

UNIVERSITE DES ANTILLES
2021

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N°

**Evaluation de l'activité de l'Unité d'Hospitalisation de
Courte Durée des Urgences du Centre Hospitalier de
Cayenne en 2018 et 2019**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 26 Mai 2021

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

DEBELLE Aurélien

Né le 17/09/1987 à Chambray-les-Tours (37)

Examineurs de la thèse :

Monsieur KALLEL Hatem

Monsieur DJOSSOU Félix

Monsieur De TOFFOL Bertrand

Monsieur PUJO Jean Marc

Monsieur MUTRICY Rémi

Professeur (Président)

Professeur

Professeur

Docteur

Directeur

Remerciements

Au Président du Jury,

Monsieur le Professeur Hatem Kallel,

Vous avez accepté de promouvoir ce travail et tant contribué à son développement.

Vous avez accepté de m'accueillir dans votre service et de me former.

Vous me faites à présent l'honneur de présider au jury qui examine ce travail.

Soyez assuré, Professeur, de ma grande admiration pour l'engagement, la disponibilité et la bienveillance dont vous faites preuve quotidiennement envers les patients, le corps médical ainsi qu'envers les étudiants que vous accueillez.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Félix Djossou,

Votre engagement pour l'enseignement des Maladies Infectieuses et Tropicales auprès des étudiants et de la communauté médicale est exemplaire.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Bertrand De Toffol,

Votre science de la Neurologie et vos avis aux Urgences comme en Réanimation m'ont toujours guidé.

Vous me faites l'honneur aujourd'hui de juger ce travail, soyez assuré de ma plus grande gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Jean Marc Pujo,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A mon Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Rémi Mutricy,

Merci Rémi de m'avoir encadré, reçois toute ma reconnaissance pour ton temps mis à ma disposition et ton soutien tout au long de la réalisation de ce projet.

A ma famille,

Je tiens à remercier mes parents Lysiane et Joël ainsi que ma sœur Héloïse, pour leur soutien tout au long de mes longues années études et parfois d'errance. J'ai eu la chance de vous avoir à mes côtés tout au long de ce périple, pendant chaque moment. Merci pour votre inconditionnel soutien.

A Christophe que je considère comme un frère et qui, malgré la distance, reste toujours présent aux côtés des copains dans le besoin, toujours présent quand vient la nécessité de « claquer un joker » ! Un profond respect et beaucoup d'admiration pour ton parcours. Courage pour la suite !

A mes amis et proches,

A la colocation de Montlucas et notamment l'ami Pablo ! Merci pour tout et à bientôt dans le sud !

A la colocation de Schoelcher, Alexandra, Camille, Simon, Hélène, Noé, Julie, Olivier, Aurélien, Pierre, merci pour ces années exceptionnelles en Guyane.

A la colocation de Montabo, Yann, Robin, Théo et son fameux PTT, Hugues, Lucas, merci pour votre accueil et ces parties endiablées de belotte.

Des remerciements très spéciaux à Mailys pour m'avoir coupé les cheveux la première !

Merci à toute l'équipe de Réanimation du Centre Hospitalier de Cayenne et notamment à Madame Stéphanie Houcke, merci pour ta gentillesse, ta patience, ta passion pour les soins intensifs et tes conseils souvent très justes.

A Monsieur Guy Roger Lontsi, merci pour ta gentillesse et bienveillance.

A Monsieur Nicolas Higel, merci pour ton soutien et tes conseils avisés.

A Messieurs Roman Mounier et Fabrice Cook, merci d'avoir pris le temps de partager votre montagne de connaissance.

Et enfin, à tous mes infirmiers et aides-soignants qui m'ont tant appris, merci.

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAU

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Christophe DELIGNY

Professeurs des Universités

NEVIERE Rémi

remi.neviere@chu-martinique.fr

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 19 44 99

Pascal BLANCHET

pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

maxuzel@chu-guadeloupe.fr

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

couppie.pierre@ch-cayenne.fr

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Bertrand De TOFFOL

bertrand.detoffol@univ-tours.fr

Neurologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94

Suzy DUFLO

sduflo@chu-guadeloupe.fr

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

eustase.janky@chu-guadeloupe.fr

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

micheldebandt@ch-fortdefrance.fr

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES
chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr

Jean ROUDIE
jean.roudie@chu-martinique.fr

Louis-Etienne GAYET
l.e.gaye86@orange.fr

André CABIE
andre.cabie@chu-martinique.fr

Philippe CABRE
pcabre@chu-martinique.fr

Raymond CESAIRE
raymond.cesaire@chu-martinique.fr

Sébastien BREUREC
sebastien.breurec@chu-guadeloupe.fr

Antoine ADENIS
antoine.adenis@gmail.com

Annie LANNUZEL
annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr

Louis JEHEL
louis.jehel@chu-martinique.fr

Mathieu NACHER
mathieu.nacher@ch-cayenne.fr

Michel CARLES
michel.carles@chu-guadeloupe.fr

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Chirurgie Digestive
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 01
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 28

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 01

Neurologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 61

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 11

Bactériologie & Vénérologie
Hygiène hospitalière
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Epidémiologie, Economie de la Santé et
Prévention
CH de CAYENNE
Tel : 05 94

Neurologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 13

Psychiatrie Adulte
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Epidémiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 24

Anesthésie-Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE
magalie.demar@ch-cayenne.fr

Parasitologie et Infectiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE
vincent.molinie@chu-martinique.fr

Anatomie Cytologie Pathologique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL
philippe.kadhel@chu-guadeloupe.fr

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 0690 39 56 28

Jeannie HELENE-PELAGE
jeannie.pelage@wanadoo.fr

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi
mehdi.mejdoubi@chu-martinique.fr

Radiologie et Imagerie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 38 05 20

VENISSAC Nicolas
nicolas.venissac@chu-martinique.fr

**Chirurgie Thoracique
Et cardiovasculaire**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 03 86 87

DJOSSOU Félix
felix.djossou@ch-cayenne.fr

Maladies Infectieuses Et tropicales
CH de CAYENNE
Tél : 0694 20 84 20

Christophe DELIGNY
christophe.deligny@chu-martinique.fr

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Narcisse ELENGA
elengafr@ch-cayenne.fr

Pédiatrie
CH de CAYENNE
Tel : 06 94 97 80 48

Karim FARID
kwfarid@chu-fortdefrance.fr

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 61

Moustapha DRAME
moustapha.drame@chu-martinique.fr

**Epidémiologie Economie de la Santé et
Prévention**
CHU de MARTINIQUE

TABUE TEGUO Maturin
tabue.maturin@gmail.com

**Médecine interne : Gériatrie et biologie
Du vieillissement**
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0690 30 85 04

CORDEL-WATTIER Nadège
nadege.cordel@chu-guadeloupe.fr

Dermato - Vénérologie
CHU de GUADELOUPE
Tel :

ROGER Pierre-Marie
roger.pm@chu-nice.fr

Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales
CHU de GUADELOUPE
Tel :

MERLE Harold
harold.merle@chu-martinique.fr

Ophthalmologie
CHU de MARTINIQUE
Tel :

Kallel HATEM
hatem.kallel@ch-cayenne.fr

Médecine Intensive-Réanimation
CHU de CAYENNE
Tel :

Stéphanie PUGET
stephanie.puget@aphp.fr

Neurochirurgie
CHU de MARTINIQUE
Tel :

DELOUMEAUX-TYNDAL Jacqueline
jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr

Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CHU de GUADELOUPE
Tel :

Professeurs des Universités Associés

Franciane GANE-TROPLENT
franciane.troplent@orange.fr

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Papa Ngalgou GUEYE
papa.gueye@chu-martinique.fr

Médecine D'urgence
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96

Hossein MEHDAOUI
mehdi.mejdoubi@chu-martinique.fr

Médecine Intensive-Réanimation
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO
jocelyn.inamo@chu-martinique.fr

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

**Fritz-Line VELAYOUDOM épouse
CEPHISE**
fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr

Endocrinologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH
marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr

Nutrition
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 00

GELU-SIMEON Moana
chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr

Gastroentérologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

BACCINI Véronique
verobaccini@club-internet.fr

Hématologie, Transfusion
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 77

MASSE Franck
mspducoc@gmail.com

Médecine Générale
Tél : 0596 56 13 23

JOACHIM-CONTARET Clarisse
clarisse.joachim@chu-martinique.fr

**Epidémiologie, Economie de la Santé et
prévention**
CHU de MARTINIQUE
Tel :

BRUREAU Laurent
laurent.brureau@chu-guadeloupe.fr

Chirurgie Urologique
CHU de GUADELOUPE
Tel :

**KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT
Walé**
drwcdk@gmail.com

Médecin généraliste
Maison de santé Pluriprof du Lamentin
Tel :

CARRERE Philippe
philippe.carrere@gmail.com

Médecin généraliste
60 route du camp Jacob
Tel : 0690 99 99 11

BERAL Cindy
cindy.beral@chu-guadeloupe.fr

Ophtalmologie
CHU de GUADELOUPE
Tel :

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

PELAGES Malaïka
ileaucaramel@hotmail.com

Endocrinologie
CHU DE GUADELOUPE
Tel : 05 90

CHAUMONT Hugo
hugo.chaumont@chu-guadeloupe.fr

Neurologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 90

GOUBAND Agathe
 agathe.gouband@gmail.com

OBERT-MARBY Camille
 obert.camille@orange.fr

BAGOEÉ Cécile
 canadoantillaise@gmail.com

AOUN Tanous
 antony.aoun@gmail.com

GUCKERT Marion
 guckert.marion@gmail.com

ABOUT Frédégonde
 fredegonte.about@gmail.com

LOUIS-SIDNEY Fabienne
 fabriennels@hotmail.com

CEVA Antoine
 antoine.ceva@hotmail.fr

DECAESTECKER Antoine
 antoine.decaes@gmail.com

HERTAULT Hugo
 hugohertault@yahoo.fr

LAMOUREUX Carl
 carl90.lamoureux@gmail.com

LOBJOIS Quentin
 q.lobjois@laposte.net

JEANTET Pierre
 pj.jeantet@gmail.com

Hématologie
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 0590 89 14 50
Médecin Générale
 CH de l'OUEST
 GUYANAIS
 Tel :
Médecine Interne
 CHU de MARTINIQUE
 Tel

Chirurgie Cardiaque et Thoracique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel :

Gynécologie Obstétrique
 CHU de GUADELOUPE
 Tel :

Maladies Infectieuses
 CHU de MARTINIQUE
 Tel :

Cardiologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel :

ORL
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 0590

Anesthésiologie/Réanimation
 CHU de GUADELOUPE
 Tel :

Chirurgie Générale
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 90

Dermatologie
 CHU de CAYENNE
 Tel :

Neurologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 90

Cardiologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel :

MONNIER Benjamin
benjamin.monnier@gmail.com

SADREUX Yvanne
yvanne972@hotmail.com

BODESCU Véronica Adela
veronica.budescu19@gmail.com

BAALA Mélina
melina.baala@gmail.com

COUSIN Pauline
pauline.cousin@laposte.net

LARA Kève-Yann
keve_yannlara@hotmail.com

VAINQUEUR Larissa
larivainq@gmail.com

SELLENET Thomas
thomassellenet@hotmail.com

Gynécologie Obstétrique
CHU de GUADELOUPE
Tel :
Urologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90

Psychiatrie
CHU de
MARTINIQUE
Tel : 05 90

Médecine Générale
Cabinet du Dr BUCHER
Tel : 0690 72 12 04

Médecine Générale
Service CDSP
Tel :

Médecine Générale
Maison Médicale de la Rotonde
Tel :

Médecine Interne Gériatrie
CHU de GUADELOUPE
Tel :

Chirurgie Orthopédique
CHU MARTINIQUE
Tel :

Résumé

Introduction

En France, les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) sont, depuis 1991, définies comme faisant partie intégrante des services d'urgence.

Depuis 2001, des recommandations de bonne pratique ont été émises par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Malgré une définition précise, plusieurs études ont montré une utilisation non appropriée de cette unité.

L'objectif principal de cette étude est de vérifier si l'UHCD du Centre Hospitalier de Cayenne est en adéquation avec les critères définis.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive de l'intégralité des Résumés d'Unité Médicale (RUM) de l'UHCD entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2019.

Les variables étudiées étaient l'âge et le sexe des patients, la durée moyenne de séjour, la classification SFMU des malades admis dans le secteur, leur gravité selon le score CCMU, le mode d'entrée et de sortie du service, les diagnostics présentés à l'entrée de l'UHCD ainsi que le taux d'occupation des lits de l'UHCD.

Résultats

Au total, nous avons analysé 2859 RUM. L'âge moyen des patients est de 56 ans, la durée moyenne de séjour est de 63h et les patients restés plus de 24h représentent 62,1% des patients. La majorité des patients faisait partie des groupes 2 et 3 selon la classification SFMU et est essentiellement représentée par le groupe 2 du score de gravité CCMU. Le taux d'occupation des lits y est supérieur à 100% tous les mois des années d'étude.

Conclusion

L'UHCD du CHC n'est conforme en aucun point aux réglementations précises de bonne pratique émises par la SFMU. Des mesures correctrices ciblées sont nécessaires pour une optimisation du fonctionnement de l'UHCD.

Abstract

Introduction

In France, Observation Units (OU) are an essential part of the Emergency Departments. Since 2001, the French Society of Emergency Medicine (SFMU) has issued good practice recommendations aiming to optimally the OU use. Several studies have shown that these recommendations are not followed.

The aim of this study was to understand whether the OU of the Cayenne Hospital (CH) meets the defined criteria of rational use.

Methods

We carried out a retrospective and descriptive study of all admissions to OU in CH between January 1, 2018, and December 31, 2019.

We evaluated the age and sex of the patients, the average length of stay, the SFMU classification, the severity score assessed by the CCMU score, the modes of entry and exit, the retained diagnosis, and the occupancy rate.

Results

We included 2859 patients in the study. The average age of the patients was 56 years, the average length of stay in OU was 63 hours and patients staying more than 24 hours represented 62.1% of admissions. Most patients were in groups 2 and 3 according to the SFMU classification and were mainly classified in group 2 of the CCMU severity score. The occupancy rate of beds was permanently above 100%.

Conclusion

The CH's Observation Unit does not comply with the good practice recommendations issued by the SFMU. Targeted corrective measures are needed to optimise the use of the OU.

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	11
Abstract	12
Table des matières	13
Liste des abréviations	15
Introduction.....	16
1 Définition.....	16
2 Etat des lieux de l'UHCD en France	17
3 Objectifs de cette étude	17
3.1 Objectif principal	17
3.2 Objectif secondaire.....	17
Méthodologie	18
1 Description de l'étude	18
2 Critères d'inclusion.....	18
3 Variables étudiées disponibles pour cette étude.....	18
4 Analyses statistiques	19
Résultats.....	20
1 Données épidémiologiques.....	20
1.1 Répartition en fonction du sexe	20
1.2 Répartition en fonction de l'âge.....	20
2 Durée d'hospitalisation	21
3 Date d'entrée à l'UHCD	22
4 Taux d'occupation des lits à l'UHCD.....	23
5 Groupes SFMU.....	24
6 Scores de gravité CCMU noté au début de chaque séjour.....	25
7 Origine des patients	26
8 Les motifs d'admission à l'UHCD.....	26
9 Mode et destination de sortie de l'UHCD	27
10 Diagramme de flux	28
11 Activité MCO de l'UHCD	29
12 Services théoriques d'admission des patients	30
13 Analyse des patients décédés à l'UHCD	31
13.1 Epidémiologie.....	31
13.2 Services de référence	31
13.3 Comparaison des patients décédés et des patients survivants	32

Discussion	33
1 Données démographiques	33
2 La durée d'hospitalisation à l'UHCD	33
3 Les groupes d'activité définis par la SFMU.....	34
4 La gravité des patients.....	34
5 Les origines des patients	35
6 La date et l'horaire des entrées réalisées à l'UHCD	35
7 L'orientation des patients en sortie de l'UHCD.....	36
8 Les grands diagnostics à l'UHCD.....	37
9 Le taux d'occupation des lits	37
10 Limites et biais de cette étude	37
Conclusion	39
Bibliographie.....	41
Liste des tableaux et des figures	43
Serment d'Hippocrate	44

Liste des abréviations

ACEP : American College of Emergency Physicians
AEG : Altération de l'Etat Général
CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
CCMU : Classification Clinique des Maladies aux Urgences
CDPS : Centre Délocalisé de Prévention et de Soins
CHC : Centre Hospitalier de Cayenne
CHK : Centre Hospitalier de Kourou
CHOG : Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais
CID : Centre Intégré de Drépanocytose
CMCK : Centre Médical et Chirurgical de Kourou
DMU : Dossier Médical d'Urgence
EDOU : Emergency Department Observation Units
EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
HdJ : Hôpital de Jour
HdS : Hôpital de Semaine
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
OPH : Ophtalmologie
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
RUM : Résumé d'Unité Médicale
SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMJ : Unité Médico-Judiciaire
USC : Unité de Surveillance Continue
USINV : Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires
USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques
ZAO : Zone d'Accueil et d'Orientation
ZHTCD : Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée

Introduction

En France, les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) sont, depuis 1991, définies comme faisant partie intégrante des services d'urgences (1). Selon les structures, elles peuvent porter diverses appellations telles que « Lits Portes ».

Elles se calquent sur ce que l'on appelait aux Etats-Unis dans les années 1980-90 les « Emergency Department Observations Units » (EDOU), créés par l'American College of Emergency Physicians (ACEP), dont le but principal était d'optimiser le coût pour les hôpitaux, des patients hospitalisés pour moins de vingt-quatre heures avec les mêmes exigences que dans les services conventionnels (2-4).

Depuis 2001, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a émis des recommandations concernant le fonctionnement de ces unités (5).

1 Définition

La SFMU définit les UHCD comme des unités d'hospitalisation intégrées aux services des urgences et soumises aux mêmes critères d'intendances que les autres services (5). Ce sont des unités d'hospitalisation non conventionnelles ne devant pas se substituer aux unités d'hospitalisation classiques. Elles peuvent être, selon le projet de soin de l'établissement, des unités de surveillance voir des unités de surveillance continue.

Le nombre maximal de lits est de seize et les patients doivent y être surveillés 24heures/24 par au moins un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) et un Aide-Soignant (AS).

Un avis médical doit pouvoir y être donné 24heures/24.

Des critères d'admission des patients ont été répartis en quatre groupes :

- Groupe 1 : les patients nécessitant à priori moins de 24h de soins pour envisager un retour à domicile.
- Groupe 2 : les patients nécessitant une période d'observation afin de décider de leur orientation dans les 24h.
- Groupe 3 : les patients en attente d'une hospitalisation si la place n'est pas disponible dans une unité conventionnelle pour raison organisationnelle.

Les patients rentrant dans ce groupe sont le reflet d'un dysfonctionnement en aval du service des urgences.

- Groupe 4 : les patients admis administrativement mais non présents physiquement à l'UHCD afin de valoriser l'activité des urgences.

Les critères de non-admission sont :

- la pathologie est clairement identifiée et relève d'un service de spécialité,
- la pathologie présentée relève d'une prise en charge en réanimation,
- les patients déjà hospitalisés dans un autre service,
- les patients sortant du bloc opératoire,
- les patients « programmés » pour une hospitalisation.

2 Etat des lieux de l'UHCD en France

Dans la plupart des services d'urgences, il existe un service d'UHCD. En 2015, on compte 4633 lits d'UHCD et près de 1,75 millions séjours en UHCD (6).

Malgré la définition précise du rôle de l'UHCD dans le service des urgences et dans la structure hospitalière, plusieurs études ont montré une utilisation non appropriée de cette unité (7–9).

3 Objectifs de cette étude

3.1 Objectif principal

Vérifier si l'activité de l'UHCD est en adéquation avec les critères définis par la SFMU en établissant une cartographie des patients et des pathologies représentées.

3.2 Objectif secondaire

Proposer des actions ciblées à mettre en place pour réduire les écarts par rapport aux bonnes pratiques.

Méthodologie

1 Description de l'étude

Ce travail est une étude rétrospective et descriptive de l'activité de l'UHCD du CHC.

Elle s'est déroulée sur deux années consécutives entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2019 ; deux années qui ont vu le pôle de soins critiques et d'urgences évoluer avec la création d'un service de post-urgences en août 2019 et d'une unité de post-urgences en décembre 2019.

Notre UHCD est d'une capacité de douze lits. Aux heures ouvrables (8h-18h, 7jours/7), elle est gérée par un médecin et deux IDE. La nuit, la permanence des soins est assurée par le médecin en charge de la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) ou des « box » et par la présence d'au moins un IDE spécialement affecté à l'unité. Cette unité est polyvalente. Elle accueille des patients de Médecine, Chirurgie et Obstétrique, majeurs et mineurs.

2 Critères d'inclusion

Tous les patients, majeurs ou mineurs, ayant été enregistrés dans le registre de l'UHCD durant la période de l'étude, ont été inclus.

Un total de 2859 Résumés d'Unité Médicale a donc été analysé.

3 Variables étudiées disponibles pour cette étude

- Le nombre d'admissions dans l'unité,
- L'âge des patients,
- Le sexe des patients,
- La durée moyenne et médiane d'hospitalisation :
 - o De moins de 3 heures (critère SFMU),
 - o De plus de 24 heures (critère SFMU),
 - o Comprises dans l'intervalle [3 ; 24h] (critère SFMU),
- Supérieures à 24 heures, 48 heures, 72 heures, 1 semaine, 2 semaines et 3 semaines,
- Les groupes d'admission SFMU (10),
- La gravité des patients selon la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) (11):
 - o Groupe 1 : Etat lésionnel ou pronostic vital jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences,
 - o Groupe 2 : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences,

- Groupe 3 : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat. Il n'engage pas le pronostic vital et la décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences,
 - Groupe 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge ne nécessite pas de manœuvres de réanimation immédiate,
 - Groupe 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge comporte la pratique de manœuvres de réanimation,
 - Groupe P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable,
 - Groupe D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin du service des urgences.
- L'origine des patients,
 - La date d'entrée à l'UHCD,
 - Le diagnostic principal à l'entrée dans le service,
 - Le mode et la destination à la sortie du service,
 - Analyse de l'activité MCO de l'UHCD,
 - Le service théorique d'admission,
 - Le taux d'occupation.

4 Analyses statistiques

Les statistiques descriptives et comparatives ont requis l'utilisation de :

- Addinsoft (2021). XLSTAT statistical and data analysis solution. Paris, France. <https://www.xlstat.com>,
- IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Les valeurs quantitatives ont été exprimées en moyenne avec estimation d'un écart type. La durée d'hospitalisation a été exprimé en moyenne et en médiane.

Les valeurs qualitatives ont été exprimées en fréquence.

Les groupes SFMU ont été déduits après la lecture de chaque dossier. Afin d'étudier ces groupes, un échantillon représentatif des RUM a été extrait. Nous avons utilisé le calculateur de taille d'échantillon Sample Size Calculator développé par la société Raosoft© avec $\alpha=0.05$, IC95% et randomisé les dossiers à extraire.

Résultats

1 Données épidémiologiques

1.1 Répartition en fonction du sexe

La majorité des patients étaient représentés par le sexe masculin avec 1683 hommes (58,9%) et 1176 femmes (41,1%). Ainsi, le sex-ratio était de 1,4 (Figure 1).

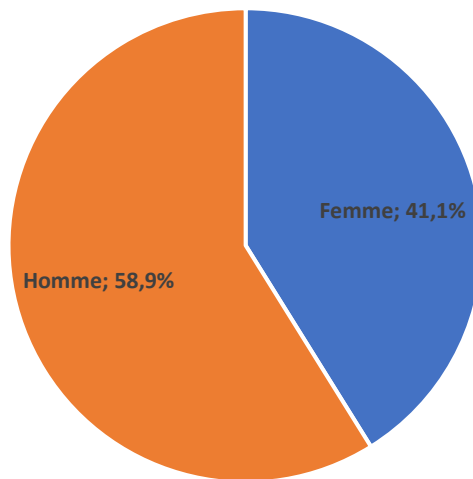


Figure 1 : Distribution des sexes.

1.2 Répartition en fonction de l'âge

L'âge moyen des patients hospitalisés en UHCD était de 56 ± 21 ans. Parmi les patients, 69 étaient mineurs et 897 étaient de plus de 70ans (31,4%) (Figure 2).

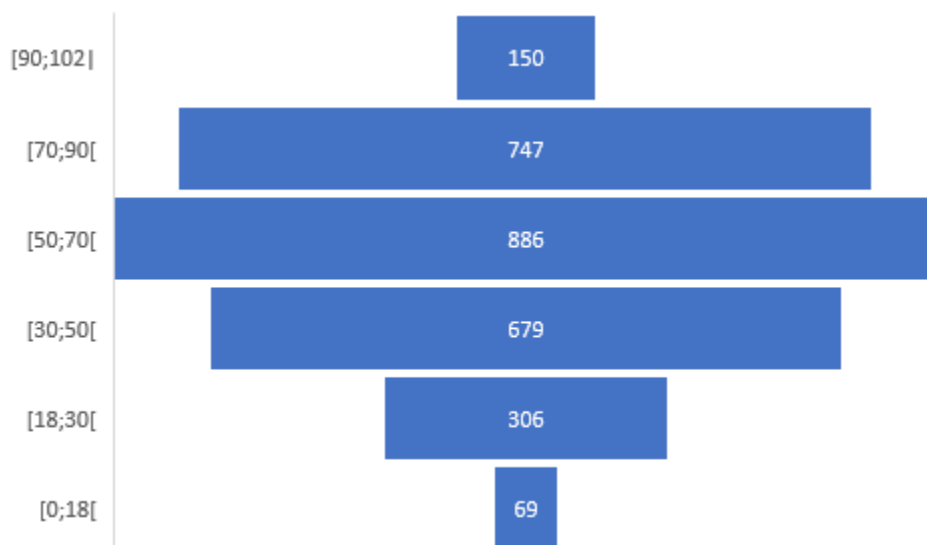


Figure 2 : Répartition des patients en fonction de l'âge.

2 Durée d'hospitalisation

Pendant les deux années de l'étude, la durée moyenne de séjour était de 63h avec un écart-type de 78h soit 4 ± 4 jours. La médiane est de 40h soit 3 jours (Tableau I).

Selon les critères SFMU (Tableau II), le nombre d'hospitalisation de moins de 3h était de 94 (3,3%), entre 3 et 24h, était de 990 (34,6%), et de plus de 24h était de 1775 (62,1%).

Tableau I : Durée de séjour à l'UHCD.

	Durée (nombre d'heures)	Durée (nombre de jours)
Minimum	0	1
Maximum	768	33
Moyenne	63	4
Ecart-type	78	4
Médiane	40	3
1 ^{er} Quartile	18	2
3 ^{ème} Quartile	76	4

Tableau II : Durée de séjour à l'UHCD - Critères SFMU.

	Durée	Effectif (n)	Fréquence (%)
Durée en heures (critères SFMU)	< 3	94	3,3
	[3 ; 24]	990	34,6
	> 24	1775	62,1
Durée en jours	< 1	1084	37,9
	[1 ; 2[634	22,2
	[2 ; 3[387	13,5
	≥ 3	755	26,4
Durée en semaines	< 1	2653	92,8
	≥ 1	206	7,2
	≥ 2	40	1,4
	≥ 3	14	0,5

3 Date d'entrée à l'UHCD

Pendant l'année 2018, le nombre des admissions était de 1657 versus 1202 en 2019.

En 2018, la majorité des admissions étaient en mars et en 2019, la majorité des admissions étaient en août.

Le mois d'août 2019 et décembre 2019 ont été marqués par la création respective du service de post-urgences et de l'USC. La répartition du nombre d'admissions en fonction des mois est représentée dans la figure 3.

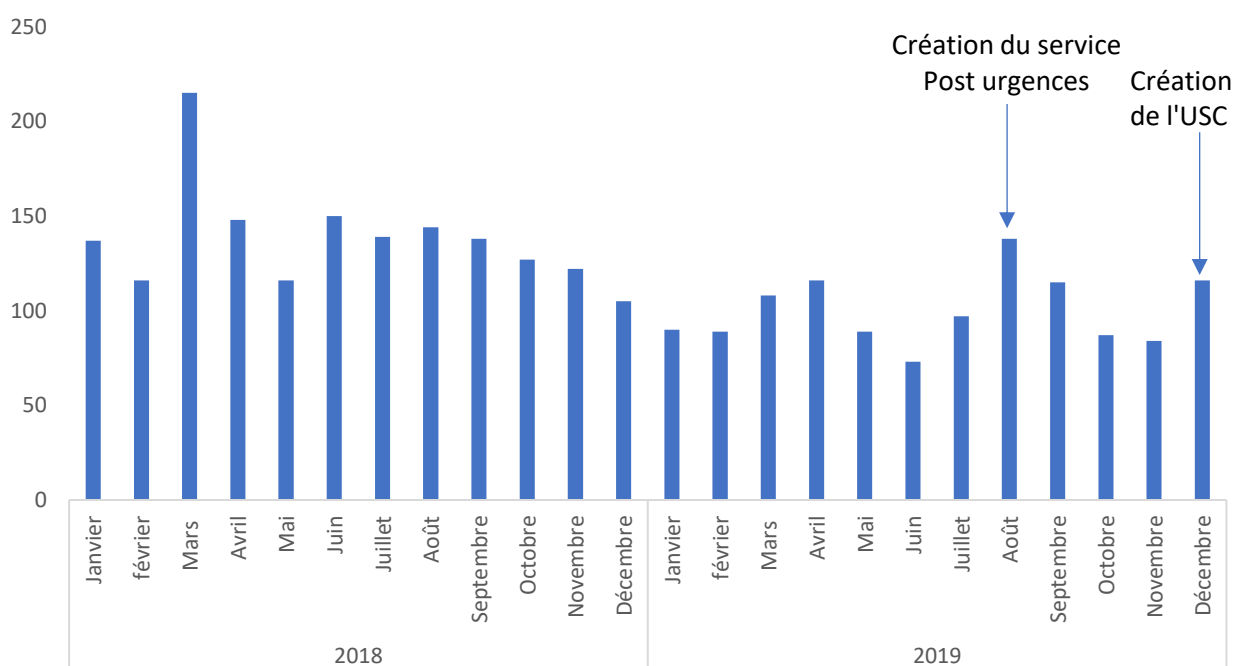


Figure 3 : Répartition des admissions en fonction du mois et des années.

La répartition des horaires des admissions montre que les entrées à l'UHCD étaient plus fréquentes la nuit entre 18h et 8h (Tableau III).

Tableau III : Répartition du nombre d'admission en fonction de l'horaire de la journée.

Horaires	Effectif (n)	Fréquence (%)
Matin (8-14h)	385	13,5
Après-midi (14-18h)	680	23,8
Nuit (18-8h)	1794	62,7

4 Taux d'occupation des lits à l'UHCD

Le taux d'occupation des lits de l'UHCD est supérieur à 100% (Figure 4 et Figure 5) durant :

- 574 jours sur les deux années,
- 100 semaines sur les deux années,
- 22 mois sur les deux années.

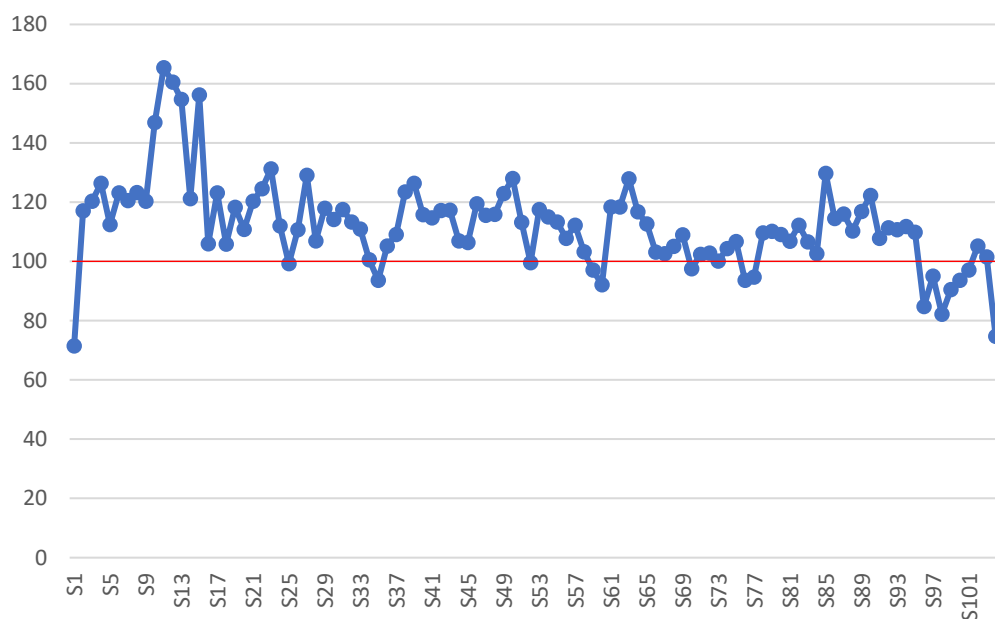


Figure 4 : Taux d'occupation en fonction de la semaine.

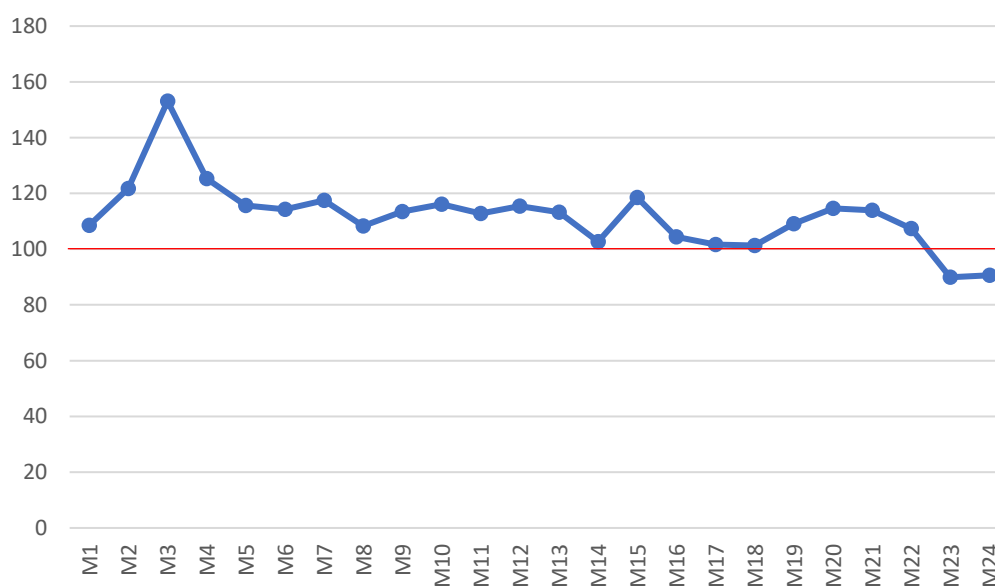


Figure 5 : Taux d'occupation en fonction du mois.

5 Groupes SFMU

Echantillonnage des patients :

Sur les deux années d'étude, pour une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance estimé à 95%, il a été estimé qu'un échantillon de 479 séjours était nécessaire pour être représentatif de l'intégralité des séjours. Il en a été analysé 550.

La répartition des séjours en fonction des groupes SFMU montre (Tableau IV et Figure 6) :

- Le groupe 1 représentait 9,5%.
- Le groupe 2 représentait 44,7%.
- Le groupe 3 représentait 40,9%.
- Le groupe 4 représentait 4,9%.

Tableau IV : Répartition des admissions en fonction des groupes SFMU.

Groupes SFMU	Effectif (n)	Fréquences (%)
1	52	9,5
2	246	44,7
3	225	40,9
4	27	4,9

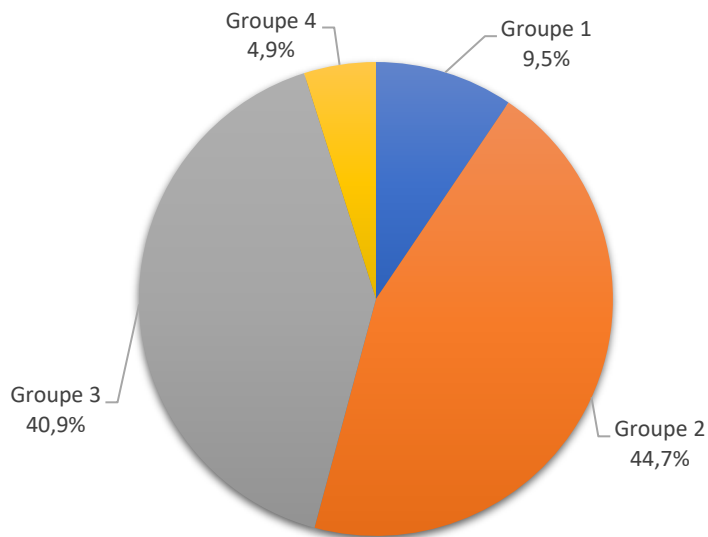


Figure 6 : Distribution des admissions en fonction des groupes SFMU.

6 Scores de gravité CCMU noté au début de chaque séjour

La répartition des admissions en fonction des Scores de gravité CCMU calculé au début de chaque séjour montre une prédominance du Score 2 (2085 séjours ; 73,5%) et du score 3 (458 séjours ; 16,1%) (Tableau V et Figure 7).

Tableau V : Distribution des scores de gravité CCMU.

Score CCMU	Effectif (n)	Fréquence (%)
1	226	8,0
2	2085	73,5
3	458	16,1
4	48	1,7
5	12	0,4
P	6	0,2
D	2	0,1

P : patients Psychiatriques ; D : patients Décédés.

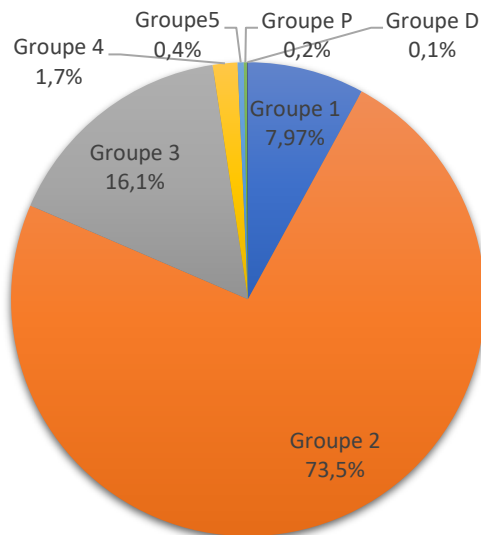


Figure 7 : Distribution des admissions en fonction des scores CCMU.

7 Origine des patients

La majorité des admissions réalisées à l'UHCD provenaient des urgences (98,9%) (Tableau VI). Il n'y a pas eu d'admission directe d'un autre hôpital ou adressée par la médecine de ville.

Tableau VI : Répartition des admissions en fonction de leurs provenances.

Origine des patients	Effectif (n)	Fréquence (%)
SAU	2828	98,9
HDJ Drépanocytose	11	0,4
SAUV	7	0,2
Réanimation	5	0,2
Cardiologie	2	0,1
Chirurgie orthopédique	2	0,1
HDJ Diabétologie	1	0,05
Dermatologie	1	0,05
Chirurgie viscérale	1	0,05
ORL	1	0,05

SAU : Service d'Accueil des Urgences ; HDJ : Hôpital De Jour ; SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales ;USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques ; ORL : Otorhinolaryngologie.

8 Les motifs d'admission à l'UHCD

Les dix grands motifs d'admission à l'UHCD sont les broncho-pneumopathies (225 entrées ; 8,2%), les AVC (211 entrées ; 7,7%) et les traumatismes (175 entrées ; 6,4%) (Tableau VII).

Tableau VII : Liste des dix grands diagnostics retenus à l'UHCD.

Diagnostic	Effectif (n)	Fréquence (%)
Broncho-pneumopathies (non tuberculeuse)	225	8,2
AVC	211	7,7
Traumatismes	175	6,4
Infections urinaires	118	4,3
Hémopathies	91	3,3
Epilepsie	89	3,2
Insuffisances cardiaques	83	3,0
Troubles hydro électrolytiques	73	2,7
Diabète décompensé	69	2,5
AEG	66	2,4
Insuffisances rénales	66	2,4

AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux ; AEG : Altération de l'Etat Général.

9 Mode et destination de sortie de l'UHCD

Les modes de sortie les plus fréquents étaient les transferts intra-hospitaliers (51,8%), les sorties externes (45%). Parmi les transferts intra-hospitaliers, les transferts vers les services de médecine sont les plus fréquents (32,5%) (Tableau VIII).

Tableau VIII : Modes et destination de sortie de l'UHCD.

Mode et destination de sortie	Effectif (n)	Fréquence (%)
Sorties externes :	1285	45,0
Domicile	1211	42,4
Autre	73	2,6
Transferts intra-hospitaliers :	1481	51,8
UMIT	245	8,6
Médecine B	230	8,0
Médecine A	165	5,8
Neurologie	163	5,7
Cardiologie	127	4,4
Morgue	96	3,4
Dermatologie	83	2,9
Chirurgie viscérale	62	2,2
Orthopédie	52	1,8
HdS endocrinologie	46	1,6
ORL	43	1,5
Post-urgences	29	1,0
Néphrologie	27	0,9
Bloc Opératoire	23	0,8
Psychiatrie	22	0,8
Gynécologie	13	0,5
Réanimation polyvalente	12	0,4
Dialyse	10	0,4
SSR	9	0,3
Chambre carcérale (orthopédie)	7	0,2
EHPAD	7	0,2
CID	3	0,1
Pédiatrie	3	0,1
HDJ oncologie	2	0,1
OPH	1	0,0
Pédopsychiatrie	1	0,0
Mutation de secteur :	15	0,5
SAU	14	0,5
SAUV	1	0,0

Mode et destination de sortie (suite tableau VIII)	Effectif (n)	Fréquence (%)
Transferts extrahospitaliers :	79	2,8
Clinique	25	0,9
EVASAN	24	0,8
CHK	20	0,7
Autre	5	0,2
Cayenne - Autre	3	0,1
CHOG	2	0,1

UMIT : Unité de Maladie Infectieuse et Tropicale ; ORL : Otorhinolaryngologie ; SSR : Soins de Suite et de Réadaptation ; EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ; CID : Centre Intégré de la Drépanocytose ; HdS : Hôpital de Semaine ; OPH : Ophtalmologie ; SAU : Service d'Accueil des Urgences ; SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales ; EVASAN : Evacuation Sanitaire ; CHK : Centre Hospitalier de Kourou ; CHOG : Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais.

10 Diagramme de flux

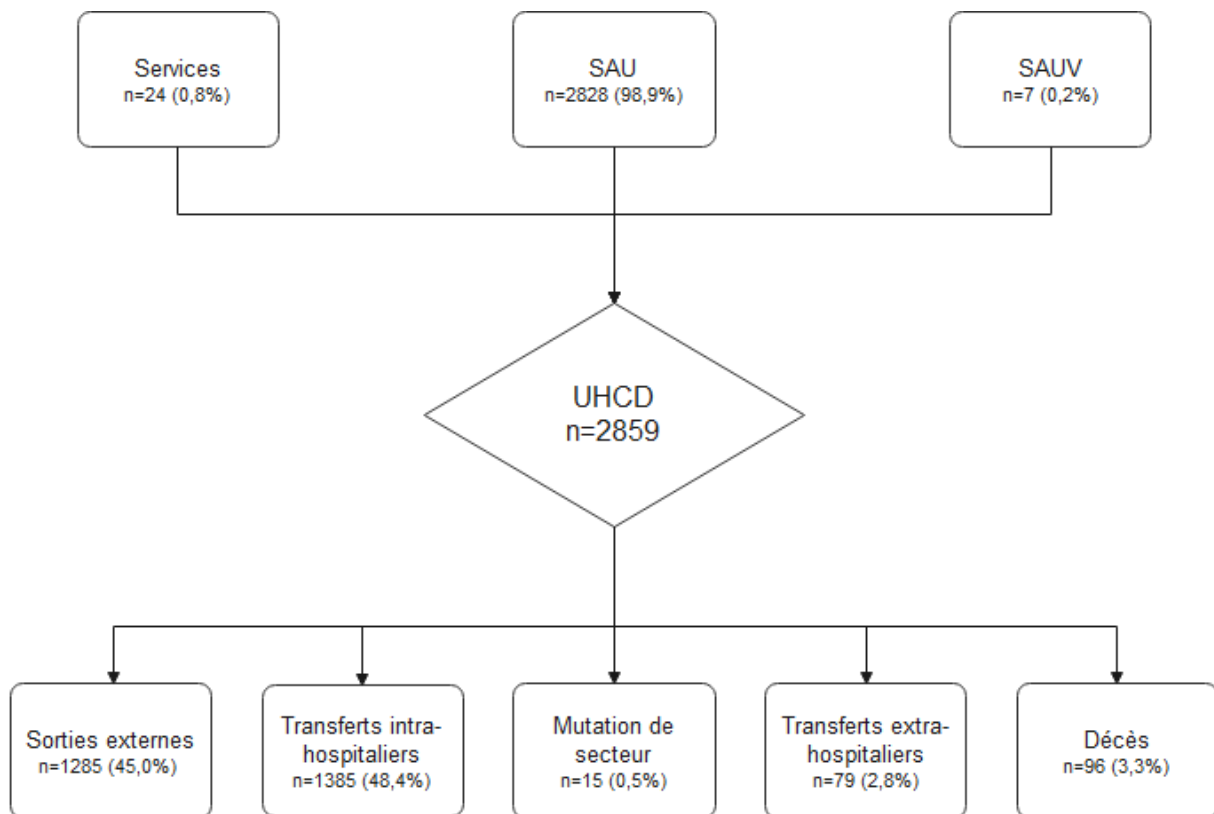


Figure 8 : Diagramme de flux.

11 Activité MCO de l'UHCD

L'activité de l'UHCD concerne essentiellement les malades porteurs d'une pathologie médicale (87,1%) (Tableau IX).

Tableau IX : Répartition des admissions en fonction de la catégorie MCO.

Activité MCO	Effectif (n)	Fréquence (%)
Médecine	2489	87,1
Chirurgie	348	12,2
Obstétrique	16	0,6
Inconnue	6	0,2

MCO : Médecine Chirurgie et Obstétrique.

12 Services théoriques d'admission des patients

L'Unité de Maladies Infectieuses et Tropicales et le service de Neurologie sont les services d'admission théoriques les plus fréquents (30%) (Tableau X).

Tableau X : Services théoriques d'admission.

Services d'admission théorique	Effectif (n)	Fréquence (%)
UMIT	509	17,8
Neurologie	348	12,2
HGE	258	9,0
Cardiologie	226	7,9
Néphrologie	145	5,1
Orthopédie	125	4,4
Pneumologie	118	4,1
Chirurgie viscérale	98	3,4
Psychiatrie	95	3,3
Hématologie	91	3,2
Autres	89	3,1
USC	71	2,5
Endocrinologie	69	2,4
Médecine Interne	69	2,4
CID	64	2,2
Oncologie	51	1,8
Dermatologie	45	1,6
Médecine Vasculaire	46	1,6
Neurochirurgie	45	1,6
Réanimation	44	1,5
Rhumatologie	44	1,5
Urologie	42	1,5
USC / Réanimation	33	1,2
Addictologie	25	0,9
ORL	22	0,8
Pédiatrie	23	0,8
Chirurgie vasculaire	17	0,6
Service de Rééducation Fonctionnelle	14	0,5
Gynécologie-Obstétrique	9	0,3
UCSA	8	0,3
Ophtalmologie	5	0,2
Service de Soins Palliatifs	6	0,2
Morgue	2	0,1
Services sociaux	2	0,1
Chirurgie thoracique	1	0,0

UMIT : Unité des Maladies Infectieuses et Tropicales, HGE : Hépatogastro-entérologie ; USC : Unité de Soins Continus ; CID : Centre Intégré de Drépanocytose ; ORL : Otorhinolaryngologie ; UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires.

13 Analyse des patients décédés à l'UHCD

13.1 Epidémiologie

Les patients décédés à l'UHCD sont au nombre de 96 (3,18%). La moyenne d'âge des patients décédés est de 74 ± 18 ans [extrêmes : 31 – 101 ans] (Tableau XI)

La durée moyenne d'hospitalisation était de 62 ± 58 h soit 4 ± 3 jours (Tableau XI).

Tableau XI : Statistiques descriptives des patients décédés à l'UHCD.

	Age (en années)	Durée (en jours)	Durée (en heures)
Minimum	31	1	1
Maximum	101	17	373
Moyenne	74	4	62
Ecart-type	18	3	58

13.2 Services de référence

La majorité des patients décédés à l'UHCD relevait de l'UMIT et de la Réanimation/USC avec respectivement 20.8% et 19.8% des patients (Tableau XII).

Tableau XII : Services de référence des patients décédés à l'UHCD.

Service de référence	Effectif (n)	Fréquence (%)
UMIT	20	20,8
Réanimation / USC	19	19,8
Médecine Interne	12	12,5
Neurologie	8	8,3
Néphrologie	6	6,3
Pneumologie	6	6,3
Chirurgie viscérale	5	5,2
HGE	4	4,2
Autres	3	3,1
HdJ/HdS oncologie	3	3,1
Non représenté au CHC	3	3,1
Psychiatrie	3	3,1
Cardiologie	2	2,1
Orthopédie	2	2,1

UMIT : Unité de Maladies Infectieuses et Tropicales ; USC : Unité de Soins Continus ; HGE : Hépatogastro-Entérologie ; HdJ : Hôpital de Jour ; HdS : Hôpital de Semaine ; CHC : Centre Hospitalier de Cayenne.

13.3 Comparaison des patients décédés et des patients survivants

L'âge moyen des patients survivants et décédés est statistiquement différent avec des patients plus âgés dans le groupe « décédés ».

La durée d'hospitalisation est statistiquement non significative entre les survivants et les décédés (Tableau XIII).

Tableau XIII : Comparaison des patients décédés et des patients survivants.

Variables		Survivants	Décédés	p-value
Ages (en années)		56 ± 21	74 ± 18	< 0,001
Durée d'hospitalisation (en heures)		63 ± 79	62 ± 58	0,898
Sexe (n)	H	1638 (97,3%)	45 (2,7%)	< 0,015
	F	1125 (95,7%)	51 (4,3%)	
CCMU (n)	1	213 (94,2%)	13 (5,8%)	-
	2	2047 (98,2%)	38 (1,8%)	< 0,001*
	3	440 (96,1%)	18 (3,9%)	< 0,281*
	4	24 (50,0%)	24 (50,0%)	< 0,001*
	5	11 (91,7%)	1 (8,3%)	-
<u>Service d'accueil théorique</u>				
UMIT		489 (96,1%)	20 (3,9%)	-
Neurologie		327 (97,6%)	8 (2,4%)	0,221 [#]
HGE		254 (98,4%)	4 (1,6%)	0,074 [#]
Cardiologie		270 (99,3%)	2 (0,7%)	0,010 [#]
Néphrologie		139 (95,9%)	6 (4,1%)	0,910 [#]
Orthopédie		123 (98,4%)	2 (1,6%)	0,202 [#]
Pneumologie		112 (94,9%)	6 (5,1%)	0,571 [#]

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences ; UMIT : Unité de Maladies Infectieuses et Tropicales ; HGE : Hépto-Gastro-Entérologie.

*Comparaison par rapport au groupe CCMU 1, [#]Comparaison par rapport à UMIT

Le taux de mortalité des patients appartenant au Groupe 4 de la classification CCMU est de 50% (Figure 9).

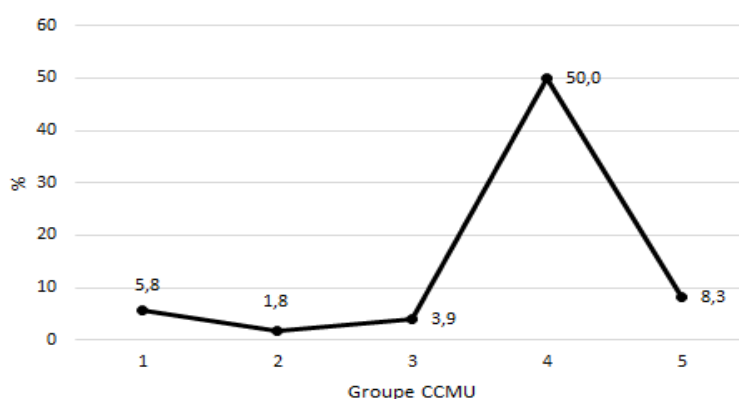


Figure 9 : Taux de mortalité en fonction du groupe CCMU

Discussion

Notre étude montre que l'activité de l'UHCD est en inadéquation avec les critères définis par la SFMU. Elle a permis d'établir une cartographie de l'activité de l'UHCD en fonction de la typologie des patients et des pathologies présentées.

1 Données démographiques

L'UHCD a enregistré 2859 entrées. L'âge moyen des patients était de 56 ans et les hommes représentaient 58,9% des patients.

En comparant avec les données INSEE de 2017 (12), la population hospitalisée à l'UHCD est bien plus âgée que la population générale guyanaise et les hommes y sont bien plus représentés que dans la population générale.

Les patients relevant d'un service de gériatrie représentent 31,4% des admissions. Ce chiffre montre l'importance du vieillissement de la population en Guyane. Or, il n'existe pas de service de gériatrie au CHC.

La création d'une équipe mobile de gériatrie (EMG) et/ou l'intégration d'un gériatre aux horaires d'ouverture du SAU pourraient limiter les hospitalisations inappropriées et concourir à une meilleure prise en charge de ces patients au sein de l'UHCD (10,13,14).

Il est intéressant de noter que les personnes âgées de plus de 90 ans représentent 5,3% des admissions à l'UHCD alors qu'elles ne représentent que 0,4% dans la population générale guyanaise en 2017 (15).

2 La durée d'hospitalisation à l'UHCD

La durée moyenne d'hospitalisation à l'UHCD était de 63 heures avec un écart type de 78h, 25% des patients sont restés moins de 16h et 25% sont restés plus de 76h.

Selon les critères SFMU, les hospitalisations de moins de 3h étaient de 3,3%, celles entre 3h et 24h étaient de 34,6% et celles de plus de 24h étaient de 62,1%. Ces pourcentages montrent une inadéquation avec les critères initialement dictés par la SFMU et montrent un dysfonctionnement dans l'utilisation de l'UHCD.

Afin de comprendre les causes de ce dysfonctionnement, nous avons analysé les séjours de plus de 24h.

Ainsi, parmi les patients restés plus de 24h, 44,7% sont rentrés à domicile et 49,4% ont été hospitalisés. Cela laisse supposer à un dysfonctionnement de l'établissement retardant les transferts des patients dans les services mais aussi probablement un dysfonctionnement lié aux modalités d'admission à l'UHCD.

A noter, malgré des durées d'hospitalisation parfaitement définies par la SFMU, certains patients ont eu des durées d'hospitalisation prolongées.

Par exemple, 14 patients sont restés plus de trois semaines à l'UHCD. Ces durées d'hospitalisations nuisent à l'objectif premier de l'UHCD ; assurer une prise en charge adéquate en un minimum de temps afin d'orienter au mieux et le plus rapidement possible les patients.

Des durées d'hospitalisations prolongées ont été aussi rapportées dans d'autres centres hospitaliers (7-9).

3 Les groupes d'activité définis par la SFMU

Les résultats marquent une surreprésentation des groupes 2 et 3 avec respectivement 44,7% et 40,9% des entrées.

Les patients du groupe 3, « en attente de transfert », témoignent d'un dysfonctionnement dans le capacitaire des services d'aval notamment de l'UMIT et du service de neurologie. A savoir que notre hôpital ne dispose pas d'une unité de soins intensifs neurologiques et que les patients souffrant d'AVC sont hospitalisés à l'UHCD pendant les premières 24 heures et quelquefois pendant la totalité de leurs séjours hospitaliers.

4 La gravité des patients

Le groupe 2 de la classification SFMU représente 73,5% et les groupes 3 et 4 représentent 17,8% des séjours à l'UHCD. Les patients du groupe 3 et 4, du fait de leur gravité, peuvent représenter les effectifs éligibles pour une Unité de Soins Intensifs, hors réanimation. Malheureusement une telle unité n'existait pas dans notre hôpital. L'USC n'a été créé qu'à la fin de l'année 2019.

Le groupe 5 représente 0,4% des séjours à l'UHCD. Ces patients représentent l'effectif éligible pour une admission en réanimation. Cependant, le service de réanimation du CHC, le seul dans le département, est sous dimensionné par rapport à la demande de soins. Son capacitaire est évalué à 4,5 lits/100 000 habitants contre une moyenne nationale de 7,6 lits/100 000 habitants. Ceci classe la

Guyane comme l'avant dernier département (derrière Mayotte) en termes de capacité en lits de réanimation (16).

A noter que 2 patients sont arrivés décédés à l'UHCD ; cela n'est pas justifiable, l'UHCD étant un service de soin des vivants.

Concernant le taux de mortalité en fonction du groupe CCMU, il est intéressant de noter qu'il est de 50% dans le groupe 4 ; groupe nécessitant une hospitalisation en USC. Cependant, il n'y avait pas d'USC en 2018 et 2019, ceci expliquant sûrement ce taux de mortalité très élevé. Le plus faible taux de mortalité dans le groupe 5, représentant les patients les plus graves, s'explique par leur transfert rapide dans le service de réanimation.

5 Les origines des patients

La très grande majorité des entrées provient du SAU (2828 patients). Ceci s'explique par la continuité entre les deux secteurs.

Vingt-quatre patients étaient admis directement à l'UHCD via les services conventionnels. Bien que cet effectif soit faible, il représente un écart par rapport aux bonnes pratiques et est un témoin de la saturation des services d'hospitalisation. L'UHCD ne devrait pas être le service d'accueil des patients déjà hospitalisés et devenus instables. Ceci montre un dysfonctionnement de l'établissement ; ces patients devraient être accueillis dans une unité de soins continus ou intensifs, inexistantes pendant la période de l'étude (17).

6 La date et l'horaire des entrées réalisées à l'UHCD

La grande majorité des admissions est réalisée la nuit (62,7%).

Cela peut s'expliquer par le mode de fonctionnement de l'hôpital. En effet, les services conventionnels n'étant pas des services à garde, il semble difficile de réaliser des entrées la nuit. En plus, la nuit, l'UHCD étant sous la responsabilité d'un médecin posté aux urgences, il est plus facile d'y avoir accès et d'y faire admettre un patient.

7 L'orientation des patients en sortie de l'UHCD

Les sorties externes représentent 45% des patients admis dans le service et les transferts intra-hospitaliers représentent 51,8%. Les transferts vers d'autres établissements hospitaliers représentent 2,8% des patients admis dans le service.

Les décès représentent 2,8% des patients admis dans le service.

Dans cette étude, les sorties à domicile représentent 42,4% des patients admis à l'UHCD, ce chiffre est comparable à celui retrouvé dans la littérature (18,19).

Les services de Médecine A, Médecine B, Neurologie, l'Unité de Maladies Infectieuses et Tropicales et la cardiologie absorbent la majorité des patients hospitalisés en provenance de l'UHCD.

Les transferts intra-hospitaliers représentent près de la moitié des patients présents à l'UHCD. Il est donc possible de s'interroger sur l'intérêt de leur passage à l'UHCD et sur les causes de « non-hospitalisation directe ». En effet, il est admis que pour le confort des patients et des soignants, des hospitalisations dans les services idoines soient plus appropriés : les patients y sont en contact direct avec les représentants des spécialités et d'équipes entraînées à traiter leurs pathologies spécifiques et les soignants n'auraient pas à effectuer des « aller-retours » pluriquotidiens à l'UHCD. Ceci est expliqué par le capacitaire réduit des services d'hospitalisation et l'absence de médecin la nuit limitant ainsi les hospitalisations dans les services.

Le taux non négligeable de transferts vers d'autres établissements hospitaliers peut s'expliquer par la singularité de l'offre médicale de la Guyane : tous les services de spécialité ne sont pas représentés au CHC alors que c'est l'hôpital de référence du territoire.

Les patients doivent donc être régulièrement transférés, soit vers d'autres établissements du département, soit vers la Guadeloupe ou la Martinique ou bien la Métropole afin de recevoir des soins adaptés à leurs besoins.

On retrouve parmi ces services non représentés au CHC, les services de chirurgie thoracique, de chirurgie vasculaire, d'hématologie et d'urologie.

Ceci marque un dysfonctionnement dans l'environnement des urgences expliqué d'une part par un dysfonctionnement de l'établissement et d'autre part par un défaut dans l'offre de soins en Guyane.

8 Les grands diagnostics à l'UHCD

Nos résultats démontrent que la majorité des diagnostics retenus à l'UHCD sont essentiellement représentés par les spécialités d'infectiologie, de neurologie et celles représentées en Médecine A et en Médecine B.

A noter que pour les « Accidents Vasculaires Cérébraux », ils se trouvent en seconde position du classement. Ceci s'explique par l'insuffisance de l'offre de soins en neurologie en l'absence d'une USINV.

Il a été décidé conjointement entre les deux services que les patients ayant présenté un AVC « thrombolysé » doivent passer 48h en surveillance à l'UHCD avant d'être transférés en neurologie. Ici, le cadre « Surveillance continue » et « soins intensifs » de l'UHCD au CHC est parfaitement clair.

Les « grands diagnostics » représentés à l'UHCD vont dans le sens de l'intuition des équipes médicales et paramédicales du service. En effet, instinctivement, ces patients, du fait de leur gravité et leurs pathologies spécifiques, demandent un temps de soins et d'accompagnement important, peu compatible avec l'objectif de temps défini par la SFMU pour ces unités.

9 Le taux d'occupation des lits

Il est intéressant de noter que sur la très grande majorité du temps de cette étude, le taux d'occupation est supérieur à 100% des lits.

Ceci est à l'origine d'une surcharge de travail pour les soignants nuisant à leur qualité de travail et à une prise en charge efficiente des patients (20,22).

10 Limites et biais de cette étude

Du fait de l'inclusion de l'intégralité des patients sur la période du travail, cette étude nous dresse une cartographie assez précise de l'activité de l'UHCD.

Malgré cela, il est important de noter le principal biais de cette étude à savoir celui de mémorisation :

- Les dossiers médicaux des patients hospitalisés à l'UHCD ont été tenus (précédemment à leur admission à l'UHCD) par des internes ou des séniors. L'utilisation des données des dossiers s'est donc basée sur des informations enregistrées par des opérateurs plus ou moins entraînés à la « bonne utilisation d'un service d'urgences ».

- Les critères d'hospitalisation à l'UHCD n'étant pas forcément connus des internes (par manque de culture des urgences et de leurs secteurs) ainsi que par certains séniors (du fait de l'immense « turn-over » du service sur ces deux années) et en l'absence de procédures détaillant les critères d'admission ou de non-admission dans ce secteur. Certaines des hospitalisations ne respectaient pas les critères dictés par la SFMU ; cela particulièrement la nuit en l'absence de « sénior référent unique de l'UHCD » et d'internes non spécifiques au service. L'hospitalisation à l'UHCD s'apparente comme une « solution de facilité ».
- Les dossiers médicaux de l'UHCD ne retrouvaient pas précisément certains critères dictés par la SFMU ; il a donc fallu les déduire par la relecture des dossiers.

Au total, l'UHCD du CHC ne semble pas répondre aux critères dictés par la SFMU :

- Elle semble suppléer aux autres secteurs de l'établissement : les prises en charges s'apparentent de plus en plus à celle des services conventionnels.
- Les durées de séjour paraissent trop importantes.
- La sévérité des pathologies des patients y est très variable.
- Elle semble souvent avoir un rôle d'Unité de Surveillance Continue (USC) ou de soins intensifs (SI).
- Des patients y sont transférés des autres services pour surveillance.
- Un dispositif de « bed management » efficace pourrait être mis en place. Ce genre de dispositif a déjà démontré son efficacité sur la régulation de l'aval des urgences (21).

Conclusion

Les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée s'inscrivent dans une démarche de bonne prise en charge des patients.

L'objectif premier de cette thèse était de vérifier si l'activité de l'UHCD du CHC est en adéquation avec les critères dictés par la SFMU.

Ainsi, après étude des différents critères d'hospitalisation en UHCD et l'analyse des différents RUM, il est possible de venir à la conclusion que l'UHCD du CHC n'est conforme en aucun point aux critères initialement dictés pour ces unités concernant les critères d'accueil des patients. Les DMS y sont trop longues, près de la moitié des patients sont restés plus de 24h et près d'un patient sur cinq justifiait d'une admission dans une unité de soins intensifs ou de surveillance continue.

Ces critères témoignent d'un dysfonctionnement de l'établissement, des services d'aval et de la gestion faite de l'UHCD du CHC.

La quantité non négligeable de transferts extrahospitaliers montre aussi un dysfonctionnement de l'établissement et un défaut de l'offre de soins en Guyane.

Cette étude laisse aussi supposer que, par un taux d'occupation supérieur à 100% la majorité du temps sur ces deux années, la qualité de prise en charge des patients et la sécurité de ces derniers ne peut y être optimale.

L'objectif secondaire était de proposer des actions ciblées à mettre en place pour réduire les écarts aux bonnes pratiques.

Afin de pallier ces dysfonctionnements, plusieurs mesures ont déjà été mises en œuvre avec l'ouverture du service de post-urgences en aout 2019, de l'unité de surveillance continue en décembre 2019 ainsi que l'augmentation récente du capacitaire du service de réanimation/USC en passant de 11+5 lits et à 15+8 lits.

D'autres mesures pourraient être mises en place ; les patients de l'UMIT et de la Neurologie étant majoritaires à l'UHCD, un staff régulier entre urgentistes, infectiologues et neurologues pourrait être organiser afin de discuter de l'orientation des patients.

Un dispositif de « bed management » efficace pourrait être mis en place. Ce genre de dispositif a déjà démontré son efficacité sur la gestion de l'aval des urgences (21).

Enfin, on peut penser qu'un système d'alerte sur les séjours de plus de 24h pourrait être mis en place.

En perspective de cette thèse, il serait intéressant de réaliser une charte de fonctionnement de cette unité avec des procédures qui seraient réévaluées au moins une fois par an et la distribuer aux différents acteurs de soins intervenant aux urgences (essentiellement médecins thésés et internes), afin de répondre au mieux aux critères d'hospitalisation dictés pour l'UHCD et répondre au mieux à l'offre de soins.

Enfin, une étude sur les années 2020 et futures serait souhaitable afin d'évaluer l'évolution des pratiques et les conséquences de l'ouverture du service de post-urgences et de l'USC sur le recrutement des patients de l'UHCD.

Bibliographie

1. Direction des Hôpitaux. Circulaire no DH.4B/D.G.S. 3E/91—34 du relative à l'amélioration des Services d'Accueil des Urgences dans les établissements à vocation générale : guide d'organisation. mai 14, 1991.
2. Ross MA, Hockenberry JM, Mutter R, Barrett M, Wheatley M, Pitts SR. Protocol-Driven Emergency Department Observation Units Offer Savings, Shorter Stays, And Reduced Admissions. *HealthAffairs*. 1 déc2013;32(12):2149-56.
3. Facep MAR. The "ABCs" of Observation Medicine 2015. :75.
4. Conley J, Bohan JS, Baugh CW. The Establishment and Management of an Observation Unit. *Emergency Medicine Clinics of North America*. août 2017;35(3):519-33.
5. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) policy. Implementation and management of Observation Units. :9.
6. FEDORU | Fédération des ORU [Internet] [Internet]. Disponible sur: <http://www.fedoru.fr/>
7. Wecker AC. Création d'une unité de post urgence polyvalente au sein du CHU de Nancy en 2012: évaluation de la première année de fonctionnement. :125.
8. Andronikof M, Roche V, Civadier M-S, Lalmas A, Rechatin B, Chary I. Évaluation d'un service d'urgence possédant une unité d'hospitalisation conventionnelle. *Ann Fr Med Urgence*. mars 2016;6(2):85-92.
9. Becker E, Billault C. Analyse critique de l'activité en l'an 2000 d'une unité d'hospitalisation de courte durée. [Internet]. EM-Consulte. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/109897/article/analyse-critique-de-l-activite-en-l-an-2000-d-une->
10. Potel G, Lauque D, Bouget J. L'organisation de l'aval des urgences : Etat des lieux et propositions. 2005;34.
11. Scores et classification des malades aux urgences [Internet]. [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.efurgences.net/aide-a-la-decision/61-classifications.html>
12. La Guyane, une région jeune et cosmopolite - Insee Analyses Guyane - 35 [Internet]. [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3695893>
13. Garnier A-M, Paulhiac M, Viteau A-L, Goude G, Mauricette A, Cottin-Bouchon D. Rôle de l'infirmière d'une équipe mobile de gériatrie en unité d'hospitalisation de courte durée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. oct 2009;9(53-54):286-92.
14. MONIER C. Devenir des patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés à l'unité d'hospitalisation de courte durée pour chute (impact diagnostic de la prise en charge par les équipes mobiles de gériatrie). 2010.
15. Dossier complet – Département de la Guyane (973) | Insee [Internet]. [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-973>

16. Kallel H, Resiere D, Houcke S, Hommel D, Pujo JM, Martino F, et al. Critical care medicine in the French Territories in the Americas: Current situation and prospects. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 28 avr 2021;45:1.
17. Duret E, Schmutz T, Colin V, Deleau J, Braun F. Évaluation de l'activité d'une UHCD selon les critères et recommandations de la SFMU : une photographie pertinente des difficultés de fonctionnement d'un centre hospitalier général. *Journal Européen des Urgences*. 1 mars 2008;21:A32.
18. Verfaillie Garzitto A, Van Der Linden T. Activité de l'UHCD d'un service d'urgence : Résultats d'une étude prospective portant sur 673 patients. Lille 2; 2001.
19. DUBOIS L. Utilisation et dysfonctionnement d'une unité d'hospitalisation de courte durée [Internet]. [Lille]: Université du Droit et de la Santé; 2013. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/d7546f6a-7a88-4b01-aa00-dc5ea8f01e62>
20. Depil Duval A, Haupais F. [Napping in the emergency department at Evreux hospital in Normandy]. *Rev Infirm*. avr 2019;68(250):32-3.
21. A bed management strategy for overcrowding in the emergency department - PubMed [Internet]. [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22558725/>
22. Pujo JM, Kraiem H, Daniel P, et al. Work-related stress assessment in Emergency Departments: Are we missing something? *British Journal of Nursing*. 2021; 30:540-546

Liste des tableaux et des figures

Tableau I : Durée de séjour à l'UHCD.	21
Tableau II : Durée de séjour à l'UHCD - Critères SFMU.	21
Tableau III : Répartition du nombre d'admission en fonction de l'horaire de la journée.....	22
Tableau IV : Répartition des admissions en fonction des groupes SFMU.....	24
Tableau V : Distribution des scores de gravité CCMU.....	25
Tableau VI : Répartition des admissions en fonction de leurs provenances.....	26
Tableau VII : Liste des dix grands diagnostics retenus à l'UHCD.....	26
Tableau VIII : Modes et destination de sortie de l'UHCD.....	27
Tableau IX : Répartition des admissions en fonction de la catégorie MCO.	29
Tableau X : Services théoriques d'admission.	30
Tableau XI : Statistiques descriptives des patients décédés à l'UHCD.....	31
Tableau XII : Services de référence des patients décédés à l'UHCD.	31
Tableau XIII : Comparaison des patients décédés et des patients survivants.....	32
Figure 1 : Distribution des sexes.....	20
Figure 2 : Répartition des patients en fonction de l'âge.	20
Figure 3 : Répartition des admissions en fonction du mois et des années.	22
Figure 4 : Taux d'occupation en fonction de la semaine.....	23
Figure 5 : Taux d'occupation en fonction du mois.	23
Figure 6 : Distribution des admissions en fonction des groupes SFMU.....	24
Figure 7 : Distribution des admissions en fonction des scores CCMU.	25
Figure 8 : Diagramme de flux.	28
Figure 9 : Taux de mortalité en fonction du groupe CCMU	31

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers. Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM ET PRENOM : DEBELLE Aurélien

SUJET DE LA THSE : Evaluation de l'activité de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée des Urgences du Centre Hospitalier de Cayenne en 2018 et 2019

THESE : MEDECINE

Qualification :

Médecine Générale

Médecine Spécialisée

ANNEE : 2021

NUMERO D'IDENTIFICATION :

MOTS CLEFS : Urgences, Hospitalisations, Durée de séjour, Critère de gravité, Diagnostic, Taux d'occupation des lits, Cayenne, Guyane

Introduction :

En France, les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) sont, depuis 1991, définies comme faisant partie intégrante des services d'urgence.

Depuis 2001, des recommandations de bonne pratique ont été émises par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Malgré une définition précise, plusieurs études ont montré une utilisation non appropriée de cette unité.

L'objectif principal de cette étude est de vérifier si l'UHCD Du Centre Hospitalier de Cayenne est en adéquation avec les critères définis.

Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive de l'intégralité des Résumés d'Unité Médicale (RUM) de l'UHCD entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2019.

Les variables étudiées étaient l'âge et le sexe des patients, la durée moyenne de séjour, la classification SFMU des malades admis dans le secteur, leur gravité selon le score CCMU, le mode d'entrée et de sortie du service, les diagnostics présentés à l'entrée de l'UHCD ainsi que le temps d'occupation des lits de l'UHCD.

Résultats :

Au total, nous avons analysés 2859 RUM. L'âge moyen des patients est de 56 ans, la durée moyenne de séjour est de 63h et les patients restés plus de 24h représentent 62,1% des patients. La majorité des patients faisait partie du groupes 2 et 3 selon la classification SFMU et est essentiellement représenté par le groupe 2 du score de gravité CCMU. Le taux d'occupations des lits y est supérieur à 100% tous les mois des années d'étude.

Conclusion :

L'UHCD du CHC n'est conforme en aucun point aux réglementations précises de bonne pratique émises par la SFMU. Des mesures correctrices ciblées sont nécessaires pour une optimisation du fonctionnement de l'UHCD.

JURY :

Président : Professeur Hatem KALLEL

Jury : Professeur Félix DJOSSOU

Professeur Bertrand De TOFFOL

Docteur Jean Marc PUJO

Directeur : Docteur Rémi MUTRICY

ADRESSE DU CANDIDAT : 17 rue Niel Armstrong, 97300 Cayenne