.

La recherche de la satisfaction de l'utilisateur, associée à la nécessité de comprendre les spécificités de la prise en charge aux urgences, constitue le fondement de la problématique d'une étude de la prise en charge de l'utilisateur au sein d'un service d'urgence, de celui du Centre hospitalier de Lannion – Trestel en particulier. En effet, la volonté d'inscrire l'hôpital de Lannion dans une dynamique d'amélioration globale de la qualité et de la sécurité des soins, attestée tant par les orientations stratégiques du projet d'établissement que par l'engagement du Centre hospitalier dans la seconde procédure de certification<sup>18</sup>, implique qu'un effort particulier soit consenti dans ce domaine pour les secteurs dont on sait qu'ils génèrent une certaine insatisfaction de la part des utilisateurs. Or, le service d'UPATOU de Lannion s'inscrivant dans cette problématique, il est opportun, au niveau de l'établissement comme du point de vue du service, de mesurer le potentiel d'amélioration de l'organisation. Du fait de l'importance désormais accordée au concept de satisfaction de l'utilisateur, des outils d'analyse doivent être retenus sur la base d'un critère essentiel : ils doivent permettre la réalisation d'une étude centrée sur le patient et sa prise en charge, dont l'objectif sera de dresser un état des lieux à partir duquel pourront être formulées des propositions d'amélioration.

La prise en charge de l'utilisateur aux urgences est une étape de la prise en charge globale. Or, le rapport de l'utilisateur à sa prise en charge a considérablement évolué. D'abord conçu comme une relation unilatérale fondée sur le diagnostic et le soin, il a progressivement pris une forme dialectique, conférant à l'utilisateur un rôle d'acteur de plus

---

<sup>18</sup> HAS, Décision du 13 avril 2005 relative à la procédure de certification des établissements de santé, JO 22 septembre 2005

en plus prononcé et conduisant l'établissement hospitalier à rechercher la satisfaction de cet usager. L'accueil des urgences, « mission essentielle des hôpitaux publics » selon la SFMU, mais présentant des spécificités, doit donc répondre à cet objectif de satisfaction de l'utilisateur, tout en faisant face à des niveaux de fréquentation toujours plus importants. Les services d'urgence sont donc confrontés à un double défi : celui d'assurer une prise en charge suscitant la satisfaction de l'utilisateur, tout en gérant les flux de manière optimale. Le service d'UPATOUC de Lannion ne faisant pas exception à cette règle, il était pertinent de mener une réflexion sur le processus de prise en charge de l'utilisateur au sein de cette structure. (Partie 1)

Dans cette optique, la réalisation de l'étude du processus de prise en charge de l'utilisateur au sein du service d'urgence de Lannion-Trestel a impliqué la mobilisation d'outils permettant d'abord de mieux connaître les différentes composantes de ce processus, puis, grâce au recensement et à l'analyse des dysfonctionnements survenant lors de la mise en œuvre de ce processus, d'en mettre en exergue les faiblesses susceptibles de générer l'insatisfaction des patients, ainsi que des blocages dans le traitement des flux. (Partie 2)

Cette étude a montré que certains points du processus n'étaient pas maîtrisés ; des pistes d'amélioration ont ainsi pu être dégagées, relatives notamment à la mise en œuvre d'une véritable dynamique de management du service d'urgence et d'une réflexion centrée sur les flux. La mise en œuvre de ces propositions constitue l'aboutissement d'une démarche dont la globalité et les implications managériales ont permis une meilleure appréhension du positionnement du directeur d'hôpital. (Partie 3)

# **1 LE DOUBLE DEFI DES SERVICES D'URGENCE : LA SATISFACTION DE L'USAGER ET LA GESTION DES FLUX**

Bien que spécifique, la prise en charge de l'utilisateur aux urgences est confrontée à un phénomène que l'on retrouve à toutes les étapes de la prise en charge hospitalière, lié à l'évolution du rôle de l'utilisateur à l'hôpital et de son rapport à sa prise en charge. En effet, l'utilisateur joue un rôle de plus en plus actif, ce qui conduit la structure hospitalière à accorder davantage d'importance à la recherche de la satisfaction de l'utilisateur. Cependant, la notion d'urgence est susceptible d'être perçue très différemment suivant les individus et les contextes, d'autant que les services d'urgence doivent faire face à des utilisateurs d'une grande diversité, qui d'un point de vue organisationnel peuvent être appréhendés sous l'angle des flux. La réalisation d'une étude relative à la prise en charge des utilisateurs aux urgences de Lannion a procédé de cette nécessité de gérer les flux tout en optimisant le niveau de satisfaction des utilisateurs.

## **1.1 L'évolution de la prise en charge de l'utilisateur à l'hôpital : la dialectique usager / service public et la recherche de la satisfaction du patient**

De même que le corps humain et la pathologie sont dans le domaine de la médecine un objet de connaissance, l'utilisateur est d'abord l'objet de la prise en charge hospitalière. En effet, la relation de l'utilisateur à sa prise en charge a longtemps été caractérisée par son sens unilatéral : l'utilisateur, passif, recevait, voire subissait, le soin. Son rôle est aujourd'hui plus actif, en raison notamment des droits qui lui ont été juridiquement consentis, mais aussi d'une évolution de la conception de la prise en charge par les soignants eux-mêmes... Dans ce nouveau contexte, la notion de la satisfaction de l'utilisateur prend une importance particulière, dans la mesure où elle devient un indicateur important de la qualité de la prise en charge, du moins au regard des attentes spécifiques de l'utilisateur.

### 1.1.1 L'évolution du rapport de l'utilisateur à sa prise en charge

#### A) L'utilisateur, objet de la prise en charge à l'hôpital

L'hôpital, dans sa mission première d'accueil des miséreux, fonctionnait selon une logique globale, puisqu'il offrait une combinaison de services indispensables à la survie : l'hébergement, l'habillement, la nourriture.... Mais à partir du XIXe siècle et surtout au cours du siècle suivant, c'est une médecine rationnelle, fondée sur l'étude de la pathologie, sur une conception mécanisée d'un être humain en tant que somme d'organes, qui a fait irruption à l'hôpital puis se l'est progressivement approprié... Dès lors, le malade est devenu un objet de la prise en charge, son existence à l'hôpital ne découlant que de sa pathologie. Objet de connaissance tant que l'on se situe dans le domaine du diagnostic, puis objet d'intervention à partir de la mise en place du processus thérapeutique. Ainsi que le constate François-Xavier Schweyer, «le malade disparaît derrière la maladie, et devient objet de connaissance autant que de soins<sup>19</sup>». Dans un tel contexte, la question de la satisfaction de l'utilisateur ne trouve guère de place. L'organisation doit prendre en charge un organisme malade qu'il convient de soigner, et non un individu plus ou moins exigeant qu'il faut satisfaire.

De cette évolution a découlé une organisation hospitalière fondée sur les services et les disciplines médicales. François-Xavier Schweyer le constate en expliquant que « l'hôpital ne connaît pas le malade mais les maladies et les parties du corps qui fondent son principe de fonctionnement<sup>20</sup> ». Partant, les logiques individuelles (ou les logiques de services, qui au regard de l'hôpital en tant que collectivité publique sont encore des logiques individuelles) se sont développées au détriment de la globalité de la prise en charge, avec les cloisonnements qui en découlaient logiquement.

Aujourd'hui, la tendance politique est à la lutte contre cette logique de fonctionnement, et l'objectif de placer ou de replacer le patient « au centre du dispositif de soins » devient le leitmotiv incontournable de toutes les politiques d'établissement, de l'hôpital local au CHU. Pourtant, cette conception résolument axée sur la recherche de transversalité et sur le dépassement des clivages professionnels, bien que source d'améliorations certaines en ce qui concerne la prise en charge du patient, ne remet pas systématiquement en question la notion d'utilisateur en tant qu'objet du soin. Le patient peut toujours être un objet de prise en charge même si cette prise en charge est désormais

---

<sup>19</sup> Schweyer F.-X., « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », in Les usagers du système de santé, sous la direction de G. Cresson et F.-X. Schweyer, Editions ENSP, 2000, p 37

<sup>20</sup> Op. cité

déclinée à l'aune de la pluridisciplinarité. Certes, la pluridisciplinarité permet de dépasser la pathologie et l'organe stricto sensu, et favorise une prise en charge globale du patient en tant que personne, sur le plan physique mais aussi sur le plan psychologique. Cette évolution est particulièrement tangible en ce qui concerne la prise en charge en réseau qui se développe dans des domaines de plus en plus variés. Mais la globalité d'une prise en charge déclinée autour d'un patient considéré comme le centre du dispositif ne remet pas nécessairement en cause la passivité de ce patient. Certes, ce n'est plus une simple partie de son corps qui est l'objet du soin, c'est sa personne dans son intégralité qui est l'objet de la prise en charge. La place de l'utilisateur est élargie, il n'est plus seulement objet de connaissance et d'intervention, il devient l'objet de l'organisation de la structure. Cette évolution permet une progression dans de nombreux domaines, notamment en ce qui concerne le respect de certains droits consacrés par la loi du 4 mars 2002<sup>21</sup>, tels que la confidentialité. Mais ce n'est pas la recherche de globalité qui est véritablement à l'origine de l'évolution de la conception du patient : ce dernier demeure l'objet de la prise en charge même lorsque celle-ci est centrée sur le patient.

L'utilisateur, objet de la prise en charge, se situe selon cette logique dans une relation unilatérale avec le service public hospitalier.

Pourtant, si l'on considère que l'utilisateur est et demeure l'objet de la prise en charge, on ne saurait affirmer que l'utilisateur n'est que l'objet de la prise en charge. En effet, « toute hospitalisation est un moment dans la trajectoire du malade et celui-ci contribue à son déroulement : même « objet de soins », le malade participe à sa prise en charge, ne serait-ce qu'en négociant sa bonne volonté, sa » compliance » disent certains<sup>22</sup>».

## B) L'utilisateur, acteur de sa prise en charge

L'utilisateur, le malade, ne reste pas confiné dans un rôle de subissant. Indirectement, par son comportement, ou de manière beaucoup plus délibérée, l'utilisateur est aussi un acteur du système hospitalier.

Tout d'abord, l'utilisateur est un acteur en amont de la prise en charge, grâce à la liberté de choix dont il dispose<sup>23</sup>. Mais l'utilisateur tend également à devenir un acteur de la prise en charge proprement dite. En effet, François-Xavier Schweyer souligne qu' « au cours des séjours d'hospitalisation, le malade peut être un acteur à part entière à qui l'on

---

<sup>21</sup> Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>22</sup> Schweyer F.-X., « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », in Les usagers du système de santé, op. cité

<sup>23</sup> op. cité

délègue une part du travail de soin, ou qui peut négocier l'obtention d'informations, de médicaments, de conditions de séjour améliorées ». Dans ce cas, « le malade essaye de composer avec l'ordre établi pour garder une partie de la maîtrise de la situation ».

Mais le développement de l'usager – acteur résulte également d'une nouvelle approche de l'usager « parfois perçu comme un client qu'il faut attirer et satisfaire ». Cette conception de l'usager qui se réfère « à l'attractivité de l'hôpital public en situation de concurrence » conduit « l'exigence de qualité et donc de satisfaction du client [à devenir] un véritable enjeu stratégique pour les établissements<sup>24</sup> ».

Cette situation de l'usager par rapport à sa prise en charge procède d'une double évolution. Tout d'abord, le patient s'est vu attribuer des droits, tels que le principe de l'information du malade et celui, corrélatif, du consentement aux soins<sup>25</sup>. Politiquement et juridiquement, l'usager a été encouragé, par la mise en œuvre de nouveaux outils juridiques, à jouer un rôle plus actif dans le traitement de sa pathologie. C'est dans la même logique, mais dans une optique plus globale, que l'usager a pu prendre une place dans le fonctionnement institutionnel de l'établissement hospitalier, en participant aux conseils d'administration, aux commissions de relation avec les usagers... (Cette évolution n'atteint certes pas la dimension qu'elle a pu prendre au Québec où les représentants des usagers sont majoritaires au sein des conseils d'administration des établissements de santé<sup>26</sup>, mais elle demeure importante).

Néanmoins, cette évolution politique et juridique ne doit pas être analysée indépendamment de ses fondements. En effet, elle est la résultante d'une évolution corrélative liée à une profonde modification sociétale, touchant à la relation médecin / malade. La juridicisation de cette relation, venue d'outre-atlantique et trouvant généralement un large écho médiatique, peut-être considérée comme une réaction, peut-être excessive, face à des rapports souvent taxés de paternalisme et considérés comme déséquilibrés, voire infantilisants. C'est d'abord le patient, l'usager qui a réclamé un rôle plus actif, une participation plus effective à la prise en charge de sa santé. Les opportunités, notamment juridiques, qui lui sont offertes pour agir ne sont que la traduction de cette évolution liée à des changements de mentalité.

Que recouvre l'expression « acteur de sa prise en charge » ? On évoquait précédemment l'unilatéralité de la relation service public / usager, qui découle de la

---

<sup>24</sup> Schweyer F.-X., « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », in *Les usagers du système de santé*, op. cité

<sup>25</sup> Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>26</sup> Bréchat P.-H., « Evaluation de la qualité des soins et agrément : prise en compte de l'usager dans la province du Québec au Canada », in *Les usagers du système de santé*, op. cité

position de l'utilisateur en tant qu'objet de la prise en charge. Or, le positionnement de l'utilisateur en tant qu'acteur de cette prise en charge permet de dépasser les cloisonnements inhérents à cette unilatéralité, en suscitant des interactions entre le patient et l'organisation. D'une part, l'utilisateur devient à même de modifier cette organisation, ou du moins de provoquer cette modification. D'autre part, la structure reconnaît un rôle à l'utilisateur dans la mise en place de l'organisation ; celle-ci prendra en compte le degré de satisfaction des patients, ses motifs de plainte et ses suggestions éventuelles... L'unilatéralité initiale peut être dépassée pour inscrire la relation de l'utilisateur avec l'organisation, et plus largement avec l'ensemble du service public hospitalier, dans un cadre dialectique.

Cette réciprocité des échanges emporte un certain nombre de conséquences, notamment en ce qui concerne la recherche de la satisfaction du patient. Les objectifs de la structure évoluent corrélativement à la transformation du rôle de l'utilisateur : le but ultime de l'organisation hospitalière n'est plus seulement de « produire » un patient guéri, mais également un individu satisfait. Cependant, le passage de l'utilisateur objet de la prise en charge à l'utilisateur acteur ne constitue pas une évolution linéaire, mais se situe plutôt dans une logique de juxtaposition. Le patient reste l'objet du soin et plus largement de l'organisation, mais il devient, simultanément, un acteur dans un certain nombre de domaines, ce rôle d'acteur étant largement favorisé par la place que l'on accorde à la satisfaction du patient dans la structure. Cette place peut naturellement varier considérablement d'une structure à l'autre, mais son importance croît nécessairement en fonction du développement par l'utilisateur d'une position de plus en plus active. La recherche, et donc la mesure, de la satisfaction de l'utilisateur est sans doute l'élément le plus caractéristique du glissement de l'utilisateur d'une position d'objet de soin vers un rôle d'acteur. Dès lors, on perçoit toute l'importance que revêt la question de l'évaluation du degré de satisfaction de l'utilisateur suite à son séjour à l'hôpital.

### **1.1.2 La recherche de la satisfaction de l'utilisateur, conséquence d'une relation dialectique**

La mesure de la satisfaction de l'utilisateur est rendue obligatoire par l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>27</sup>, et de nombreux critères du premier manuel d'accréditation de l'ANAES font référence à la prise en compte des attentes du patient. Cette obligation est réaffirmée

---

<sup>27</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

et renforcée dans la loi du 4 mars 2002. En outre, la mesure de la satisfaction des patients est l'un des indicateurs les plus fréquemment utilisés dans les systèmes de performance étrangers.

Le rapport d'étape du projet COMPAQH<sup>28</sup> (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) relatif à l'amélioration de la satisfaction du patient la définit comme « la réaction du patient à son expérience personnelle dans les services selon deux approches : une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif). » Un document de l'ANAES<sup>29</sup> reprend une définition quasiment identique en évoquant « des notions de connaissances et de réaction émotionnelle ou subjective face à l'expérience de soins ». Cependant, l'ANAES apporte des précisions par rapport au concept de satisfaction en précisant que « la satisfaction est une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins selon l'OMS ». En effet l'OMS indique que « l'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». Dans cette optique, la satisfaction du patient est un résultat du soin. Mais elle est également un élément fondamental de la fonction d'acteur qu'assume aujourd'hui l'utilisateur de la structure hospitalière, et c'est bien souvent l'insatisfaction qui sera le principal moteur de l'action émanant de l'utilisateur.

L'évaluation de la satisfaction du patient est à la fois une cause et une conséquence de la transformation du rôle de l'utilisateur par rapport à sa prise en charge. En effet, c'est parce que l'utilisateur passe d'une position statique à un rôle dynamique que la mesure de la satisfaction devient aussi cruciale, mais c'est aussi parce que l'on s'intéresse de plus en plus à la question de la satisfaction de l'utilisateur que celui-ci devient un interlocuteur de l'hôpital pour les questions relatives à l'organisation de la prise en charge. En outre d'autres liens plus indirects existent entre ces deux notions, découlant notamment du développement d'une approche « client » de l'utilisateur à l'hôpital. Mais quel que soit le sens de la relation qui s'opère entre la conception de la prise en charge hospitalière et la mesure de la satisfaction de l'utilisateur, il est clair que cette dernière revêt

---

<sup>28</sup> Rapport d'étape du projet COMPAQH, « Améliorer la satisfaction du patient », 18 décembre 2003, disponible sur le site de la DHOS, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

<sup>29</sup> Rapport ANAES, « La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé », septembre 1996, disponible sur le site [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr), rubrique publications

une importance considérable dès lors que l'on aborde la qualité de la prise en charge, d'une manière générale, et aux urgences *a fortiori*.

Cette mesure de la satisfaction est un instrument fondamental de mesure du développement de la qualité de la prise en charge. Andréas Agathopoulos indique que « la diversité de plus en plus grande des publics, les exigences accrues en matière de qualité entraînent une transformation considérable des relations entre établissements ou structures et usagers. L'administré [...] devient ainsi un usager « spécifique », et de plus en plus un acteur et une ressource dans le processus de construction de la qualité au service de la performance<sup>30</sup> ». Or, il ajoute que « la qualité d'un service n'est pas nécessairement la même chose considérée du point de vue de l'utilisateur, de l'agent ou de l'organisation ». Par conséquent, les attentes, comblées ou non, des patients par rapport à ce service doivent faire l'objet d'une évaluation dont on tiendra compte pour faire évoluer l'organisation, la prise en compte de l'utilisateur devenant non seulement une variable déterminante, mais aussi une exigence méthodologique, en ce qui concerne la performance qualitative de l'organisation.

Le constat de la place accordée à la satisfaction du patient et son lien avec le rôle de l'utilisateur dans l'évolution de l'organisation appelle cependant deux observations. Tout d'abord, il convient de s'interroger sur la perception de cette mesure de la satisfaction dans le milieu professionnel concerné. En effet, Andréas Agathopoulos considère qu'« il s'agit pour l'agent [du service] de traduire les attentes de l'utilisateur en termes organisationnels, d'exploiter de manière fine toutes les informations recueillies<sup>31</sup> ». Le professionnel de santé est donc d'une part particulièrement concerné par le recueil d'informations susceptibles d'apporter des renseignements par rapport au niveau de satisfaction du malade, et d'autre part responsable en partie de l'impact de cette satisfaction sur l'organisation. Selon Marc Giroud, « la prise en compte de la satisfaction des personnes soignées est un bon stimulant pour une équipe de soins<sup>32</sup> » ; il considère d'ailleurs que « la satisfaction de l'autre est l'une des finalités naturelles de toute relation humaine, et tout particulièrement d'une relation de service ». Cette approche optimiste permet d'augurer du lancement d'une dynamique professionnelle spontanée, corollaire de la recherche de la satisfaction du patient.

Une étude a été réalisée au CHU de Grenoble, sur « la perception et l'utilisation des résultats d'enquêtes de satisfaction des patients par les professionnels des services

---

<sup>30</sup> Agathopoulos A., « De la prise en compte de l'utilisateur à la performance globale, BBF Paris, T. 43 n° 1, 1997

<sup>31</sup> Agathopoulos A., « De la prise en compte de l'utilisateur à la performance globale, op. cité

<sup>32</sup> Giroud M., « La satisfaction du patient aux urgences », Soins n°664, avril 2002, p 27

cliniques d'un hôpital<sup>33</sup> ». Cette étude montre que les professionnels de santé ont une opinion favorable à l'égard des enquêtes de satisfaction des usagers, mais elle met également en exergue un déficit de prise en compte et d'utilisation des résultats des enquêtes pour améliorer les processus d'amélioration de la qualité.

On peut donc dans un second temps observer que, si ces enquêtes sont vues d'un œil favorable par les professionnels et que leur utilité, voire leur nécessité, est fréquemment évoquée, la mesure de la satisfaction n'a pas toujours l'impact qu'elle pourrait avoir sur une évolution de la prise en charge qui intégrerait les attentes des patients et renforcerait donc leur rôle d'acteur. Ainsi, la légitimité de la mesure de la satisfaction (qui pourtant pourrait susciter des discussions, dans la mesure où elle procède d'une conception de l'utilisateur qui pourrait se rapprocher davantage du « client » que du « patient »...) ne semble pas provoquer de débat majeur, mais la question de son efficacité reste posée. La prise en compte de la satisfaction, ou plutôt de l'insatisfaction du patient, est peut-être plus tangible en ce qui concerne l' dans la politique managériale de l'hôpital, non plus des résultats d'enquête mais des plaintes formulées par les patients. En effet, François-Xavier Schweyer constate qu' « il n'est pas rare que les directeurs d'hôpital chefs d'établissement inscrivent les plaintes des malades et les contentieux parmi les priorités de leur agenda<sup>34</sup> ».

En définitive, on peut considérer que le développement d'un rôle dynamique à l'hôpital assumé par l'utilisateur est un reflet d'une évolution de la position des individus par rapport à leur santé. Philippe Brachet, membre de l'Association internationale des techniciens, experts et chercheurs, qui constate « la demande des malades de devenir partenaires des soins - et non plus assistés passifs », pose une hypothèse qui inscrit le rôle actif de l'utilisateur dans le champ même du soin : « Peut-être aussi ont-ils l'intuition que cette attitude de responsabilité active à l'égard de leur santé fait partie des conditions de leur guérison, comme le confirment psychologues et médecins. Parce que la résignation, la passivité sont du côté de la mort, tandis que la vie est mouvement, action<sup>35</sup> ».

---

<sup>33</sup> François P., Doutré E., « Perception et utilisation des résultats d'enquêtes de satisfaction des patients par les professionnels des services cliniques d'un hôpital », Risques et qualité en milieu de soins, n°1, 1<sup>er</sup> trimestre 2004, p 15

<sup>34</sup> Schweyer F.-X., « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », in Les usagers du système de santé, op. cité

<sup>35</sup> Brachet P., « Santé publique, service public. Le rôle du malade – usager – citoyen », article AITEC, disponible sur le site [www.aitec.com](http://www.aitec.com)

Le développement d'une relation dialectique entre l'utilisateur et le service public hospitalier emporte logiquement les mêmes conséquences sur les services de prise en charge des urgences que sur les services d'hospitalisation. Néanmoins, les urgences présentent des spécificités : la question de la satisfaction des usagers doit s'inscrire dans un contexte de grande diversité des personnes susceptibles d'être accueillies dans un service d'urgence, et doit intégrer l'impact des différentes perceptions du temps et de l'urgence. En outre, cet objectif de satisfaction doit pouvoir être conciliable avec une approche des patients fondée sur la notion de flux.

## **1.2 La prise en charge des usagers aux urgences : subjectivité de l'urgence et spécificités des usagers**

La première particularité d'un service d'urgence est contenue dans son appellation ; toute l'organisation en effet d'un tel service tourne autour de la prise en charge, non de pathologies relatives à un organe défini, mais de situations qui pour être « d'urgence » n'en sont pas toutes « urgentes ». Cette finalité du service d'urgence entraîne deux conséquences principales en terme de relations avec les usagers. D'une part, la question du temps et de l'urgence, éminemment subjective, mérite d'être discutée. D'autre part, un tel mode de prise en charge engendre la confrontation du service à une grande diversité de cas : les dimensions de l'utilisateur des urgences sont multiples. Enfin, dans une perspective plus méthodologique, on constate qu'une étude du processus de prise en charge aux urgences justifie de retenir une approche par les flux.

### **1.2.1 Prise en charge urgente et prise en charge aux urgences**

D'emblée, lorsqu'on évoque la question de l'urgence dans la prise en charge médicale, on est confronté à plusieurs paradoxes.

#### **A) La perception de l'urgence**

Le premier paradoxe des urgences est qu'on ne traite pas aux urgences seulement des cas urgents. Dès lors, se profile d'une part la question de l'établissement de priorités et du tri des patients qui sera abordée ultérieurement, mais aussi celle de la perception de l'urgence. Giovanni Gasparini considère que si « l'urgence est généralement définie comme la nécessité d'agir vite, sans retard, en toute hâte, (...) [elle]

n'a pas seulement à voir qu'avec la vitesse<sup>36</sup> ». En effet, il situe l'urgence à l'intersection de ce qu'il considère comme les deux dimensions générales du temps. La première dimension, le « *chronos* », « ramène justement, par le biais de la succession du temps qu'elle évoque, au fait d'agir sans délai, et donc à la conception quantitative du temps. » En revanche, la deuxième dimension, le « *kairos* », « indique le moment favorable à saisir : elle suggère que l'on intervienne au bon moment c'est à dire à un moment qui demande à être reconnu, cerné et géré ». Cette seconde dimension renvoie au caractère qualitatif du temps, à l'« efficacité de l'action imprégnée d'urgence ». Si l'on se réfère à un patient qui se considère en situation d'urgence, sa perception de l'urgence n'aurait donc pas qu'un caractère quantitatif, le degré d'urgence augmentant avec le temps qui s'écoule. Elle comporterait également à une dimension qualitative qui se référerait à l'efficacité du traitement de la situation d'urgence, et à l'adéquation de la prise en charge avec cette urgence.

Nicole Aubert s'est interrogée sur les rapports de la société et de l'individu au concept d'urgence<sup>37</sup>. Elle montre comment l'urgence et l'instantanéité sont devenues des éléments de la normalité sociale et économique, et les impacts que présente une telle évolution sur les individus qui vivent l'urgence entre jouissance et épuisement, jusqu'à présenter parfois des pathologies de l'urgence. Si cette réflexion n'a pas de lien direct avec la question de la prise en charge de l'urgence médicale, elle met cependant en exergue certaines caractéristiques de la perception du temps et de l'urgence qui ne sont pas sans conséquences sur le domaine de l'urgence médicale. En effet, dans une société où tout devient urgent, où la valeur d'une action se mesure à sa vitesse d'exécution, où une coupe de cheveux ou la livraison d'un plat cuisiné peuvent prendre des caractères d'urgence sans rapport aucun avec leur objet, on peut concevoir que des individus souhaitent voir leurs problèmes de santé pris en charge de manière immédiate, même s'ils ne sont pas « médicalement urgents ». Les services d'urgences, dont la finalité demeure bien la prise en charge de l'urgence médicale, peuvent alors se trouver confrontés à des situations où la compréhension n'est plus possible, les perceptions respectives de l'urgence par le patient et par le professionnel de santé se référant à des valeurs fondamentalement différentes.

---

<sup>36</sup> Gasparini G., « Temps, organisation et urgence », Sciences de la société, n°44, mai 1998, p 22

<sup>37</sup> Aubert N., Le culte de l'urgence. La société malade du temps, Flammarion 2003

## B) L'attente aux urgences

La prise en charge aux urgences implique un second paradoxe, immédiatement perceptible en cas de visite d'un service d'urgence à une heure « de pointe »: l'urgence n'attend pas, mais on attend aux urgences. L'explication de cette contradiction réside évidemment dans un niveau de fréquentation toujours plus élevé. Mais ce paradoxe procède également de deux éléments : d'une part, de l'accueil de plus en plus fréquent de situations non urgentes, médicalement parlant, dans un service d'urgence, et d'autre part de la hiérarchisation effectuée entre des situations présentant un véritable caractère d'urgence, mais à un degré variable. Là encore, les variations des attitudes des usagers des urgences face à l'attente résultent de la subjectivité de la perception d'un élément pourtant mathématiquement mesurable : le temps.

Un rapport de la MEAH<sup>38</sup> est consacré au thème du temps d'attente des usagers aux urgences. La pertinence de ce thème de travail repose sur un constat de la MEAH : « Les services des urgences font face à une augmentation continue de leur activité, (...) dont les conséquences sont un engorgement des services et un allongement des temps d'attente et de passage des patients. » ... Selon la MEAH, cette situation « tient à la fois à un changement des comportements des usagers, et à une évolution de l'organisation des soins de ville. » L'intérêt d'une réflexion sur la question de l'attente aux urgences réside dans les problèmes que pose cette attente, puisqu'elle « engendre l'insatisfaction des patients, dégrade les conditions de travail des professionnels, et (...) est parfois responsable d'une moindre qualité des soins et d'une recrudescence des actes violents. »

L'attente aux urgences est donc un motif d'insatisfaction pour les patients, et on a vu l'importance que revêtait désormais cette question de la satisfaction de l'utilisateur dans le milieu hospitalier. C'est d'abord un motif d'insatisfaction direct, en rapport avec l'attente elle-même. Néanmoins, le degré d'insatisfaction généré par l'attente dépend en grande partie de la subjectivité du rapport au temps de l'individu. Il est en outre lié à sa perception de l'urgence à laquelle il est confronté, dont on a vu qu'elle était également subjective et influencée par l'évolution de la place sociale accordée à l'urgence. Marie-Josée Vega explique que « l'urgence, comme l'attente, fait ressurgir avec acuité la complexité et la singularité du temps, et est très signifiante de la dimension du temps subjectif<sup>39</sup> ». C'est donc le ressenti de l'attente et non l'attente elle-même qui provoque l'insatisfaction.

---

<sup>38</sup> Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, Rapport de fin de mission, « Temps d'attente et de passage aux urgences », Juillet 2003 – Mars 2005, disponible sur le site [www.meah.gouv.fr](http://www.meah.gouv.fr), rubrique Publications

<sup>39</sup> Vega M.-J, « Le temps de l'urgence et l'urgence du temps », Soins, n° 664, Avril 2002, p. 24

Par ailleurs, l'attente aux urgences peut provoquer un mécontentement indirect lié à la diminution de la qualité du service rendu, notamment dans le domaine relationnel. Le stress et la fatigue générés pour le personnel par l'engorgement du service atteignent d'un point de vue quantitatif et qualitatif les relations que les agents des urgences et les médecins entretiennent avec les patients. Enfin, l'effervescence qui règne dans un service bondé peut susciter chez le patient des interrogations quant à la qualité de la prise en charge médicale, les conditions de travail n'étant pas optimales pour effectuer diagnostics et traitements dans la sérénité.

La question des temps d'attente et de passage semble être avant tout organisationnelle. Elle renvoie pourtant à des interrogations plus essentielles, à des contradictions plus profondes. Maîtriser le temps est, pour un service d'urgence, ontologique. Pourtant, les acteurs des urgences, qui sont les professionnels de santé et les usagers, ont un rapport radicalement différent au temps. Marie-Josée Vega le souligne : « la temporalité du soigné s'oppose à celle du soignant bien qu'ils vivent le même temps-horloge ». Il s'agit pour elle d'un paradoxe qui finit par caractériser l'institution : « à l'hôpital, la confrontation entre le temps institutionnalisé, objectif, normé, compté, comptabilisé, temps à contraintes fortes, temps ritualisé, et le temps subjectif vécu, imaginé, fantasmé est permanente, paradoxale et complexe ».

### **1.2.2 Caractéristiques de l'utilisateur des urgences**

Un reportage de Claire Ané<sup>40</sup>, publié dans le quotidien Le Monde, sur les urgences des Centres hospitaliers Bichat et la Pitié-salpêtrière, dans les dix-huitième et treizième arrondissements de Paris, donne un aperçu de la diversité des patients qui peuvent être accueillis dans de tels services : SDF, tentatives de suicide, cas de paludisme, personnes âgées dont l'état général se dégrade, accidentés en moto et en bicyclette, malade dépressif, fumeur de crack, perte d'un œil...d'autres cas encore rencontrés dans le bref temps d'un reportage... Une telle diversité justifie de mener une réflexion sur les caractéristiques des usagers des urgences, dans une perspective d'optimisation de la prise en charge.

---

<sup>40</sup> Ané C., « Jours tranquilles et nuits blanches aux urgences », Le Monde, 1<sup>er</sup> octobre 2003

## A) Les motifs de recours aux urgences et la prédominance du facteur « âge »

En janvier 2002, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a réalisé une enquête nationale sur les urgences, auprès d'un échantillon de patients de cent cinquante services<sup>41</sup>. Cette enquête a permis de mieux connaître les principales caractéristiques de ces patients, leurs motifs de recours aux urgences et leur parcours ultérieur. Tout d'abord, en ce qui concerne l'âge de ces patients, on constate qu'un quart des usagers a moins de quinze ans, et que 43% de ces patients ont moins de vingt-cinq ans, ce qui permet à la DREES d'observer que « la clientèle des urgences est globalement plus jeune que l'ensemble de la population ». En outre, les nourrissons sont sur-représentés parmi les usagers des urgences, par rapport à leur proportion dans la population. Le deuxième rang des catégories d'âge fréquentant en majorité les urgences est occupé par les personnes âgées de quatre-vingts ans et plus. Les personnes entre cinquante et un ans et soixante-dix ans ont le taux de recours le plus faible. (Annexe I)

La DREES s'est également attachée à classer les motifs de recours aux urgences et à analyser leur répartition. Elle constate que ces motifs de recours « se répartissent à part égale entre « problème somatique », terme qui englobe toutes les affections non liées à un accident ou à un trouble mental, et « traumatisme », chacun de ces deux motifs regroupant quarante-huit pour cent des passages ». Les troubles psychiatriques sont mentionnés dans plus de 2% des cas, alors que des problèmes associés ne le sont que dans moins de 2% des cas.

Ces motifs de recours aux urgences évoluent en fonction de l'âge. Les problèmes somatiques, largement prédominants chez les enfants de moins de un an, restent majoritaires jusqu'à six ans, pour céder ensuite la place aux traumatismes qui représentent 70% des motifs de passage des jeunes de six à quinze ans et 62% pour les jeunes de seize à vingt-cinq ans. La traumatologie reste majoritaire pour les adultes de vingt-six à cinquante ans, mais les recours aux urgences pour des problèmes somatiques augmentent régulièrement avec l'âge, pour concerner plus des deux tiers des patients de plus de quatre-vingt ans.

Les circonstances des motifs n'ont généralement pu être précisées que dans le domaine de la traumatologie. On retrouve dans l'ordre de leur importance : les accidents domestiques, les accidents de travail, les accidents de sport, les accidents de la circulation, les accidents scolaires et les accidents survenus sur la voie publique. En outre, un problème social est identifié dans 7% des cas, un contexte d'agression est relevé dans 7% des cas et un contexte d'addiction dans 5% des cas.

---

<sup>41</sup> DREES, « Les usagers des urgences », Etudes et résultats, n° 212, janvier 2003

Le niveau de gravité de la pathologie est un élément important de différenciation des usagers des urgences. La DREES observe que le niveau de gravité est une nouvelle fois très différencié selon l'âge : la proportion de ceux pour lesquels le pronostic vital n'est pas menacé à l'arrivée, mais dont l'état est susceptible de s'aggraver (CCMU 3<sup>42</sup>) est inférieure à 5% chez les enfants et les jeunes, de l'ordre de 8% chez les adultes au-dessous de cinquante ans ; elle dépasse 15% pour les classes d'âges au-delà de cinquante ans et concerne le quart des patients de plus de soixante-dix ans. (Annexe II)

En ce qui concerne la prise en charge proprement dite, près des trois-quarts des patients ont bénéficié d'au moins un acte diagnostique ou d'un geste thérapeutique aux urgences, 43% en ayant eu au moins deux. Plus d'un patient sur deux bénéficie d'une radiographie, plus d'un quart subit un prélèvement biologique lors de la prise charge, et près de 20% sont soumis à un électrocardiogramme.

Là encore le facteur de l'âge joue un rôle important : la proportion globale de personnes ayant bénéficié d'un acte diagnostique ou thérapeutique croît avec l'âge, passant d'un taux de 40% pour les nourrissons, à 58% pour les enfants, et à 90% chez les patients de plus de soixante-dix ans. Selon une logique identique, la proportion de patients ayant bénéficié d'une radiographie est maximale chez les personnes de plus de soixante-dix ans et minimale chez les tout-petits.

Enfin, le dernier point abordé par l'étude est relatif aux hospitalisations qui suivent le passage aux urgences : un patient sur cinq est hospitalisé, dont 90% dans un service de MCO. Il faut également tenir compte des patients admis en unité d'hospitalisation de très courte durée, qui représentent 3% des usagers des urgences. Le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge, mais aussi avec le niveau de gravité (Annexe III et IV).

Selon la DREES, le volume des hospitalisations qui suivent une admission aux urgences n'est pas sans effet sur le temps d'attente des patients aux urgences, souvent lié à la bonne articulation entre le service d'urgence et les services d'hospitalisation. En effet, le délai de transfert du patient, défini comme l'intervalle de temps qui s'est écoulé

---

<sup>42</sup> Les spécialistes de l'urgence en France utilisent pour évaluer la gravité des patients adultes admis aux urgences une échelle de gravité en cinq classes appelée CCMU ( Classification Clinique des Malades des Urgences). Il s'agit d'une classification clinique et d'intervention de soin. Les deux premières classes correspondent à des états qui ne sont pas jugés susceptibles de s'aggraver. Le troisième niveau correspond à un état susceptible de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital, les quatrièmes et cinquièmes niveaux impliquent mise en jeu du pronostic vital et nécessitent des actes lourds, voire un recours à la réanimation. Cette classification n'est pas utilisée pour les enfants de moins de six ans, ni pour les patients relevant exclusivement d'une prise en charge psychiatrique.

entre la décision de l'hospitaliser et le moment où le lit est effectivement disponible, a été estimé à partir de l'enquête en moyenne de deux heures et quarante-trois minutes. En outre, la décision d'hospitalisation faisant suite le plus souvent à un temps d'examen et d'attente des résultats qui peut varier considérablement d'un cas à l'autre, le temps passé effectivement dans le service d'urgence est pour le patient devant être hospitalisé supérieur à ce délai. La DREES observe que ce délai tend à s'allonger avec la taille de l'établissement, ainsi que lorsque l'on est confronté à la combinaison de plusieurs motifs d'hospitalisation pour un même patient, ou à un problème social. Enfin, le temps d'attente est plus important lorsque le patient relève d'une autre orientation que le court séjour, ce qui renforce encore le lien établi entre l'augmentation des durées d'attente et l'âge de plus en plus important des patients se présentant aux urgences.

En définitive, cette enquête révèle que l'âge est un facteur déterminant en ce qui concerne la segmentation des populations qui fréquentent les services d'urgence hospitaliers et les modes d'utilisation qu'elles en font. On observe, notamment, que les urgences sont utilisées comme une porte d'entrée de l'hôpital, en majorité dans les premiers et derniers âges de la vie. En effet, les parents de nourrissons ou de très jeunes enfants semblent souvent utiliser les services d'urgence comme une porte d'accès à une consultation médicale de pédiatrie, tandis que les urgences jouent fréquemment le rôle de porte d'entrée pour une hospitalisation non programmée à partir de soixante-dix ans. Peut-on en déduire qu'une évolution se dessine qui tendrait vers une conception « utilitariste » du service d'urgence, désormais considéré comme un moyen d'accès ? Selon François-Xavier Schweyer, un tel mouvement est perceptible, lié à des « usagers actifs qui ne subissent pas toujours l'hôpital mais l'utilisent aussi.<sup>43</sup> (...) La crise économique et sociale a contribué à accroître le nombre de personnes qui s'adressent à l'hôpital, en urgence ou en consultation, non pas « par défaut » mais parce qu'elles y trouvent des réponses adaptées à leurs besoins<sup>44</sup> ». Mais même dans l'hypothèse où cette évolution ne procéderait pas d'un mouvement collectif conscient, les évolutions de la structure de la population qui fréquente les urgences ont un impact sur la prise en charge.

## B) La hiérarchisation des situations d'urgence

---

<sup>43</sup> « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », F.-X. Schweyer, Les usagers du système de santé, op. cité

<sup>44</sup> Op. cité, référence à Mossé P., 1997

Une autre distinction que l'on peut opérer entre les usagers des urgences consisterait en une classification entre les « vraies » urgences et les « fausses » urgences. Toutefois, cette distinction ne peut à l'hôpital public trouver sa place que dans le respect de l'obligation juridique qui impose aux services d'urgence d'accueillir toute personne qui se présente. Carine Vassy<sup>45</sup> évoque le travail de J. Roth et D. Douglas (Roth 1972, Roth et Douglas 1983), qui ont travaillé sur la distinction qu'opère le personnel du service entre les patients se présentant aux urgences dans cinq établissements de santé américains. Elle précise ensuite que Roger Jeffery (1979) « a élargi la recherche à la Grande-Bretagne, montrant les mêmes phénomènes de catégorisation dans trois services d'urgence anglais ». Carine Vassy a analysé les différents critères utilisés par le personnel « pour admettre une personne dans le service, établir des priorités dans l'ordre de passage et, éventuellement, modifier son comportement pour signifier au patient qu'il a enfreint certaines règles ». Le premier type de critères utilisés est clinique : il se rapporte à la pathologie. Ce critère clinique peut être utilisé, à des degrés différents, par les agents administratifs, par les infirmiers d'accueil et par les médecins. Mais d'autres critères sont également utilisés pour différencier les patients : il s'agit de critères organisationnels (liés notamment à l'affluence dans le service), mais aussi de critères économiques, sociaux ou moraux, qui peuvent conduire à considérer comme prioritaire, par rapport à un autre patient dans une situation clinique identique, un patient en situation de détresse sociale par exemple.

Cette nécessité de définir et d'utiliser des critères de différenciation des patients procède de la prise en charge aux urgences de situations diverses, dont certaines relèvent véritablement de l'urgence alors que d'autres ne sont pas dans ce cas. Cette distinction renvoie, si l'on se réfère à Giovanni Gasparini, à la nature même de l'urgence, à son essence<sup>46</sup>. En effet, le sociologue considère que « l'urgence implique que tout n'est pas urgent : si tout devenait ou était considéré comme urgent (dans une entreprise, un hôpital, un cabinet ministériel, etc.), l'urgence n'existerait plus ». Cette position justifie l'utilisation de critères de différenciation des patients, selon que leur situation présente un caractère urgent ou non urgent ou, pour reprendre les termes de Giovanni Gasparini, un caractère « d'urgence ordinaire » ou « d'urgence extraordinaire » : « L'urgence suppose une différenciation du temps : au sein d'une organisation ou de n'importe quelle unité sociale il faudra distinguer entre ce qui ne peut pas être remis à plus tard et ce qui pourra l'être, entre ce qui est absolument prioritaire et ce qui ne l'est pas. On parviendra ainsi à

---

<sup>45</sup> Vassy C. , « « Vraies » et « fausses » urgences : comment trier les usagers ? », in Les usagers du système de santé, Op. cité

<sup>46</sup> Gasparini G., « Temps, organisation et urgence », Sciences de la société n°44, mai 1998, p 24

établir une hiérarchie des situations d'urgence, quitte à distinguer « l'urgence ordinaire » et « l'urgence extraordinaire » ».

L'usager des urgences est, par essence, inclassable, si l'on considère l'infinie diversité des personnes se présentant dans les services d'urgence. Toutefois, on constate qu'il n'est pas inutile de déterminer un certain nombre de catégories, fondées par exemple sur l'âge du patient, sur son motif de recours aux urgences ou sur le degré de gravité de ce motif. En effet, l'impact de certains facteurs caractérisant le patient sur la prise en charge étant établi, une telle segmentation permet de mener une réflexion sur l'amélioration de cette prise en charge, afin de progresser dans le domaine de la maîtrise des temps d'attente, de la qualité du diagnostic et des conditions de travail pour le personnel des urgences. Elle doit notamment permettre de prendre en considération les attentes spécifiques du patient aux urgences, et d'y répondre dans la mesure du possible. Marc Giroud a établi un regroupement de ces attentes par grandes catégories, dont les principales sont : la clarté et la sincérité de l'information reçue, la qualité, la sécurité et le caractère approprié des examens et des soins prodigués, l'efficacité de l'orientation, de la continuité des soins et de l'articulation avec la prise en charge ultérieure, le respect des droits du patient, le caractère acceptable des délais d'attente<sup>47</sup>...

Réfléchir sur la prise en charge des usagers aux urgences impose de tenir compte de la spécificité de cette prise en charge. En effet, le service d'urgence doit avant tout faire face à un niveau de fréquentation toujours plus important, et caractérisé par son inégale répartition sur la journée et sur la semaine. D'un point de vue méthodologique, une approche par les flux se révèle particulièrement adaptée au fonctionnement des services d'urgence en ce qui concerne la prise en charge de l'usager.

### **1.2.3 Prise en charge aux urgences et gestion des flux**

#### **A) La notion de gestion des flux**

La méthode de gestion des flux et l'approche processus qui en découle dans de nombreux cas tient une place de plus en plus cruciale dans le management hospitalier. Cette évolution tient au champ d'application extrêmement large de la méthode. Younès Benanteur, Raphaël Rollinger et Jean-Luc Saillour nous indiquent en effet que

---

<sup>47</sup> Giroud M., « La satisfaction du patient aux urgences », Soins n°664, avril 2002, p 28

« « l'analyse des flux concerne tous les types de flux : matières, énergies, informations, personnes<sup>48</sup>... ». Dans le cadre d'une réflexion relative à la prise en charge de l'utilisateur, c'est naturellement un flux de personnes qui doit faire l'objet d'une étude. Toutefois, les précisions de Younès Benanteur, Raphaël Rollinger et Jean-Luc Saillour évoquent à la fois « les flux auxquels l'activité est soumise » et « les flux générés par l'activité ». On perçoit dès lors que la prise en charge des patients aux urgences envisagée sous l'angle du flux s'inscrit dans cette double problématique.

Un entretien avec Serge Jahan, responsable qualité du Centre hospitalier de Guingamp, a permis d'établir une distinction entre les notions de « flux poussé » et de « flux tiré ». En effet, un service d'urgence est d'abord confronté à un flux auquel l'activité du service est soumise : il s'agit d'un flux « poussé », et par définition difficilement contrôlable : celui des patients se présentant aux urgences, en demande de soins. (On peut observer que la notion de flux « poussé » renvoie à l'étymologie de l'adjectif « urgent », dont dérive le nom féminin « urgence ». Cet adjectif provient selon le Grand Robert du mot latin « urgens », participe présent adjectif du verbe « urgere » qui signifie « pousser »).

Toute la problématique du service d'urgence consiste à gérer ce flux poussé : il s'agit d'en orienter une partie vers l'extérieur, et de convertir le reste en un flux « tiré », par les services d'hospitalisation. Ce flux tiré est quant à lui, maîtrisable : le service d'hospitalisation accepte ou non de prendre en charge tel patient. Mais l'inadéquation entre le flux poussé et le flux tiré est à l'origine des considérables écarts de niveau d'activité qui caractérisent tous les services d'urgence. Un flux poussé plus important que le flux tiré génère des blocages, des temps d'attente importants, des conditions de travail difficiles pour le personnel et donc des risques en terme de qualité des soins. A l'inverse, un flux poussé inférieur par son volume au flux tiré engendre des baisses d'activité qui peuvent impliquer la mobilisation d'une quantité de personnel trop importante par rapport à la charge de travail, et donc un coût inacceptable pour l'établissement.

Il semble donc évident que la gestion des flux est un outil au service de la qualité et de l'efficacité. Francis Gompel et Pascal Pouligny vont au-delà de ce constat en inversant le sens de la relation entre gestion des flux et efficacité : « des services engorgés, des urgences saturées, des patients qui attendent des heures, couchés sur un brancard, la course contre la montre des équipes soignantes, des pas inutiles, des équipements coûteux qui ne sont pas utilisés à leur plein rendement, des équipements biomédicaux introuvables quand on en a un besoin urgent, tels sont les symptômes d'un

---

<sup>48</sup> Benanteur Y., Rollinger R., Saillour J.-L., Organisation logistique et technique à l'hôpital, éditions ENSP, 2000, p 92

établissement qui connaît un véritable problème dans la gestion des flux<sup>49</sup> ». Dans cette perspective, la gestion des flux n'est plus un outil proposé pour améliorer un fonctionnement, mais bien le pré-requis de l'efficacité.

Marie-Catherine Pham explique que l'un des intérêts fondamentaux de la gestion de flux est le progrès qu'il permet de réaliser dans le domaine de la coordination des multiples acteurs intervenant lors de la prise en charge<sup>50</sup>. Cette conception rejoint celle de Francis Gompel et Pascal Pouligny qui insistent sur les gains que peut apporter la gestion des flux dans le domaine de la concertation et de la transversalité, sur la maîtrise des aléas engendrés par les enchaînements successifs d'actions humaines sur lesquels repose la prise en charge hospitalière.

a) *Statique et dynamique de la gestion du flux*

Développer la gestion des flux dans un établissement hospitalier implique de manière liminaire de connaître précisément ce flux. Francis Gompel et Pascal Pouligny expliquent que « l'étape préalable à toute démarche d'optimisation consiste à cartographier les flux (...) afin de bien déterminer la situation de départ ». Nadège Bouton dresse le même constat, et pose la description du circuit du patient au service d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Paris comme pré-requis d'une réflexion sur l'amélioration de l'organisation de ce service grâce à une optimisation de la gestion des flux<sup>51</sup>. On perçoit dès lors à quel point l'étape de l'analyse du flux est cruciale, d'un point de vue stratégique, dans toute démarche d'optimisation des flux. Il est donc indispensable de différencier deux éléments. Le premier, que l'on nomme la statique de la gestion du flux, consiste en une description précise du « processus de traitement du flux<sup>52</sup> ». Le second, que l'on appelle dynamique de la gestion du flux, procède d'une volonté d'optimisation de la prise en charge de ce flux et implique donc une analyse des dysfonctionnements liés à la mise en œuvre du processus de traitement du flux, et aux perspectives d'amélioration qui s'en dégagent.

---

<sup>49</sup> Gompel F., Pouligny P., « L'optimisation des flux au service de la qualité et de l'efficacité », Gestions hospitalières, Mars 2005, p 199

<sup>50</sup> Pham M.-C., « La prise en charge du patient à l'hôpital : mieux gérer la complexité de la coordination des acteurs. application des méthodes de gestion des flux et d'analyse de la valeur », mémoire EDH, ENSP 2002

<sup>51</sup> Bouton N., « La gestion des flux aux urgences est-elle possible ? Essai de modélisation à partir de l'exemple de l'Hôtel-Dieu de Paris », Mémoire EDH, ENSP 2001

<sup>52</sup> Benanteur Y., Rollinger R., Saillour J.-L., Organisation logistique et technique à l'hôpital, éditions ENSP, 2000

b) *Gestion des flux et processus*

La nécessité de connaître et le cas échéant d'agir sur les flux à l'hôpital implique généralement la mise en œuvre d'une approche processus. Ainsi qu'il l'a été évoqué, Younès Benanteur, Raphaël Rollinger et Jean-Luc Saillour se réfèrent à la nécessité de déterminer les « processus de traitement des flux appliqués pour assurer chaque fonction ». François Gompel et Pascal Pouligny font également un lien entre gestion de flux et processus, en préconisant « une mise à plat des processus à l'origine des problèmes de flux ». On perçoit immédiatement une contradiction : la première expression laisse supposer que le processus est appliqué au flux lui-même, tandis que la seconde sous-entend que le domaine de la gestion du flux est un vaste ensemble qui englobe, entre autre, la mise en œuvre d'un certain nombre de processus.

Dans la perspective d'une étude de la prise en charge de l'utilisateur aux urgences, on considèrera que le processus est l'outil appliqué à la gestion du flux. Mais la conception de François Gompel et Pascal Pouligny n'en demeure pas moins recevable. Des éléments de définition du processus seront apportés ultérieurement, qui permettront d'explicitier cette position. On peut néanmoins retenir de cette approche méthodologique théorique que l'approche processus est reconnue comme un corollaire habituel de la notion de gestion de flux.

Nadège Bouton prouve dans son mémoire que la gestion des flux est une méthode managériale particulièrement adaptée aux services d'urgence. Certains exemples révèlent également l'adéquation de cette méthode aux problématiques récurrentes qui sous-tendent l'organisation des services d'urgence : on peut à titre d'illustration évoquer la mise en œuvre d'une grille de tri des patients, ou le rôle d'un acteur que l'on retrouve désormais fréquemment aux urgences : l'infirmier d'accueil et d'orientation, ou IAO.

B) Exemples d'outils favorisant la gestion des flux de personnes dans les services d'urgence

a) *La mise en place d'une grille de tri des patients*

Un groupe de travail pluridisciplinaire<sup>53</sup> belge, partant du constat selon lequel « un des problèmes majeurs qui découle de ce volume important de patients, est d'adapter l'organisation du service des urgences, afin de mieux gérer ce flux de patient », a réalisé

---

<sup>53</sup> Composé de deux infirmiers, d'un médecin urgentiste, d'un médecin statisticien, d'un psychologue, d'un kinésithérapeute et du médecin chef de service

une étude relative à la mise en place d'une grille de tri des patients se présentant au service d'urgence de la Clinique universitaire Saint-Luc<sup>54</sup>. Cette étude prospective a porté sur le tri de six cent soixante dix-neuf patients et a permis d'évaluer une grille de tri qui implique de donner à chaque patient un « intervalle de temps informatif » correspondant au temps d'attente maximum acceptable, mais également d'opérer un tri sur l'orientation du patient. La pertinence de cette grille a été évaluée sur la base d'une comparaison : pendant une période déterminée, un tri virtuel a été réalisé sur la base de la grille. Cette projection a ensuite été comparée à la prise en charge réelle du patient, notamment en ce qui concerne les paramètres « temps réel de prise en charge » et « diagnostic final ». La conclusion de cette étude souligne que l'utilisation d'un outil de tri des patients permet « à chaque membre de l'équipe soignante d'effectuer un tri adéquat du flux des patients ». Le lien existant entre classification des patients et qualité de la prise en charge est établi.

b) *Réflexion relative à l'IAO*

Maryel Bouquin, cadre de santé en service d'urgence, apporte un éclairage sur le rôle de l'IAO<sup>55</sup>, nouvel acteur des urgences dont la fonction est intrinsèquement liée à la problématique de gestion des flux. En effet, elle explique que le développement des IAO à l'accueil des urgences vient en conséquence de l'évolution quantitative certes, mais surtout qualitative, des usagers des urgences. L'IAO permet « de recevoir des patients aux demandes de plus en plus variées, allant de la simple consultation à la pure réanimation, en passant par toutes sortes de problèmes mal identifiés ». Il assure des fonctions d'accueil, de centralisation et de diffusion de l'information, de surveillance des personnes en attente, il joue un rôle de référent et assure une présence constante à l'accueil. Mais l'ensemble de ces fonctions procèdent de sa mission fondamentale : la régulation des flux par « la reconnaissance des priorités ». Ce terme de reconnaissance n'est pas anodin : il signifie que les priorités préexistent à l'intervention de l'IAO. Ce dernier ne détient pas une toute-puissance qui lui permettrait de faire passer un patient avant un autre, il a les compétences qui l'autorisent à établir une hiérarchie entre les différents niveaux de gravité des problèmes de santé des patients qu'il prend en charge.

L'IAO se situe donc dans une logique similaire à celle de l'utilisation d'une grille de tri : il s'agit de permettre la gestion qualitative du flux. Si la finalité est identique, c'est la ressource mise en oeuvre qui diffère : moyen matériel dans le cas de la grille de tri, moyen humain pour ce qui concerne l'IAO. Il s'agit toujours de mettre en oeuvre des

---

<sup>54</sup> Legrand A., Thys F., Vermeiren E. et al., « Validation d'une grille de tri : première étape dans l'analyse du flux des patients et dans la modélisation d'un service d'urgence », Recherche en soins infirmiers, n°72, mars 2003, p 145

<sup>55</sup> Bouquin M., « Urgences, l'IAO dans l'œil du cyclone », Soins, n°664, avril 2002, p 31

ressources pour gérer le flux. En outre, ces ressources ne sont pas antagonistes : elles peuvent être utilisées simultanément ; on peut d'ailleurs parfaitement envisager de mettre la ressource matérielle au service des moyens humains : un IAO peut avoir l'opportunité d'utiliser une grille de tri des patients se présentant aux urgences.

Ces deux exemples permettent de percevoir l'intérêt de la problématique de la gestion des flux dans un service d'urgence, et donnent une idée de la pertinence des solutions qui peuvent découler d'une telle approche. D'un point de vue pratique et dans le cadre de la réalisation d'un stage en tant qu'élève-directeur d'hôpital, il est particulièrement intéressant de mener une réflexion sur la mise en œuvre d'une telle approche aux urgences du Centre hospitalier de Lannion –Trestel, dans un contexte particulier marqué par une insatisfaction relativement importante des usagers des urgences de cet établissement.

### **1.3 La prise en charge des usagers aux urgences de Lannion : l'intérêt d'un projet d'étude**

Une enquête de satisfaction des usagers des urgences de Lannion a été réalisée en 2004. En outre, les plaintes et réclamations de patients font l'objet d'un suivi qui permet d'évaluer la proportion que représentent les réclamations relatives aux urgences par rapport à l'ensemble des réclamations concernant l'établissement. On peut à partir de ces documents identifier les spécificités contextuelles de la prise en charge des usagers aux urgences de Lannion. Ces spécificités sont un des éléments qui justifient la réalisation d'une étude pertinente dont les objectifs découlent d'une problématique particulière.

#### **1.3.1 Une prise en charge générant des insatisfactions chez les usagers**

##### **A) L'enquête de satisfaction de 2004**

Au début de l'année 2004, près de trois cents questionnaires ont été envoyés au domicile de patients peu après leur passage aux urgences. Le taux de retour fut de plus de 41%.

Cette enquête permet d'analyser succinctement le profil des patients (âge, sexe, provenance géographique). Elle est ensuite divisée en deux parties, l'une étant relative au

thème de l'accueil et l'autre à celui des soins. Enfin, deux items permettent de mesurer le niveau de satisfaction globale.

Une première question relative au temps global passé par le patient aux urgences révèle que 40% d'entre eux y sont restés plus de deux heures. Parmi eux, plus de 11% sont restés plus de six heures. D'emblée, des temps d'attente importants peuvent donc être soulignés. Toutefois, on doit remarquer que le Centre hospitalier de Lannion ne fait pas figure d'établissement atypique en ce qui concerne les temps d'attente aux urgences. En effet, le rapport de fin de mission de la MEAH relatif aux temps d'attente aux urgences indique que «dans les huit sites observés en 2003, les temps de passage moyens mesurés en population générale varient de une heure et cinquante-six minutes à quatre heures et trente-neuf minutes ».

Une analyse plus détaillée indique que plus d'un tiers des patients déclarent avoir attendu en salle d'attente, mais qu'ils sont presque le double (61%) à avoir attendu en salle d'examen. Ce constat laisse supposer que les causes d'attente sont dans ce cas plus liées à la prise en charge en elle-même (réalisation des actes de diagnostic, mise en œuvre du traitement...) qu'à un retard dans l'accueil du patient.

Les motifs de l'attente invoqués par les patients sont l'activité importante (15%), l'attente pour un examen de radiologie ou l'attente des résultats des examens (12% au total). 7% invoquent l'attente d'un médecin spécialiste et 53% l'attente du médecin des urgences. Ce dernier motif doit cependant être considéré avec prudence, aucune information ne permettant de le relier, ou non, à une suractivité du service.

D'un point de vue qualitatif, plus de la moitié des patients est satisfaite de l'accueil par le personnel administratif ; ce nombre va jusqu'à 87% de patients satisfaits de l'accueil par le personnel soignant.

Le contact semble globalement bon, tant avec le personnel médical qu'avec le personnel soignant. Cependant, les personnes estimant n'avoir pas reçu assez d'explications sont respectivement de 14% (de la part des médecins) et de 13% (de la part du personnel soignant).

En ce qui concerne les soins prodigués aux patients, une nette majorité d'entre eux estime que ces soins ont été réalisés consciencieusement, rapidement et efficacement. 84% des patients ont eu les informations qu'ils souhaitaient, mais, parmi eux, plus de 30% ont du en faire la demande.

La prise en charge de la douleur ne génère que peu d'insatisfactions : seuls 10% des patients considèrent que cette douleur n'a été que peu prise en compte. En revanche, 32% des patients estiment que la prise en charge psychologique et sociale aux urgences n'a pas répondu à leurs attentes. Cette observation doit cependant être atténuée par le fait que les patients ayant été amenés à rencontrer, lors de leur passage aux urgences,

une assistante sociale, un psychologue ou un infirmier psychiatrique ne représentent que 22% des personnes ayant participé à l'enquête.

En ce qui concerne le niveau de satisfaction globale, la part des patients satisfaits ou très satisfaits de leur prise en charge est de 60%, ce qui laisse une large part aux patients globalement mécontents de leur passage aux urgences. Pourtant, l'analyse de l'enquête permet de souligner que le point qui semble générer le plus d'insatisfaction est la question de l'attente. Cependant, certains commentaires laissent entrevoir des problèmes relatifs à la relation, mais aussi à l'organisation générale et au fonctionnement du service. Cette enquête met en exergue la nécessité d'engager une réflexion sur la prise en charge des patients, notamment en ce qui concerne la maîtrise des temps d'attente.

## B) Les plaintes et réclamations de patients

De manière préliminaire, il convient de préciser que les plaintes et réclamations de patients sont gérées par la cellule qualité, selon une procédure établie. Ce n'est qu'à partir du moment, et dans la mesure où la plainte fait l'objet d'un recours juridictionnel que la cellule qualité en transfère la gestion à la Direction des affaires juridiques.

Le premier élément relatif aux plaintes et réclamations des patients concernant les urgences que l'on doit examiner est l'évolution du nombre de ces plaintes, en valeur brute mais aussi en part que représentent ces plaintes par rapport à l'ensemble des plaintes concernant l'établissement (Annexe V). Au 31 juillet 2005, cinq plaintes se rapportant aux urgences étaient parvenues à la cellule qualité, ce qui représente 27.77 % du nombre total de plaintes reçues à cette date pour l'ensemble de l'établissement. Ce chiffre doit cependant être analysé avec prudence puisqu'il ne concerne pas une année entière.

Pour la période comprise entre 2000 et 2004, on observe que le nombre de plaintes relatives aux urgences a cru régulièrement, passant de neuf plaintes en 2000 à dix-neuf plaintes en 2004. La proportion de plaintes concernant les urgences par rapport à l'ensemble des plaintes de l'établissement est passée de 22.5 % en 2000 à 52.78% en 2004. En outre, les plaintes concernant les urgences évoluent en sens inverse de l'ensemble des plaintes sur tout l'établissement : alors que le nombre total de plaintes diminue entre 2002 et 2004 (passant de quarante et une à trente-six), le nombre de plaintes concernant les urgences augmente sur la même période (de douze à dix-neuf), ce qui tend encore à faire augmenter la part des plaintes « urgences » par rapport au nombre total de plaintes. Enfin, l'écart avec les autres services est considérable : le service arrivant en deuxième position pour le nombre de plaintes ne représente que

11,11% de la totalité des plaintes. Incontestablement, il convient de s'interroger sur un mode de prise en charge qui génère plus de la moitié des plaintes émanant de patients dans l'établissement...

D'un point de vue qualitatif, l'un des motifs les plus fréquemment invoqués est la prise en charge médicale. L'analyse des courriers révèle que l'absence ou l'insuffisance d'information par rapport à un problème donné est souvent à l'origine des réclamations. On relève notamment que, dans des cas cités où le patient a attendu, durant un laps de temps important, pour voir un médecin, c'était l'absence d'information par rapport aux causes de cette attente qui était vécue comme difficilement supportable.

On a vu à quel point la satisfaction du patient était devenu un critère important dans la mesure de la qualité du service rendu, avec le glissement du rôle du patient à l'hôpital vers une position beaucoup plus active. Par conséquent, les observations et réclamations des patients peuvent constituer le point de départ, l'élément déclenchant du lancement d'une dynamique d'amélioration qui correspond d'ailleurs à une politique générale de l'établissement. Pour autant, les évolutions extrinsèques de la société et du système médical doivent également être prises en considération dans l'analyse du mécontentement des usagers. Une perception subjective de la notion d'urgence, un sentiment de découragement face aux articulations parfois mauvaises entre l'hôpital et la médecine de ville, le développement enfin d'un certain consumérisme doivent conduire à la prudence dans la prise en compte des critiques formulées par les usagers. Il n'en demeure pas moins que ces critiques existent, qu'elles sont parfois virulentes, qu'elles ont un fondement qu'il convient d'identifier, et qu'elles peuvent trouver leur place dans la recherche d'évolutions constructives.

### **1.3.2 Pertinence, problématique et objectifs d'une étude relative à la prise en charge des usagers aux urgences du Centre hospitalier de Lannion – Trestel**

L'évolution de la position de l'utilisateur par rapport à sa prise en charge le conduit à jouer de plus en plus systématiquement un rôle d'acteur, ce qui amène l'établissement hospitalier à prendre en compte son degré de satisfaction, en tant que critère de la qualité de la prise en charge, mais aussi en tant qu'objectif managérial dans une approche que, sans connotation péjorative aucune, on peut qualifier d'approche « client ».

Par conséquent, mener une réflexion sur la prise en charge par un service donné d'un centre hospitalier implique de prendre en compte le niveau de satisfaction des usagers (ce qui sous-entend en premier lieu que des éléments de mesure de cette satisfaction existent et soient mis en place.) Or, ainsi qu'il l'a été exposé, la prise en

charge au service d'urgence de Lannion génère de l'insatisfaction, que la perfectibilité des outils de mesure de cette insatisfaction ne remet pas en cause. En outre, d'autres éléments existent, qu'il est inopportun de développer dans le cadre de cette réflexion centrée sur la problématique du patient, mais que l'on peut évoquer brièvement : il s'agit de l'insatisfaction (mesurée par une enquête) des médecins libéraux des environs à l'égard du service des urgences de Lannion, ainsi que des difficultés d'articulation que l'on constate entre le service d'urgence, les services d'hospitalisation, et les services médico-techniques.

La problématique générale qui sous-tend cette étude est fondée sur un constat : l'organisation est confrontée à des éléments externes et internes qui tendent à la remettre en cause. Or, on postule que l'organisation doit s'adapter à ces éléments que l'on peut qualifier de « perturbateurs » au sens littéraire du terme. Par conséquent, il convient d'une part, d'identifier parmi l'ensemble de ces éléments ceux qui sont maîtrisables, et d'autre part de réfléchir à l'adaptation de l'organisation aux éléments non maîtrisables.

Améliorer la prise en charge des patients aux urgences implique d'augmenter le niveau de la qualité des soins fournies, donc de maîtriser les risques et de mieux satisfaire les attentes des patients. Cependant, la maîtrise du risque et la mesure de la satisfaction du patient, ainsi que la mise en place d'actions correctrices, ne sont possibles que dans la mesure où le processus de traitement du flux de patient est connu et maîtrisé. Une description détaillée permettant l'identification de chaque étape du processus, de chaque acteur intervenant pour chaque étape, et la mesure de la durée de chaque étape, constitue donc le premier objectif de l'étude relative à la prise en charge de l'utilisateur aux urgences.

Dans un deuxième temps, la connaissance du mode de gestion du flux de patients aux urgences doit autoriser l'identification des points faibles de cette organisation, le recensement d'un certain nombre de dysfonctionnements. L'analyse de ces dysfonctionnements, troisième étape de l'étude, doit enfin permettre de dégager des pistes d'amélioration dans une perspective d'amélioration de la prise en charge et d'augmentation du niveau de satisfaction des patients.

## **2 ETUDE DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE LANNION – TRESTEL**

Le projet d'étude du processus de prise en charge des usagers aux urgences procède, sur le fond, du constat d'une certaine insatisfaction des patients par rapport à cette prise en charge, dans un contexte impliquant une prise en compte de plus en plus prégnante de la satisfaction de l'utilisateur. D'un point de vue stratégique, ce projet a fait l'objet d'une commande émanant du chef d'établissement, en association avec le chef de service des urgences ; le périmètre de l'étude, sur la base duquel a été construit le projet, découle de cette collaboration.

Le contexte général de l'établissement a présidé au choix de la réalisation d'une étude de terrain fondée sur une observation *in situ* et sur des entretiens avec les acteurs de la prise en charge. Cette étude a débouché sur une description concrète du processus de prise en charge et sur la mise en exergue de dysfonctionnements qu'il convient d'analyser grâce à la mobilisation d'outils adaptés.

### **2.1 Le périmètre de l'étude et la construction du projet**

Le cadre de l'étude a volontairement été limité au service d'urgence et à ses articulations avec les services d'hospitalisation et les services médico-techniques, pour des raisons qui ne tiennent pas à la nature même de l'étude, dont le champ d'application aurait pu être conçu de façon plus large.

#### **2.1.1 Un périmètre d'étude circonscrit aux urgences**

La prise en charge globale du patient, si on la considère sous un angle spatial et géographique, impliquerait une très grande partie des bâtiments et structures du Centre hospitalier. Sans mener une étude approfondie, on pressent qu'elle débute avec l'entrée du patient dans l'hôpital, par la voie de l'accueil aux urgences, des consultations externes ou des hospitalisations programmées. Elle se poursuit avec le séjour, impliquant ou non un hébergement, dans un ou plusieurs services d'hospitalisation de l'hôpital, et s'achève soit par la sortie du patient, soit par son transfert dans une autre structure de l'établissement (long-séjour) ou vers un autre établissement, soit par son décès.

Etudier le processus de prise en charge, le circuit du patient à l'hôpital impliquerait de mener une réflexion sur l'ensemble de ces étapes et sur leur articulation. Il est certain qu'un tel projet ne manquerait pas d'intérêt. Il est cependant si vaste, et fait intervenir une telle quantité d'acteurs, qu'il n'était pas concevable de l'inscrire dans le cadre d'un stage d'apprentissage du métier de directeur d'hôpital impliquant l'exploration de beaucoup d'autres domaines.

Néanmoins, une volonté existait, émanant de la Direction de l'établissement, d'entamer une réflexion sur le circuit et la prise en charge du patient. Or, la situation des urgences, dont on sait qu'elle génère certaines insatisfactions de la part des patients, ne se prêtait-elle pas particulièrement à une telle étude ?

Il est rapidement apparu qu'un tel projet se situait au carrefour de deux volontés : celle du chef d'établissement, qui souhaitait que soit engagée une réflexion sur la prise en charge, notamment aux urgences dont la réputation a un impact fort sur l'image de l'hôpital ; celle du chef du service d'urgence, qui souhaitait solliciter un regard extérieur sur l'organisation de la prise en charge, afin de faire la part entre d'éventuelles défaillances et des difficultés inhérentes aux évolutions du flux de patient.

A l'heure de la nouvelle gouvernance, cette prise de décision conjointe semble exemplaire de l'esprit de collaboration permanent qui doit désormais sous-tendre l'ensemble du système de prise de décision à l'hôpital. L'étroite association entre la Direction de l'établissement et le corps médical, préconisée par les textes, ne s'applique pas qu'aux domaines les plus stratégiques du management de l'hôpital. Elle peut également revêtir une grande importance sur des questions ponctuelles et concrètes telles que la mise en place d'une étude sur un sujet donné. Toutefois, des interrogations demeuraient : s'agissait-il de solliciter un groupe de travail, de mettre en place un audit interne, un audit externe ? C'est le choix d'une étude de terrain moins formelle qui fut retenu, et le projet fut confié à l'élève-directeur et inscrit dans ses objectifs de stage.

### **2.1.2 Le choix d'une étude de terrain**

L'objectif du Centre hospitalier de Lannion est d'initier une dynamique d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients au sein d'un service d'urgence. Or, cet objectif est au cœur de réflexions menées par la SFMU, qui a édité un guide destiné à apporter une assistance méthodologique aux établissements poursuivant cet objectif d'amélioration continue de la prise en charge<sup>56</sup>. Il eut été cohérent

---

<sup>56</sup> Guide méthodologie SFMU – Commission d'évaluation – Groupe de pilotage des audits – « Audit d'un service d'urgence : méthode », Version du 30 septembre 1999

de s'inspirer de ce guide ; les préconisations de ce dernier ne furent pourtant pas retenues, pour un certain nombre de raisons tenant d'une part au contexte de l'établissement, et d'autre part aux objectifs de stage définis conjointement par l'élève-directeur et son maître de stage.

Tout d'abord, le guide SFMU recommande de mettre en place une équipe pluridisciplinaire d'auditeurs, composée d'anciens audités. Or, le Centre hospitalier de Lannion est actuellement engagé dans la deuxième procédure d'accréditation, qui implique la mise en place de groupes de travail nombreux. Culturellement, la constitution de tels groupes de travail en nombre important, bien que constituant l'incontournable pré-requis d'une approche transversale et pluridisciplinaire, suscite parmi le personnel des réticences dont la négation emporterait le risque de mettre en péril le bon déroulement de la procédure d'accréditation. Deux approches furent retenues pour surmonter cette difficulté culturelle : d'une part, la cellule qualité et la cellule communication ont mis en place une politique de communication interne commune pour informer le personnel des opportunités offertes par ce mode de fonctionnement ; d'autre part, la décision fut prise au niveau de la direction de l'établissement de ne pas multiplier les groupes de travail non prévus dans le déroulement de la procédure d'accréditation jusqu'à la visite des experts-visiteurs prévues pour septembre 2006.

En outre, l'étude de la prise en charge du patient aux urgences est un thème qui s'inscrit dans une conception globale du stage hospitalier de l'élève-directeur, matérialisée par un contrat d'objectifs clairement définis entre l'élève-directeur et son maître de stage. Or, deux composantes importantes de ce contrat sont le pilotage d'un groupe de travail relatif à l'élaboration du projet social de l'établissement, et la mise en place et la gestion d'un autre groupe de travail concernant la réorganisation de l'ensemble des magasins de l'établissement. Il a donc été jugé préférable, dans l'optique d'une formation professionnelle plus riche et plus diversifiée, de choisir une méthode différente, en contact direct avec les équipes de soins, favorisant ainsi l'acquisition de compétences dans le champ de l'écoute et de la communication, et permettant à l'élève-directeur de se familiariser avec les complexités inhérentes à une position d'arbitre sur un sujet source de polémiques.

Ainsi, l'audit des services d'urgence tel qu'il est décrit par la SFMU n'a pas été retenu, au profit d'une étude basée sur l'observation sur le terrain et sur des entretiens avec les professionnels. Néanmoins ce choix appelle trois observations :

Tout d'abord, la finalité de l'étude rejoint celle de l'audit proposé par la SFMU quand celle-ci indique que « la finalité de l'audit est l'amélioration continue de la qualité du service. En d'autres termes, il s'agit de reprendre la devise utilisée par « The

Australian Council on Healthcare standards<sup>57</sup> » : « How can we do better what we are doing now? ». La finalité de l'audit réalisé par la SFMU « ne vise pas à une démarche de reconnaissance externe de la qualité du service dans le cadre d'une accréditation, d'un agrément ou d'une certification »<sup>58</sup>. L'étude réalisée s'inscrit pleinement dans cet objectif, à une nuance près cependant : elle n'a pas pour finalité même l'accréditation, mais est censée initier une dynamique générale de remise en question et de recherche de l'amélioration de la qualité et de la sécurité qui doit « préparer le terrain » de l'accréditation, d'un point de vue matériel mais surtout d'un point de vue culturel.

Ensuite, ce choix résulte d'une décision s'inscrivant dans un contexte particulier ; la mise en place ultérieure, dans un contexte différent, d'un véritable audit du service d'urgence n'est en rien exclu.

Enfin, pour ne pas s'appuyer sur les recommandations de la SFMU en matière d'audit, l'étude réalisée n'en procède pas moins d'une méthodologie précise, qu'il convient d'explicitier.

### **2.1.3 Le pilotage stratégique du projet**

La mise en œuvre d'une étude du processus de prise en charge des usagers aux urgences impliquait de mener en amont une réflexion sur le pilotage stratégique de ce projet. Cette étape liminaire n'était pas seulement le pré-requis qui conditionnait le bon déroulement de l'étude, c'était aussi un axe fondamental pour le développement de compétences managériales, dans l'optique de la formation d'élève-directeur. En effet, à une époque où la procédure d'accréditation et les démarches qualité forment désormais le quotidien de la grande majorité des établissements de santé, on perçoit le rôle fondamental que revêt le pilotage de ce type de démarche. L'ANAES en a souligné l'importance lorsqu'elle a établi la liste des divers facteurs de réussite communs à toutes les démarches qualité qui peuvent être mises en œuvre dans un établissement de santé<sup>59</sup>.

Cette démarche, bien que n'impliquant pas la constitution d'un groupe de travail proprement dit sur le sujet, ainsi qu'il l'a précédemment été explicité, devait être mise en œuvre sous l'égide d'un comité de pilotage assurant une mission stratégique de choix des actions. Un groupe composé du directeur de l'établissement, du chef de service des

---

<sup>57</sup> Site Internet de « The Australian Council on Healthcare Standards » : [www.achs.org.au](http://www.achs.org.au)

<sup>58</sup> Cité in « Audit d'un service d'urgence : méthode », op. cité

<sup>59</sup> Guide ANAES, « Méthodes et outils pour les démarches qualité dans les établissements de santé », Juillet 2000, p20

urgences, de la responsable qualité et de l'élève-directeur chargée de mener l'étude, a défini un certain nombre d'orientations stratégiques. Un défaut de formalisation peut immédiatement être souligné, avant même d'envisager les biais auxquels fut confrontée cette étude, en ce qui concerne ce comité de pilotage. Toutefois, en tant que stagiaire, l'élève-directeur ne saurait sans outrepasser son rôle exiger cette formalisation. En dépit de ce constat, on peut affirmer qu'un pilotage de la démarche existait, qui a permis la conduite l'étude sur le plan stratégique.

A partir de ces orientations stratégiques, le chef de projet a pu décliner les objectifs de l'étude et construire une fiche projet, véritable outil de pilotage du projet. En effet le management de projet implique que celui-ci vise des objectifs définis et aboutisse à un résultat concret. En outre, il doit comporter un début, une fin, et se dérouler suivant un calendrier établi à l'avance, aux échéances identifiées et respectées. La fiche projet permet donc de clarifier ces éléments (Annexe VI). Dans un premier temps, elle impose d'intituler le projet, ce qui revient à en formaliser la délimitation. Il est apparu que cette étape de délimitation, cruciale, n'allait pas nécessairement de soi : elle a impliqué de solliciter les décideurs stratégiques à plusieurs reprises, afin de pouvoir dessiner très précisément les contours de l'étude. En outre, on peut constater que d'incessantes évolutions interviennent, qui tendent à modifier ces contours. On peut donc en déduire qu'il est indispensable d'arrêter la définition du projet à un instant t, et de décider avec la plus grande fermeté de ne plus intégrer de modification liée à l'actualité, sous peine de mettre en péril la lisibilité du projet.

L'exposé d'une problématique claire permet d'envisager tous les aspects du sujet traité. Une problématique structurée de manière syllogistique semble intéressante pour susciter l'adhésion des acteurs concernés par l'étude, dans la mesure où elle se fonde sur une articulation logique trouvant sa source au niveau de faits constatés.

Le recensement de références et de personnes ressources permet d'identifier les choix réalisés en matière d'accompagnement du projet, et apporte une garantie dans le domaine de l'expertise. La liste des services et structures concernés apporte un degré de clarification supplémentaire, et permet de mettre en place une politique de communication ciblée, la communication étant un des facteurs de réussite de toute démarche recensés par l'ANAES qui préconise « la mise en place, dès le démarrage du projet, d'un plan de communication (...) » et « l'information régulière de tous les professionnels concernés (...) afin de leur faire valider toutes les étapes de la démarche<sup>60</sup> ».

---

<sup>60</sup> Guide ANAES, « Méthodes et outils pour les démarches qualité dans les établissements de santé », Juillet 2000, p 20

Par ailleurs, tout projet peut se traduire en terme de coûts. Cet élément doit donc figurer dans la fiche projet. On peut à ce titre préciser que l'ANAES souligne la nécessité de « l'attribution des moyens nécessaires à la conduite du projet, notamment en temps et en formation si nécessaire ». C'est précisément le temps qui constitue le coût le plus important de cette étude.

Enfin, le projet doit nécessairement faire l'objet d'une évaluation, et les modalités de sa pérennisation doivent être envisagées. On mesure aujourd'hui l'importance fondamentale de ces deux éléments, d'ordre prospectif au moment de la mise en œuvre du projet, mais dont la définition est indispensable pour conférer au projet une dimension constructive, ainsi qu'une durée de vie qui ne demeure pas inscrite entre les bornes temporelles de la réalisation d'un stage. C'est la valeur intrinsèque du projet qui est en cause à travers les questions de l'évaluation et de la pérennisation.

C'est également sur le plan stratégique que les modes d'observation ont été décidés. Sur une décision conjointe du chef du service d'urgence et du chef d'établissement, il fut convenu que l'étude serait réalisée sous la forme d'une part d'une observation in situ, devant intervenir à des moments variés (matin, après-midi, nuit, semaine, week-end) pour intégrer les différentes réalités auxquelles le service peut-être confronté, et d'autre part sous la forme d'entretiens avec les différents acteurs du processus de prise en charge.

Ainsi que le précise la fiche projet, la description du processus de prise en charge est l'objectif premier du projet. L'approche processus est une démarche riche mais complexe dont il convient d'examiner les implications avant de présenter les étapes de ce processus telles qu'elles ont été identifiées au cours de l'étude réalisée aux urgences de Lannion.

## **2.2 L'analyse critique du processus**

### **2.2.1 La mise en œuvre de l'approche processus**

Avant de détailler les implications de l'approche processus, dont on a montré à quel point elle était adaptée à l'analyse des mécanismes liés à la gestion des flux, et donc à l'étude de la prise en charge aux urgences, on doit évoquer l'expertise apportée par le responsable de la cellule qualité du Centre hospitalier de Guingamp. En effet, cet hôpital a décrit le processus de prise en charge aux urgences en 2002. Compte-tenu des tailles

comparables des établissements de Lannion et Guingamp et de la similarité des problématiques rencontrées aux urgences, il semblait particulièrement pertinent de prendre en compte l'expérience menée dans l'établissement voisin.

Un processus est un système d'activités qui utilise des ressources pour transformer des données d'entrée en données de sortie avec une valeur ajoutée.

Si l'on se réfère au flux de patients qui arrivent dans un service d'urgence, on peut considérer qu'un processus est appliqué à ce flux. On dispose d'une donnée d'entrée : le patient présentant un problème (le plus souvent pathologique, mais il peut s'agir d'un problème social...). Diverses activités seront menées autour de ce patient, de manière successive ou juxtaposée (système d'activité), à l'aide du personnel, de l'équipement, de matériels, d'information... (ressources). La donnée de sortie est alors le patient « pris en charge » qui peut être un patient guéri, un patient orienté ou simplement un patient informé. La valeur ajoutée, résultat final de la mise en œuvre du processus, est le service rendu au patient, le client du processus.

Selon cette logique, le processus est bien l'outil qui permet de gérer le flux, conformément à la position, exposée en première partie, de Younès Benanteur, Raphaël Rollinger et Jean-Luc Saillour. Mais il existe d'autres processus, que l'on nommera dans le cadre de cette réflexion « sous-processus » par rapport au processus précédemment décrit. Il peut s'agir de processus opérationnels (ou processus de réalisation), qui contribuent directement à la réalisation du service. D'autres processus peuvent être identifiés, qui sont les processus supports (ou processus de soutien). Ce sont ceux qui contribuent au bon déroulement des processus de réalisation en leur apportant les ressources nécessaires. Bien que ne créant pas de valeur directement perceptible par le patient, ils sont nécessaires au fonctionnement d'un établissement de santé ou de toute autre structure. Ces processus supports recouvrent en particulier la gestion des ressources humaines et des ressources financières, l'installation et l'entretien des locaux et des équipements, l'information et le savoir-faire, l'approvisionnement. Cette logique qui fait intervenir de nombreux processus opérationnels et processus supports dans la mise en œuvre d'un processus plus vaste correspond à la conception de Francis Gompel et Pascal Pouligny précédemment évoquée.

Dans le cadre de l'étude réalisée à Lannion, la première étape réalisée fut l'identification des grandes étapes de la prise en charge, à partir de la schématisation générale de l'ensemble de la prise en charge (Annexe VII). Il s'agit bien sûr des grandes étapes du processus global de prise en charge, et leur traitement séparé n'est lié qu'à un double souci de facilitation de l'observation (plus facile à mener sur des étapes distinctes que sur l'ensemble du processus) et de formalisation (faire figurer l'ensemble du

processus sur un document unique impliquerait l'utilisation de supports d'une surface trop importante pour permettre une restitution optimale).

Dans un second temps, chacune de ces étapes du processus et les différents acteurs ont été identifiés. Le laps de temps consacré à chaque étape a été mesuré, ce qui représente une innovation par rapport à la description du processus de prise en charge des patients réalisée au Centre hospitalier de Guingamp.

Deux précisions doivent être apportées en ce qui concerne cette mesure du temps. D'une part, on l'a vu, l'appréciation du temps est éminemment subjective, et dépend du contexte et de l'individu. C'est ce qui parfois rend si difficile l'appréhension de la notion d'urgence. La seule méthode rationnelle pour connaître le temps pris par chaque étape du processus était donc de procéder à une mesure *in situ*, « chronomètre en main ». Toutefois, étant donné d'une part la diversité des situations rencontrées aux urgences, et d'autre part les différences pouvant être constatées entre les contextes de prise en charge (depuis le service d'urgence « très calme » jusqu'au service « complètement saturé »...), le temps consacré par les acteurs à chaque étape devait impérativement être mesuré dans différentes situations, à différents moments de la journée et de la semaine. C'est pourquoi la solution retenue fut d'obtenir au moins dix mesures différentes pour une même étape, relevées sur des périodes de matin, d'après-midi, de soirée et de week-end.

D'autre part, la seule utilisation d'une durée « moyenne », pour chaque étape, risquait de n'être pas vraiment significative pour certaines étapes dont la durée varie considérablement en fonction de divers facteurs (la nature de la pathologie, notamment...). Par conséquent, il a paru préférable d'indiquer également les durées minimale et maximale observées pour chaque étape. Ainsi, un élément d'analyse supplémentaire figure dans la description du processus : celui de l'écart de temps constaté pour le traitement d'une même étape.

## **2.2.2 Description du processus de prise en charge**

Pour faciliter l'analyse, il a semblé préférable de diviser le processus en grandes étapes présentant une certaine homogénéité et des caractéristiques propres. Ces étapes respectent en majeure partie l'ordre chronologique du déroulement des activités. Toutefois, certaines activités peuvent avoir lieu de manière simultanée, exécutées en même temps par deux personnes différentes, voire en même temps par une même personne.

Ces grandes étapes, que l'on examinera successivement, sont l'accueil et l'installation du patient, la prise en charge du patient avec la réalisation de toutes les

activités nécessaires à l'établissement d'un diagnostic, et la sortie du patient du service d'urgence.

#### A) L'accueil et l'installation du patient (Annexe VIII)

La multiplicité des acteurs intervenant en service d'urgence, que l'on présentait avant la réalisation de l'étude, peut être mise en évidence dès l'arrivée du patient au service d'urgence. En effet, on distingue trois situations :

- les patients arrivent aux urgences par leurs propres moyens (bus de ville, véhicule personnel ou à pied),
- les patients sont amenés par les sapeurs-pompiers ou une ambulance privée
- les patients sont conduits par les forces de l'ordre

Dans le premier cas, les patients arrivent fréquemment accompagnés. Dans le deuxième (et très rarement dans le troisième), des accompagnateurs (famille, amis...) rejoignent le patient aux urgences. Or, on peut observer que la présence d'accompagnateurs modifie la prise en charge du patient. Elle joue un rôle important sur la circulation d'information. D'une part, le personnel doit fournir à ces accompagnateurs des informations, d'abord d'ordre pratique (lieu d'attente), puis relatives à la personne accompagnée. D'autre part, la famille ou les amis du patient distillent également de l'information, qui peut être précieuse notamment lorsque le patient est inconscient, mais qui peut également interférer avec l'information fournie par le patient lui-même.

En outre, la circulation des accompagnateurs dans le service pose d'importants problèmes de confidentialité, et a parfois posé des problèmes de sécurité. Cette difficulté a été partiellement surmontée grâce à deux innovations : une porte à ouverture à commande manuelle a été installée pour isoler les locaux abritant la salle d'attente et l'antenne administrative, et la décision a été prise par le chef de service de n'autoriser qu'une seule personne à accompagner le patient en salle de soin. Les autres accompagnateurs doivent rester en salle d'attente, où des panneaux muraux leur indiquent que le personnel viendra les informer régulièrement de l'état de leur proche. Cette solution permet de contrôler l'accès aux locaux destinés aux soins proprement dits, mais rend difficile l'isolement des accompagnateurs lorsque le personnel leur transmet l'information. En outre, l'absence totale de formalisation entraîne des dysfonctionnements, l'information des accompagnateurs n'étant pas toujours délivrée dans des délais acceptables.

La répartition des rôles en ce qui concerne l'accueil proprement dit du patient et son installation en salle de soin manque de clarté, puisqu'on voit intervenir indifféremment

infirmiers, aides-soignants, cadre de santé. Or, c'est à ce moment de la prise en charge qu'un premier tri s'établit entre les patients, et que le degré de l'urgence est évalué, bien que de manière tout à fait informelle.

L'installation du patient soulève la question de la spécialisation des salles (Annexe IX). Outre la salle de déchocage utilisée pour les situations présentant un caractère d'urgence important (et comprenant deux places), une salle est spécifiquement dédiée aux problèmes traumatologiques, et une autre aux sutures. Les quatre autres salles sont réservées aux problèmes dits de « médecine ». Ainsi, même dans le cas où des salles « de médecine » seraient libres, un patient se présentant pour un problème de traumatologie est envoyé en salle d'attente si la salle dédiée aux problèmes traumatologiques est occupée.

La prise des constantes médicales et le recueil des renseignements administratifs sont généralement simultanés, en raison notamment de l'organisation des urgences qui impose un fonctionnement en binôme : un aide-soignant et un infirmier prennent en charge un patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie du service. Cet aide-soignant et cet infirmier travailleront en commun durant toute la durée de leur service.

La prise des constantes médicales et le recueil des renseignements administratifs ne posent problème que dans le cas où, toutes les salles étant occupées, les patients sont installés sur un brancard dans le couloir du service. Aucune garantie de confidentialité ne peut alors être apportée au patient.

A l'issue de cette première étape, une « fiche patient » est renseignée par l'aide-soignant et l'infirmier ayant réalisé l'accueil et la prise en charge du patient. Elle est déposée dans un boîtier. Un médecin récupère alors la première fiche patient déposée et prend en charge le patient. Le temps s'écoulant entre le dépôt de cette fiche patient et sa récupération par un médecin a pu être compris, lors des périodes d'observation, entre deux minutes et cinquante-six minutes. Sur dix mesures réalisées, quatre mettent en évidence un délai de plus de trente minutes entre le dépôt de cette fiche et sa récupération par le médecin. Dans un seul cas (correspondant à un délai de trente-deux minutes), le personnel médical se trouvait en nombre réduit, un médecin étant parti avec un véhicule de S.M.U.R.

## B) La prise en charge, le diagnostic et le traitement (Annexe X)

Le temps consacré au diagnostic peut varier de cinq minutes à près de trente minutes. On a pu observer que les temps de diagnostic les plus courts (en-dessous de dix minutes), correspondaient à des problèmes d'ordre traumatologique. Or les patients présentant un problème de santé d'ordre traumatologique attendent dans une salle d'attente spécifique. Cette distinction permet de constater que des temps d'attente importants existent dans le domaine de la prise en charge traumatologique impliquant pourtant des temps de diagnostic plus réduits.

Le diagnostic peut déboucher sur la mise en place du traitement (sutures, plâtre...) ou sur la réorientation du patient (hospitalisation sous contrainte ou non au Centre hospitalier de Bégard, renvoi vers un médecin généraliste...) Le processus s'achève alors sur la sortie du patient « soigné » ou du patient « réorienté ». Mais du diagnostic médical découle fréquemment la mise en œuvre d'autres étapes du processus, permettant de préciser ce diagnostic (Annexe XI et XII). Il s'agit dans la très large majorité des cas de la prescription d'examens d'imagerie médicale ou d'examens réalisés par le laboratoire. Il peut également s'agir de la demande d'une consultation spécialisée, réalisée par un médecin spécialiste ou, dans le domaine psychiatrique, d'un infirmier spécialisé durant ses temps de présence.

On constate que le déroulement de ces étapes de la prise en charge génère également des temps d'attente importants.

## C) La sortie du patient (Annexe XI)

Le patient est considéré comme « sortant » du service d'urgence soit lorsqu'il quitte l'établissement (adressé ou non à un médecin de ville), soit lorsqu'il est transféré vers une autre établissement (en raison de la gravité de son état ou de la spécificité de sa pathologie), soit parce qu'il est hospitalisé dans un service de l'établissement (UHCD, service de médecine, service de chirurgie.) Les hospitalisations « directes » dans un service de moyen-séjour par exemple sont exceptionnelles. Là encore, des délais d'attente importants peuvent être soulignés, ainsi que des problèmes relatifs à la bonne orientation du patient.

Une observation doit être formulée en ce qui concerne la notion de sortie « définitive » du patient. En effet, lorsque le patient sort du service des urgences sans être passé par un autre service que les services médico-techniques (imagerie médicale), cette sortie peut être considérée comme « définitive », c'est à dire qu'on ne reverra pas aux urgences ce même patient pour ce même problème. Il est cependant tout à fait

envisageable que ce même patient puisse se représenter aux urgences pour un problème différent. (On considère qu'un cas de rechute est un problème différent, puisque le fait qu'il y ait rechute n'est pas sans signification sur le plan médical).

Toutefois, il existe également des sorties « non définitives », dans les cas où un médecin prescrit à un patient de revenir aux urgences, pour constater l'évolution de son état, et réorienter le patient en cas de nécessité. Le laps de temps intervenant entre les deux passages devrait alors être intégré dans le processus de prise en charge, dont on ne peut considérer qu'il a pris fin que dans le cas d'une sortie définitive. Néanmoins, cette « variante » du processus de prise en charge ne présente pas de spécificités particulières par rapport au processus habituel ; il ne fait donc pas l'objet d'un questionnement particulier. On considèrera seulement que la question de la circulation de l'information est plus cruciale encore dans cette hypothèse.

La cartographie du processus est essentielle : elle permet d'avoir une vision claire des multiples actes réalisés sur ou autour du patient, qui représentent dans leur globalité le service rendu à l'utilisateur du service d'urgence, c'est à dire la valeur ajoutée appliquée à la donnée d'entrée du processus (l'utilisateur entrant) pour en faire une donnée de sortie (l'utilisateur sortant). Pourtant, cette cartographie n'est elle-même qu'une étape de l'étude réalisée dans la perspective d'une amélioration de la prise en charge aux urgences de Lannion permettant d'accroître le niveau de satisfaction des usagers et de diminuer le nombre de plainte et de réclamations relatives au service d'urgence. Il est nécessaire, grâce à l'observation sur le terrain et à l'analyse des motifs d'insatisfaction avancés par les patients, de recenser les dysfonctionnements qui interviennent lors du déroulement de ce processus. Or, c'est précisément la réalisation d'une cartographie qui permet de situer ces dysfonctionnements dans le déroulement du processus. Des outils d'analyse doivent cependant être mobilisés pour analyser ces dysfonctionnements dans une optique constructive d'amélioration.

### **2.3 Identification et analyse des dysfonctionnements dans la mise en œuvre du processus de prise en charge**

L'observation sur le terrain de la prise en charge du patient a permis de constater *de visu* l'existence de dysfonctionnements que l'on peut situer dans le déroulement du processus. Au-delà du constat, ces dysfonctionnements devaient faire l'objet d'une analyse. Tout d'abord, on a pu identifier les causes, souvent multiples et enchevêtrées, de ces éléments négatifs, grâce à la construction d'« arbres des causes » (dont quelques exemples figurent en annexe : annexe XIII) qui ont permis de remonter plusieurs niveaux

de causalité pour chacune des difficultés observées. Ensuite, la place de ces causes de dysfonctionnement dans le processus de prise en charge a pu être analysée grâce à la méthode dite « des 6 M<sup>61</sup> », impliquant la réalisation d'un diagramme d'Ishikawa<sup>62</sup> (Annexe XIV). Ce diagramme est « un outil graphique permettant de comprendre les causes d'un défaut de qualité ». La mobilisation de ces outils a permis de mettre en exergue la nécessité de mettre en place un certain nombre d'actions correctrices susceptibles de placer le service dans une dynamique de gestion des flux.

### **2.3.1 Les dysfonctionnements du processus de prise en charge**

Un certain nombre de dysfonctionnements ont pu être constatés lors de l'observation réalisée sur place. La compréhension de certains d'entre eux a exigé un approfondissement mené avec les membres de l'équipe, acteurs de chaque étape du processus. Cependant, l'observation permet surtout de mettre en exergue des faits : ce n'est que l'utilisation de la technique de « l'arbre des causes » qui a permis d'identifier véritablement les dysfonctionnements, qui provoquent des faits que l'on peut qualifier d'indésirables.

#### **A) L'accueil du patient et la relation soigné / soignant**

Les premiers éléments ayant un impact sur la qualité de la prise en charge sont observables dès la première étape du processus de prise en charge, c'est à dire au moment de l'accueil. En effet, l'accueil peut être indifféremment assuré par un aide-soignant, un infirmier, ou le cadre de santé s'il est disponible. Cette situation implique que l'accueil n'est pas formalisé, donc susceptible d'être de qualité inégale, que le tri des patients effectué en fonction de leur pathologie ne fait l'objet d'aucune procédure particulière, qu'enfin l'évaluation du degré de gravité de l'état dans lequel se trouve le patient est inégale, et qu'aucune procédure n'existe dans ce domaine.

Dans les cas où le patient ne peut être installé immédiatement dans une salle de soin, il est envoyé en salle d'attente de médecine ou en salle d'attente de traumatologie

---

<sup>61</sup> Cours de Becel C., « Principe de mise en œuvre d'un système de management de la qualité », 8 septembre 2004, Module « Management de la qualité et des risques dans les organisations de santé », ENSP

<sup>62</sup> Le Professeur Kaoru Ishikawa fut le premier à développer des diagrammes de ce type, à partir de 1943.

suyant sa situation. S'il est arrivé couché ou que son état de santé justifie cette position, il est installé sur un brancard, dans le couloir.

Dans le déroulement du processus, on observe donc que des délais d'attente existent dès avant la prise en charge proprement dite. Un certain nombre d' v nements indésirables se manifestent parfois en raison de l'importance de ces délais : il arrive en effet que des usagers manifestent avec insistance leur mécontentement, ce qui crée une tension pour le personnel pour qui de telles manifestations tendent à dégrader ses conditions de travail. En outre, des patients exc d s par l'attente quittent parfois le service avant toute prise en charge. Dans de telles situations, on n'observe guère de remise en question individuelle ni collective des acteurs des urgences, l'opinion générale et globalement partagée étant qu'un véritable état de souffrance aurait conduit le patient en question à supporter l'attente. On peut formuler deux observations à l'égard de cette attitude. D'une part, il semblerait que le personnel ne manifeste généralement que peu d'empathie pour le patient se trouvant dans cette situation. Cette situation est aisément compréhensible dans la mesure où la confrontation quotidienne à des situations médicales graves conduit logiquement le personnel à adopter un certain détachement, un certain recul ; il est inconcevable que la perception du temps, de l'urgence et de la maladie puisse être identique pour le personnel et pour l'usager. Pour autant, on relève dans le relevé de formation du service d'urgence que le personnel a majoritairement suivi entre 2002 et 2005 des formations d'ordre technique (formation à la sécurité transfusionnelle, au risque NRBC, à la manutention des personnes et à la prévention du mal de dos...). Quelques agents seulement ont suivi des formations intervenant dans le domaine de la relation avec le patient, et toujours sur un point précis comportant également beaucoup d'aspects techniques (le respect des droits du patient, la prise en charge de la douleur.) Une seule formation entièrement centrée sur la relation avec le patient a été proposée et suivie par l'ensemble de l'équipe, mais il s'agissait d'une formation consacrée à la gestion de l'agressivité, dont on peut supposer qu'elle n'a pas contribué à renforcer la capacité des soignants à « se mettre à la place du malade » dans les situations n'impliquant pas d'agressivité, heureusement les plus fréquentes.

D'autre part, cette absence d'empathie semble également liée à une ambiance globale, difficilement mesurable mais rapidement perceptible lors d'observations in situ, que l'on pourrait qualifier de peu constructive. Un certain fatalisme et la désignation systématique des deux maux, considérés comme la maladie endémique de l'hôpital, que sont le manque de personnel et le manque de compréhension des autres services, font parfois glisser l'ensemble de l'équipe vers une attitude désabusée et assez négative. On ne saurait porter de jugement négatif sur cette situation dont on perçoit qu'elle est la conséquence d'une multiplicité de facteurs dont beaucoup sont difficilement maîtrisables,

mais on doit souligner que le renforcement de la motivation de l'ensemble de l'équipe doit figurer parmi les priorités du service.

B) La spécialisation des salles, les problèmes de la traumatologie et l'articulation avec le service d'imagerie médicale

A la suite d'une attente plus ou moins longue, ou immédiatement après son arrivée, le patient est installé dans une salle, le plus souvent par un aide-soignant, exceptionnellement par un infirmier. La «répartition» des patients dans les différentes salles du service est basée sur deux critères. Le premier concerne le degré de gravité : un patient dans un état grave sera installé en salle de déchocage. Les patients dont l'état ne justifie pas une telle mobilisation sont répartis entre la salle de sutures, la salle de traumatologie et les salles de médecine en fonction de leurs besoins. Cette spécialisation stricte des salles peut entraîner un dysfonctionnement important, constaté à plusieurs reprises. Le service peut en effet être confronté à une situation qui semblerait ubuesque de prime abord : de nombreux patients attendent de pouvoir être pris en charge (en salle d'attente de traumatologie), pendant que du personnel soignant (infirmiers et aides-soignants) demeure inactif, ne pouvant prendre en charge ces patients faute de salle disponible. Les conséquences d'un tel dysfonctionnement sont importantes, tant en termes de coûts pour l'établissement que d'insatisfaction du patient.

Des précisions doivent être apportées concernant cette situation observée : elle n'est pas uniquement provoquée par le principe de spécialisation des salles, qui par ailleurs présente l'avantage d'apporter une grande lisibilité dans la prise en charge des patients pour le personnel. Elle est également due à un problème d'organisation de l'articulation du service d'urgence avec le service d'imagerie médicale. En effet, lorsqu'un patient est envoyé en radiologie, il libère la salle de traumatologie. Pourtant, il arrive fréquemment que le personnel attende le retour de radiologie de ce patient, et donc la fin de sa prise en charge, pour prendre en charge un nouveau patient en salle de traumatologie. Au temps passé par le patient dans le service de radiologie, il faut donc ajouter le délai, parfois important (dix-sept minutes en moyenne, le temps maximum observé étant de plus de quarante-cinq minutes), qui court entre le retour de ce patient et l'examen par le médecin de la radiographie. Le temps d'attente pour les patients suivants est ainsi considérablement accru. On peut ajouter qu'il a pourtant été préconisé par le cadre et par le chef de service de prendre en charge un nouveau patient dès le départ du patient précédent pour le service de radiologie. Cette consigne ne semble respectée que dans les cas où le nombre de patients en attente est vraiment important (cinq personnes au moins), ce qui pose la question de la clarté des relations hiérarchiques au sein du

service. Cette dernière considération peut d'ailleurs être étendue à l'ensemble du fonctionnement du service.

### C) La répartition des tâches

La prise en charge soignante du patient est réalisée conjointement par un infirmier et un aide-soignant travaillant en binôme. Cette organisation conduit les deux catégories de personnel à assurer certaines fonctions ensemble (telle que la réalisation d'un électrocardiogramme, par exemple.) On ne saurait remettre en question le principe d'entraide entre les personnels, propre à favoriser tant de meilleures conditions de travail sur le plan technique et humain qu'une pluridisciplinarité généralement décrite comme l'une des conditions de la qualité de la prise en charge. Toutefois, on constate l'existence de dépassements de compétences, les aides-soignants pouvant, dans certains cas, être amenés à intervenir dans des domaines normalement réservés aux infirmiers. Cette situation est renforcée par une spécificité du service d'urgence de Lannion tenant à son milieu : beaucoup d'aides-soignants travaillant aux urgences exercent également des fonctions de sapeur-pompier bénévole en dehors de leur fonction hospitalière, et peuvent être amenés à assumer dans ce cadre des fonctions différentes de celles qui leur sont confiées dans le milieu hospitalier. (On peut supposer que cette situation résulte d'une part, de l'intérêt de ces personnes pour les situations d'urgence et leur volonté de secourir leurs concitoyens, mais également et corrélativement de la part plus importante aux urgences d'aides-soignants de sexe masculin, par rapport aux autres services de l'établissement, situation qui pourrait faire l'objet d'une intéressante étude sociologique.)

### D) Les examens de laboratoire

Les dysfonctionnements liés à l'articulation de la prise en charge avec les services médico-techniques ne concernent pas seulement le service d'imagerie médicale. Les relations du service d'urgence avec le laboratoire d'analyse peuvent susciter certaines difficultés. L'objectif n'est évidemment pas de déterminer quel service porte la responsabilité de tel ou tel dysfonctionnement, mais il semble important d'encourager ces deux services à réfléchir conjointement à la mise en place d'une organisation centrée sur l'utilisateur. A titre d'exemple, on peut évoquer les dysfonctionnements ponctuels provoqués par le mauvais fonctionnement du système de consultation des résultats des examens de laboratoire, basé sur l'utilisation du système « Minitel ». Conscient de l'obsolescence d'un mécanisme dont les performances sont aujourd'hui dépassées, le laboratoire met en place une informatisation du service inscrit dans le plan d'investissement de

l'établissement. Toutefois, le manque de concertation constaté entre ce service et le service d'urgence risque d'être dommageable au moment de la mise en service du nouveau système.

En outre, en ce qui concerne l'organisation interne du service d'urgence, on remarque qu'aucune procédure n'existe, qui permettrait pourtant de formaliser la consultation de ces résultats des examens de laboratoire. C'est le plus souvent l'infirmier ayant réalisé les prélèvements qui recueille ces résultats, mais il peut également s'agir d'un autre infirmier ou d'un médecin... Un risque existe par rapport au retard pouvant être pris dans cette consultation, puisque aucun mécanisme ne permet d'alerter le personnel de la disponibilité des résultats, et qu'aucune procédure n'est prévue pour rappeler à ce personnel la nécessité de vérifier l'arrivée de ces résultats. Le moindre retard dans ce domaine grève encore le laps de temps déjà important que l'on peut mesurer entre le départ des tubes de prélèvement pour le laboratoire et le retour des résultats. Les temps d'attente, tant pour le patient dont la prise en charge est en cours, que pour celui qui attend la libération d'une salle, risquent d'être accrus et de générer de l'insatisfaction.

#### E) L'intervention de médecins spécialistes

Les exigences de la prise en charge médicale conduisent fréquemment les médecins des urgences à faire appel à un confrère spécialiste de la pathologie ou de l'organe qui justifie la présence de l'utilisateur aux urgences. A ce titre, on doit évoquer l'évolution relative à la nature des patients admis dans les services d'urgence. De plus en plus fréquemment en effet, des personnes âgées fréquentent les urgences pour des raisons tenant à une «dégradation de leur état général», ou pour des pathologies impliquant une prise en charge gériatrique. Or, une consultation gériatrique est généralement beaucoup plus longue qu'une consultation ordinaire, puisqu'elle implique non seulement une analyse de l'état de santé de la personne, mais également de son milieu et de son mode de vie. On conçoit dès lors que l'augmentation de la part de patients relevant de cette catégorie implique un allongement de la durée de la prise en charge aux urgences. Or, il n'existe plus aujourd'hui au Centre hospitalier de Lannion de consultation gériatrique.

On se situe dans une problématique similaire pour ce qui concerne la prise en charge de patient présentant des pathologies d'ordre psychologique ou psychiatrique. L'organisation du service prévoit la présence d'infirmiers spécialisés, et l'intervention de médecins psychiatres. Toutefois, cette organisation résulte de l'existence d'une convention entre le Centre hospitalier de Lannion et le Centre hospitalier spécialisé de Bégard, dont dépendent les infirmiers spécialisés et les psychiatres qui interviennent à

Lannion. Or, pour des raisons liées à l'activité à laquelle est confronté l'établissement de Bégard, la fréquence de ces temps de présence a diminué en 2005. Cette situation augmente les temps de prise en charge, puisque d'une part la prise en charge de ces patients spécifiques demande beaucoup de temps, et que d'autre part ces patients doivent souvent attendre qu'une personne compétente soit présente dans le service. En outre, elle présente des risques en terme de qualité de la prise en charge, la surveillance de patients potentiellement dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui n'étant pas optimale. Elle a des conséquences sur les hospitalisations en UHCD, souvent demandées dans l'attente de l'arrivée d'un infirmier spécialisé ou d'un médecin psychiatre, ainsi que sur les demandes d'hospitalisations à la demande d'un tiers dont la multiplication suscite maintes interrogations d'ordre éthique et philosophique.

Globalement, une réflexion collective sur les causes de ces dysfonctionnements liés à l'usager lui-même mais également à l'articulation avec l'ensemble des services « satellites » existe certes, mais elle apparaît comme insuffisante au regard du manque d'efficacité et surtout de pérennité des tentatives de solutions mises en œuvre.

### **2.3.2 La mise en exergue des faiblesses du processus**

La recherche d'axes d'amélioration pouvant être identifiés pour inscrire le service dans une logique d'amélioration de la prise en charge suppose de classer rationnellement les « faiblesses » de l'organisation identifiées à partir de l'analyse de dysfonctionnements. L'utilisation d'un diagramme d'Ishikawa (Annexe XIV) permet de répartir ces éléments entre les six rubriques considérées comme les six axes fondamentaux de la maîtrise d'un processus : matériel, main d'œuvre, méthode, milieu, matière et management. L'ensemble des dysfonctionnements qui viennent d'être présentés dans l'ordre de leur survenance au cours du déroulement du processus, a été réparti dans chacune de ces rubriques. Ce n'est qu'à partir de ce classement qu'on peut envisager la mise en place d'actions d'amélioration ciblées dans chacun de ces six domaines. L'utilisation de cet outil permet d'une part de s'assurer de la pertinence des actions proposées, et d'autre part d'en améliorer la lisibilité, et donc l'efficacité.

L'observation et la mobilisation d'outils appropriés a donc permis de montrer que les six axes fondamentaux du diagramme d'Ishikawa peuvent faire l'objet d'améliorations. On peut donc affirmer que le processus de prise en charge n'est actuellement pas globalement maîtrisé. Le service fonctionne, certes, et de nombreux patients sont satisfaits de la prise en charge. Néanmoins, cette absence de maîtrise des fondements du

processus implique l'existence de risques importants, en ce qui concerne la qualité de la prise en charge. En effet, un fonctionnement fondé sur des habitudes plus ou moins ancrées du personnel et les bonnes volontés de chacun ne présente pas les garanties que l'on considère désormais comme un droit de l'utilisateur. Une telle organisation en effet laisse une trop large part aux individualités dans le mode de prise en charge. Or la qualité de la prise en charge implique précisément que celle-ci ne puisse varier en fonction de l'acteur concerné. L'existence de compétences professionnelles n'est pas à remettre en cause, mais la nécessité d'en encadrer la mise en œuvre apparaît clairement. Le fait même que des faiblesses puissent être identifiées dans les six domaines de la « main d'œuvre » (le personnel), du matériel, de la méthode, du milieu, de la « matière » (le patient), ou du management est révélateur d'un défaut global d'organisation.

Des solutions peuvent être envisagées pour remédier à ces faiblesses et inscrire le service dans une dynamique d'amélioration de la prise en charge impliquant la maîtrise du processus. Il est cependant indispensable d'adopter, avant de présenter ces propositions d'amélioration, un regard critique sur les résultats obtenus : certains biais doivent être relevés, qui ne sauraient toutefois remettre en cause le constat global résultant de cette étude. Enfin, si le pilotage et la mise en œuvre du projet d'étude du processus de prise en charge des usagers aux urgences ont pu, par la globalité qu'ils impliquaient, constituer une phase très importante du temps d'apprentissage de l'élève-directeur, la recherche de solutions susceptibles de remédier aux différents problèmes soulevés touche au cœur du métier de directeur d'hôpital.

### **3 MOBILISATION STRATEGIQUE ET OPERATIONNELLE POUR UNE MAITRISE DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE**

« Manager », c'est à dire gérer, organiser, la prise en charge de l'utilisateur aux urgences, implique d'abord de se fonder sur une bonne connaissance des problèmes. A ce titre, les résultats de l'étude menée sur le processus de prise en charge de l'utilisateur aux urgences de Lannion peuvent constituer le fondement d'un plan d'actions. Ils doivent toutefois faire d'abord l'objet d'une analyse critique.

L'analyse du diagramme d'Ishikawa ouvre des pistes de réflexion qui débouchent, dans une perspective managériale, sur des axes d'amélioration centrés sur la notion de dynamique de flux. La formulation de propositions d'amélioration constitue l'étape ultime du projet mené par l'élève-directeur. Or ce projet se situe dans le cadre d'un apprentissage. Il est donc, non seulement justifié, mais indispensable de questionner la mise en œuvre de ce projet sous l'angle du positionnement professionnel. En quoi constituait-il une étape importante de l'acquisition des compétences essentielles à l'exercice du métier de directeur d'hôpital ?

#### **3.1 Analyse critique des résultats**

##### **3.1.1 Les biais de l'observation**

L'observation *in situ* a constitué l'une des phases cruciales de l'étude menée aux urgences. On l'a vu, cette observation, dont il importait de préserver au maximum l'objectivité, fut réalisée directement et « chronomètre en main », afin d'obtenir une mesure des temps de chaque étape du processus la plus juste possible. Or l'activité d'un service d'urgence se caractérise notamment par sa grande variabilité ; il en résulte que le temps d'une étape du processus peut varier considérablement en fonction du contexte dans lequel intervient la mesure.

Dans un souci de représentativité des mesures, une règle fut fixée, consistant à ne calculer de moyenne qu'à partir de dix mesures de temps, au minimum, pour chaque étape. Ce minimum est tout à fait insuffisant, et pourtant considérable. Il est d'abord insuffisant, parce que la représentativité de dix mesures dans un domaine d'activité présentant des fluctuations aussi importantes, d'un point de vue qualitatif (la nature des pathologies prises en charge) et quantitatif (le niveau d'affluence dans le service), que celle que connaît un service d'urgence, est très discutable. Néanmoins, et c'est en cela

que ce nombre de mesure semble considérable, la mesure de ces durées fut extrêmement gourmande en temps ; le recueil de dix mesures pour chaque étape représentait le maximum des possibilités pour un observateur unique. Dans l'hypothèse où la réalisation d'une telle étude se renouvellerait, au Centre hospitalier de Lannion ou dans un établissement différent, il semblerait opportun d'augmenter le nombre d'observateurs et, parallèlement, le nombre de mesures. Porter de ce nombre à trente pour chaque étape permettrait d'obtenir des moyennes plus significatives. Gérer Chronos a donc constitué la première difficulté de l'étude, et les concessions qui lui ont été accordées sont le premier biais de l'observation.

Le second biais que l'on peut évoquer est lié à un phénomène bien connu des sociologues, des anthropologues, mais aussi des scientifiques ayant fait de la physique quantique leur domaine de prédilection. En effet, l'observation, la présence de l'observateur, perturbe l'objet observé, et tend par conséquent à fausser non le résultat de l'observation elle-même (puisque l'on observe bien ce que l'on voit), mais l'analyse que l'on fait de cette observation, considérant généralement que le phénomène observé est identique au phénomène qui aurait eu lieu en l'absence d'observation. Cette présomption ne résiste pas aux entretiens, plus ou moins formalisés, que l'observateur mène en parallèle de l'identification et de la mesure temporelle de chaque étape du processus. Un exemple tiré de l'étude réalisée à Lannion est explicite à cet égard : les difficultés que l'on constate en ce qui concerne la prise en charge en traumatologie en cas d'affluence ont été exposées : on a vu que lorsqu'un patient était envoyé au service d'imagerie médicale, libérant ainsi la salle de traumatologie, il arrivait fréquemment que le personnel n'exploite pas cette libération de salle et attende le retour de ce patient de la radiologie et la fin de sa prise en charge avant de prendre en charge le patient suivant, obérant ainsi considérablement le temps d'attente des patients en salle d'attente. Or, les premières observations avaient mis en exergue des situations contraires : un patient était pris en charge dans la salle de traumatologie sitôt sa libération, même momentanée, par le premier patient parti pour la radiologie (conformément aux consignes du chef de service). Cependant, des entretiens individuels avec les infirmiers et les aides-soignants ont révélé que cette situation résultait précisément de la présence d'un observateur.

D'autre part, on a pu constater à plusieurs reprises l'impact d'une logique inverse, fondée sur la crainte que le fait de montrer un fonctionnement optimal du service n'atteigne la crédibilité des demandes relatives à l'attribution de moyens supplémentaires...

La poursuite de l'objectivité pourrait conduire l'observateur à adopter une position contraire, en présumant que l'objet de l'observation est systématiquement influencé par l'observation. Cette position procèderait peut-être d'une conception un peu excessive de

l'impact de l'observation. Un juste milieu est à trouver sans doute, mais il n'en demeure pas moins que la pratique même de l'observation comporte un biais par nature, puisqu'elle tend à influencer sur l'objet observé. Au-delà de cette difficulté, l'observation peut également être rendue difficile par la complexité de la position d'arbitre qui est souvent le corollaire de la position d'observateur.

### **3.1.2 La position d'arbitre, ou les complexités de la neutralité**

L'hôpital, avant d'être une structure collective substantiellement liée à la notion d'intérêt général, est d'abord une compilation de logiques individuelles, ou de logiques de service qui sont encore des logiques individuelles au regard de la structure. Un service comporte donc une logique propre qui le distingue et parfois l'oppose aux autres services d'une part, à la structure d'autre part.

En tant que futur directeur d'hôpital, le stagiaire élève-directeur doit s'exercer à l'arbitrage entre les logiques individuelles, toujours réalisé dans l'intérêt de l'organisation collective. Or cet arbitrage ne trouve de légitimité que dans la recherche de la neutralité la plus poussée possible. Il serait vain pourtant de considérer que l'être humain puisse être absolument neutre. Sa formation, les expériences qui l'ont façonné en font nécessairement un individu plus ou moins inconsciemment engagé. Le fait même de retenir tel critère de choix plutôt que tel autre, aussi objectif fut-il, ne peut procéder d'une absolue neutralité.

Ce paradoxe peut être vivement ressenti par le chef de projet d'une étude présentée de part et d'autre comme gage de neutralité et de l'objectivité des décisions, alors que l'observation sur le terrain conduit à mettre ce même individu au contact de discours dont la subjectivité, bien qu'aisément compréhensible et nullement critiquable, ne fait aucun doute. Cette situation implique pour l'observateur, qui entend conserver une véritable position d'arbitre, une remise en question systématique de tous les propos qui constituent pourtant, avec l'observation directe, l'un des fondements de l'étude qu'il souhaite réaliser. D'une part, les résultats de l'étude peuvent donc être indirectement et involontairement influencés par la subjectivité des interlocuteurs, bien que ce biais soit atténué par un effet d'annulation réciproque des manifestations de subjectivité contraires. D'autre part, les prises de position justifiées par ces résultats peuvent être affectées par le souci de ne pas atteindre au principe de neutralité qui a sous-tendu toute la réalisation de l'étude.

### 3.1.3 La valeur relative de la notion de « satisfaction de l'utilisateur » : l'utilisateur consommateur ?

Une précision doit être apportée en ce qui concerne la notion de satisfaction de l'utilisateur. En effet, l'étude réalisée aux urgences a trouvé une partie de sa justification dans le fait, constaté et mesuré, que de nombreux patients étaient insatisfaits du service rendu par le service d'urgence. Mais les enquêtes de satisfaction réalisées n'ont pas permis de recueillir les opinions de chaque usager des urgences pendant une période donnée. Or, on connaît la propension plus importante des personnes insatisfaites à manifester leur mécontentement. Beaucoup de patients en effet, soit n'ont pas rencontré de motif d'insatisfaction aux urgences, soit même ont été pleinement satisfaits de leur prise en charge. Cette satisfaction ne les ayant pas amenés à répondre aux enquêtes, ces patients ne sont pas comptabilisés alors qu'on peut supposer qu'ils auraient contribué à une diminution du pourcentage d'insatisfaction. On ne dispose bien sûr d'aucun élément susceptible d'apporter une estimation chiffrée du nombre de ces patients, mais on connaît leur existence qui constitue par elle-même un biais aux résultats de cette étude.

Au-delà de cette considération sur la valeur des pourcentages utilisés dans une enquête de satisfaction qui n'implique pas la consultation de l'ensemble des usagers sur une période donnée, on peut s'interroger sur la valeur propre de la notion de « satisfaction du patient ». En effet, on a vu comment l'évolution du rôle du patient à l'hôpital, sa place de plus en plus considérable qui est faite à la recherche de sa satisfaction procède d'un glissement de la conception d'utilisateur vers celle de « client ». François-Xavier Schweyer a évoqué cette nouvelle approche de l'utilisateur « parfois perçu comme un client qu'il faut attirer et satisfaire<sup>63</sup> ». Dès lors, une question se pose, trop complexe pour la résoudre dans le cadre de cette réflexion, mais qui justifierait un approfondissement : le service public hospitalier a-t-il vocation à satisfaire l'utilisateur ? Si l'on postule que cet objectif peut constituer l'une de ses vocations, comment s'établit la préséance entre l'ensemble des vocations du service public ? La satisfaction du patient est un élément plus voyant, plus bruyant parfois, sur le plan médiatique notamment, que la performance médicale. Surtout, elle est liée à des facteurs, tels que la qualité de la prise en charge hôtelière par exemple, dont on pourrait sans hérésie estimer qu'ils ne font pas partie intégrante du service public hospitalier, voué au soin. Cette question pourtant ne saurait être tranchée si vite, puisqu'il

---

<sup>63</sup> Schweyer F.-X., « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », in Les usagers du système de santé, op. cité

n'est pas si évident de décider de ce qui relève ou non du soin, les controverses relatives à la question de l'alimentation à l'hôpital en sont un exemple frappant.

La place accordée à la question de la satisfaction, le souci de préserver « l'image » de l'hôpital procèdent d'un grand nombre de facteurs, mais l'un d'entre eux tend à relativiser les résultats de cette étude : il s'agit du consumérisme de l'utilisateur. Cette attitude, si fréquemment dénoncée par le personnel (qui lui-aussi adopte parfois un comportement similaire à l'égard de son employeur hospitalier), est la manifestation d'une évolution sociétale profonde s'exprimant dans le microcosme du service d'urgence. Même si ce phénomène ne fait pas l'objet d'une mesure précise, on ne peut nier que les soignants sont confrontés, dans certains cas, à des patients qui estiment que leur prise en charge leur est due, même si leur état ne le justifie pas, qui considèrent l'attente ou les dysfonctionnements bénins comme inacceptables, qui refusent de ré-envisager la gravité de leur cas à l'aune de la souffrance d'autrui. Et dans cette hypothèse, l'insatisfaction éventuelle de l'utilisateur est due à l'inassouvissement des attentes qu'il avait du service d'urgence, auxquelles ce dernier n'a pas vocation à répondre. Or cette insatisfaction résultant d'un consumérisme de l'utilisateur ne justifie pas de remise en question de la qualité de la prise en charge.

Ce biais existe, il faut en tenir compte mais ne pas lui accorder de place plus grande qu'il n'en mérite. En effet, beaucoup de dysfonctionnements observés sont susceptibles d'engendrer chez l'utilisateur des mécontentements qui ne doivent rien à une attitude consumériste.

Les résultats de l'étude peuvent donc être biaisés par un certain nombre d'éléments contextuels ou internes à l'étude. Pour autant, la connaissance de ces biais en neutralise partiellement les effets pervers. Les résultats obtenus, formalisés à travers le diagramme d'Ishikawa, constituent donc une base essentielle permettant d'identifier les grands axes d'amélioration susceptibles d'enclencher une dynamique d'amélioration fondée, efficace et pérenne au service d'urgence de Lannion.

### **3.2 Propositions d'amélioration pour une maîtrise du processus**

Il ressort de l'analyse de l'ensemble des dysfonctionnements constatés tout au long du déroulement du processus de prise en charge aux urgences que deux axes de réflexion majeurs doivent être retenus. Le fait de consentir des efforts dans ces deux directions doit permettre d'apporter des solutions concrètes et de réduire le nombre des dysfonctionnements observés.

### **3.2.1 Une dynamique managériale pour des actions d'amélioration efficaces**

Les faiblesses les plus importantes parmi l'ensemble des éléments mis en exergue semblent concerner le management et la méthode. Ces deux axes seront donc à privilégier dans la perspective d'un progrès de l'organisation.

En effet, une grande partie des dysfonctionnements qui surviennent, ou risquent de survenir, aux urgences, provient d'un défaut managérial. C'est en effet le manque de clarté du positionnement hiérarchique et l'insuffisance de la réflexion collective relative à l'existence et aux causes de ces dysfonctionnements, qui constituent la première faiblesse de l'organisation du service d'urgence.

Sans remettre aucunement en cause les compétences individuelles, on constate qu'un changement opéré au niveau de l'encadrement pourrait être salutaire dans la mesure où il permettrait de lancer une dynamique d'amélioration qui aujourd'hui fait défaut, grâce à l'influx qui découle généralement d'un changement de personne. On préconise, notamment, la mise en place d'un véritable tandem chef de service / cadre de santé, permettant de mener une réflexion approfondie sur une organisation générant par elle-même des améliorations de la prise en charge des usagers aux urgences. Ce changement au niveau de l'encadrement trouve sa place dans la politique globale de l'établissement, puisque plusieurs départs à la retraite de cadre de santé impliquent une nécessaire réorganisation de l'encadrement des services de soins au niveau de l'ensemble du Centre hospitalier. Au regard de ces contingences externes au service, un changement peut être envisagé pour l'encadrement du service d'urgence à compter de janvier 2006. Ce changement devra impérativement s'accompagner d'une définition claire des objectifs du service conformément aux orientations stratégiques de l'établissement.

Cette réflexion sur l'encadrement et le management de l'organisation des urgences constitue un pré-requis pour la déclinaison d'un plan d'actions (Annexe XV) dont on peut aujourd'hui présenter les grandes lignes, sans rentrer dans le détail d'un calendrier trop précis dont la définition empièterait sur les compétences du nouveau responsable de l'organisation aux urgences. Ces grands axes peuvent constituer les orientations stratégiques qui doivent fonder l'action sur le terrain du nouveau personnel d'encadrement.

Tout d'abord, une réflexion doit être menée sur la politique d'accueil du patient, et sur la nécessité de trier les patients se présentant aux urgences. En effet, un effort important du service doit être consenti dans le domaine de la formalisation de procédures relatives à l'accueil du patient dans son ensemble, au niveau de l'accueil proprement dit mais également en ce qui concerne l'évaluation du degré d'urgence. Le service est actuellement engagé dans une réflexion relative à la mise en place d'un ou une IAO, dont

on a exposé les potentialités tant en ce qui concerne la réduction de temps d'attente que la bonne orientation du patient et la qualité de la prise en charge. Cette réflexion se heurte pour l'instant à la configuration des locaux, peu propice semble-t-il à l'installation d'un IAO dans le service.

Beaucoup de services d'urgence disposent aujourd'hui d'un IAO. C'est le cas au Centre hospitalier de Saint-Brieuc, où une observation a été réalisée en complément de l'étude effectuée à Lannion, et où l'on constate que ce système apporte un bénéfice certain par rapport à la prise en charge. Cependant, l'IAO n'est pas la panacée de la gestion du flux de patient. Il ou elle permet de maîtriser davantage les temps d'attente durant la phase d'accueil et d'optimiser le tri des patients, mais d'autres «nœuds» générant des temps d'attente existent, notamment au Centre hospitalier de Saint-Brieuc en ce qui concerne l'hospitalisation en secteur de médecine.

On ne saurait aujourd'hui conseiller au service des urgences de Lannion d'abandonner cette réflexion. Elle est positive, et doit être poursuivie. Mais elle implique des travaux importants et un plan de formation vaste et adapté. Il est donc important que ce projet ne paralyse pas la réflexion qui peut être menée dès aujourd'hui sur l'accueil et le tri des patients. Des solutions peuvent être recherchées et mises en œuvre à plus court terme pour améliorer l'accueil des patients aux urgences. Elles ne doivent pas être écartées pour privilégier une action lointaine et susceptible d'engendrer des coûts importants. Le rôle de l'encadrement jouera dans ce domaine un rôle crucial, en établissant un calendrier intégrant des actions à court, moyen et long terme, avec différentes implications financières.

Des embryons de solutions sont en train d'être mises en œuvre pour la prise en charge des familles et accompagnateurs du patient. Ces personnes, à l'exception d'une seule autorisée à venir dans le service auprès du patient pris en charge, sont invitées par voie d'affichage à demeurer en salle d'attente. Il est précisé que les soignants assureront régulièrement une information de ces familles, mais aucune formalisation de cette organisation ne permet de garantir d'une part la régularité de la délivrance de cette information, et d'autre part le respect de la confidentialité s'appliquant aux informations relatives au patient. En l'absence de formalisation, le risque existe de voir la qualité de cette organisation fluctuer en fonction des individus sur lesquels elle repose. Or, on a vu que les formations relatives aux droits du patient ne sont pas les formations les plus suivies par le personnel des urgences...

Ensuite, il est indispensable de réfléchir aux modalités de prise en charge des patients dont on considère que l'état relève de la médecine générale. S'il semble inconcevable de continuer à accueillir avec moins d'égard les personnes se trouvant dans cette situation, on peut en revanche envisager, en collaboration avec les médecins libéraux concernés, de diffuser plus largement l'information relative à l'existence et au

fonctionnement de la maison médicale de garde. Cette action, pour des raisons tenant à l'organisation du service de communication, ne pourra être mise en place avant le mois de février 2006.

En outre, l'engagement de l'établissement dans un nouveau projet d'établissement, et donc dans un nouveau projet médical, peut être l'occasion de réfléchir à la mise en place d'une part d'une consultation de médecine générale, et d'autre part d'une consultation de médecine gériatrique. Cette proposition s'inscrit dans le cadre de la réflexion globale de l'hôpital en ce qui concerne son projet médical, et plus particulièrement de la politique de coopération de l'établissement avec les autres centres hospitaliers du secteur. Elle dépasse donc très largement le cadre de l'étude relative à la prise en charge de l'utilisateur aux urgences.

La question de la prise en charge des personnes âgées par le service d'urgence devrait occuper une place particulière dans le projet du service ; en effet, la DREES, on l'a vu, a constaté que le volume de la prescription d'examens d'imagerie médicale augmentait avec l'âge des patients. Or, la description du processus révèle que l'envoi des patients vers le service d'imagerie médicale constitue un facteur de blocage du flux de patients. On peut en déduire qu'un lien existe entre l'augmentation des temps d'attente générés par les blocages du flux et l'élévation de l'âge moyen des usagers des services d'urgence. Il semble donc essentiel de mener une réflexion sur la problématique de la prise en charge de ces patients spécifiques.

Enfin, l'organisation interne du service d'urgence peut être optimisée, dans le triple objectif de diminuer les temps d'attente, d'améliorer la qualité globale de la prise en charge et d'éviter la dégradation des conditions de travail du personnel des urgences.

Tout d'abord, revoir le principe de spécialisation des salles pourrait apporter une solution provisoire aux problèmes des délais d'attente constatés dans le domaine de la traumatologie, en attendant de pouvoir créer une deuxième salle de traumatologie dont l'installation semble néanmoins s'imposer, à condition que l'activité dans ce secteur continue d'augmenter. Une telle augmentation n'est peut être pas inéluctable : l'étude de la DREES relative aux usagers des urgences nous a montré en effet la proportion des problèmes de médecine augmentait avec l'âge des patients. Or le service d'urgence de Lannion est confronté au vieillissement de la population qu'il est amené à prendre en charge.

Ensuite, une action d'amélioration importante peut être mise en œuvre dans le domaine des relations du service d'urgence avec le laboratoire, le service d'imagerie médicale, et les services d'hospitalisation. Aujourd'hui, on a vu que la qualité de ces relations dépend en grande partie des relations inter-personnes. Sans nier cet aspect important de la gestion à l'hôpital, on considère que son impact peut être canalisé par une formalisation plus importante de ces relations. Cet axe d'amélioration implique en premier

lieu l'établissement de réunions fixes entre les protagonistes, à périodicité définie, et impliquant la direction de l'établissement. On suggère que l'approche processus soit retenue, la notion de processus étant élargie à l'ensemble des services concernés. C'est alors le véritable processus de prise en charge globale du patient, depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à la fin de son hospitalisation, qui peut faire l'objet d'une étude. La question de l'articulation avec l'extérieur de l'établissement, la médecine et les soins infirmiers ou de rééducation libéraux, l'hospitalisation à domicile, la prise en charge en structures spécifiques telles que le long-séjour ou les maisons de retraite, trouvent naturellement leur place dans cette réflexion. Là-encore, le travail réalisé aux urgences peut constituer une base pour une réflexion plus étendue, prenant en compte le patient dans sa globalité.

Une préconisation s'impose par rapport au lancement d'une dynamique managériale : le service doit intégrer la logique de l'évaluation systématique des innovations apportées, afin de vérifier précisément leur efficacité dans l'amélioration de la maîtrise du processus de prise en charge aux urgences. Par conséquent, la fréquence de la survenance de ces dysfonctionnements doit être mesurée, sa variation dans le temps constituant un excellent indicateur de l'efficacité globale de la démarche d'amélioration. Le recensement et le classement des dysfonctionnements réalisés constituent une base pour ce travail, qui mobiliser l'ensemble du personnel. Cette mesure globale de l'efficacité de la démarche ne dispense pas de faire appel à des indicateurs moins généraux, pour évaluer l'efficacité de chaque action d'amélioration mise en œuvre. Une action ne faisant pas la preuve de son efficacité doit être revue sur la base d'une analyse des causes de son inefficacité. Il semble intéressant, pour promouvoir cette logique de l'évaluation, de profiter de la dynamique d'ensemble née de l'engagement de l'établissement dans la seconde procédure d'accréditation.

Sur le plan technique, on peut suggérer l'utilisation d'outils susceptibles d'apporter une aide précieuse dans le domaine de la maîtrise des processus. Outre la description du processus et les techniques de l'arbre des causes et du diagramme d'Ichikawa déjà utilisées, il serait pertinent d'utiliser un outil d'Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC). Cette méthode implique d'abord le recensement non de dysfonctionnements constatés, mais de l'ensemble des défaillances possibles, même si elles n'ont jamais eu lieu, qui peuvent survenir au cours du déroulement du processus de prise en charge. Ensuite, elle consiste en une estimation chiffrée du niveau critique de chaque défaillance, calculée à partir de trois facteurs, la gravité, la fréquence et le risque de non-détection, qui se voient chacun attribuer une note de un à dix. Cette estimation permet d'établir une hiérarchie entre les difficultés sur la base de critères très fins, et donc de dégager des axes d'action prioritaires. Cet outil est donc précieux pour améliorer le niveau de maîtrise du processus de prise en charge de l'utilisateur. Son utilisation par le service d'urgence lui permettrait de franchir un niveau important dans la recherche de

l'amélioration de la qualité de la prise en charge, puisque sa réflexion, fondée sur le risque, serait alors préventive, alors que l'approche retenue jusqu'à aujourd'hui, reposant sur l'analyse de dysfonctionnements constatés, n'a qu'un caractère curatif.

On doit cependant rappeler qu'aucune de ces actions ne pourra être mise en œuvre sans l'existence d'une dynamique managériale forte et réelle du service d'urgence ; cette dynamique devra être initiée puis soutenue par la direction de l'établissement, sous peine de voir s'amenuiser le potentiel d'amélioration du service. Cette dynamique devra trouver une concrétisation dans l'élaboration d'un projet de service.

### **3.2.2 Une réflexion centrée sur les flux**

On a démontré que la prise en charge de l'utilisateur aux urgences était fondée par la notion de flux, la caractéristique des services d'urgence résidant dans la transformation du flux qui s'y opère. En effet, confronté à un flux poussé non maîtrisable, le service d'urgence convertit ce flux en un flux tiré, par les services d'hospitalisation ou les structures externes. L'inadéquation entre la vitesse de circulation du flux poussé et celle du flux tiré génère des encombrements, entraînant des temps d'attente importants et d'autres dysfonctionnements. Il est par conséquent indispensable que l'organisation du service d'urgence soit fondée sur cette logique de flux. Bien que difficilement maîtrisable en soi, le flux poussé peut faire l'objet d'un traitement statistique, comme c'est le cas au service d'urgence de Lannion. On repère alors un certain nombre de constantes dans l'évolution du flux de patient, sur une journée et sur une semaine. Or l'organisation du service, en termes notamment d'horaires de travail du personnel, n'est pas conçue pour s'adapter à ces flux. Cette organisation doit être revue, et adaptée aux variations de flux. Toutefois, l'acceptation par une équipe que l'on peut globalement qualifier de plutôt réticente au changement implique une diffusion aussi large que possible des statistiques relatives aux flux de patients admis aux urgences, pouvant remettre en cause les perceptions subjectives de l'intensité de l'activité.

D'importantes améliorations pourraient découler d'une telle évolution qui pallierait tant les dysfonctionnements liés à une insuffisance de personnel en cas de grande affluence, que ceux engendrés par l'inactivité du personnel dans les moments « creux », qui représentent pour l'établissement un coût injustifié. C'est, on l'a vu, l'une des problématiques majeures d'un service d'urgence que de faire face à la variation de son activité. Au Centre hospitalier de Lannion, les écarts entre activité intense et faible activité sont particulièrement marqués. Il est regrettable que ce phénomène, difficilement maîtrisable mais prévisible, dans une certaine mesure, grâce aux outils statistiques,

engendre à la fois une déperdition d'énergie et une dégradation des conditions de travail lié au stress important généré par les périodes d'activité intense, durant lesquelles le personnel paraît insuffisant. L'adaptation des temps de présence du personnel à ces variations de flux améliorerait autant les conditions de travail que la qualité de la prise en charge. Ce changement semble incontournable aujourd'hui, d'autant qu'il procèderait d'une logique « gagnant / gagnant » pour le service d'urgence et pour l'établissement.

La mise en œuvre de certaines ou de la totalité de ces propositions implique un engagement clair de la direction. La situation particulière qui a justifié la réalisation de cette étude, dans le cadre d'un stage professionnel, ne doit pas mettre en péril la pérennisation de cette étude. L'engagement explicite de la direction dans la mise en œuvre d'un changement au niveau de l'encadrement du service d'urgence permet de bien augurer de cette pérennisation et du bénéfice retiré par l'hôpital de la mise en œuvre de ce projet. Mais, puisque la réalisation d'un stage implique que l'établissement comme l'élève-directeur se soumettent à des obligations réciproques, matérialisées par un contrat d'objectif, il est indispensable que le stagiaire responsable de l'étude en retire un bénéfice équivalent. Par sa globalité, cette démarche a permis, outre d'importants progrès dans des domaines techniques et relationnels, une appréhension plus juste du positionnement de directeur d'hôpital.

### **3.3 Globalité de la démarche et positionnement professionnel du directeur d'hôpital**

Certains aspects de l'étude réalisée auraient légitimement pu être confiés à des cadres de la structure, assumant des responsabilités, dans le domaine notamment de la qualité, mais aussi dans celui des soins. Pourtant, la réalisation de cette étude fut extrêmement formatrice dans le domaine du management et de la conduite d'une démarche ciblée. Elle participe par conséquent très largement de la formation d'un directeur d'hôpital. En effet, elle a permis de comprendre les mécanismes qui conduisaient une démarche à exercer, dans un secteur particulier, un effet de levier. Par conséquent, elle favorisa grandement l'appréhension de l'engagement et du positionnement du cadre de direction, donc découle la mise en œuvre du processus de décision.

### 3.3.1 La recherche de l'effet de levier, ou les quatre dimensions de la démarche d'amélioration

L'objectif de la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation et d'amélioration est de jouer un véritable rôle de levier, susceptible d'aider un service, un secteur, voire un établissement, à sortir des pièges du fonctionnement quotidien pour s'inscrire dans une véritable dynamique d'amélioration constante. Néanmoins, Shortell<sup>64</sup> a montré que cet effet de levier ne pouvait être atteint que dans la mesure où la démarche d'amélioration prenait en compte quatre dimensions spécifiques. Une insuffisance dans chacun de ces quatre axes explicités par l'ANAES<sup>65</sup> met en péril l'efficacité de la démarche. L'analyse de la démarche à l'aune de ces critères est riche d'enseignement en ce qui concerne le positionnement du directeur d'hôpital qui porte la responsabilité de l'obtention de résultats.

#### A) La dimension stratégique

Selon l'ANAES, la prise en compte de la dimension stratégique implique une clarification des objectifs de l'établissement vis à vis de la démarche engagée. Elle est également le reflet de l'engagement de la direction de l'établissement dans un projet, condition sine qua non de l'obtention de résultats conformes aux objectifs fixés.

Dans l'hypothèse où cet aspect stratégique serait insuffisamment pris en compte, la démarche engagée risque d'être marginale, c'est à dire qu'elle ne résulterait que de la volonté d'un ou plusieurs individus mais ne bénéficierait d'aucune inscription dans la politique ou parmi les objectifs affichés de l'établissement. Une démarche marginale est une démarche qui n'aurait pas été intégrée par le collectif ; privée de ce souffle, elle n'atteindra pas la dimension de l'organisation.

Au Centre hospitalier de Lannion, la dimension stratégique n'a pas été négligée. Définie comme l'une des missions confiées à l'élève-directeur par l'ensemble de l'équipe de direction, la mise en place de l'étude a été officiellement présentée lors des instances de l'établissement. En outre, les professionnels susceptibles d'y apporter leur concours ont été personnellement informés de sa mise en place par le Directeur de l'établissement.

---

<sup>64</sup> « Les quatre dimensions de la qualité » de SM Shortell, cité in Cours du Dr P. Roussel, « Evaluation de la qualité », module Management de la qualité et des risques dans les organisations de santé, Juin 2004

<sup>65</sup> ANAES, « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé » Avril 2002

Enfin, les objectifs de l'étude ont été définis en liaison étroite avec la direction de l'établissement.

Néanmoins, on a pu mettre en exergue lors de la présentation du pilotage stratégique du projet d'étude, l'existence de certaines faiblesses relatives à la mise d'un œuvre d'un comité de pilotage investi d'une mission stratégique claire. Or, on considère a posteriori que cette insuffisance présentait en effet le risque de marginaliser la démarche entreprise. La non réalisation de ce risque tient à l'importance de l'objectif d'amélioration de la prise en charge de l'usager aux urgences pour l'établissement, qui a généré une implication hiérarchique dont on peut cependant regretter le manque de formalisation. Un chef de projet en position d'apprentissage est par conséquent à même, à l'issue de l'étude, de mesurer pleinement l'importance fondamentale de la dimension stratégique dans la mise en œuvre d'un projet.

## B) La dimension structurelle

La dimension structurelle se réfère à l'aspect organisationnel de la démarche, ainsi qu'aux ressources mobilisées. Elle implique la mise en place ou la désignation de structures comportant, selon l'ANAES, deux composantes. L'une, politique et stratégique, « a pour but d'assurer le lien entre la dimension politique et stratégique et la conduite des actions, en guidant la démarche, en arbitrant sur des priorités et en suivant l'atteinte des objectifs<sup>66</sup> ». L'autre composante, opérationnelle, doit permettre la coordination de la démarche et la mise en place d'éléments structurants.

Si l'on se réfère d'une part à l'absence de comité de pilotage, structure assurant généralement la composante stratégique et politique d'une démarche, et d'autre part à l'absence de mission officiellement confiée à la cellule qualité qui aurait pu prendre en charge les éléments d'ordre opérationnel, la prise en compte de la dimension structurelle pourrait sembler insuffisante en ce qui concerne l'étude de la prise en charge des usagers aux urgences. Pourtant, la démarche intègre bien cette dimension, tout en prenant en considération les caractéristiques intrinsèques d'une étude ponctuelle, effectuée in situ par un observateur neutre. Ainsi, l'élève-directeur a pu prendre en charge à la fois l'aspect stratégique de la mission, et sa composante opérationnelle ; cette double position liée à la nature de l'étude n'a pas nuit à l'organisation dans la mesure où ces deux rôles étaient clairement définis et séparés. Tout d'abord, l'élève-directeur a été clairement identifiée par la direction de l'établissement comme chef de projet, et présentée comme telle aux

---

<sup>66</sup> ANAES, « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », op. cité

instances. C'est bien dans cette dimension stratégique et politique qu'elle a exercé une mission de délimitation du sujet d'étude, de définition des objectifs avec la direction, et qu'elle a occupé une position d'interlocuteur privilégié à la fois de la direction et du Chef de service des urgences sur ce sujet.

Mais l'élève-directeur a également assuré la conduite opérationnelle de l'étude, avec comme interlocuteur la cellule qualité qui offrait son expertise et a permis la mobilisation d'outils adaptés. La prise en charge concrète des éléments opérationnels de l'étude, à savoir la réalisation de l'observation in situ et la coordination de la démarche, offrait des perspectives intéressantes en terme de formation. Contact avec le terrain, confrontation avec les réalités du fonctionnement d'un service, développement de compétences dans le domaine relationnel et des facultés de négociation, sont autant d'éléments qui, s'ils ne recouvrent pas l'ensemble de la formation d'un directeur d'hôpital, n'en constituent pas moins une part importante. Si le fait d'assurer la dimension stratégique de la démarche permet à l'élève de comprendre les implications du positionnement professionnel qui sera le sien lors de l'exercice de son métier, la prise en charge des éléments opérationnels de l'étude a permis de développer des aptitudes plus techniques dans des domaines qui touchent au cœur de métier de directeur d'hôpital.

Néanmoins, il est avéré que l'établissement a pris le risque de s'engager dans une démarche « désorganisée », conséquence selon Shortell de carences dans la dimension structurelle. Le fait d'assumer les deux positions, stratégique et opérationnelle, fut certes extrêmement profitable à l'élève-directeur, dans la mesure où cette situation lui a permis d'appréhender simultanément plusieurs domaines de son futur métier. Néanmoins, la démarche aurait manqué de lisibilité si le chef de projet n'avait pas été dans la position de stagiaire, mais dans celle d'un directeur fonctionnel. Dans la perspective de l'exercice du métier de directeur d'hôpital, on doit retenir que la dimension structurelle doit faire l'objet d'une attention particulière si l'on veut éviter les risques liés à une potentielle désorganisation.

### C) La dimension culturelle

L'ANAES considère que « la dimension culturelle s'intéresse aux croyances, valeurs, normes, représentations et comportements<sup>67</sup> » qui favorisent la mise en œuvre d'un projet. La prise en compte de cette dimension conditionne la survie du projet et la

---

<sup>67</sup> « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé » document ANAES, op. cité

pérennité de ses résultats, par les efforts qu'elle implique en ce qui concerne l'intégration des valeurs qui sous-tendent le projet et l'acceptation collective de ses composantes. C'est la dimension culturelle qui fait de la démarche un projet porté par l'organisation et inscrit dans la durée ; une démarche spécialisée, faisant fi de l'opinion, du ressenti, du vécu et de ses composantes psychologiques et cognitives, ne permettrait que d'obtenir des résultats temporaires et ne dépassant pas l'étroite sphère de son champ d'application.

Prendre en compte cette dimension culturelle permet non seulement de favoriser l'intégration en profondeur de l'esprit de la démarche, mais aussi d'induire l'idée d'une transmission : une démarche bien intégrée d'un point de vue culturel se transmettra d'ancien professionnel à nouveau professionnel, fera partie intégrante de cet acquis implicite accessible par l'expérience.

Le type d'observation, menée directement sur le terrain, retenu pour la réalisation de l'étude du processus de prise en charge du patient aux urgences, fut très favorable à la prise en compte de cette dimension culturelle. En effet, un contact direct et des relations privilégiées ont pu être nouées lors de l'observation, qui ont permis à l'observateur d'apprécier les implications de la dimension culturelle d'un projet. Sur le plan de l'apprentissage, cette expérience a permis de comprendre que, lors de la mise en œuvre d'un projet d'amélioration, ou de toute décision, le directeur d'hôpital doit intégrer l'impact des éléments se rattachant à cette dimension culturelle, afin de ne pas s'engager dans une démarche trop spécialisée risquant de mettre en péril la réalisation des objectifs fixés.

#### D) La dimension technique

La dimension technique d'un projet se réfère aux différents savoir-faire mis en œuvre pour la réalisation de ce projet. Le choix des différentes méthodes devant être utilisées doit résulter logiquement des objectifs poursuivis par la démarche.

Le choix a donc été fait de décrire le processus de prise en charge aux urgences du Centre hospitalier de Lannion. En dépit de l'expertise apportée par le responsable qualité du Centre hospitalier de Guingamp et par la responsable qualité du Centre hospitalier de Lannion, on peut considérer que la maîtrise de tels outils par un élève-directeur demeure inférieure à celle d'un ingénieur ou d'un cadre spécifiquement formé à la mise en œuvre de démarche qualité. Cependant, la mobilisation de ces outils par l'élève-directeur lui a permis d'appréhender l'importance de la place de la dimension technique dans la conduite de toute démarche d'amélioration. En terme d'apprentissage, cette prise de conscience était une étape fondamentale de l'acquisition de connaissances

dans le domaine du management de projet. Il était en effet indispensable de mesurer à quel point un manque de maîtrise de la dimension technique comportait le risque d'aboutir à une démarche frustrante n'apportant pas les résultats escomptés et ne permettant pas d'atteindre les objectifs fixés.

Cette approche globale de l'étude du processus de prise en charge de l'utilisateur aux urgences du Centre hospitalier de Lannion intégrant les quatre dimensions définies par Shortell comme les composantes essentielles de toute démarche de projet a suscité chez le chef de projet des questionnements, en ce qui concerne notamment les insuffisances potentielles de l'une ou l'autre de ces quatre dimensions. Ainsi, le positionnement du directeur d'hôpital a pu être appréhendé grâce à l'expérience concrète, ce qui a pu amener l'élève-directeur à revenir sur certaines représentations du métier qui n'ont pas résisté à leur confrontation à la réalité. Notamment, l'omnipotence supposée d'un directeur d'hôpital a pu sérieusement être remise en cause. En effet, la réalisation de ce projet a permis de comprendre à quel point la séparation des dimensions stratégique et opérationnelle, la répartition des tâches sur la base des compétences et la nécessité de formaliser les structures assurant le pilotage stratégique du projet étaient des éléments essentiels à la prise en compte des quatre dimensions de Shortell, et donc à l'obtention d'un effet de levier généré par la démarche entreprise. En ce sens, le bon positionnement du directeur d'hôpital dans la mise en œuvre de la démarche est essentielle. Il doit se concentrer sur le pilotage stratégique du projet, tout en veillant absolument à la cohérence de la mise en œuvre opérationnelle du projet par rapport aux orientations stratégiques. Il doit s'assurer de la mobilisation des compétences indispensables à la mise en œuvre des outils techniques appropriés. Néanmoins, son positionnement stratégique ne doit pas le conduire à un éloignement peu propice à la prise en compte de la dimension culturelle du projet ; il doit par conséquent faire preuve de qualités relationnelles et de communication évidentes pour favoriser l'intégration culturelle du projet mis en œuvre.

La position de stagiaire implique, non de prendre une décision, mais de dégager tous les éléments susceptibles d'aider à la prise de décision. A ce titre, la réalisation du projet fut très formatrice dans le domaine de la préparation de la décision, qui est souvent celui du directeur fonctionnel. Néanmoins, ce dernier est également appelé à prendre des décisions, suivant un modèle qui, comme la prise en charge de l'utilisateur, s'apparente au déroulement d'un processus. L'expérience menée dans le cadre du stage professionnel a permis à l'élève-directeur de prendre la mesure des composantes de ce processus décisionnel, ce qui constitua une étape fondamentale de l'apprentissage du métier de directeur d'hôpital et des implications de cette fonction.

### **3.3.2 Du diagnostic à la recherche de solutions : le processus décisionnel, la pérennisation et l'évaluation du projet**

La réalisation de l'étude du processus de prise en charge aux urgences doit déboucher, bien que la prise de décision ne relève pas du chef de projet ayant conduit cette étude, sur la mise en œuvre d'un changement. Or la conduite du changement dépend dans une large mesure du bon déroulement du processus décisionnel. C'est la mobilisation des éléments de diagnostic et des propositions formulées dans le cadre de ce processus décisionnel qui constitue la pérennisation du projet. L'importance de cette mobilisation est un indicateur important dans le cadre de l'évaluation du projet réalisé.

#### **A) Le processus décisionnel**

Dans un premier temps, on a pu identifier une étape essentielle : celle de la délimitation du domaine dans lequel la décision devait intervenir. Le manque de clarté dans ce domaine semble compromettre gravement l'efficacité de la décision appelée à être prise. Ce n'est qu'à partir de cette délimitation du champ d'application de la décision que peut intervenir la définition des objectifs à atteindre.

La troisième étape du processus décisionnel est précisément celle qui a fait l'objet de la réalisation de l'étude : il s'agit de recenser tous les éléments susceptibles de devenir un facteur de changement, et donc de définir les axes de la recherche de solutions. Les différentes solutions envisageables peuvent donc être identifiées à partir de ce recensement. Le niveau de pertinence de chacune de ces solutions peut ensuite être évalué, pour en écarter certaines ou tout au moins établir un classement permettant une répartition chronologique de la mise en œuvre ces solutions. Cette mise en œuvre doit faire l'objet d'une communication aussi large que possible. Enfin, l'efficacité de la décision sera évaluée selon des modalités et des indicateurs définis en amont de sa mise en œuvre.

Cette appréciation empirique du processus décisionnel, dans le déroulement duquel s'inscrit l'étude réalisée par l'élève-directeur, trouve une confirmation dans la littérature relative à la performance hospitalière. En effet Hervé Leteurtre donne une description du processus de prise de décision dans la quelle on retrouve les éléments que l'expérience a permis de mettre en exergue : «[on] doit s'efforcer, selon un schéma classique de prise de décision, d'identifier la question ou le problème (...), d'identifier les contraintes essentielles de la prise de décision, d'énoncer les solutions envisageables, d'établir un ordre de préférence en utilisant des outils « classants » d'aide à la décision (...), de choisir la solution retenue, de communiquer les choix, de lancer la mise en œuvre

opérationnelle, de contrôler<sup>68</sup> ». Ainsi, l'apport du projet réalisé en ce qui concerne la compréhension du rôle et des missions du directeur d'hôpital est avéré.

## B) L'évaluation et la pérennisation du projet professionnel

Sur un plan personnel autant que professionnel, la pérennisation et la reconnaissance de la valeur d'un projet sont essentiels pour apprécier l'engagement et favoriser la motivation du directeur d'hôpital. A ce titre, l'indicateur fondamental permettant d'évaluer cette valeur du projet est sa mobilisation dans le processus décisionnel dont la mise en œuvre n'appartient pas à l'élève-directeur. Or, l'assurance de voir retenir la majorité des propositions formulées dans le cadre de l'élaboration d'un nouveau projet du service d'urgence et, partant, l'inscription de ces axes d'amélioration dans la partie médicale et soignante du projet d'établissement, est un gage fondamental de la pérennisation du projet. On constate donc que la réalisation de ce projet n'aura pas seulement été extrêmement formatrice pour l'élève-directeur. Elle apportera également des améliorations sur le plan de la maîtrise du processus de prise en charge aux urgences, et donc sur la qualité de cette prise en charge.

Le meilleur gage de pérennisation de ce projet serait son extension à l'ensemble du processus de prise en charge du patient à l'hôpital. En effet, une telle approche est susceptible d'introduire au sein de l'organisation hospitalière dont on souligne souvent le manque d'adaptabilité, des mutations profondes, touchant à la conception même de la prise en charge de l'usager, qui porteront leurs fruits. En tant que fort vecteur de décroissements et de transversalité, le principe de l'approche processus peut être retenu pour tous les aspects de la prise en charge hospitalière. Il s'inscrit enfin dans une logique, dans un mouvement qui, lentement mais sûrement, conduit l'organisation hospitalière à se remettre en question pour trouver, en-elle même et grâce à son ouverture vers l'extérieur, les forces du changement.

---

<sup>68</sup> Leteurtre H., Performance et gouvernance hospitalières, Berger-Levrault, Paris 2005

## CONCLUSION

La réalisation d'une étude relative à la prise en charge des usagers aux urgences a permis de montrer tout l'intérêt qui réside dans l'utilisation de concepts hérités du monde industriel. C'est la cas, bien sûr, de l'approche processus qui fut d'abord mobilisée essentiellement dans le domaine de la production de biens. Mais l'origine industrielle de maints concepts développés à l'hôpital apparaît également, bien que plus indirectement, dans tout ce qui touche aux démarches d'amélioration de la qualité qui ont d'abord procédé, pour les entreprises évoluant dans un marché concurrentiel en voie de saturation, d'un objectif de différenciation et de fidélisation de la clientèle. Enfin, les méthodes de gestion de projet, qui à l'issue d'une première expérience de management hospitalier, apparaissent comme les pré-requis de l'efficacité de la décision à l'hôpital, ont elles aussi été d'abord développées dans le secteur de l'industrie.

La plupart de ces méthodes ont fait la preuve de leur efficacité, et de leur adaptabilité. Néanmoins, il n'est sans doute pas inutile d'insister sur les spécificités du monde hospitalier, et de l'importance plus que considérable de la dimension humaine. Cette dimension est double à l'hôpital. On y produit du soin, certes. Mais en dépit de l'étourdissante progression de la technologie dans le domaine du diagnostic et du soin, ceux-ci demeurent avant tout une production humaine, une production d'abord individuelle qui s'insère ensuite dans une dimension collective. L'outil technologique produit de l'information qui requiert l'intervention humaine pour être intelligible. Nulle mécanisation ne menace l'activité de soin qui, générée par l'humain, s'adresse à l'humain. La présence de l'utilisateur comme objet de la production du système, et de plus en plus comme acteur du système, rend difficile, impossible dans certains cas, la transposition directe des outils, méthodes et concepts de l'entreprise. Certes, l'hôpital doit être ouvert sur le monde des réalités économiques, il doit connaître, comprendre, intégrer ses évolutions. L'organisation hospitalière est indubitablement perfectible ; elle peut et doit s'enrichir des expériences menées dans d'autres domaines que celui du soin pour poursuivre et atteindre un objectif d'amélioration constante. Mais elle doit être capable d'imaginer elle-même les outils qui seront les plus à même de la pousser à se remettre en cause et à s'améliorer. S'inspirant des méthodes et de modèles éprouvés, l'hôpital doit trouver sa voie. Le directeur d'hôpital verra dans cette perspective une nouvelle richesse de son métier...

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le Code de la santé publique

Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le Code de la santé publique

Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le Code de la santé publique

Décret n°97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le Code de la santé publique

Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relatif à la prise en charge des urgences

Circulaire DHOS/SDO n°238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences

HAS, Décision du 13 avril 2005 relative à la procédure de certification des établissements de santé, JO 22 septembre 2005

## Ouvrages

Klein E., *Le Temps*, Coll. Dominos, Flammarion, 1995, 115 p.

Benanteur Y., Rollinger R., Saillour J.-L., *Organisation logistique et technique à l'hôpital*, Editions ENSP, 2000, 171 p.

Cresson G., Schweyer F.-X. (sous la direction de), *Les usagers du système de soins*, Editions ENSP, 2000, 349 p.

Aubert N. *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*, Flammarion, 2003, 342 p.

Leteurtre H., *Performance et gouvernance hospitalières*, Berger-Levrault, Paris, 2005, 223 p.

### **Thèses et mémoires**

Chodosas M., *Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans cinq pays européens : la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Portugal*, Thèse pour le Doctorat en médecine, Paris VII, faculté de médecine Lariboisière-Saint-Louis, 2002, 179 p.

Bouton N., *La gestion des flux de patients aux urgences est-elle possible ? Essai de modélisation à partir de l'exemple de l'Hôtel Dieu de Paris*, Mémoire Elève directeur d'hôpital, ENSP, 2001, 91 p.

Pham M.-C., *La prise en charge du patient à l'hôpital : mieux gérer la complexité de la coordination des acteurs*, Mémoire Elève directeur d'hôpital, ENSP, 2002, 109 p.

### **Articles de périodiques**

Fricreau B., « Au Québec, les urgences victimes de l'objectif « déficit zéro » », *Le Monde*, 24 septembre 2003

Nunès E., « En Grande-Bretagne, le spectre de la privatisation », *Le Monde*, 24 septembre 2003

Ané C., « Jours tranquilles et nuits blanches aux urgences », *Le Monde*, 1<sup>er</sup> octobre 2003

Humbert B., Riou B., « Les enjeux des urgences en France », *Soins* n°664, Avril 2002, p 17

« Signalétique hospitalière », Dossier technique, revue hospitalière de France, n°5, septembre – octobre 1997, p 715 - 740

Gasparini G., « Temps, organisation et urgence », *Sciences de la société*, n°44, mai 1998, p 23

Aubert N., « Le sens de l'urgence », *Sciences de la société* n°44, mai 1998, p 47

Agathopoulos A., « De la prise en compte de l'utilisateur à la performance globale, BBF Paris, T. 43, n° 1, 1997

Giroud M., « La satisfaction du patient aux urgences », Soins n°664, avril 2002, p 27

Girardot F., Grosshans C., Peter B. et al., «L'admission des personnes âgées aux urgences médicales d'un hôpital général », La revue de Gériatrie, Tome 21, n°2, Février 1996, p 97

François P., Doutre E., «Perception et utilisation des résultats d'enquêtes de satisfaction des patients par les professionnels des services cliniques d'un hôpital », Risques et qualité en milieu de soins, n°1, 1<sup>er</sup> trimestre 2004, p 15

Brachet P., « Santé publique, service public. Le rôle du malade – usager – citoyen », article AITEC, disponible sur le site [www.aitec.com](http://www.aitec.com)

Lourdes Oliveira M., « Relever le défi de l'humanisation des soins », Soins Cadres, n°53, Février 2005, p 47

Vega M.-J., « Le temps de l'urgence et l'urgence du temps », Soins, n° 664, Avril 2002, p. 24

Pelletier G., Perennou G., « La préparation de la sortie du patient en Ecosse », Soins Cadres n°42, Mai 2002, p 48

Legrand A., Thys F., Vermeiren E. et al., «Validation d'une grille de tri : première étape dans l'analyse du flux des patients et dans la modélisation d'un service d'urgence », Recherche en soins infirmiers, n°72, mars 2003, p 145

Bouquin M., « Urgences, l'IAO dans l'œil du cyclone », Soins, n°664, avril 2002, p 31

« L'accueil des urgences au CHU de Nice, Hôpital Saint-Roch », Techniques hospitalières, Mai 2001, n° 656, p 54

### **Conférence**

Becel C., « Principe de mise en œuvre d'un système de management de la qualité », 8 septembre 2004, Module « Management de la qualité et des risques dans les organisations de santé », ENSP

### **Rapports, guides, référentiels**

ANAES, « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé » Avril 2002

ANAES, « Méthodes et outils pour les démarches qualité dans les établissements de santé », Juillet 2000

ANAES, « La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé », septembre 1996

MEAH, Rapport de fin de mission, « Temps d'attente et de passage aux urgences », Juillet 2003 – Mars 2005

DREES, « Les usagers des urgences », Etudes et résultats, n° 212, janvier 2003

SFMU – Commission d'évaluation – Groupe de pilotage des audits – « Audit d'un service d'urgence : méthode », Version du 30 septembre 1999

SFMU, « Maquette du DESC de médecine d'urgence », 30 décembre 2003

SFMU, « Architecture des services d'urgence : recommandations », Juillet-Août 2005

SFMU, « L'organisation de l'aval des urgences », Mai 2005

DHOS, Rapport d'étape du projet COMPAQH, « Améliorer la satisfaction du patient », 18 décembre 2003

### **Sites Internet**

Canadian association of Emergency Physicians : [www.caep.ca](http://www.caep.ca)

Ministère de la santé : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Documentation française : [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)

Haute autorité de santé : [www.has.fr](http://www.has.fr)

Société francophone de la médecine d'urgence : [www.sfmou.org](http://www.sfmou.org)

Association des médecins urgentistes hospitaliers de France : [www.amuhf.com](http://www.amuhf.com)

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers : [www.meah.gouv.fr](http://www.meah.gouv.fr)

The Australian Council on Healthcare Standards: [www.achs.org.au](http://www.achs.org.au)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe I** : DREES, « Taux de recours aux urgences selon l'âge et le sexe »

**Annexe II** : DREES, « Etat clinique des patients selon l'âge »

**Annexe III** : DRESS, « Taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences selon l'âge et le motif »

**Annexe IV** : DREES, « Répartition des motifs de recours aux urgences chez les patients hospitalisés et non hospitalisés » ; « Etat clinique des patients qu'ils soient ou non hospitalisés »

**Annexe V** : Evolution des plaintes concernant le service des urgences du CH de Lannion –Trestel

**Annexe VI** : Fiche projet

**Annexe VII** : Schéma général : La prise en charge de l'utilisateur au Centre hospitalier de Lannion-Trestel

**Annexe VIII** : Processus de prise en charge aux urgences : étape 1

**Annexe IX** : Processus de prise en charge aux urgences : étape intermédiaire 1

**Annexe X** : Processus de prise en charge aux urgences : étape 2

**Annexe XI** : Processus de prise en charge aux urgences : étape intermédiaire 2

**Annexe XII** : Processus de prise en charge aux urgences : étape intermédiaire 3

**Annexe XIII** : Exemples d'arbres des causes

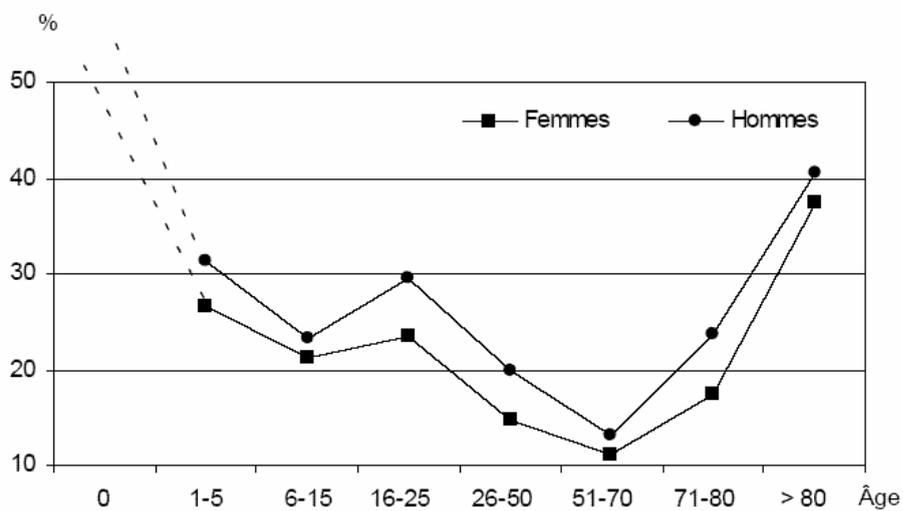
**Annexe XIV** : Diagramme d'Ishikawa

**Annexe XV** : Plan d'actions

## Annexe I

### **G.01** taux de recours aux urgences selon l'âge et le sexe

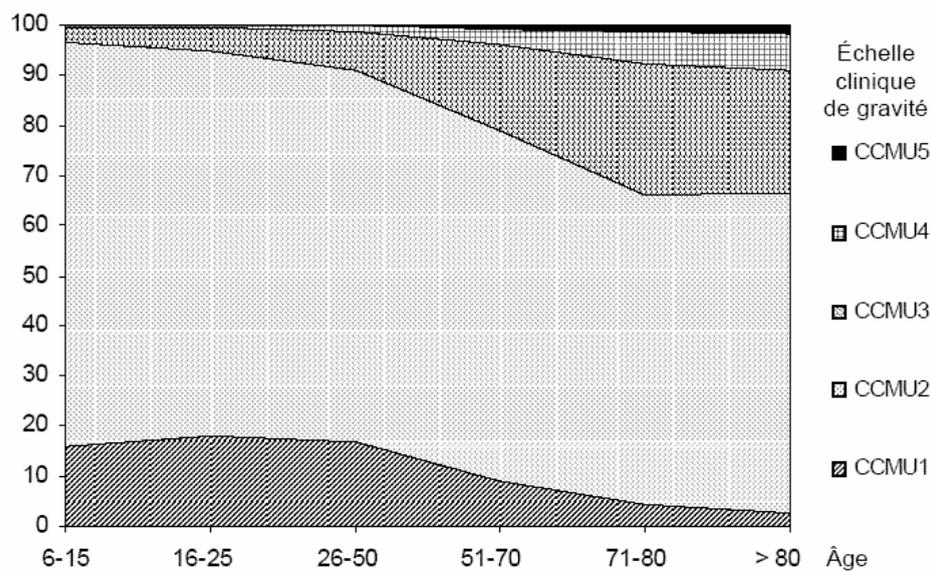
Moins d'un an :  
garçons : 297 %  
filles : 288 %



Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

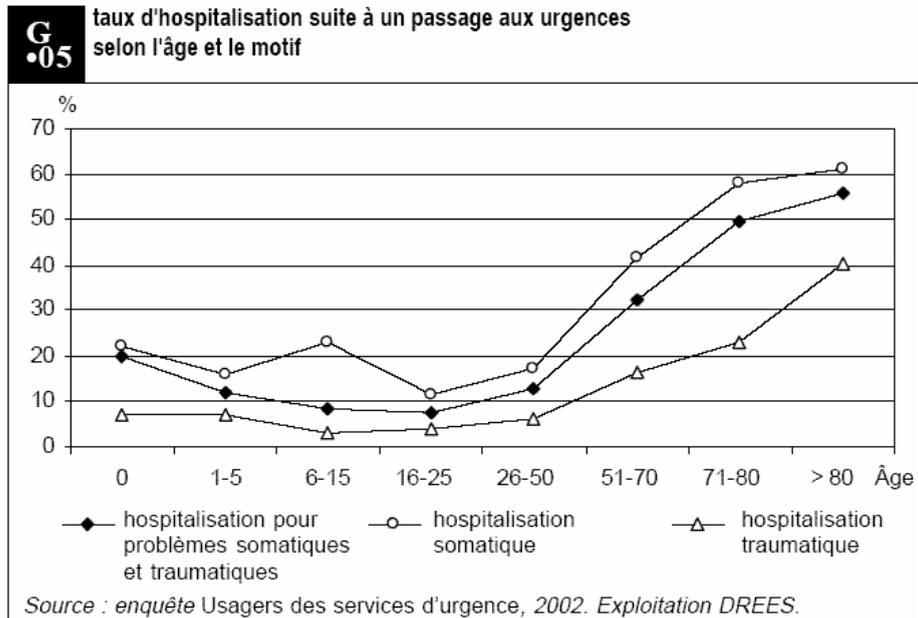
## Annexe II

### **G.04** état clinique des patients selon l'âge

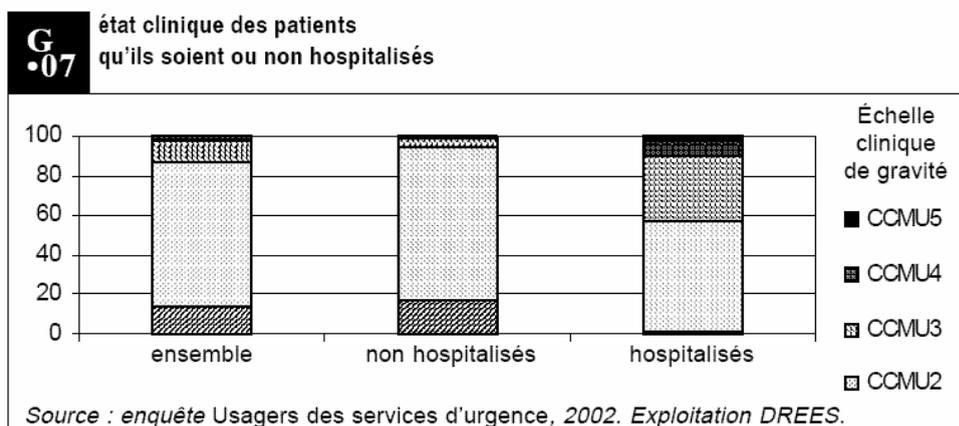
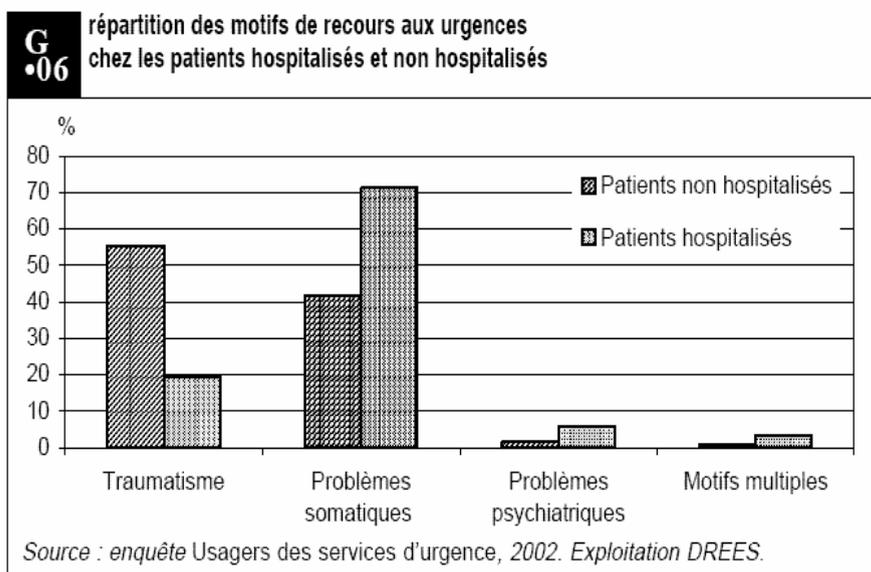


Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

## Annexe III



## Annexe IV



## Annexe V

### EVOLUTION DES PLAINTES CONCERNANT LE SERVICE DES URGENCES

Année	2005 (31/07)	2004	2003	2002	2001	2000
Nombre de plaintes concernant l'établissement	18	36	37	41	28	40
Nombre de plaintes concernant les urgences	5 (27.77%)	19 (52.78%)	14 (37.83%)	12 (29.26%)	9 (32.14%)	9 (22.50%)

## **Annexe VI**

### **Fiche projet**

#### **Titre :**

Etude du processus de prise en charge des usagers aux urgences du Centre hospitalier de Lannion6trestel et propositions d'amélioration

#### **Problématique :**

L'analyse des plaintes et réclamations formulées par les usagers des urgences, et les résultats des questionnaires de satisfaction du patient concordent dans le signalement de dysfonctionnements dans le processus global de prise en charge du patient. Or, l'étude de ce processus, par l'identification et l'analyse de chaque étape de cette prise en charge, et par le recensement de tous les acteurs intervenant dans chacune de ces étapes, doit permettre d'identifier ces dysfonctionnements et leurs causes. Des moyens de remédier à ces dysfonctionnements pourront donc être trouvés pour améliorer la qualité et la sécurité de ce processus de prise en charge, et le niveau de satisfaction des usagers

#### **Services et structures concernés par l'étude :**

- Service d'UPATOU
- UHCD
- Antenne administrative des urgences
- Service d'imagerie médicale
- Laboratoire
- Services d'hospitalisation
- Maison médicale

#### **Objectifs :**

- 1) Décrire le macro-processus de production de soin depuis l'entrée du patient aux urgences jusqu'à sa sortie
- 2) Décrire les sous-processus qui en découlent
- 3) Identifier les dysfonctionnements de l'organisation à chaque étape de la prise en charge
- 4) Identifier des axes d'amélioration de la qualité de la prise en charge et du niveau de satisfaction des patients

#### **Contenu et limites du projet :**

L'évaluation portera sur l'organisation du processus de production de soins.

L'évaluation ne portera pas sur les pratiques médicales ou soignantes.

#### **Références :**

Analyse des questionnaires de satisfaction patients (Enquête 2002)

Analyse des plaintes et réclamations relatives aux urgences

Réglementation (Décrets 9 mai 1995, Décret 30 mai 1997, Loi 4 mars 2002...)

Manuels d'accréditation 1 et 2

Plan « Urgences » (20 septembre 2003)

Ouvrages généraux

Mémoires ENSP  
Articles de périodiques  
Documents HAS  
Documents DREES  
Documents SFMU

**Organisation du projet :**

Directeur de projet : R. Bréban (Chef d'établissement)

Chef de projet : N. Saint-Hilary (Elève-directeur)

Personnes ressources : L. Le Gac (responsable qualité CH Lannion), S. Jahan (responsable qualité CH Guingamp), Dr Roussel (enseignant ENSP), B. Le Bonniec (Directrice des soins), Dr Fasquel (chef de service urgences), M.M. Cantel (Cadre supérieur de santé)

**Coût estimé :**

1/3 temps élève-directeur (non assumé par l'établissement)

Temps de travail du responsable qualité

Temps d'entretien

**Evaluation du projet :**

Evaluation du mémoire par le Jury de l'ENSP

Partie analyse du processus : fréquence de l'utilisation de l'étude pour l'auto-évaluation de l'établissement dans la perspective de l'accréditation (V2) par les groupes de travail concernés.

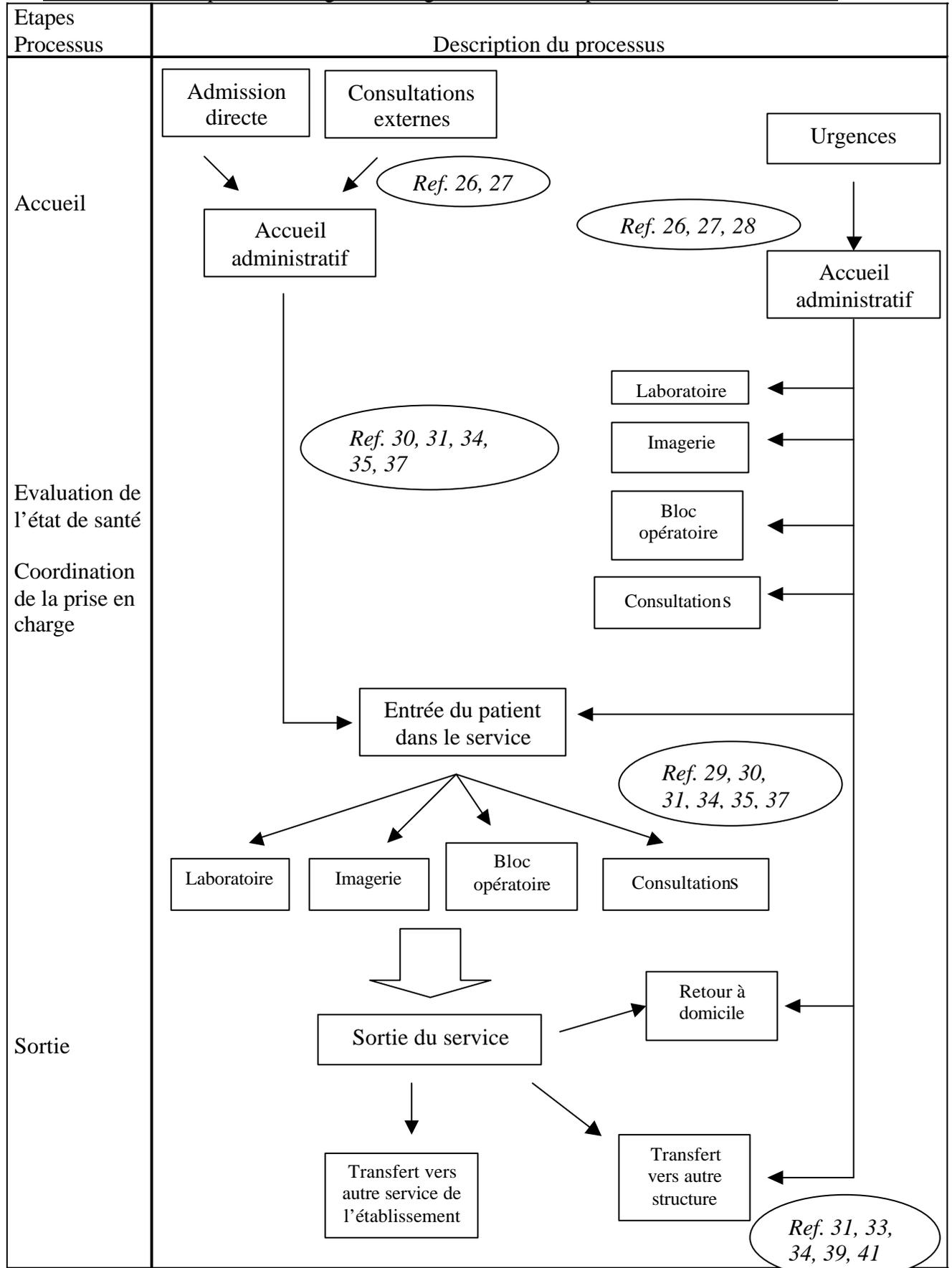
Partie propositions : nombre de propositions retenues et débouchant sur un projet de mise en oeuvre.

**Pérennisation du projet :**

Reprise de certaines propositions dans les projets des services concernés, notamment le projet du service d'UPATOU et de l'UHCD.

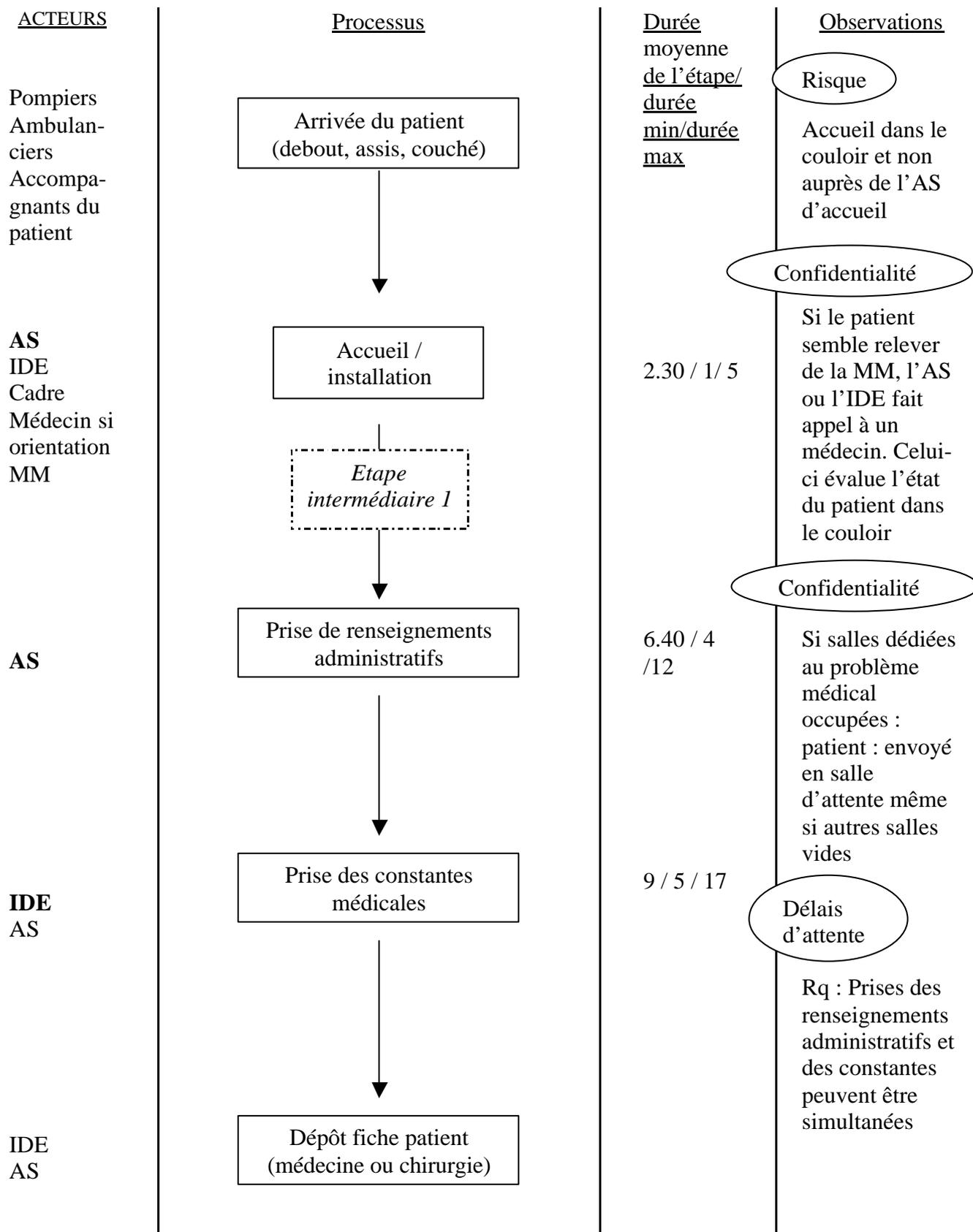
Reprise de certaines propositions dans le projet d'établissement 2006-2010.

**Annexe VII : La prise en charge de l'utilisateur au Centre hospitalier de Lannion - Trestel**



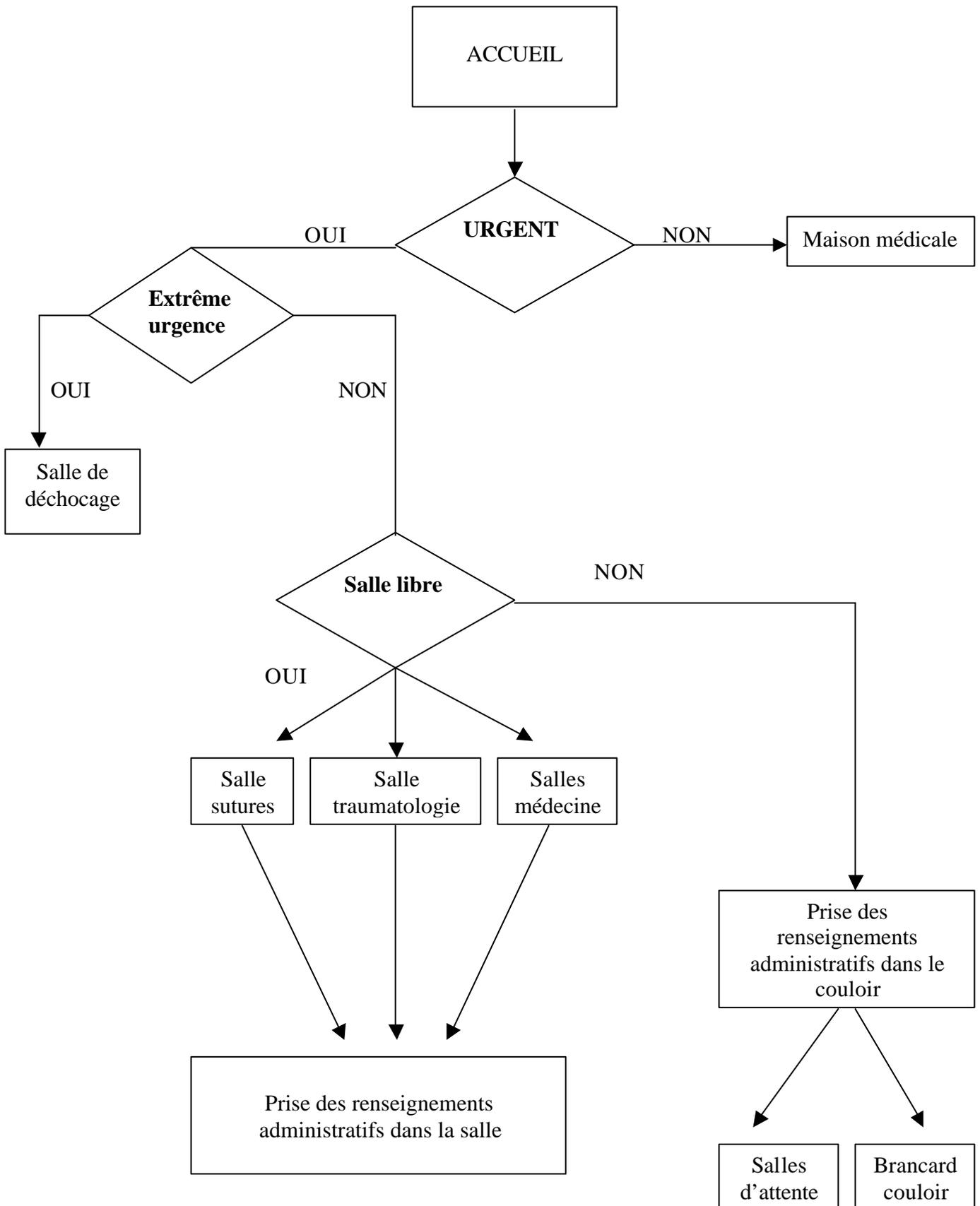
## Annexe VIII

### Processus de prise en charge aux urgences (Etape 1)



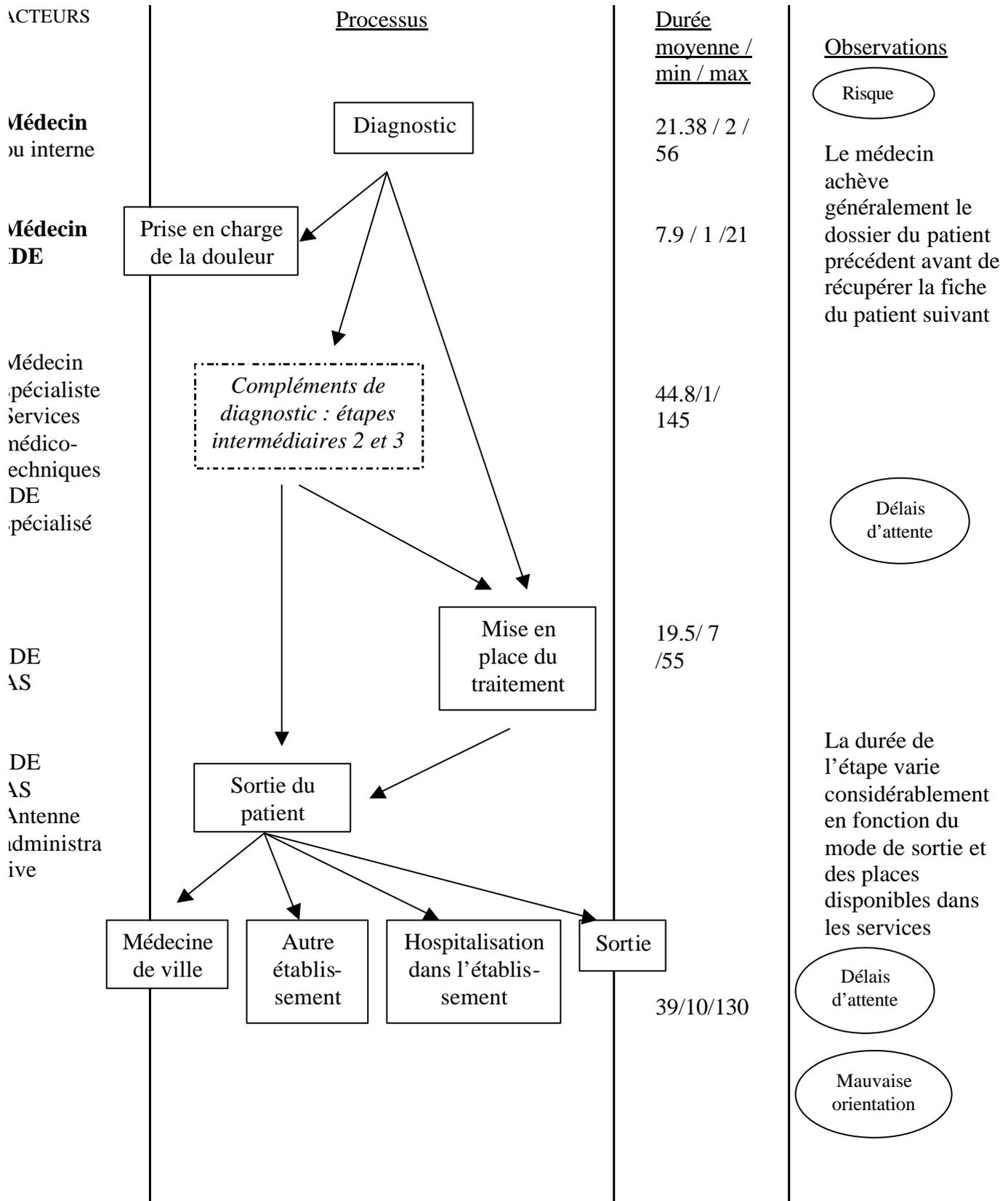
## Annexe IX

### Processus de prise en charge aux urgences (Etape intermédiaire 1)



## Annexe X

### Processus de prise en charge aux urgences (Etape 2)



## Annexe XI

### Compléments de diagnostic Etape intermédiaire 2

ACTEURS	<u>Processus</u>	<u>Durée</u> <u>moyenne /</u> <u>min / max</u>	<u>Observations</u>
<b>Médecin</b> ou interne	Récupération fiche patient	21.38 / 2 / 56	(Risque)
<b>Médecin</b> ou interne	Diagnostic	13.63 / 5 / 27	(Délais d'attente)
<b>Médecin</b> ou interne	Prescription radios		
	Bon d'examen		
<u>Préparation</u> : AS ou <b>IDE</b> Rédaction et <u>signature</u> : <b>Médecin</b> ou interne	Dépôt bon d'examen dans casier « radios »	13.4 / 2 / 37	(Délais d'attente)
<b>AS</b>	Transfert du patient vers la radio (avec le bon)	13/2/34	
<b>Brancardier radio</b>	Retour du patient aux urgences	28.6 / 15 / 50	Délais d'attente souvent importants en radio mais les patients venant des urgences sont généralement prioritaires
<b>Médecin</b> ou interne	Examen radios	90 / 45 / 140	Etape décisive pour la gestion du flux

## Annexe XII

### Compléments de diagnostic Etape intermédiaire 3

ACTEURS	<u>Processus</u>	<u>Durée</u> <u>moyenne /</u> <u>min / max</u>	<u>Observations</u>
<b>Médecin</b> ou interne	Récupération fiche patient	21.38 / 2 / 56	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">Risque</div> Le médecin achève généralement le dossier du patient précédent avant de récupérer la fiche du patient suivant
<b>Médecin</b> ou interne	Diagnostic	13.63 / 5 / 27	
<b>Médecin</b> ou interne	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">Prescription radios</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Prescription examens labo</div> </div>		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">Délais d'attente</div>
	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">Etape intermédiaire 2</div>		
IDE	Prélèvements	18.5 / 12 / 32	Le laboratoire ne traite pas toujours les tubes immédiatement après leur réception
IDE	Transfert tubes de prélèvements au labo (pneumatique)	5.6/3/10	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">Délais d'attente</div>
<b>Médecin</b> ou Interne IDE	Consultation des résultats de labo	90 /45/140	Le temps de parution des résultats sur minitel est très variable Le système manque de fiabilité

### Annexe XIII

Arbre des causes 1 (Délais d'attente)

Conséquence	Evènement indésirable	Cause immédiate	Cause 2	Cause 3	Axes d'actions
<p style="text-align: center;"><b><u>Insatisfaction des patients</u></b></p> <p style="text-align: center;"><b><u>Coût en personnel pour l'établissement</u></b></p>		Salle de trauma occupée par un patient A, pas vu par le médecin	Médecin disponible occupé à remplir le dossier d'un autre patient	Insuffisance de la réflexion du service sur l'organisation médicale	Améliorer le management du service (formation au management, projet de service...)
	4 patients en salle d'attente trauma (durée d'attente = de 1 à 2h alors qu'examen médical avant radio = de 2 à 5 mn)	Impossible d'emmener le patient A en radio (bon de radio pas rempli par le médecin)	Pas d'autre médecin disponible (deux médecins déjeunent en même temps)		
	+ personnel soignant inactif (4 AS / ASH, 2 IDE)	Impossible d'installer un des patients qui attend en salle d'attente (la salle de trauma doit se libérer avant)	Une seule salle de trauma	Principe de spécialisation des salles : impossibilité d'utiliser une autre salle	Deuxième salle de trauma Assouplissement du principe de spécialisation des salles

Arbre des causes 2 (Atteinte aux droits du patient)

Conséquence	Evènement indésirable	Cause immédiate	Cause 2	Axes d'actions
Atteinte au principe de la confidentialité des informations médicales		Patient dont l'état relève de la MM se présente aux urgences	Manque d'information sur l'existence et le rôle de la MM	Action de communication sur existence et rôle de la MM (coordonnée ville / hôpital)
	Orientation du patient vers la MM : « pré-diagnostic » médical effectué dans le couloir	IDE accueille patient dans le couloir, constate que son état relève probablement de la MM et fait appel à un médecin	Pas d'organisation formalisée sur l'accueil et l'orientation des patients	Réflexion sur l'organisation de l'accueil et de l'orientation des patients
		Pas de local spécifiquement dédié au « pré-diagnostic » médical en vue de la réorientation du patient	L'ensemble des locaux ne permet pas de dédier un local isolé au « pré-diagnostic » médical en vue de la réorientation du patient	Utilisation d'un local déjà existant, non spécifiquement dédié (boîte vide)  Réflexion sur la disposition des locaux + travaux

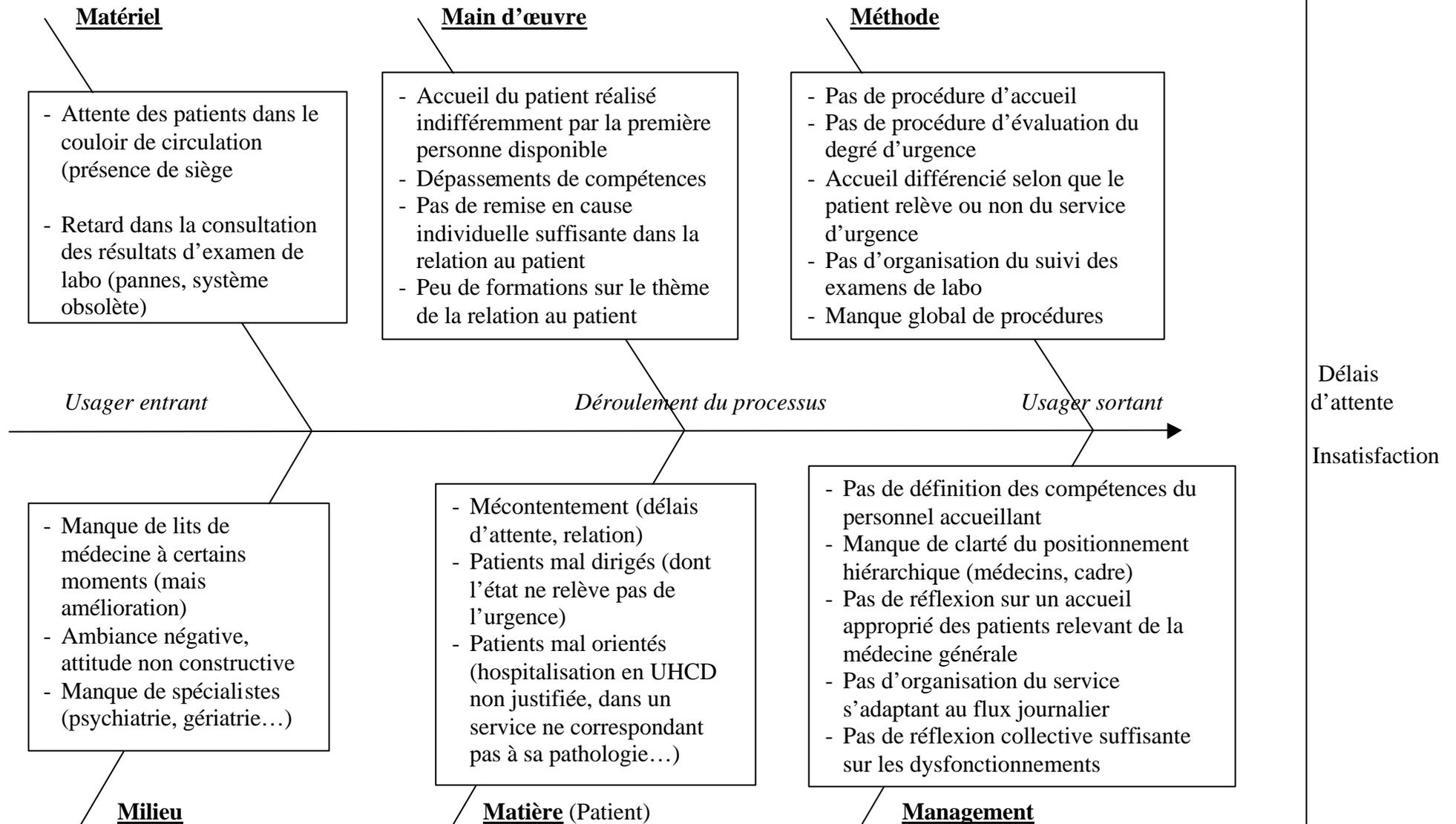
Arbre des causes 3 (Délais d'attente)

Conséquence	Evènement indésirable	Cause immédiate	Cause 2	Cause 3	Axes d'action
<p><b><u>Insatisfaction du patient</u></b> <b><u>Risque pour le patient</u></b></p>		Attente perçue comme trop longue en salle d'attente	Décalage entre la perception du temps et de l'urgence par le patient et par le personnel	Pas de sensibilisation du personnel relative à la perception du temps et de l'urgence par le patient	Actions de formation relatives à la relation soigné/soignant
	Un patient quitte le service avant d'être pris en charge	Manque d'information du patient par rapport au motif de l'attente	Pas de procédure sur la conduite à tenir en cas de délais d'attente importants	Pas de formalisation des conduites à tenir en cas de difficulté dans le service	Identification des situations à problème les plus fréquentes et mise en place de procédures adaptées (en Conseil de service)
		Manque d'information du patient par rapport au délai d'attente	Difficulté pour le personnel d'évaluer les délais d'attente	Pas d'outil permettant l'évaluation des temps d'attente	Approche processus et utilisation d'outils pour évaluer les durées d'attente

**Annexe XIV**

**CAUSES**

**EFFETS**



**Les dysfonctionnements du processus de prise en charge de l'utilisateur aux urgences**

## Annexe XV

### Propositions

#### Objectif stratégique 1: Optimiser le management du service d'urgence

Objectifs opérationnels	Actions	Acteurs impliqués	Coût prévisible	Mise en oeuvre
Mise en place d'un nouvel encadrement	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prise de fonctions d'un nouveau cadre de santé</li><li>- Réflexion sur un tandem chef de service / cadre de santé</li></ul>	Cadres de santé Chef de service DSI DRH Direction générale	Recrutements de cadres de santé déjà prévus (formation interne) Pas de surcoût	Janvier 2006
Lancement d'une dynamique managériale	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formation au management</li><li>- Elaboration d'un projet de service</li></ul>	Cadre de santé Chef de service Ensemble du personnel des urgences	Coût de formation	Mars 2006
Engagement du service dans une réflexion collective sur le processus de prise en charge et les dysfonctionnements	<ul style="list-style-type: none"><li>- Réunions de service</li><li>- Mise en place d'un groupe de travail</li><li>- Utilisation d'outils appropriés (cartographie du processus, arbre des causes, 6M, méthode AMDEC)</li></ul>	Cadres de santé Chef de service DSI Ensemble du personnel des urgences	Temps du personnel	Mai 2006

Objectif stratégique 2 : Améliorer l'accueil et le tri des patients

Objectifs opérationnels	Actions	Acteurs impliqués	Coût prévisible	Mise en oeuvre
Mise en place une politique d'accueil du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'une procédure d'accueil du patient</li> <li>- Définition des compétences du personnel accueillant</li> <li>- Désignation du ou des responsables d'accueil</li> <li>- Utilisation d'un outil permettant d'évaluer les temps d'attente</li> <li>- Formalisation de la politique d'information des familles et accompagnateurs</li> </ul>	Cadre de santé Chef de service Personnel accueillant Cellule qualité	Temps du personnel Temps de la cellule qualité	Mars 2006
Réflexion sur le tri des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'une procédure d'évaluation du degré d'urgence</li> <li>- Mise en place d'une procédure d'accueil approprié des patients relevant de la médecine générale</li> </ul>	Cadre de santé Chef de service Personnel accueillant Ensemble du personnel des urgences Cellule qualité	Temps du personnel Temps de la cellule qualité	Mars 2006

Objectif stratégique 3 : Organiser la prise en charge des patients âgés ou relevant de la médecine générale ou de la psychiatrie

Objectifs opérationnels	Actions	Acteurs impliqués	Coût prévisible	Mise en oeuvre
Optimiser le fonctionnement de la maison médicale	- Actions de communication relative à l'existence et au fonctionnement de la maison médicale	Direction générale Médecins libéraux Service communication Chef de service et cadre de santé des urgences Médias locaux	Temps du personnel Coûts de reprographie Coûts de parution	Février 2006
Mise en place d'une consultation de médecine générale et / ou de médecine gériatrique	- Renforcement de la coopération avec les CH voisins - Recrutement commun d'un gériatre et / ou d'un médecin généraliste	Direction générale DAM Secteur Personne âgées du CH de Lannion (médecins gériatres) Centres hospitaliers du secteur 7	Financement personnel médical, non médical Mise à disposition de locaux	2006-2010 (projet médical et projet d'établissement)
Augmentation du temps de présence de médecins psychiatres et d'infirmiers spécialisés	- Renforcement de la coopération avec le CHS de Bégard	Direction générale DAM Direction générale et DAM du CHS de Bégard Personnel du CHS de Bégard	Coût personnel médical et non médical	2006-2010 (projet médical et projet d'établissement)

Objectif stratégique 4 : Améliorer l'organisation interne du service d'urgence

Objectifs opérationnels	Actions	Acteurs impliqués	Coût prévisible	Mise en oeuvre
Réduction des temps d'attente liés à la prise en charge des problèmes traumatologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assouplissement du principe de spécialisation des salles</li> <li>- Mise en place d'une deuxième salle de traumatologie</li> </ul>	<p>Cadre de santé Chef de service Ensemble du personnel des urgences</p> <p>Direction des travaux et des services techniques</p>	Coût des travaux internes	<p>Janvier 2006</p> <p>2007</p>
Organisation du suivi des examens de laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation de la procédure de consultation des résultats de laboratoire (désignation du personnel compétent)</li> <li>- Mise en place d'une collaboration entre le laboratoire et le service d'urgence pour l'informatisation du système de consultation</li> </ul>	<p>Cadre de santé Chef de service Ensemble du personnel des urgences</p> <p>Cadre du laboratoire Chef de service du laboratoire</p> <p>Service informatique</p>	<p>Temps du personnel Coût de l'informatisation du laboratoire déjà prévu. Pas de surcoût</p>	1er trimestre 2006
Amélioration de l'articulation de la prise en charge avec les autres services	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de réunions à périodicité définie</li> <li>- Constitution d'un groupe de travail permanent</li> <li>- Réflexion sur la prise en charge du patient par une approche processus d'ensemble</li> </ul>	<p>Service d'urgence, services d'hospitalisation, laboratoire, service d'imagerie médicale (cadres, chefs de service, ensemble du personnel) Direction générale Direction des soins</p>	<p>Temps de réunion Remplacement des soignants participant aux réunions</p>	A partir de Janvier 2006

Objectif stratégique 5 : Atténuer l'impact des variations de flux sur les conditions de travail et les délais d'attente

Objectifs opérationnels	Actions	Acteurs impliqués	Coût prévisible	Mise en oeuvre
Amélioration de la connaissance des flux par l'ensemble du service d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse statistique des grilles retraçant l'activité des urgences</li> <li>- Diffusion des résultats à l'ensemble de l'équipe</li> </ul>	Cadre de santé Chef de service Ensemble du personnel des urgences	Logiciel informatique existant Pas de surcoût sauf en cas de renouvellement du logiciel	Janvier 2006
Mise en place d'une organisation du personnel adaptée aux variations de flux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction de l'équipe soignante dans les moments creux</li> <li>- Renforcement de l'équipe soignante dans les moments d'activité plus intense</li> </ul>	Cadre de santé Chef de service Ensemble du personnel des urgences	Maîtrise des coûts en personnel	Janvier 2006