

Guide de bonnes pratiques



Organisation et fonctionnement d'une unité d'hospitalisation de courte durée

ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF EMERGENCY DEPARTMENT OBSERVATION UNITS

2024

Commission RIS²Q

Risque, incident, sécurité, sureté, qualité

Société Française de Médecine d'urgence

Texte validé : comité RIS²Q (12/03/2024), par le conseil d'administration de la SFMU (17/09/2024)

Auteurs : Arrouy L, Caplette C, Chaybany B, Chevallier B, Dubart AE, Dubreucq E, Duchenne J, Houze-Cerfon CH, Juzan N, Lansiaux E, Lefort H, Paris F, Pizzut H, Radou L, Vaniet F, Zanker C

Auteurs pour correspondance : Laurence Arrouy, médecin urgentiste. Service des urgences de l'hôpital Ambroise Paré, 9 avenue Charles de Gaulle, 92100 Boulogne Billancourt. laurence.arrouy@aphp.fr

Organisateur : Société française de médecine d'urgence (SFMU)

Groupes de lecture, Conseil d'administration de la SFMU : Sandrine Charpentier (Présidente), Dominique Savary (Vice-Président), Catherine Pradeau, Patricia Jabre, Jean-Paul Fontaine, Anthony Chauvin, Tahar Chouihed, Florance Dumas, Olivier Mimoz, Yann Penverne, Patrick Ray, Nicolas Termoz Masson, Youri Yordanov

Liens d'intérêts des experts SFMU au cours des cinq années précédant la date de validation par le conseil d'administration de la SFMU :

Laurence Arrouy : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Catherine Caplette : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Bahram Chaybany : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Benjamin Chevallier : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Alain-Eric Dubart : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Evelyne Dubreucq Guerif : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Jonathan Duchenne : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Charles-Henri Houze-Cerfon : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Nicolas Juzan : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Edouard Lansiaux : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Hugues Lefort : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Frédéric Paris : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Hélène Pizzut : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Ludovic Radou : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Fabien Vaniet : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Caroline Zanker : pas de lien d'intérêt en rapport avec ce présent guide

Sommaire :

1. Introduction
2. Organisation de l'UHCD
 - a. Mission de l'UHCD
 - b. Critères d'admission et de non admission
 - c. Moyens structurels et matériels
 - d. Effectif soignant
 - e. Procédures internes ou règlement intérieur
3. Modalités de financement des UHCD
4. Evaluation
 - a. Les indicateurs
 - b. Certification
 - c. Cartographie des risques
5. Conclusion
6. Annexes

Auteurs : affiliations et coordonnées

Laurence Arrouy, médecin urgentiste. Service des urgences de l'hôpital Ambroise Paré, 9 avenue Charles de Gaulle, 92100 Boulogne Billancourt. laurence.arrouy@aphp.fr

Catherine Caplette, médecin urgentiste. Département de médecine d'urgence, centre hospitalier universitaire d'Angers, 4 rue Larrey, 49100 Angers. catherine.caplette@chu-angers.fr

Bahram Chaybany, médecin urgentiste. Samu 59, pôle de l'urgence du centre hospitalier universitaire de Lille, avenue Oscar Lambret 59037 Lille cedex. bahram.chaybany@chu-lille.fr

Benjamin Chevallier, médecin urgentiste. Samu de Paris, Smur de l'hôpital Necker-enfants malades, 149 rue de Sèvres, 75015 Paris. Structure des urgences du Groupe hospitalier Paris Saint Joseph, 185-189 rue Raymond Losserand, 75014 Paris. bchevallier@aphp.fr

Alain-Eric Dubart, médecin urgentiste. Pôle Urgences, groupement hospitalier territorial Artois, centre hospitalier de Béthune et de Lens, 1 rue Delbecque, 62400 Béthune. adubart@ch-bethune.fr

Evelyne Dubreucq Guerif, médecin urgentiste. Département de médecine d'urgence, Hôpital Tenon, 4 rue de la Chine, 75020 Paris. evelyne.dubreucq@aphp.fr

Jonathan Duchenne, médecin urgentiste. Département d'addictologie, de médecine d'urgence et de la coordination des prélèvements d'organes et de tissus, centre hospitalier Henri-Mondor, 50 avenue de la République, 15000 Aurillac. j.duchenne@ch-aurillac.fr

Charles-Henri Houze-Cerfon, médecin urgentiste. Pôle de médecine d'urgence, centre hospitalier universitaire, urgences-réanimation-médecines Purpan, place du Dr Joseph Baylac, 31059 Toulouse. Unité mixte de recherche éducation, formation, travail et savoirs, université Jean Jaurès, 5 allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse Cedex 9. houze-cerfon.ch@chu-toulouse.f

Nicolas Juzan, médecin urgentiste. Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, bureau médecine d'urgence, 1 place Jules Renard, 75017 Paris. nicolas.juzan@pompiersparis.fr

Edouard Lansiaux, interne en médecine d'urgence. Faculté de médecine Henri Warembourg, F-59045 Lille Cedex. edouard.lansiaux.etu@univ-lille.fr

Hugues Lefort, médecin urgentiste, Service de santé des armées. Structure des urgences et Smur de l'hôpital d'instruction des armées Laveran, 34 boulevard Laveran, 13013 Marseille. lefort.hugues@gmail.com

Frédéric Paris, médecin urgentiste. Pôle de médecine d'urgence, centre hospitalier universitaire Tours, avenue de la République, 37170 Chambray-lès-Tours. frederic.paris@univ-tours.fr

Hélène Pizzut, médecin urgentiste, Pôle Samu-urgences-réanimation du centre hospitalier de Montauban, 100 rue Léon Cladel, 82000 Montauban. h.pizzut@ch-montauban.fr

Ludovic Radou, cadre administratif . Samu 72, centre hospitalier Le Mans, 194 avenue Rubillard 72000 Le Mans. lradou@ch-lemans.fr

Fabien Vaniet, médecin urgentiste. Pôle urgences médecine nord, centre hospitalier universitaire de la Réunion site Félix Guyon, allée des Topazes CS 11021, 97400 Saint Denis de la Réunion. f.vaniet.samu974@chu-reunion.fr

Caroline Zanker, médecin urgentiste. Service des urgences de l'hôpital Européen Georges Pompidou, 20 rue Leblanc, 75015 Paris. caroline.zanker@aphp.fr

1. Introduction

Identifiée comme une unité fonctionnelle de l'hôpital, l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) fait partie intégrante de la structure des urgences (SU). C'est une unité d'observation, de surveillance et de mise en adéquation entre diagnostic, gravité et parcours de soins, située au sein d'un établissement de santé (ES). Elle est à concevoir comme une unité de soins à haute rentabilité diagnostique, thérapeutique et stratification du risque. Les recommandations de 2001 de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) avaient établi des critères concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation de ces unités d'hospitalisation [1] (**annexe 1**). L'augmentation de l'activité des services d'urgences, la diminution du capacitaire d'aval depuis 2001, ainsi que les évolutions des modalités de financement nous amènent à réévaluer ces recommandations.

2. Organisation de l'unité d'hospitalisation de courte durée

L'UHCD est un service d'hospitalisation original, à l'interface entre le flux des SU et l'ensemble des services d'hospitalisation des ES. Il est nécessaire de distinguer les UHCD des unités d'aval des urgences (UAU), ayant parfois d'autres dénominations (unité post urgences médicales, polyvalentes et gériatriques, etc.). Le **tableau 1** permet de différencier les deux entités selon l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) [2].

a. Missions de l'unité d'hospitalisation de courte durée

En 2001, l'esprit initial du décret était l'optimisation du parcours patient, considérant l'UHCD comme une unité d'observation à des fins d'optimisation diagnostic et du parcours de soins sans être pour autant une zone tampon. L'UHCD est un facteur indéniable d'efficacité du parcours aigu des patients, particulièrement pour la gestion des flux et des capacités d'aval de l'ES et de ses partenaires (autres ES et ambulatoire). Il est primordial de formaliser le passage des équipes mobiles (gériatrie, palliatif, hospitalisation à domicile, plaies et cicatrisation, psychiatrie, addictologie, etc.). Il était indiqué de créer une cellule de gestion des lits présente lors des transmissions du matin, voire de la relève de fin de journée.

Les missions de l'UHCD sont de :

- Poursuivre la démarche diagnostique pour l'indication d'hospitalisation
- Nécessité de surveillance et de soins hospitaliers de courte durée (moins de 24 heures)
- Fluidifier le parcours des patients qui ont recours aux urgences
- Sécuriser la prise en charge et la qualité des soins
- Diminuer les hospitalisations conventionnelles

Tableau 1. Différences entre les unités d’hospitalisation de courte durée (UHCD) et les unités d’aval des urgences (UAU) selon l’Agence nationale d’appui à la performance [2].

	UHCD	UAU
Durée estimée du séjour	Durée estimée ≤ 24 heures	36 heures ≤ durée estimée ≤ 5 jours. Deux types de fonctionnement envisageables : - ≤ 48 heures : affiner les diagnostics, orienter les patients dans les services de spécialité sans consommer les lits d’UHCD ; - entre 3 à 5 jours + retour à domicile, sans passage dans un service d’hospitalisation. Prise en charge pluridisciplinaire globale proposée. Objectif : favoriser un retour au lieu de vie habituel.
Age du patient	Les enfants peuvent être orienté (stratégie locale) vers : - UHCD ; - UHCD pédiatrique ; - Service de pédiatrie	≥ 15 ans L’orientation de l’UAU peut être polyvalente ou gériatrique. Certaines UAU polyvalentes peuvent comporter des lits gériatriques.
Critères d’admission	Définis par les textes législatifs : Surveillance, actes et examens à réaliser dans les 24h après l’admission du patient	Définis dans la charte de l’UAU Exemples : patients en provenance du SAU ne relevant pas d’une admission immédiate dans un service de spécialité, patient sans diagnostic précis nécessitant un bilan hospitalier (non programmable en HDJ), hospitalisations possibles en entrées directes sans passage par le SAU

b. Critères d’admission et de non admission

Il existe deux motifs d’admission en UHCD :

- Surveillance de moins de 24 heures d’un patient devant, a priori, rentrer à son domicile dans ce délai. Ce groupe concerne les patients pour lesquels un diagnostic a été posé, un traitement initié et laisse supposer qu’après une période de surveillance, l’évolution sera satisfaisante, autorisant une sortie de l’hôpital. Nous proposons en **annexe 2** une liste non exhaustive des pathologies correspondantes.
- La poursuite d’un parcours pour diagnostic incertain après passage à la SU, d’une période d’observation très certainement de moins de 24 heures afin de pouvoir décider de son orientation : retour à domicile ou du lieu de poursuite d’un parcours hospitalier. Il s’agit ainsi des patients pour lesquels les données cliniques et paracliniques initiales ne permettent pas de poser un diagnostic et nécessite des examens complémentaires ou une surveillance pour décider de l’orientation.
Exemples de diagnostic incertain hospitalisés en UHCD : les douleurs thoraciques sans critères de SCA à très haut risque coronarien, les douleurs abdominales stables sans diagnostic après évaluation initiale, les intoxications médicamenteuses en surveillance et en attente d’avis psychiatrique.

Il existe plusieurs critères de non admission en UHCD:

- Pathologie clairement identifiée (y compris en cas de démarche palliative) et relevant à l'évidence et dès l'accueil d'un service d'hospitalisation conventionnelle
- Patients graves relevant d'un service de soins critiques
- Patients déjà hospitalisés dans un ES, que ce soit un ES extérieur ou un ES hébergeant l'UHCD, tant l'UHCD n'est pas le lieu d'accueil des urgences intra-hospitalières ou des patients hospitalisés devenus instables
- Les patients sortants du bloc opératoire après une intervention chirurgicale, l'UHCD n'étant pas non plus une salle de réveil

Les examens complémentaires réalisés en l'UHCD sont traités avec la même dynamique que les demandes du SU. Pour tout patient mineur en UHCD adulte, et selon les termes des articles R.6123-32-7 et D.6124-22 du CSP [3], des procédures d'accueil spécifiques doivent être rédigées (chambre seule, présence des parents, etc.) sur site, par protocole ou par convention, en accord avec un service de pédiatrie de référence. A défaut cette situation doit relever de l'exceptionnel et justifier d'une décision pluridisciplinaire.

c. Moyens structurels et matériels

L'UHCD doit être architecturalement séparée du SU, idéalement contiguë. Le dimensionnement préconisé en 2001 de trois à cinq lits pour 10 000 passages pour les SU est une base de réflexion à adapter à la typologie des patients accueillis. Il est souhaitable que l'UHCD dispose de chambres individuelles équipées de sanitaires (douches et toilettes), de l'accès aux fluides médicaux (oxygène, air, vide) et d'un système d'appel infirmier. Ces chambres individuelles permettent la gestion du risque infectieux, de la mixité, de la promiscuité (différences d'âge, contexte neuropsychique difficile) dans des structures à rotation rapide. Un chariot d'urgences contenant le matériel nécessaire à tout geste d'urgence vitale doit être disponible au sein de l'UHCD. La surface des chambres doit permettre d'accéder de chaque côté du lit pour entreprendre des gestes d'urgence vitale.

La liste du matériel n'est pas exhaustive et doit être dimensionnée en fonction de la typologie des malades. Il peut notamment y avoir un scope pour une surveillance monitorée de quelques heures (ex douleur thoracique, ou surveillance post réaction allergique). Nous rappelons que l'UHCD n'est pas une unité de soins critiques et ne doit pas accueillir les malades relevant d'une USIP (Unité de Soins Intensifs Polyvalents).

d. Effectif soignant

L'effectif paramédical doit comporter au minimum un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) et une aide-soignante (AS) identifiés 24 heures sur 24. Les effectifs optimaux sont définis et calculés en fonction de l'activité et de la charge de travail.

Compte tenu du turn over des patients , il semble adapté de préconiser un binome IDE/AS pour 6 à 10 patients.

Il est recommandé que l'ensemble du personnel du service des urgences assure à tour de rôle cette fonction. En tant qu'unité fonctionnelle, un temps cadre de santé doit être spécifiquement affecté à l'UHCD ainsi que du personnel dédié au parcours de soins (coordinateur de sortie, infirmier en pratique avancé , etc.). Si l'UHCD ne comporte que quelques lits (< 10 lits), le temps cadre de sante peut être mutualisé avec du temps cadre au SU.

Du temps d'assistante sociale doit être dédié pour la prise en charge des patients de l'UHCD. Le nombre de médecins dédiés sera défini selon le nombre de lits et l'activité.

Afin d'assurer une permanence 24 heures sur 24 auprès des patients hospitalisés, en dehors des horaires de présence du médecin dédié, le médecin senior responsable de l'accueil des urgences doit être le médecin référent de l'UHCD. Un protocole doit être établi pour répondre à toute situation d'urgences vitales la nuit à l'UHCD.

L'effectif du personnel médical et non médical de l'UHCD doit être fixe durant l'ensemble de la permanence des soins et ne pas être une variable d'ajustement pour les urgences.

La place des accompagnants des patients ayant des besoins spécifiques est facilitée : les patients en fin de vie, en perte d'autonomie, enfant mineur ou de patient ayant une fragilité importante, les visites seront autorisées 24H/24. En dehors de ces situations, les organisations sont définies en équipe au regard des contraintes architecturales propres à chaque service. Elles peuvent être adaptées à la fréquentation du service.

Procédures internes ou règlement intérieur

Il est recommandé d'établir un règlement intérieur (**annexe 3**) ou un livret de procédures internes à l'UHCD détaillant les modalités, notamment dans le cadre de l'article D.6124-23 (CSP) :

- Des transmissions médicales et paramédicales entre la SU et l'UHCD, dont les transmissions croisées ;
- D'admission dans le parcours surveillance de moins de 24 heures et le parcours diagnostic;
- De surveillance et des critères d'alerte nécessitant l'appel du médecin ;
- D'intervention des spécialistes, notamment pour les prescriptions et l'orientation ;
- Des conditions de sorties : évaluation du besoin de prévenir le service social, l'entourage et aides prévenus, médecin traitant informé, vérifier la bonne compliance au traitement ;
- D'hospitalisation sur site avec une *check list*

- De sortie avec une *check list* (compte rendu urgence et UHCD, examen complémentaire, ordonnance, lettre aux correspondants) ;
- De transfert avec une *check list* (dossier médical, dossier infirmier, résultats des examens complémentaires avec biologie, radio, CD, fiche de liaison précisant les soins infirmiers et traitements en cours, photocopie du dossier transfusionnel) ;
- Des visites de l'entourage;
- Des prises en charge particulières, selon protocoles de service ou d'établissement : douleur, personnes âgées, patients consultants pour motifs psychiatriques, mineurs, surveillance de contention ;

3. Modalités de financement des UHCD

Les principes de la réforme du financement des urgences actés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2020 (article 36) [4] sont :

- Une dotation populationnelle, répartie entre les régions en tenant compte des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins au sein de chaque région
- Des facturations à l'activité tenant compte de l'intensité de la prise en charge
- Une dotation complémentaire pour les établissements qui satisfont à des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge

Cette réforme du financement des urgences a été mise en place en janvier 2022 : elle valorise les actes aux urgences sous la forme de forfaits visant à être plus représentatifs de la charge en soins que la valorisation à l'acte antérieure (âges, radiologie, CCMU, biologie, avis spécialisés, arrivées couchées).

Le financement sera désormais couvert par la dotation populationnelle en grande partie ajouté aux actes largement forfaitisés.

De plus, ce nouveau modèle de financement des urgences prévoit qu'une partie du financement actuel des séjours mono-RUM en UHCD soit désormais portée au sein de la dotation populationnelle.

Cette disposition se traduit par la création de GHS (groupe homogène de séjours) dédiés, à partir de mars 2021, pour chacune des racines de GHM (groupe homogène de malade) dès lors que le séjour remplit les conditions suivantes : l'ensemble des unités médicales relève de l'UHCD avec un mode d'entrée du domicile et de sortie vers le domicile.

Que le patient reste une ou plusieurs nuits à l'UHCD, la facturation est la même en ne prenant en compte que le diagnostic principal . Dans le cas d'une mutation vers un service MCO de la même entité géographique, les règles générales de production des résumés de sortie standardisés (RSS) s'appliquent : il s'agit d'un même séjour hospitalier, avec passage dans plusieurs unités médicales (multi RUM) [5]. Un RSS unique doit être produit et un seul GHS facturé. Lorsqu'en revanche, la prise en charge en UHCD est suivie d'un transfert du patient

vers une unité MCO relevant d'une autre entité géographique, le passage en UHCD donne bien lieu à facturation d'un GHS, sous réserve du respect des trois conditions cumulatives.

Ces nouveautés sont essentiellement portées par quatre arrêtés :

- L'arrêté du 5 mars 2021 [6] modifiant l'arrêté du 19 février 2015 [5] modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- L'arrêté du 6 Avril 2021 modifiant l'arrêté du 30 mars 2021 fixant pour l'année 2021 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale.
- L'arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgence prévu à l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale.
- L'Arrêté du 2 avril 2024 modifiant l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement

La base de fonctionnement des conditions de facturation était l'état de santé du patient admis au sein d'une UHCD devant répondre aux caractéristiques cumulatives suivantes [7] :

- Un caractère instable, ou que le diagnostic reste incertain
- Nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation
- Nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques

En pratique, 3 situations :

- Si le patient est, suite à son hospitalisation à l'UHCD, transféré dans un service MCO (médecine chirurgie obstétrique) du même établissement : la valorisation de l'ensemble du RUM du séjour (RUM UHCD + RUM services de spécialités) est regroupée dans un GHS unique. Une quote-part de cette valorisation est attribuable au service des urgences dans les conditions fixées au sein de chaque établissement (prorata temporis, prorata charges engagées, etc.).
- Si le patient est, suite à son hospitalisation à l'UHCD, transféré dans un service MCO d'un autre établissement : le séjour est valorisé par un GHS spécifique aux UHCD.
- Si le patient est hospitalisé uniquement en UHCD (mono-RUM UHCD) : le séjour est valorisé par un GHS spécifique aux UHCD. Ce tarif est unique quelle que soit la durée de séjour du patient au sein de l'UHCD. Dans le cadre de la réforme du financement des

urgences, le tarif des GHS mono-RUM (résumé d'unité médicale) UHCD a fait l'objet d'une décote de 50% (25% en 2021 et 25% en 2022), soit environ 375 euros.

Le tableau 2 résume ces modalités de financement du passage d'un patient au sein d'un service d'accueil des urgences, de son UHCD et en fonction de sa destination. Elle impose une réflexion profonde avec la direction de l'ES et le département d'information médicale, pour être aussi vertueuse et efficiente que possible, et privilégier un accueil physique en UHCD. Elle doit trouver un équilibre entre justes prescriptions et remboursements, accumulation des actes et forfaits mono-RUM, soulagements administratifs pour les soignants, etc.

Tableau 2. Modalités du financement d'un parcours aigu au sein d'une structure des urgences et en fonction de sa destination.

Service d'accueil des urgences	UHCD	Hospitalisation	Destination
Passage facturé sur dotation populationnelle / actes-forfaits / qualité			<i>Domicile</i>
Séjour entier facturé forfait mono-RUM			<i>Domicile</i>
Séjour entier facturé forfait mono-RUM			<i>MCO externe (autre établissement de santé)</i>
Quote-part du séjour pour l'UHCD, le reste pour les lits MCO			<i>MCO interne</i>
		Forfait + lits MCO	Admission directe MCO interne

Concernant la dotation complémentaire qualité, l'arrêté du 2 avril 2024 introduit 2 nouveaux indicateurs : la durée de passage dans la structure des urgences autorisée des patients d'au moins 75 ans hospitalisés et la part de patients d'au moins 75 ans hospitalisés depuis la structure des urgences et qui fait l'objet, en amont de son hospitalisation, d'une prise en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée. L'indicateur mesure le niveau d'utilisation de l'UHCD pour les patients de 75 ans hospitalisés et rémunère l'ES si cette part est inférieure un pourcentage fixé.

Evaluation

a. Les indicateurs

Il existe des indicateurs quantitatifs (**annexes 4 et 5**) et qualitatifs.

Pour les indicateurs quantitatifs, il est recommandé qu'ils soient disponibles, au minimum chaque année, idéalement en continu (journalier par tableaux de bord automatique), pour évaluer le fonctionnement de l'UHCD et plus globalement de la SU. Il est nécessaire de définir pour chaque ES des seuils et des alertes pour chaque item pour réévaluer les modalités de fonctionnement de l'UHCD :

- Nombre de patients admis absolu et relatif (%) des passages aux urgences ;
- Durée moyenne de séjour réelle, exprimée en heures ;
- Nombre, pourcentage de patients ayant dépassé les 24 heures de présence ;
- Taux d'occupation de l'UHCD (un TOC trop élevé est corrélé à la présence de patients brancards) ;
- Nombres de patients rentrés à domicile ;
- Sorties contre avis médical ;
- Fugues ;
- Hospitalisations dans l'établissement (en précisant l'unité d'aval), transferts (séparés en « par absence de service de la spécialité dans l'établissement », « à la demande du patient », « par manque de place dans l'établissement »). Un pourcentage trop élevé de patients hospitalisé dans l'ES (à définir par ES) implique un défaut d'aval dans l'ES.
- Pourcentage de patients de plus de 75 ans hospitalisés dans l'ES au décours de l'UHCD (dotation coimplémentaire qualité)
- Nombre de patients décédés (décès attendus et non attendus) ;
- Nombre et pourcentage des différents diagnostics admis à l'UHCD ;
- Le nombre et le pourcentage des admissions en réanimation à partir de l'UHCD doit de plus être identifié. S'il est élevé, il doit induire une réévaluation des critères d'admission en UHCD ou au minimum une vérification du respect de ces critères.

En plus de ces indicateurs quantitatifs et qualitatifs, l'évaluation de l'UHCD passe par l'analyse des différentes étapes du parcours patient, par exemple par une procédure d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) régulières et comparative avant-après chaque plan d'action :

- Accueil administratif et admission
- Documents de liaison
- Modalités d'accueil au service des urgences
- Locaux
- Délai d'attente
- Place de l'aidant si besoin
- Adaptation de l'environnement et du matériel
- Projet de soin personnalisé
- Information du patient et droits du patient
- Respect de l'intimité et de la dignité du patient
- Actions d'éducation thérapeutique
- Demandes d'examens complémentaires
- Préparation de la sortie
- Evolution du taux d'occupation de l'UHCD

b. Certification

La certification est une procédure confiée à la Haute autorité de santé (HAS) par les ordonnances de 1996 [8]. Elle a pour objectif d'évaluer le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés au patient par les établissements de santé publics ou privés. Le référentiel de certification de l'HAS, révisé en 2024 [9] comporte quinze objectifs répartis en trois chapitres : le patient, les équipes de soins, l'établissement et sa gouvernance. Les experts visiteurs de l'HAS durant la visite de certification s'appuient sur cinq méthodes d'évaluation : le patient traceur, le parcours traceur, le traceur ciblé, l'audit système, l'observation. Parmi tous les indicateurs référencés par l'HAS, les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) sont un marqueur de la dynamique d'amélioration des établissements de santé. Lors de la visite de certification, les experts HAS analyseront les indicateurs qualitatifs et quantitatifs.

c. Cartographie des risques

Chaque SU doit avoir établi sa cartographie des risques ainsi que celle de son UHCD et mis en place des groupes de travail sur les risques identifiés.

Les outils et méthodes aidant à l'identification, la réflexion, la rédaction et la mise en œuvre d'un plan d'action, sa valorisation et ses effets en termes d'impact opérationnel sont nombreux [10-13] : manuel de certification, Agence nationale pour l'appui à la performance, méthode Alarm, Orion, etc.

Le plan de toute action de gestion des risques peut être découpé en trois parties : identifier les risques, planifier la prévention, évaluer les performances (s'assurer que les risques identifiés sont bien maîtrisés (EPP, audits, enquêtes).

Si les critères d'admission et de sécurité HAS sont respectés, les patients hospitalisés en UHCD peuvent présenter des risques particuliers liés :

- Au patient : selon leur profil (patient psychiatrique avec risque suicidaire), la diversité des âges et des pathologies (traumatologie, oncologie,...), l'incertitude diagnostique, ...
- A l'individu : la multiplicité des intervenants médicaux et paramédicaux,...
- A l'organisation : L'horaire d'admission, turn-over des patients, la durée de séjour,...

La position de l'UHCD est singulière. Ce service se situe au centre des parcours aigus des patients entrant dans l'ES. Beaucoup d'évènements indésirables ayant lieu au sein de l'UHCD peuvent avoir un potentiel retentissement sur l'ES à court et moyen termes. Leur déclaration doit pouvoir être simple et rapide à capter dans l'instant. Elle est ensuite saisie dans un logiciel dédié, au calme et avec l'aide d'un personnel référent et formé du service afin de limiter les biais de déclaration, particulièrement émotionnels. Le traitement des EI est coordonné par le service qualité de l'ES avec la participation des différents interlocuteurs, des chefs de service et cadres et un retour informatif sur les conséquences opérationnelles. La démarche qualité et sécurité des soins est l'une des trois obligations triennales du développement professionnel continu, comme défini depuis 2016 par les articles L4021-1 à L4022-11 du CSP.

4. Conclusion

L'UHCD a un rôle primordial dans la gestion des flux des patients de nos SU en relais du parcours de soins aigus. Elle doit être dédiée aux patients dont le diagnostic est incertain ou nécessitant une hospitalisation d'une durée inférieure à 24 heures. Elle n'est ni une unité de surveillance continue, ni une unité d'hébergement pour les patients en attente de place disponible dans l'ES de l'UHCD. Elle permet l'intervention d'équipes mobiles, d'autres spécialistes ou d'acteurs de soins non médicaux tels les assistants sociaux. L'UHCD peut aider à l'articulation des dispositifs de sortie en renforçant le lien entre la ville et l'hôpital.

Ce guide de bonnes pratiques montre la place centrale d'une telle unité pour les soins et les parcours de nos patients aigus, tout en nous rappelant de mettre en perspective son usage avec de nouvelles modalités de financement. Ces bonnes pratiques sont aussi importantes face aux défis qui s'imposent à la permanence des soins en France. Elles encouragent le recours à des opportunités d'hospitalisation innovantes, telles les unités d'aval des urgences ou l'admission directe dans un service sans avoir recours à une SU.

5. Annexes

Annexe 1. Etat des lieux

a. Contexte et textes réglementaires

Les UHCD sont définies administrativement en France comme faisant partie intégrante des SU depuis 1991 [14]. Dans les recommandations de la SFMU de 2001, l'UHCD était définie comme une unité d'hospitalisation non conventionnelle et de surveillance avec quatre groupes de patients. Quatre critères d'admission ou non à l'UHCD ont été appliqués :

- Groupe 1 : retour à domicile prévu dans les 24 heures ;
- Groupe 2 : mise en observation avant orientation ;
- Groupe 3 : en attente de lit d'hospitalisation conventionnelle disponible ;
- Groupe 4 : admission pour valorisation d'activité.

De plus le décret de 2006 [3;15] du Code de santé publique (CSP), confirmé par celui de 2023, définit l'organisation des structures des urgences qui doivent notamment disposer :

1. D'une salle d'accueil préservant la confidentialité ;
2. D'un espace d'examen et de soins ;
3. D'au moins une salle d'accueil des urgences vitales (Sauv) comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate ;
4. D'une UHCD d'au moins deux lits, à la capacité adaptée à l'activité de la SU.

Lorsque l'analyse de l'activité des urgences fait apparaître un nombre important de passages d'enfants ou de patients nécessitant des soins psychiatriques, l'organisation de la prise en charge au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée est adaptée à ces patients.

b. Évolution

Depuis 2001, dans un contexte de modification de l'offre de soins et de vieillissement de la population, le nombre de passages aux urgences a doublé augmentant mécaniquement le nombre de patients à admettre en observation. En parallèle, le développement de nouvelles technologies notamment d'imagerie et de tests biologiques a impacté les services d'urgences avec des prises en charge allant de plus en plus loin dans la recherche d'un diagnostic. Dans ce contexte, le nombre d'hospitalisations en UHCD n'a fait qu'augmenter. Rapidement, les SU se sont trouvées surchargées avec des patients hospitalisés sur des brancards dans les couloirs faute de lits disponibles dans les établissements de santé. La littérature décrit bien la saturation des services d'urgences Nord-Américains depuis les années 1980 et européens depuis les années 2000 [16]. Progressivement, les SU ont dû assumer des missions qui sont normalement dévolus à d'autres services d'aval :

- Hospitalisation de plus de 24 heures ;
- Patients en attente d'hospitalisation en psychiatrie ;
- Surveillance scopée ;
- Ventilation non invasive (VNI), optiflow ;
- Soins palliatifs ;
- Surveillance post-opératoire.

La présence de ces patients brancards désorganise les soins et pose la question de la qualité des soins. La littérature montre une perte de chances pour ces patients qui ne sont pas hospitalisés au bon endroit [17].

De même, pour les patients restant en « hébergement » en UHCD plusieurs jours faute de place dans le service adaptée à leur pathologie, il en découle une augmentation de la durée totale de leur séjour .

Ces éléments ont rendu difficile la gestion administrative et financière des UHCD avec une adaptation des établissements de santé compliquant notamment l'interprétation des indicateurs.

c. Panorama des UHCD

Le concept d'unité d'observation est apparu dans les années 60-70, suite au développement des services d'urgences. Dans les années 1990, ont été créées en Angleterre des unités nommées *Clinical Decision Unit* afin d'y hospitaliser directement des patients nécessitant une prise en charge comprise entre six et 24 heures : comme une douleur thoracique, une crise convulsive ou un traumatisme crânien. Les premières unités ont été développées sur le modèle d'unités douleur thoracique permettant de faire sortir des patients à faible risque de syndrome coronarien aigu tout en évitant des hospitalisations inutiles [18].

Dès 2003, une revue de la littérature réalisée par Cooke, et al. au Royaume-Uni montraient que ces unités prouvaient leur efficacité que ce soit en termes de prise en charge, de sécurité des soins, de diminution de la durée de passage et d'hospitalisation et d'amélioration de la satisfaction du patient [19]. La pertinence de ces unités était l'accès à un *staff* seniorisé (le nombre de staff n'ayant pas été étudié dans la littérature), un diagnostic rapide, l'absence de « mélange » (*mix*) avec des patients nécessitant une hospitalisation plus longue, l'accès à des consultations spécialisées et une culture d'organisation de retour à domicile rapide.

Entre 2003 et 2007, le nombre d'unités a augmenté de 19% à 36% dans les hôpitaux aux Etats-Unis, dont plus de la moitié gérées par des urgentistes. Ces mêmes unités ont vu le jour et ont été développées dans la même période au Canada, Grande Bretagne, à travers l'Europe, en Australie, Inde, Chine, Singapour et Amérique du Sud [20]. En 2008 au Canada, pour faire face à la surcharge des services d'urgences, a été développé un projet pilote avec l'implantation d'unités de décision clinique évaluées en 2012 par Shull, et al. sans montrer de réels bénéfices aussi bien sur les délais d'attente, les taux d'admission ou de re consultation en SU [21]. Par

la suite, Ross, et al. ont défini en 2013 quatre sous-groupes d'unités avec une supériorité pour les unités rattachées au service des urgences et gérées par des médecins urgentistes [11]. Ils montraient le bénéfice de ces unités aux États-Unis que ce soit des *Emergency Department Observation Units*, des *Emergency Department Observation Services* ou unité de décision clinique. Elles diminuent la surcharge des services d'urgences, améliorent la prise en charge des patients et diminuent les hospitalisations évitables. Très tôt, la distinction s'est faite avec les unités d'hospitalisations traditionnelles et les unités de soins continus. Les patients ont une typologie bien précise et définie, hospitalisés pour une évaluation diagnostique ou initier un traitement et pour les situations psycho-sociales aiguës, avec des procédures définies. Concernant la durée moyenne de séjour (DMS), elle était en moyenne de moins de 15 heures et le taux de retour à domicile variait de 70 à 80%. Les patients devant rester plus de 24 heures n'étaient pas appropriés pour ces unités [16;20].

De plus, ces unités apportent un bénéfice non seulement pour le patient mais ont également un impact financier aux États-Unis et au Royaume-Uni avec une meilleure utilisation des ressources pour le patient et l'hôpital par rapport à une hospitalisation classique [18;19;23]. En 2018, une revue de la littérature montrait également dans une région de l'Italie un bénéfice de ces unités d'observation que ce soit en termes de bénéfice pour le patient et de coût dans un contexte de réduction de lits à l'hôpital [24].

d. Saturation des urgences et mortalité

Depuis le début du siècle, de nombreuses publications internationales, principalement anglo-saxonnes (Australie, États-Unis, France, Canada), ont permis d'objectiver une association entre saturation aux urgences et mortalité des patients ayant séjournés plus longtemps aux urgences [25;26]. En 2017, Van Galen, et al. faisaient une revue de littérature aux Pays-Bas [27]. Il montrait que ces unités réduisaient le nombre d'admissions au sein de l'ES, la mortalité des patients, la durée de séjour des patients hospitalisés et le pourcentage de réadmissions. Plus récemment Thibon, et al. [28] et Oberlin, et al. [29], au travers d'une revue de la littérature, montraient une augmentation de la mortalité lorsque les délais d'attente en SU étaient supérieurs à six heures au Canada (RR = 1,8), aux États-Unis aussi avec une augmentation de la mortalité de 2% (si délai de moins de deux heures) à 4% lorsque ce délai était supérieur à 12 heures avec par ailleurs un allongement de la durée d'hospitalisation. En Australie, les auteurs rapportaient un RR de 1,3 pour la mortalité à 10 jours [30]. Les conséquences pouvaient même aller jusqu'à augmenter le délai de revascularisation des infarctus du myocarde. Il était par ailleurs retrouvé une surmortalité parmi les patients restant aux urgences faute de place dans un service (7,8 vs 6,3 % ; $p < 0,05$) et une durée d'hospitalisation plus longue (7,6 jours [4,7–12,0] vs 7,1 jours [4,3–11,5] ; $p < 0,01$) [28].

En 2022, Jones, et al. ont publié une étude rétrospective réalisée entre 2016 et 2018 [31]. Au-delà de cinq heures d'attente, l'augmentation était linéaire au regard du risque de mortalité. Le risque de décès était 8 % plus élevé chez les patients ayant attendu six à huit heures que

chez ceux ayant attendu moins de six heures - soit un décès supplémentaire tous les 82 patients - et de 10 % plus élevé chez ceux qui avaient attendu entre huit et douze heures. La revue de Lam et al reprend de nouveau la plupart de ces éléments et résume l'intérêt des unités d'observations au sein d'une SU [32]. Elles sont reconnues comme étant bénéfiques pour les patients, les soignants et les établissements de santé.

Annexe 2. Exemple de pathologies concernées pour une surveillance au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée

- Les traumatismes crâniens ;
- Les réactions allergiques (type œdème de Quincke) ayant répondu au traitement ;
- Les asthmes modérés améliorés ;
- Les accès palustres sans atteinte neurologique ;
- Les hyperglycémies sans acidose ;
- Les convulsions non compliquées ;
- Les crises d'angoisse ;
- Les infections sans signes de gravité (pyélonéphrites, pneumopathies, etc.) ;
- Intoxication alcoolique aiguë ne relevant pas d'un certificat de non admission ;
- Colique néphrétique ;
- Accident ischémique transitoire ;
- Hépatites sans signe de gravité ;
- Décompensations cardiaques chez patients connus et suivi pour leur insuffisance cardiaque ;
- Complications iatrogéniques sans élément de gravité nécessitant une hospitalisation en service spécialisé.

Annexe 3. Exemple de sommaire de règlement intérieur.

Mots-clés

1. Objet
2. Domaine d'application
3. Définition et abréviations
4. Documents de référence
5. Documents associés
6. Description des étapes
 - 6.1. Généralités
 - 6.1.1. Architecture
 - 6.1.2. Missions
 - 6.2. Organisation des flux patients
 - 6.2.1. Gestion des flux
 - 6.2.2. Les types de situation d'urgence
 - 6.3. Personnels du service des urgences
 - 6.3.1. Le chef de service
 - 6.3.2. Les médecins urgentistes et les praticiens
 - 6.3.3. Le personnel paramédical d'encadrement
 - 6.3.4. Equipe paramédicale et médico-technique
 - 6.4. Organisation du parcours des soins du patient
 - 6.4.1. Prise en charge médico-administrative
 - 6.4.2. Prise en compte par l'IOA
 - 6.4.3. Soins par les IDE et aides-soignants en box et déchocage
 - 6.4.4. Soins au sein de l'UHCD
 - 6.4.5. Soins médicaux. Cadre général
 - 6.4.6. Soins de mineurs
 - 6.4.7. Soins par l'équipe d'urgence vitale interne
 - 6.4.8. Sortie des urgences et de l'UHCD
 - 6.5. Organisation des ressources humaines
 - 6.5.1. Organisation de la permanence médicale
 - 6.5.2. Organisation de la continuité des soins
 - 6.5.3. Le travail d'équipe
 - 6.5.4. Activités non cliniques
 - 6.5.5. Gestion du dossier du patient
 - 6.5.6. Obligations des personnels
 - 6.5.7. Congés et absences
 - 6.5.8. Accident d'exposition au sang
 - 6.5.9. Horaire du personnel
 - 6.5.10. Tenue des personnels
 - 6.6. Management

- 6.6.1. La responsabilité des personnes
- 6.6.2. Références d'actions de l'équipe soignante
- 6.6.3. Recueil d'activité
- 6.6.4. Gestion des risques
- 6.6.5. Protocoles
- 6.6.6. Formation continue
- 6.6.7. Gestion des compétences
- 6.6.8. Evaluation de la qualité
- 6.6.9. Bien être et cohésion
- 6.6.10. Sécurité informatique
- 6.6.11. Sûreté et violences hospitalières
- 6.7. Gestion de crise
- 6.8. Communication
 - 6.8.1. Diffusion de l'information
 - 6.8.2. Conseils de service et réunions de service
 - 6.8.3. Validation du règlement

Annexe 4. Critères qualitatifs d'évaluation de l'organisation de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

1	Il existe une UHCD. Elle fait partie du service d'urgence dont elle constitue une Unité Fonctionnelle.
2	L'UHCD est sous la responsabilité du chef de service des urgences. Il peut la déléguer à un praticien hospitalier des urgences.
3	Le règlement intérieur de la structure des urgences précise les missions et les objectifs de l'UHCD. <i>Ces missions sont adaptées au mode de fonctionnement, à l'environnement et aux contraintes architecturales et fonctionnelles.</i>
4	Il existe une rotation du personnel entre UHCD et Accueil.
5	La DMS moyenne est inférieure à 24H.
6	La durée de séjour en UHCD n'excède pas deux nuits consécutives ou 36 heures.
7	La DMS est comptabilisée en heures.
8	Il existe une procédure écrite décrivant la nature des patients à y hospitaliser.
9	Il existe un tableau de bord d'activité de l'UHCD conforme aux recommandations de la SFMU.
10	Il existe un codage diagnostique des malades hospitalisés à l'UHCD conforme aux recommandations de la SFMU.
11	Le dossier infirmier de l'UHCD fait partie intégrante du dossier médical.
12	Il existe un compte rendu d'hospitalisation pour chaque malade hospitalisé en UHCD.
13	Le compte rendu d'un malade sortant est envoyé au médecin traitant le jour de sa sortie ou est remis au malade.
14	Il existe des procédures spécifiques d'évaluation de la qualité des soins à l'UHCD.
15	Il existe une procédure écrite concernant les modalités de transfert/mutation à partir de l'UHCD vers les autres services.
16	Les malades hospitalisés à l'UHCD donnent lieu à l'établissement d'un mono-RUM.
17	Il existe une fiche de transfert/mutation remplie pour chaque malade transféré ou muté.
18	Le personnel paramédical en charge de l'UHCD est déchargé de l'activité d'Accueil ou de toute autre tâche.
19	Le personnel médical de l'UHCD est déchargé de l'activité d'Accueil aux heures ouvrables.

Annexe 5. Critères qualitatifs d'évaluation des locaux de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

1	L'UHCD comporte des chambres. <i>Il s'agit de chambres, insonorisées, à un lit, avec sanitaire, équipées de fluides médicaux et de systèmes d'appel.</i>
2	L'unité comporte un poste infirmier de surveillance et les locaux utilitaires habituels nécessaires aux soins et à l'hospitalisation (sanitaires, office, rangement, vidoirs).
3	L'UHCD est équipée d'un chariot de réanimation d'urgence.
4	Il existe un lieu isolé pour l'entretien avec les familles.
6	L'UHCD comporte 3 à 5 lits par 10 000 passages pour une structure des urgences.
7	Chaque chambre est équipée de fluides (air, oxygène, vide) et d'appel malade.
8	Il existe un équipement de monitoring non invasif (pression artérielle, SpO ₂ , fréquence cardiaque).
9	La superficie de chaque chambre permet les gestes d'urgence.
11	Il existe une salle d'accueil pour les familles.
12	Il existe un bureau médical.
13	Il existe une salle de détente et sanitaire pour le personnel.
15	L'UHCD doit être distincte architecturalement mais contiguë à l'accueil des urgences.

Références

1. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. JEUR 2001;14:144-52.
2. Agence national d'appui à la performance. Dernier accès le 12 mars 2024 : <https://anap.fr/s/article/urgences-publication-1910?language=fr>
3. Code de santé publique. Article D6124-22 Version en vigueur depuis le 23 mai 2006, modifié par Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 - art. 1.
4. Assemblée Nationale française. Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2020. Publié le 30 septembre 2019. 40p. République Française. Circulaire N°DH.4B/D.G.S. 3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.
5. République Française. Arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
6. République Française. Instruction N°DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
7. République Française. Instruction N°DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée.
8. République Française. Ordonnance N°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
9. Haute autorité de santé. Mesurer et améliorer la qualité. Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Versioin 2014. 327p.
10. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. BMJ 2000; 320(7237):777-81.
11. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care 2008; 17(3):216-23.
12. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991; 324(6):377-84.

13. Debouck F, Rieger E, Petit H, Noël G, Ravinet L. Méthode Orion® : analyse systémique simple et efficace des événements cliniques et des précurseurs survenant en pratique médicale hospitalière. *Cancer Radiother* 2012; 16(3):201-8. Erratum in: *Cancer Radiother* 2012; 16(8):728.
14. République Française. Circulaire N°DH.4B/D.G.S. 3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.
15. République Française. Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
16. Salvador-Kelly AV, Kwon NS. Emergency department observations units. *Emergency Medicine Reports* 2016; 37(8):85-99
17. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, Balen F, Noizet M, Tazarourte K, et al. Overnight Stay in the emergency department and mortality in older patients. *JAMA Intern Med* 2023; 183(12):1378-85.
18. Baugh CW, Venkatesh AK, Bohan JS. The literature indicates that EDOUs were first built as chest pain centers so that low-risk patients could be ruled out for incidents of acute coronary disease and inpatient admissions could be avoided. Emergency department observation units: A clinical and financial benefit for hospitals. *Health Care Manage Rev* 2011;36(1):28-37.
19. Cooke MW, J Higgins J, Kidd P. Use of emergency observation and assessment wards: a systematic literature review. *Emerg Med J* 2003; 20:138-42.
20. Ross MA, Aurora T, Graff LG, Suri P, Ojo AO, Bohan S, et al. State of the art: observation units in the emergency department. *American College of Emergency Physicians* 2011; 22p.
21. Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA, Guttman A, Leaver CA, Rowe BH, et al. Evaluating the effect of clinical decision units on patient flow in seven Canadian emergency departments. *Acad Emerg Med* 2012; 19(7):828-36.
22. 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. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32(12):2149-56.
23. Perry M, Franks N, Pitts SR, Moran TP, Osborne A, Peterson D, Ross MA. The impact of emergency department observation units on a health system. *Am J Emerg Med* 2021; 48:231-7.
24. Cicchini C, Simone A, Valeriano V, Livoli D, Pugliese FR. Measures of efficiency in the emergency department observation units. *Italian J Emerg Med* 2018; 3:1-10.
25. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011; 342:d2983.
26. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006; 184(5):213-6.
27. Van Galen LS, Lammers EMJ, Schoonmade LJ, Alam N, Kramer MH, Nanayakkara PW. Acute medical units: the way to go? A literature review. *Eur J Intern Med* 2017; 39:24-31.

28. Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L, et al. Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales. *Ann Fr Med Urgence* 2019; 4(9):229-34.
29. Oberlin M, Andrès E, Behr M, Kepka S, Le Borgne P, Bilbault P. La saturation de la structure des urgences et le rôle de l'organisation hospitalière : réflexions sur les causes et les solutions. *Rev Med Interne* 2020; 41(10):693-99.
30. Sprivulis PC, Da Silva J, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 2006; 184(5):208-12. Erratum in: *Med J Aust* 2006; 184(12):616.
31. Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, Oakley R, Mann C. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg Med J* 2022; 39(3):168-73.
32. Lam C, Ditkowsky J, Sharma VK, Stark N. Financial Impacts of ED Observation Units: Literature and Strategies Review. En ligne le 2 mars 2021. Dernier accès en ligne le 16/02/2024 : <https://www.emra.org/emresident/article/lit-review-observation-units>.