Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Influence des admissions en service inadéquat sur la durée moyenne de séjour hospitalière

Thèse en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine
Diplôme d'état
Spécialité Médecine Générale

Marc LATAPPY

Sous la direction du Dr Patrick LESAGE

Soutenue le 03 Mai 2011

Devant le Jury Composé de :

Président du Jury : Mme le Pr CARPENTIER Françoise

Membres

M. le Pr Bosson Jean-Luc

M. le Pr Brambilla Christian

M. le Dr Lesage Patrick

Remerciements :

Au Docteur Patrick LESAGE, directeur de thèse :

Je te remercie d'avoir su diriger ce travail, de ta disponibilité de tous les instants et de la simplicité dont tu as fait preuve pour m'aider à accomplir cette étude.

Au Professeur CARPENTIER, Président de Jury :

Mes profonds remerciements pour avoir accepter de présider ma soutenance, pour l'ardeur que vous montrez à enseigner, et l'expérience que vous partagez.

Au Professeur BOSSON, Membre du Jury

Mes remerciements les plus sincères d'avoir accepté de donner de votre temps pour juger ce travail.

Au Professeur BRAMBILLA, Membre du Jury

Un GRAND merci d'avoir accepté de juger ce travail au pied levé, sans votre accord les choses aurait pu être difficiles.

A tous ceux qui ont été mes maîtres au cours de mes études, ont nourri ma faim de connaissance, et plus particulièrement à ceux qui m'ont permis d'aimer ce métier :

Au Docteur F. VIEBAN : Pour ta bonne humeur communicative et ton amour des gens.

Au Docteur C. PIGUET : Pour votre passion pour les malades et l'humanité dont vous faites preuve.

Au Docteur N. Orsoni : Pour votre intérêt pour les étudiants, votre tempérance.

Au Docteur A. Dugard : Pour ton perfectionnisme et ton intransigeance qui m'ont fait avancer.

A Toute l'équipe des urgences de Sallanches : Pour avoir confirmé mon envie de faire ce métier, par votre accessibilité et votre bonne humeur.

Au Docteur C.Bost-Bru : Pour ton calme, ta générosité.

Au Docteur JM. Bouvard : Pour ta manière de voir la médecine et ta sympathie.

Aux Docteurs Rogeaux, Lecomte, Forestier, Labbé : pour l'attention que vous m'avez portés et l'alchimie de vos tempéraments.

Aux équipes de Réanimation et USC de Chambéry et du SAMU/SMUR 74 : Pour tellement de choses que je ne pourrais les citer ici.

A tous ceux avec qui j'ai partagé ma vie :

Julia : Parce que tu me supporte toujours après 3 semaines enfermé, et que tu le fais avec tant de douceur.

Ma Famille : A Mes parents pour leur courage, leur force, leur amour, qui m'ont permis d'être celui que je suis ; A mon frangin qui m'a servi de tuteur ; A mes Grands Parents qui m'ont appris que vieillir peut-être beau.

Mes Amis : Ludo parce qu'on a presque tout vécu ensemble ; Auré, Seb, Anaël que je ne voie plus assez ; Ju, Joh, Jay pour les 3J aux Galeries. Polo, Lise Marie, Aurélie, Julia, Béa (pour son bébé),Jess, Chériff, Nico, Charles, Gautier ...

A ceux qui m'ont permis de réaliser ce travail :

Sylvie Gros **:** sans toi ce projet aurait été impossible, merci pour ta patience, ta disponibilité et ton travail**.**

Yannick Jarret : Merci pour ton aide indispensable.

Dr Dominique Beaudouin : Merci pour vos conseils avisés pour mener l'étude.

Les Créateurs d'Open Office

Résumé : L'encombrement des services d'urgence est un phénomène de plus en plus fréquent depuis deux décennies. Ceci est très largement relié à l'access-block tel que défini par les Anglo-Saxons, c'est à dire un temps de séjour aux urgences prolongé, lié à un manque de lits en aval. En cas de taux d'occupation élevés dans les services receveurs, il est fréquent de devoir hospitaliser un patient dans un service inadéquat. Cette étude rétrospective monocentrique avait pour but d'évaluer l'influence des admissions inadéquates sur la Durée Moyenne de Séjour hospitalière (DMS). Pour ce faire, les dossiers de 2514 patients admis pendant 3 mois par les urgences du Centre Hospitalier de Chambéry ont été analysés en fonction des orientations idéales choisies par les médecins du service et de leur orientation réelle. Les temps de passage aux urgences ont aussi été analysés. La DMS des patients admis en orientation adéquate était de 7,36 j contre 7,91 j (p=0,09) pour ceux orientés en services inadéquats. Les temps de passage aux urgences étaient significativement différents en faveur du sous groupe adéquat. Cette étude n'a pas permis d'affirmer l'existence d'une influence de ces admissions inadéquates sur la DMS. Cependant la tendance est à une DMS plus courte en cas d'admission adéquate. Il semble donc intéressant de se pencher sur le sujet de manière plus approfondie.

Summary : Emergency departments overcrowding is increasingly common over the past two decades. This phenomenon is very much linked to the access-block as defined by Anglo-Saxons, defined by a prolonged emergency department stay related to a lack of hospitalization beds downstream. In case of high occupancy rates in the wards , it is common to hospitalize a patient in an inappropriate ward. This single center retrospective study aims to evaluate the influence of inappropriate admissions on the average inpatient length of stay . Records of 2514 patients admitted within 3 months by Chambery's hospital's emergency department were analyzed according to the ideal orientation chosen by the physicians of the department and to their actual orientation. Emergencies department lenght of stay were also analyzed. The average length of stay of patients admitted in proper orientation was 7.36 d against 7.91 d (p = 0.09) for those oriented in inappropriate wards. Emergency department lenght of stay were significantly different in favor of the appropriate group. This study does not confirm the existence of an influence of these inappropriate admissions to the inpatient lenght of stay. However the trend is towards shorter stays in cases of appropriate admission. It seems therefore interesting to examine the issue more thoroughly.

Mots clés : **admission en service inadéquat ; durée moyenne de séjour ; encombrement ; qualité de soins ; access block.**

Keywords : **inappropriate ward admission ; average lenght of stay ; overcrowding ; quality of care ; access block.**

I. Introduction

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) est un indicateur de santé très fréquemment utilisé (1) en économie de santé hospitalière, pour la rationalisation des dépenses de santé publique, l'amélioration de la qualité des soins et pour évaluer une prise en charge médicale.

Celle-ci se définit selon le Ministère de la santé et des sports par le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) rapporté au nombre de séjours (pour cette pathologie) (2). La durée moyenne de séjour est calculée en excluant les hospitalisations programmées inférieures à 24h.

De nombreuses études utilisent des DMS ne correspondant pas à cette définition (3), regroupant notamment des patients souffrant de diverses pathologies. Elles restent dans ces conditions un marqueur intéressant de qualité des soins.

On connaît plusieurs facteurs influençant la DMS hospitalière des patients admis par le biais des Services d'Accueil des Urgences (SAU) : âge, durée de séjour aux urgences (3), jour d'entrée ou de sortie d'hospitalisation (4), nombre d'examens complémentaires ou avis spécialisés (5)…

L'access block, est un terme souvent utilisé par les auteurs Australiens (6) pour caractériser une situation d'indisponibilité de lits en aval des urgences. Il est habituellement défini par une durée de séjour aux urgences dépassant en moyenne les huit heures avant admission (7). Il est démontré que l'existence de cet access block entraîne une surpopulation des SAU, et une diminution de la qualité des soins (3,6,7).

Depuis deux décennies, cette situation d'encombrement des SAU a évolué avec une augmentation des passages dans les services d'urgences (6,8,9). Des mesures ont été prises pour lutter contre ce phénomène : création d'Unités d'Hospitalisation de Courte (ou très courte) Durée (UHCD), d'unités de Court Séjour Gériatrique (CSG), rationalisation de l'utilisation des heures-lits et journées-lits, évaluation de la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation. Malgré tout cela, la tendance ne s'inverse pas.

En cas de taux d'occupation élevés des lits hospitaliers, les patients nécessitant une admission sont soumis à des temps de séjour prolongés aux urgences (10). Il semble logique

de penser que cela influence aussi la destination de ces patients lors de l'admission et il est fréquent d'hospitaliser les patients dans des services jugés inadéquats à leur(s) pathologie(s).

Ce travail a pour vocation d'évaluer l'influence des admissions en services inadéquats sur le devenir des patients, principalement sur la durée moyenne de séjour. Nous avons également cherché à identifier les facteurs intrinsèques et extrinsèques favorisant ces admissions inadéquates ainsi que d'autres données sur le devenir des patients.

II. Matériel et Méthode

La population étudiée correspond aux patients de 18 ans ou plus, admis en hospitalisation par le SAU du Centre Hospitalier de Chambéry (CHC) du 1er Juillet 2010 au 30 septembre 2010 inclus. Les patients ayant demeuré plus d'un mois en hospitalisation ont été exclus pour permettre un recueil complet, ainsi que ceux transférés dans d'autres hôpitaux et les patients décédés au SAU. Il s'agit d'une étude rétrospective observationelle. Le nombre de patients inclus est de 2514.

L'activité moyenne du service est de 108 passages par jour (02/2011). Le CHC est un hôpital périphérique présentant une capacité d'accueil de 683 lits en médecine, chirurgie et obstétrique. Les unités d'accueil se décomposent en 13 unités de médecine, 9 de chirurgie, 2 de réanimation/soins intensifs et un UHCD.

- **Bases de données**

Les données ont été tirées du couplage de deux bases de données utilisées au CHC, URQUAL (logiciel du SAU) et CROSSWAY (logiciel de gestion des patients hospitalisés).

Les données extraites étaient en premier lieu l'orientation du patient admis (Orientation Réelle = OR) et l'orientation idéale (OI), remplie par le médecin du SAU avant une admission et qui correspondait au service jugé le mieux adapté à la pathologie du patient (cette donnée est remplie selon la volonté du médecin, la fermeture du dossier étant possible sans). Les orientations étaient présentées sous la forme d'une liste des services existants au CHC avec le nom et le numéro d'Unité Fonctionnelle (UF). La durée de séjour de chaque patient admis est recueillie.

Les autres données recueillies étaient l'âge des patients, la durée moyenne de séjour au SAU (DMSS), le taux d'occupation moyen des services sur la période d'étude, le taux d'admissions par le SAU dans chaque service, le nombre de réhospitalisations par le SAU dans le mois suivant, le nombre de mutations des patients dans le service initialement considéré comme OI au cours du séjour et la durée entre l'admission et cette mutation. Les Groupes Homogènes de Malades (GHM) auxquels les patients appartiennent ont été recueillis.

- **Analyses statistiques :**

Le critère de jugement principal de l'étude est la différence de DMS entre les patients admis en services adéquats et ceux en services jugés inadéquats. L'analyse de données a été réalisées a l'aide de SAS et Open Office calc 3.2.

L'analyse de données pour la DMS a été réalisé sur une population de 1621 patients (le taux de remplissage des OI à l'admission était de 77,7%, soit 1954 patients, et 333 patients sortant directement de l'UHCD ont été exclus pour éviter un biais de recrutement). Cette population est séparée en deux sous groupe (AA = patients admis dans le service adéquat (OR=OI) ; NA = patients admis dans un service inadéquat (OR différent d'OI)). L'analyse de la DMSS a été faite sur une population où les patients passés par l'UHCD on été exclus (n = 1462), les durées de séjour au SAU disponibles comprenant aussi le temps de passage à l'UHCD . La DMS des patients admis à l'UHCD puis mutés a été comparée avec celles des autres patients. Il est réalisé un test de student bilatéral pour comparer ces moyennes.

Nous avons aussi analysé la DMS en fonction de l'âge des patients admis (supérieur ou égal à 75 ans et inférieur à 75 ans), en comparant pour chaque sous groupe d'âge les DMS du sous groupe AA et NA. Les DMS AA et NA ont été comparées pour chaque service, et ce, en fonction des OI et des OR.

Les taux de mutation en OI après admission inadéquate ont été réalisés en considérant qu'une mutation dans une UF de même spécialité était un retour en OI. Le taux de patients de retour en OI après passage par l'UHCD et le délai moyen de ce retour ont été comparés à ceux du reste de la population NA.

Nous avons cherché une corrélation entre le taux d'occupation et le taux d'admissions via le SAU, et entre le taux de patients en OI acceptés par chaque service et son taux d'occupation. Le test utilisé était un test de pearson.

Les DMS AA et NA ont été analysées pour les dix GHM les plus représentés. Les taux de réhospitalisation non programmées admises par le SAU ont été comparés pour les deux sous groupes.

La population de 552 patients sans orientation idéale remplie a été la source d'un échantillonnage par randomisation de 90 patients (30 par mois d'étude) afin de la comparer avec la population étudiée. Sur revue de dossiers en double aveugle, les patients ont été classés dans le sous-groupe AA ou NA, puis les taux de AA et NA, ainsi que les DMS de chaque sous groupe ont été comparés aux données de la population étudiée à l'aide d'un test de student et d'un test de khi deux. Les moyennes d'âge et les DMS de cet échantillon ont été comparées à celles de la population de l'étude.

III. Résultats

L'analyse de DMS a eu lieu sur 64,4 % des patients admis. Le taux de patients dans la sous population AA est de 61,1 %, et de 38,9% pour le groupe NA. La moyenne d'âge de la population est de 64,5 ans, (63,9 pour le groupe AA et 65,7 dans le groupe NA (p=0,13)).

La DMS globale est de 7,55 jours. Les résultats de l'étude de la DMS sont présentés au tableau 1.

LA DMSS globale est de 5 h et 18 min. L'analyse par groupes est détaillée dans le tableau 1 ainsi que la DMS par classe d'âge.

Tableau 1 : Résultats des durées moyennes de séjour hospitalière (DMS), au SAU (DMSS), et selon classe d'âge.

	AA (n=1042)	NA (n=579)	p
DMS (j)	7,36	7.91	0.09
DMSS (min)	305	345	**<0,01**
< 75 ans	6,07	6,18	0,78
> 75 ans	9,25	9,97	0,16

Les DMS AA et NA comparées sont déclinées par service dans les diagrammes 1 et 2. Elles sont ici présentées selon deux points de vue : le diagramme 1 montre les DMS NA des patients selon leur service d'admission, alors que le diagramme 2 les présente selon leur orientation idéale.

Diagramme 1 : DMS AA et NA selon OR

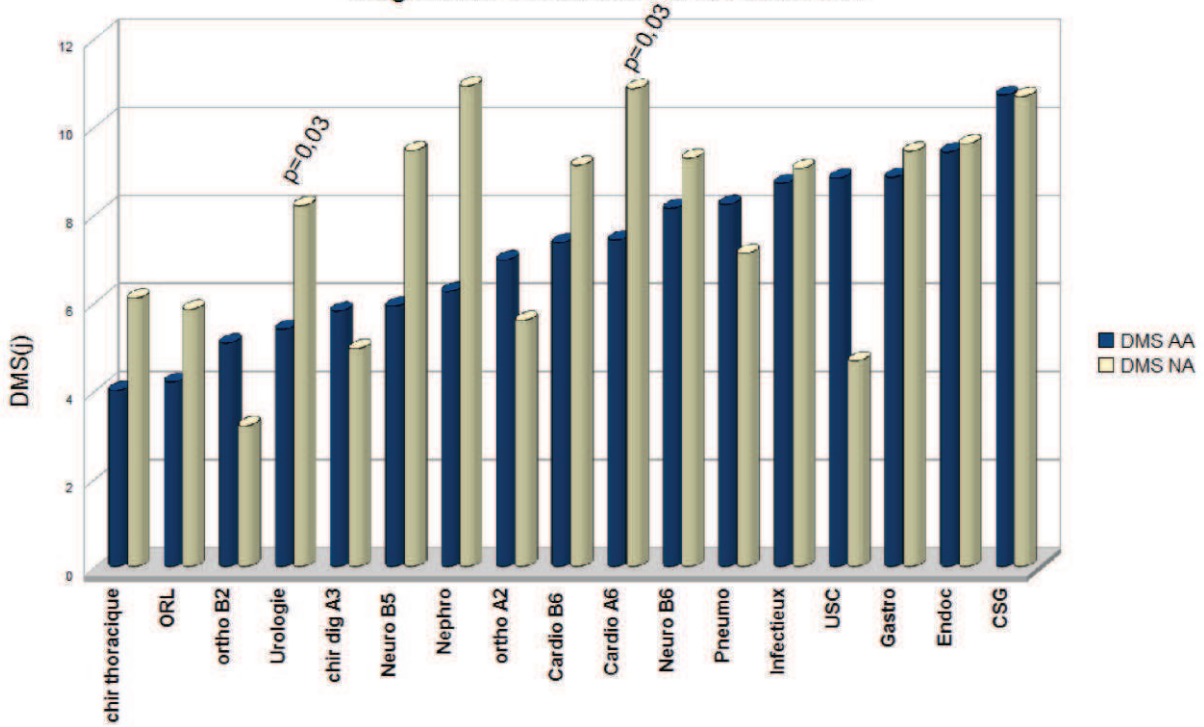
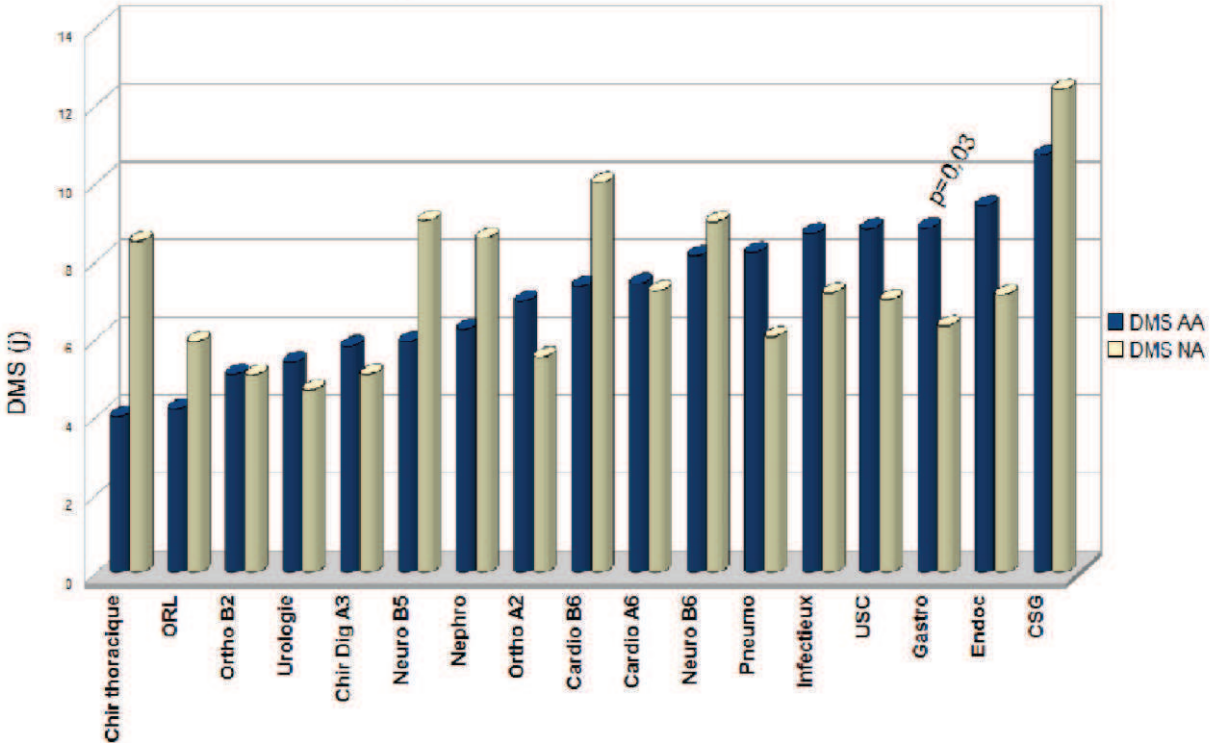


Diagramme 2 : DMS AA et NA selon OI

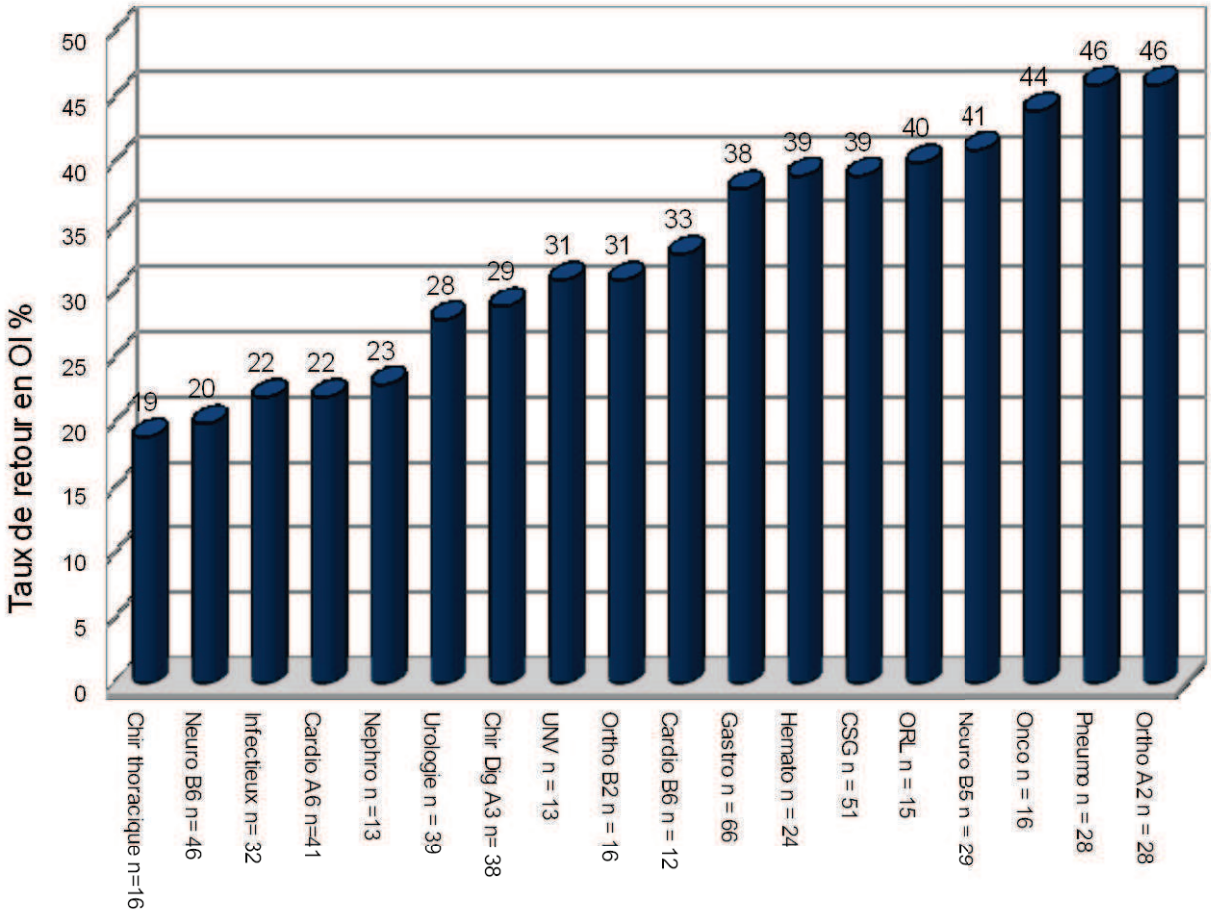


En cas d'admission inadéquate initiale à l'UHCD avec mutation du patient dans un service par la suite, la DMS hospitalière est de 8,86 jours, contre 7,78 jours pour les autres admissions inadéquates (p = 0,18).

Il n'y avait pas de corrélation significative entre le taux d'occupation et le taux de patients en OI acceptés par service. Le taux moyen d'occupation sur la période d'étude n'est pas corrélé de manière significative non plus au taux de patients admis par le SAU pour chaque service .

En cas d'admission inadéquate, le taux de retour dans l'UF initialement considérée comme OI (taux de retour en OI) au cours du même séjour est de 31 %. Les taux sont déclinés par UF dans le diagramme 3.

Diagramme 3 :Taux de retour en OI si admission inadaptée

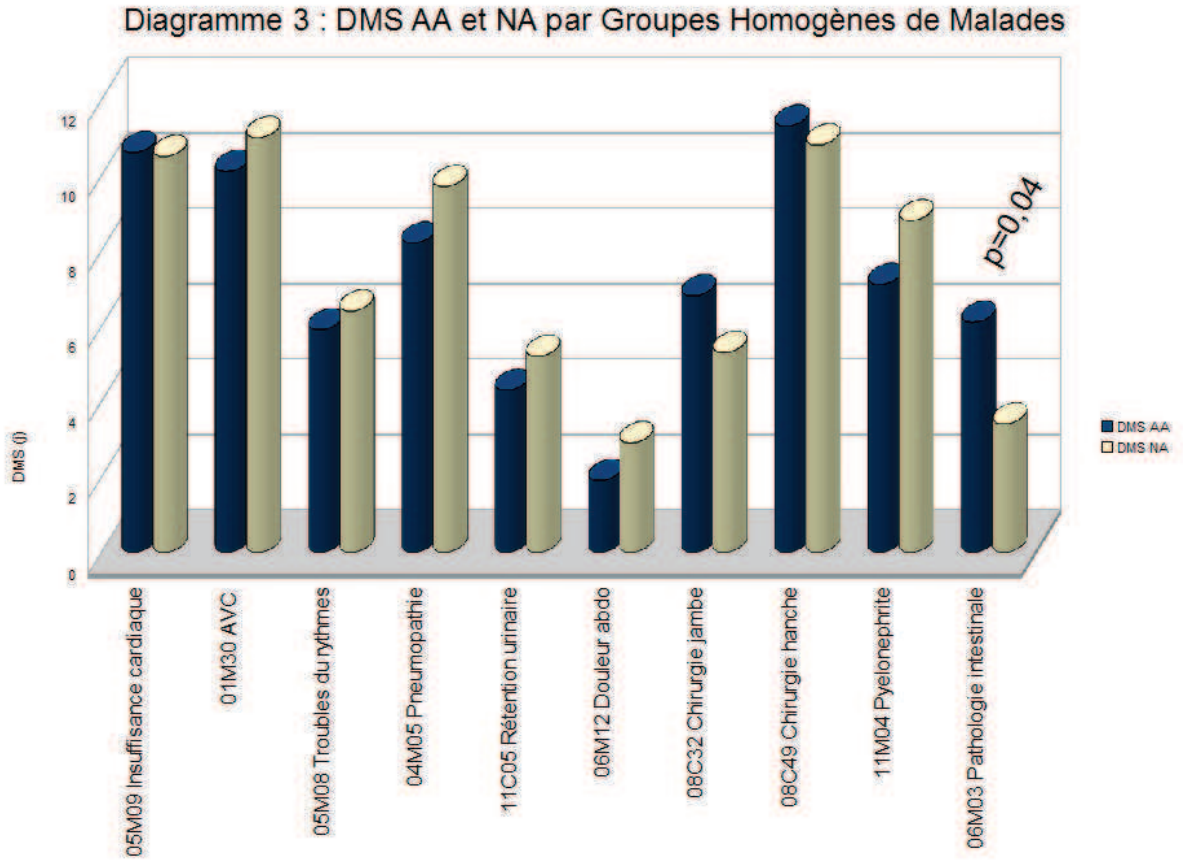


Le tableau 2 présente les taux de retour en OI en cas d'admission initiale à l'UHCD, ainsi que les délais moyens de ce retour, comparés aux autres patients NA.

Tableau 2 : Taux et délai de retour en OI si admission initiale en UHCD ou non

	OR = UHCD (n = 71)	OR non UHCD (n = 508)	p
Taux de retour en	65,7%	26,1%	**<0,01**
Délai de retour moyen en OI	1,2 j	2,1 j	**<0,01**

L'étude des DMS des 10 GHM les plus représentés dans la population étudiée est représentée dans le diagramme 3.



Il n'y a pas d'influence significative des admissions inadéquates sur les taux de réhospitalisation à un mois entre le groupe AA et NA (73 patients ont été réhospitalisés à un mois par le SAU).

L'analyse de 90 dossiers de la population n'ayant pas eu d'OI attribuée est décrite dans le tableau 3 avec une comparaison à la population étudiée. Le taux d'adéquation des orientations données par les deux médecins ayant examiné les dossiers est de 78 %.

Tableau 3 : Comparaison de l'échantillon sans OI avec la population étudiée

	Population étudiée N = 1621	Échantillon randomisé N = 90	p
Taux AA	63,9 %	64,4 %	0,98
Âge moyen	64,5	68,8	0,06
Âge AA	63,9	68,5	0,11
Âge NA	65,7	69,3	0,33
DMS globale	7,55	7,58	0,97
DMS AA	7,36	5,58	**0,02**
DMS NA	7,91	10,4	**0,03**

Les deux populations comparées ont des DMS différentes en cas d'admission adéquate ou inadéquate. Dans l'échantillon de 90 patients étudié, les DMS AA et NA sont significativement différentes ($p<0,01$).

IV. Discussion

Cette étude ne démontre pas d'influence significative des admissions inadéquates par le SAU sur la durée moyenne de séjour hospitalière, mais il y a tout de même une tendance générale à l'augmentation de celle-ci dans la population NA. Cette analyse de DMS hospitalière ne peut à elle seule suffire à démontrer une absence d'altération de la qualité des soins, et d'autres indicateurs de devenir des patients devraient être associés (11). On peut tout de même penser que cette tendance est révélatrice d'une prise en charge moins efficace des patients admis dans les services inadéquats à leurs pathologies. La logique et l'expérience tendent à justifier cela : les spécialistes nécessaires à la prise en charge du patient sont moins présents, les équipes soignantes moins préparées à gérer certains aspects de la pathologie du patient **…**

On retrouve par contre une différence significative de DMS au SAU, avec un allongement pour les patients admis en service non adéquat. Il y a donc une association entre une admission inadéquate et un temps de passage prolongé aux urgences. On ne peut ici parler de lien de causalité directe, les admissions inadéquates étant probablement plus fréquentes lors des périodes ou les taux d'occupation des services d'aval sont les plus élevés, entraînant un accès difficile aux lits d'hospitalisation. Mais on ne peut exclure que le temps passé à trouver un lit pour ces patients explique en partie ce résultat. Il est connu que la DMS au SAU est un bon marqueur de son encombrement (12), et que son augmentation est associée à une augmentation de la DMS hospitalière (3,7) et même a une morbidité augmentée (13) . Or cet encombrement des services d'urgences est décrit comme un problème majeur de santé publique par les auteurs anglo-saxons (14), provoquant une diminution de la satisfaction des patients (15) et une augmentation de la mortalité à 10 jours (16). Il serait donc intéressant d'avoir des données temporelles sur les moments où les taux d'admissions inadéquates sont les plus élevés, et de chercher une corrélation avec les moments où les SAU sont en situation d'access block.

L'analyse en fonction de l'âge ne montre pas d'association de l'admission inadéquate avec une DMS allongée pour les patients âgés de plus de 75 ans, mais une tendance à l'allongement du séjour ressort, un effectif plus important serait intéressant à étudier.

La DMS NA des patients admis à l'UHCD est ici plus longue que pour les autres patients, alors que le but de cette unité est d'améliorer la prise en charge et de permettre une

plus grande efficience médico-économique (17). Cette donnée est à vérifier sur une plus grande population et n'est pas interprétable sans étude plus fine. On peut émettre l'hypothèse que les patients admis en UHCD avant hospitalisation sont plus complexes et nécessitent souvent une journée supplémentaire d'observation pour bénéficier d'un diagnostic fiable et d'une orientation adaptée.

Deux services au CHC voient la durée de séjour des patients inadéquats accueillis augmenter de manière significative. Ce phénomène peut s'expliquer pour l'un (urologie) par des hébergements fréquents de patients de médecine (54,4% des patients inadéquats accueillis), ayant une durée de séjour prévisionnelle plus longue. L'autre est un service de médecine spécialisée, et cet allongement de DMS n'est pas expliqué. Du point de vue des orientations idéales on note une diminution de la DMS pour certains services de médecine lorsque les patients sont admis dans un service inadéquat, ce résultat est à l'encontre de celui attendu. Peut-être s'explique-t-il par une prise en charge moins spécialisée comportant moins d'examens complémentaires. On peut aussi se demander si ces séjours plus courts ne sont pas pourvoyeurs de plus de réhospitalisations, programmées ou non...

En cas d'admission inadaptée on se rend compte que peu de patients retournent dans l'unité jugée la plus adéquate par le médecin du SAU à l'admission. Ceci peut s'expliquer par la polyvalence des services, un accès facile aux spécialistes concernés en consultation inter service, des OI initiales inadaptées au patient ou par des difficultés à muter les patients une fois ceux-ci admis. Le passage en UHCD rempli ici parfaitement son rôle d'amélioration de l'orientation des patients, et ce avec un délai d'accès au service adéquat moindre. Ceci est certainement dû une relation particulière des services conventionnels avec cette unité : l'UHCD est pour eux un sas d'entrée, il permet un meilleur tri et un affinement du diagnostic (17) par rapport au SAU où les conditions ne permettent pas toujours un diagnostic précis. Les professionnels sont conscients de la nécessité d'un renouvellement important dans ces unités, pour permettre à d'autres patients de bénéficier de cette valeur ajoutée. Les patients de l'UHCD sont donc prioritaires sur ceux déjà hospitalisés en service conventionnel.

En ce qui concerne les dix GHM les plus fréquents : la DMS des patients souffrant de pathologies médicales montrent une tendance à l'augmentation (sauf pour la Gastroentérologie ici) en cas d'admission inadaptée, alors que ceux souffrant de pathologies chirurgicales ont des séjours plus longs dans les services adéquats, toutefois les effectifs sont ici trop faibles pour en tirer une conclusion.

Plusieurs solutions ont été émises pour juguler l'encombrement dans les SAU, et ainsi permettre de prodiguer aux patients des soins de meilleure qualité. Certains proposent des modèles mathématiques permettant de modéliser les variations de taux d'occupation des lits intra-hospitaliers à un instant donné (18), et ainsi permettre de prévoir les afflux de patients en adaptant temporairement la capacité d'accueil . Ceci implique une gestion des ressources humaines « à flux tendu », éprouvante pour les équipes, et complexe à organiser.

D'autres plaident pour une ouverture de lits massive et font appel aux pouvoirs publics pour mener des actions à même de diminuer les taux d'occupation moyens des services et ainsi fluidifier les admissions par les urgences (14,19), ce qui est contraire à la tendance actuelle de rationalisation des dépenses et d'efficience médico-économique.

En France les progrès de l'évaluation en matière de gestion des lits hospitaliers permettent d'explorer d'autres voies (20) : augmentation du taux de sorties avant midi dans les services pour libérer des « heures-lits » et ainsi mieux utiliser la première journée d'hospitalisation, processus visant à accélérer le nettoyage des chambres après une sortie, outils informatiques pour communiquer la disponibilité des lits....

- **Limites de l'étude**

Cette étude est limitée par plusieurs facteurs, avec en premier lieu un recrutement incomplet des patients admis, entraînant un probable biais de recrutement lié au non remplissage de l'OI pour certains patients. En effet les DMS AA et NA de l'échantillon randomisé, sont différentes de celles de la population étudiée, ce malgré des DMS globales, des taux d'admissions inadéquates et des patients d'âges comparables. L'étude de DMS ne peut donc être interprétée avec certitude malgré les tendances...

L'analyse de DMSS est limitée par le fait que les patients admis à l'UHCD et secondairement mutés ont été exclus.

La période de recrutement s'est effectuée sur les 3 mois estivaux de 2010, on ne peut exclure aussi un biais lié à un taux d'occupation souvent moins élevé en ces périodes de l'année, entraînant peut-être un taux de NA plus faible.

Les aspects monocentrique et rétrospectif de cette étude sont d'autres limites qu'il convient de prendre en compte.

V. Conclusion

Cette étude ne permet pas de conclure à une influence ou à une association entre les admissions en service inadéquat par le SAU et la DMS hospitalière. Toutefois l'analyse des données montre une tendance à son l'augmentation dans ce cas. L'étude de la DMSS retrouve elle une association entre le temps de passage au SAU et les admissions inadéquates. Il semble donc intéressant de réaliser des études plus puissantes, avec une population plus importante, prospectives et multicentriques afin de savoir si ces tendances se confirment. On disposerait alors d'un nouvel indicateur de qualité de soins pour les patients admis par les urgences.

Il est nécessaire aujourd'hui de rechercher des solutions concrètes, applicables aux SAU, mais aussi aux services d'aval, afin de diminuer l'encombrement qui pose comme nous l'avons décrit, de sérieux problèmes de santé publique. Le vieillissement de la population à venir ne fera qu'aggraver la situation dans le cas contraire.

VI. Références

1 Clarke A. Why Are we trying to reduce lenght of stay ? Evaluation of the costs and benefits in reducing time in hospital must start from the objectives that govern the change. Quality in Health Care. 1996; 5 : 172-179.

2 Les motifs de recours à l'hôpital (la morbidité hospitalière) – Présentation. Août 2009. http://www.sante.gouv.fr/les-motifs-de-recours-a-l-hopital-la-morbidite-hospitaliere-presentation.html (Consulté en décembre 2010).

3 Liew D, Liew D, Kennedy MP. Emergency department lenght of stay independently predicts excess inpatient stay. MJA. 2003 Nov; 179 : 524-526.

4 MEAH, Cauterman M, Engel F. Rapport intermédiaire « La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques ». 2007.

5 Yoon P, Steiner I, Reinhardt. Analysis of factors influencing lenght of stay in the emergency department. CJEM. 2003 May. 5 : 155-161.

6 Australasian College for Emergency Medicine. Access Block and overcrowding in emergency departments. April 2004. http://www.acem.org.au/media/Access_Block1.pdf (Consulté en Février 2010).

7 Richardson DB. The Access Block effect : relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient lenght of stay. MJA. 2002 Nov. 177 : 492-495.

8 Baubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Girard I, Le Laidier S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Etudes et Résultats. 2000 jul. N°72 : 1-8.

9 Derlet RW. Overcrowding in emergeny department : increased demand and decreased capacity.Ann Emerg Med. Apr 2002. 39 : 43-432.

10 Forester AJ, Stiell I, Wells G, Lee AJ, Van Walreven C. The effect of hospital occupancy on emergency department lenght of stay and patient disposition. Acad Emerg Med. 2003 Feb, 10 : 127-133.

11 Donabedian A. The Quality of care . How can it be assessed ? JAMA. 1998 sept. 260(12) 1743-1748.

12 Richardson DB. Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block. MJA. 2009 Apr. 190(7) : 369-374.

13 Carr BG, Kaye AJ, Wiebe DJ, Gracias VH, Schwab CW, Reily PM. Emergency department lenght of stay : a major risk factor for pneumonia in intubated blunt trauma patients. J Trauma 2007. 63 : 9-12.(Abstract).

14 Cameron PA. Hospital overcrowding : a threat to patient safety ? MJA. 2006 Mar. 184: 203-204

15 Pines JM, Iyer S, Dibot M, Hollander JE, Shafer FS, Datner EM. The effect of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients. Acad Emerg Med. 2008 Aug. 15 : 825-831 (Abstract)

16 Richardson DB. Increase in patient mortality at ten days associated with emergency departement overcrowding. MJA. 2006 Mar. 148 : 213-216.

17 Lestavel D, Bultel J, Gerbeaux P. Unités d'hospitalisations de courte durée. In : Carli P, Riou B, Télion C. Urgences médico chirurgicales de l'adulte. Rueil-Malmaison : Arnette éditeur. 2004. p 52-55

18 Harrison GW, Shafer A, Mackay M. Modelling variability in hospital bed occupancy. Health Care Manage Sci. 2005. 8 : 325-334.

19 Schull MJ, Slaughter PM, Redelmeier DA. Urban emergency department overcrowding : defining the problem and eliminating misconceptions. CJEM. 2002 Mar. 4(2)2 : 78-83.

20 MEAH : La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques. http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Gestion_des_lits.pdf (consulté en mars 2011)

Thèse soutenue par : Marc LATAPPY

Titre : Influence des admissions en service inadéquat sur la durée moyenne de séjour hospitalière.

Conclusion

Cette étude ne permet pas de conclure à une influence ou à une association entre les admissions en service inadéquat par le SAU et la DMS. Toutefois l'analyse des données montre une tendance à l'augmentation de la DMS dans ce cas. L'étude de la DMSS retrouve elle une association entre le temps de passage au SAU et les admissions inadéquates. Il semble donc intéressant de réaliser des études plus puissantes, avec une population plus importante, prospectives et multicentrique afin de savoir si ces tendances se confirment. On disposerait alors d'un nouvel indicateur de qualité de soins pour les patients admis par les urgences.

Il est nécessaire aujourd'hui de rechercher des solutions concrètes, applicables aux SAU, mais aussi aux services d'aval, afin de diminuer l'encombrement qui pose comme nous l'avons décrit, de sérieux problèmes de santé publique. Le vieillissement de la population à venir ne fera qu'aggraver la situation dans le cas contraire.

Vu et permis d'imprimer
Grenoble, le 21/4/2011

LE DOYEN

B.SELE

Pour le Doyen
et par délégation
Le Vice-Doyen
Pr J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR F. CARPENTIER