

## Recommandations de la SFMU

## 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

Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) policy. Implementation and management of Observation Units

Groupe de travail :

P. GERBEAUX (1) (COORDINATEUR)  
P. BOURRIER (2), G. CHÉRON (3), V. FOURESTIÉ (4),  
M. GORALSKI (5), T. JACQUET-FRANCILLON (6)

(1) *Service des Urgences, Hôpital de la Conception, Marseille.*

(2) *Service des Urgences, Centre Hospitalier, Le Mans.*

(3) *Service des Urgences, Hôpital Necker-Enfants malades, Paris.*

(4) *Service des Urgences, Centre Hospitalier André-Mignot, Le Chesnay.*

(5) *Service des Urgences, Hôpital de la Source, Orléans.*

(6) *Service des Urgences, Hôpital de Fleury, Bourg-en-Bresse.*

### INTRODUCTION

Les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sont définies administrativement en France comme faisant partie intégrante des services d'urgence depuis 1991 [1]. Un décret a remplacé l'appellation UHCD par l'appellation « zone de surveillance de très courte durée » [2]. Cette appellation est limitative, car elle ne souligne pas le caractère indiscutable d'unité d'hospitalisation de ces unités, ne reflète pas l'ensemble de leurs fonctions et risque d'entraîner une confusion avec le secteur de déchocage de l'unité d'Accueil des urgences. L'appellation UHCD doit donc être préférée. Une enquête récente de la Société Francophone de Médecine d'Urgence a montré que, si certains services en sont équipés depuis plus de vingt ans, seulement 53 % des services d'urgence en sont pourvus [3]. Aux Etats-Unis, ces unités sont appelées *Observation Units* (unités d'observation). Leur structure et leur mode de fonction-

nement sont définis par un texte de recommandations édité par l'American College of Emergency Physicians (ACEP, [http : //www.acep.org](http://www.acep.org)) [4].

La philosophie de ces unités repose sur deux notions : un séjour hospitalier de très courte durée, une efficacité et une efficience de la démarche médicale et des soins. Toute pathologie peut se rencontrer dans un service d'urgences et l'urgentiste n'est concerné dans son activité professionnelle que par les premières heures de la prise en charge. Pour certaines pathologies, il est possible à l'issue de la consultation aux urgences de savoir si un retour à domicile peut être envisagé ou si une hospitalisation classique est nécessaire. Dans d'autres cas, quelques heures supplémentaires de prise en charge sont nécessaires et suffisantes pour assurer une thérapeutique efficace et autoriser le retour à domicile. Parfois, les alternatives diagnostiques sont nombreuses et l'UHCD permet d'assurer des soins et d'affiner le diagnostic dans le but d'orienter les patients vers les services adaptés à leur état clinique.

L'efficacité de la démarche médicale diagnostique ou thérapeutique s'explique par l'environnement. Comme les unités de réanimation, de soins intensifs ou de

surveillance continue, l'UHCD est une unité d'hospitalisation disposant, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, d'une présence médicale autorisant des examens cliniques répétés, des prises de décisions diagnostiques (accès au plateau technique), thérapeutiques ou d'orientation (mutations, retour à domicile). Elle permet donc de se donner le temps nécessaire pour optimiser l'hypothèse diagnostique afin de diriger ce patient vers l'unité relevant de sa pathologie d'organe ou l'unité la plus adaptée à son état (réanimation, gériatrie, rééducation, ...).

Cette unité représente un facteur indéniable d'amélioration de l'efficacité des services d'urgence. Elle est source de satisfaction pour au moins trois acteurs du circuit hospitalier [4-8] : 1) le patient, qui est soigné avec qualité en un minimum de temps ; 2) le médecin, qui prend en charge son patient avec le maximum de sécurité et d'efficacité ; 3) le système de santé. Telles qu'elles sont définies, ces unités contribuent à une meilleure gestion des ressources hospitalières en optimisant les durées de séjour et en permettant une meilleure orientation des patients. Elles permettent aussi de prendre des décisions médicales plus performantes et ainsi d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins. Sur le plan médico-économique, l'incidence des UHCD est loin d'être négligeable. Aux Etats-Unis, il a été estimé que, grâce à ces unités, quatre à huit millions d'hospitalisations inadaptées sont évitées par an, correspondant à une économie de six à douze milliards de dollars [4, 7]. En France, cinq cent mille à un million d'hospitalisations conventionnelles seraient ainsi évitées.

## DÉFINITION D'UNE UHCD

L'unité d'hospitalisation de courte durée se définit comme suit [1, 2, 9, 10].

### C'EST UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION

Y admettre un patient correspond à placer un patient dans un lit, dans une chambre, dans une structure hospitalière pour assurer une démarche diagnostique et des soins. Cela sous-entend des questions d'intendance (repas, ménage, soins). En tant que telle, l'UHCD doit être identifiée comme une unité fonctionnelle sur l'organigramme de l'hôpital. Elle doit faire partie du service des urgences. Le responsable doit en être un praticien du service des urgences, conformément aux textes en vigueur.

### C'EST UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION NON CONVENTIONNELLE

pour laquelle il est recommandé que la durée moyenne de séjour soit inférieure à 24 heures, et que la

décision d'orientation soit prise avant la 24<sup>e</sup> heure. Il n'est donc pas licite qu'une unité de médecine conventionnelle fasse office d'UHCD. La durée de séjour des patients est limitée par un texte réglementaire [1]. Compte tenu des exigences de fonctionnement, il n'est pas recommandé d'envisager ou de tolérer une durée de séjour supérieure. L'UHCD étant destinée à renouveler chaque jour la totalité de sa capacité d'accueil, l'absence de durée de séjour maximal correspondant à deux nuits consécutives ou 36 heures risquerait de ne plus laisser de lits disponibles alors que les indications d'hospitalisation en UHCD sont quotidiennes. Elle est à concevoir comme une unité de soins à haute rentabilité diagnostique et thérapeutique qui élargit l'éventail des possibilités d'orientation à partir de l'accueil des urgences : retour à domicile, hospitalisation de court séjour, hospitalisation en UHCD pour observation à but diagnostique, traitement de courte durée, ou éventuellement attente de place (si la politique de gestion de l'établissement y conduit). Il est recommandé que la durée de séjour en UHCD soit comptabilisée en heures. La traditionnelle notion de « patient présent à zéro heure » est totalement inadaptée pour ces unités.

Si le service des urgences accueille à la fois des enfants et des adultes, il doit disposer de deux UHCD : une adulte, une pédiatrique, ou disposer d'une UHCD adulte et de lits spécifiques en service de pédiatrie conventionnelle.

### L'UHCD EST UNE UNITÉ DE SURVEILLANCE [1]

Elle ne doit pas être une unité de réanimation ou de soins intensifs. A l'inverse, ces deux unités ne doivent pas être considérées comme une UHCD. Elle est avant tout une unité d'observation continue, avec possibilité de monitoring de sécurité. Pour des raisons liées à la structure hospitalière, à l'organisation des responsabilités médicales et à une mutualisation des moyens au sein d'une entité centrée sur l'urgence et la réanimation, elle peut être en partie, une unité de soins continus, avec monitoring pouvant dépasser 24 heures pour patients à risque d'instabilité, nécessitant une densité de soins infirmiers trop élevée pour permettre une hospitalisation ou le maintien dans une unité de soins classiques [11]. Le projet médical des services d'urgence, de réanimation et de l'établissement doivent clairement définir ces deux champs différents de l'activité médicale de l'UHCD et leur inscription, par convention, dans un réseau de soins du même établissement ou d'établissements voisins.

### MOYENS STRUCTURELS ET MATÉRIELS

L'UHCD doit être dissociée architecturalement de la partie accueil du service des urgences mais contiguë à celle-ci.

Elle doit comporter [1, 2, 9, 10] trois à cinq lits pour 10 000 passages pour les SAU, deux à quatre lits pour 10 000 passages pour les UPATOU. Les limites réglementaires sont de quatre lits (minimum) à seize lits (maximum). Toutefois, pour les services d'urgences accueillant plus de cinquante mille patients par an, ou en fonction d'événements particuliers (afflux massifs de patients, modifications des pratiques médicales), ce maximum doit pouvoir être adaptable.

Tous les lits doivent être en chambres individuelles équipées de sanitaires (douches et toilettes), de l'accès aux fluides médicaux (oxygène, air, vide) et d'un système d'appel infirmier. Les chambres individuelles offrent en effet un indéniable avantage en terme de confort et de gestion en évitant les problèmes liés à la mixité, à la promiscuité (différences d'âge, contexte neuropsychique difficile, situation de fin de vie), aux exigences en matière de décontamination et d'hygiène dans des structures à rotation rapide.

Un système de monitoring non invasif de sécurité (pression artérielle non invasive, oxymétrie de pouls, monitoring cardiaque) doit être adaptable à tous les lits. La surface des chambres doit permettre d'accéder de chaque côté du lit pour entreprendre des gestes d'urgence vitale. Si une fonction de soins continus est assurée, les lits peuvent être rassemblés sur une même surface pour faciliter la surveillance, avec monitoring de tous les lits et dispositif de rappel central dans le poste de soins infirmiers.

En fonction de la taille de l'UHCD et du nombre de lits monitorés, un poste de surveillance devrait être disponible dans le poste infirmier. Un chariot contenant le matériel nécessaire à tout geste d'urgence vitale doit être disponible au sein de l'UHCD. Doivent être également disponibles : 1) un poste de soins infirmiers avec son armoire à pharmacie et ses rangements pour tout le matériel de soins, 2) une salle d'accueil avec des sanitaires pour les familles, 3) un bureau pour le médecin (contacts téléphoniques, gestion des dossiers) ; 4) une salle permettant des entretiens particuliers avec les familles ; 5) une salle de détente et des sanitaires pour le personnel ; 6) une chambre de garde pour le médecin si l'UHCD n'est pas contiguë à la zone d'Accueil et comporte des lits de soins continus.

Afin de prévenir les risques et conséquences d'agressions, une alarme sonnant dans la partie accueil des urgences doit être disponible dans le poste infirmier.

## MOYENS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

Il est recommandé [1, 2, 9-12] :

### POUR LE PERSONNEL PARA MÉDICAL

Au minimum un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état, une aide soignante et un agent des services hospitaliers présents 24 heures/24. Les effectifs optimaux sont à calculer en fonction de caractères communs à toutes les UHCD : notion de renouvellement rapide et de caractères propres à chaque UHCD, nombre total de lits, nombre de lits monitorés, existence d'une activité pédiatrique. Sur le tableau des emplois, ce personnel doit être spécifiquement affecté à l'UHCD. Il est recommandé que l'ensemble du personnel du service des urgences assure, à tour de rôle, cette fonction. Pour les lits monitorés, le ratio doit être celui des unités de soins continus. En tant qu'unité fonctionnelle identifiée, un cadre infirmier doit être spécifiquement affecté à l'UHCD. Il doit participer à la permanence générale des cadres infirmiers du service des urgences. Sauf cas particulier, il ne semble pas justifié qu'un cadre infirmier soit présent hors heures ouvrables uniquement pour l'UHCD, mais le cadre infirmier du service d'urgence doit être joignable. L'infirmier(e) psychiatrique et l'assistante sociale seront communs à l'UHCD et à l'unité d'accueil.

### POUR LE PERSONNEL MÉDICAL

Un avis médical rapide voire immédiat doit pouvoir être donné par un médecin urgentiste 24 heures/24. Dans les unités accueillant des enfants, un pédiatre doit être joignable sans délai. L'existence d'une présence médicale spécifique à l'UHCD est dépendante de plusieurs facteurs : l'activité d'accueil, le nombre de médecins seniors présents et leur répartition sur le nyctémère, la contiguïté ou non avec la zone d'accueil, le nombre total de lits, le nombre de lits monitorés. Un seul texte a estimé que les besoins en effectifs médicaux de l'UHCD soient calculés non pas en fonction du nombre de lits, mais en fonction du nombre de passages dans l'unité, soit un équivalent temps plein pour 2 000 passages [12]. Cet effectif sera adapté au nombre de lits monitorés, selon les textes en vigueur pour les unités de soins continus.

La recommandation minimale est que le personnel médical en charge de l'unité soit déchargé de toute autre activité aux heures ouvrables, et qu'en dehors des heures ouvrables, le médecin de garde à l'accueil soit immédiatement joignable. Si l'UHCD n'est pas contiguë au service des urgences, si le nombre de passages à l'accueil est supérieur à 50 000, et si l'UHCD comporte des lits de soins continus, un médecin de garde sur place est souhaitable.

## CRITÈRES D'ADMISSION – DE NON ADMISSION – DE SORTIE

Pour être admis à l'UHCD, il est recommandé que les patients soient identifiés comme appartenant à l'un des quatre groupes suivants :

- *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.

### GROUPE 1

Patient devant *a priori*, au terme des 24 heures, retourner à domicile. Ce groupe concerne les patients pour lesquels l'évaluation à l'accueil laisse supposer qu'après une période de soins prolongée mais inférieure à 24 heures, l'évolution sera satisfaisante, autorisant une sortie de l'hôpital. Il intègre également les patients présentant des difficultés sociales ou médico-sociales. Les pathologies concernées sont, par exemple, les traumatismes crâniens de classe II de Masters, les réactions allergiques (type œdème de Quincke) ayant répondu au traitement, les asthmes modérés améliorés, les déshydratations, les crises de paludisme sans atteinte neurologique, les hyperglycémies sans acidose, les convulsions non compliquées, les crises d'angoisse, les infections non compliquées (pyélonéphrites, pneumopathies, ...) [13-19].

### GROUPE 2

Patient nécessitant, au terme de l'évaluation à l'accueil, une période d'observation afin de décider, dans les 24 heures, de son orientation : retour à domicile ou hospitalisation, lieu d'hospitalisation. Ce groupe concerne des patients pour lesquels les données cliniques et paracliniques ne permettent pas initialement de prédire l'évolution ultérieure ou de décider de l'orientation. Le prototype en est la douleur de la fosse iliaque droite sans fièvre, ni élévation des globules blancs où une période d'observation permet au tableau clinique de s'enrichir des signes d'appendicite (hospitalisation en chirurgie), de colopathie inflammatoire (hospitalisation en gastro-entérologie, voire en médecine) ou de les voir disparaître (retour à domicile). Ce groupe concerne également, par exemple, les douleurs thoraciques à faible risque d'insuffisance coronarienne aiguë, les douleurs abdominales stables sans diagnostic après évaluation initiale, les acidocétoses, les intoxications médicamenteuses en surveillance et en attente d'avis psychiatrique [20-24]. C'est

dans ce groupe que se trouveront les patients relevant des soins continus. Il peut donc être envisagé, selon les dispositions locales, de le subdiviser en deux sous-groupes afin d'identifier dès l'admission les patients requérant ces soins continus.

### GROUPE 3

Patient nécessitant une hospitalisation, mais admis en UHCD en attente de place, avant son passage dans une unité d'hospitalisation conventionnelle, pour des raisons organisationnelles. Il est recommandé de préciser dans le règlement intérieur que la fonction première de l'UHCD est l'accueil des patients des groupes 1 et 2. Il est recommandé que le groupe 3 soit clairement défini dans le règlement intérieur comme étant une modalité de gestion décidée conjointement entre le service des urgences et les autres services hospitaliers qui doivent s'engager à accueillir ces patients dans des délais fixés à l'avance. Il est recommandé que les moyens liés à cette mission soient définis et attribués au service des urgences pour l'UHCD. Par exemple, si l'établissement décide que des patients en fin de vie y sont pris en charge ou qu'il ne doit pas y avoir d'hospitalisation dans les services conventionnels la nuit, l'UHCD doit avoir les moyens matériels et humains d'accueillir ces patients. Les modalités de leur mutation intra-hospitalière doivent être fixées à l'avance, par exemple, entre 7 heures 30 et 8 heures 30 le matin. Il est recommandé que les patients qui nécessitent une hospitalisation classique ne soient pas admis ou ne séjournent pas au delà des limites établies en UHCD pour des causes relevant d'un dysfonctionnement de la structure hospitalière : absence de place ou délai d'attente de place en unité conventionnelle dans l'établissement. Ceci reflète un dysfonctionnement en aval du service d'urgences qui devra faire l'objet d'une évaluation.

### GROUPE 4

Patient admis administrativement mais non couché en UHCD. Ce groupe englobe l'ensemble des patients admis à l'accueil des urgences et pour lesquels un codage en consultation n'est pas concevable par défaut de valorisation d'activité. Il regroupe les patients gardés dans la partie accueil des urgences pour des raisons structurelles : attente prolongée d'examen complémentaires, d'avis spécialisé ou de transfert, absence d'UHCD, dépassement des capacités d'accueil de l'UHCD, ainsi que les patients nécessitant un recours important au plateau technique. L'ensemble des cotations appliquées à un passage en consultation aux urgences (consultations généraliste, spécialistes, AMI, K, B, Z) ne représente que 28 % du coût réel du passage pour

l'établissement [25, 26]. Cet état de fait est reconnu par les tutelles (<http://www.le-pmsi.fr/mco/presentationgenerale/iii.html>). Ces passages ne sont pas pris en compte dans l'activité décrite par le PMSI et conduisent la structure hospitalière à perdre des ressources. Le but de ce groupe 4 est de valoriser plus précisément une activité actuellement largement sous-cotée en identifiant les patients qui génèrent une forte charge de soins. Dès lors, compter un passage à l'UHCD permet de valoriser correctement, par le biais du PMSI, le coût réel du passage. Si un nouveau système de cotation des activités de l'accueil des urgences prenait en compte ces éléments d'activité, par exemple la classification en groupes de passage aux urgences (GPU) à l'étude actuellement, ce groupe serait, par souci de transparence, amené à disparaître. Ce système de cotation des prises en charge existe et est appliqué à l'heure actuelle dans certains services d'urgences [25, 26].

En fonction des procédures, des locaux, du personnel et de l'environnement hospitalier seront donc admises certaines pathologies. Il est recommandé que des procédures écrites détaillant les critères d'admission ou de non admission (niveau de gravité, types de diagnostics) soient disponibles. Le médecin prononçant la sortie du patient doit être le senior des urgences affecté à l'UHCD, qu'il y ait ou non avis des consultants spécialistes d'organes.

*Il est recommandé que ne soient pas admis en UHCD :*

- les patients dont la pathologie est clairement identifiée et relevant à l'évidence dès l'accueil d'un service de spécialités,
- les patients graves relevant d'un service de réanimation, par exemple, nécessitant une ventilation artificielle ou un monitoring invasif,
- les patients déjà hospitalisés. L'UHCD n'est pas, par définition, le lieu d'accueil des urgences intra-hospitalières ou des patients hospitalisés devenus instables. Cependant, dans les établissements sans services de soins intensifs, le service d'urgence et son UHCD peuvent être, conformément au projet d'établissement, le seul lieu d'accueil des patients hospitalisés devenus instables réclamant transitoirement des soins continus,
- les patients sortant du bloc opératoire après une intervention chirurgicale. L'UHCD n'est pas une salle de réveil,
- les patients « programmés » (attendus), même pour des durées inférieures à 24 heures.

## PROCÉDURES

Il est recommandé d'établir un cahier de procédures internes à l'UHCD détaillant [4, 6, 10, 27] :

- les critères d'admission en fonction des pathologies identifiées à traiter (groupe 1), des syndromes à surveiller (groupe 2), des attentes de mutation/transfert (groupe 3). Ces critères d'admission sont définis *a priori* et ne doivent pas être à géométrie variable en fonction du taux d'occupation de l'UHCD et des services d'aval,
- les modalités de surveillance et les critères d'alarme nécessitant la venue du médecin senior pour chaque groupe. Ces critères peuvent être rédigés et standardisés ou écrits sur le dossier du patient,
- les modalités d'intervention des spécialistes d'organes, notamment pour les prescriptions et l'orientation,
- les critères de sortie lorsque l'admission en UHCD est suivie d'un retour à domicile (groupes 1 et 2). L'infirmière, avec l'assistante sociale, aura préalablement évalué les capacités du patient à satisfaire ses besoins de base, les aides nécessaires et possibles pouvant être assurées par l'entourage et les réseaux sociaux et paramédicaux, les actions de prévention à initier. Une attention particulière sera apportée à l'obtention de la compliance au traitement. Une lettre pour le médecin traitant, précédée d'un contact téléphonique s'il est possible, et, s'il y a lieu, une fiche de recommandations devront être remises au patient. Une source documentaire sur les réseaux paramédicaux et sociaux susceptibles d'être activés sera disponible.
- les modalités de mutation/transfert vers d'autres services hospitaliers, les documents devant accompagner le patient : dossier médical, dossier infirmier, résultats des examens complémentaires, fiche précisant les soins infirmiers et traitements en cours.

Les patients étant sous la responsabilité du médecin senior en charge de l'UHCD, il apparaît logique que ce dernier valide toute prise de décision, y compris de mutation ou de transfert.

## MÉTHODES D'ÉVALUATION

Il est recommandé que soient disponibles, au minimum chaque année, pour évaluer le fonctionnement de l'UHCD, les indicateurs chiffrés suivants [4, 6, 10, 28, 29] :

- nombre de patients admis,
- durée moyenne de séjour réelle, exprimée en heures,
- nombre et pourcentage de patients ayant dépassé les 24 heures de présence, avec le nombre et le pourcentage de patients restés moins de 3 heures.

Ces éléments permettent de juger d'un fonctionnement correct en aval de l'UHCD. Un pourcentage important de dépassement de durée de séjour ou de

séjours très courts doit induire une analyse de ces séjours afin d'en rechercher les causes. L'analyse en trois groupes (total, hospitalisés et retournés à domicile) semble être intéressante. En effet, si les dépassements de durée de séjour sont principalement liés aux patients retournant à domicile, on peut supposer un dysfonctionnement lié aux modalités d'admission en UHCD avec admission de patients du groupe 1 dont le profil évolutif a été mal évalué. Par contre, si les dépassements sont principalement liés aux patients hospitalisés, on peut supposer un dysfonctionnement de l'établissement retardant l'hospitalisation en unité conventionnelle :

- descriptif de l'activité selon les quatre groupes définis précédemment (groupes 1 à 4), en nombre et pourcentage. En effet, un pourcentage important de patients des groupes 3 (attente d'un lit hospitalier) ou 4 (patient admis non couché) permet d'identifier un dysfonctionnement en aval du service des urgences,
  - nombre et pourcentage de patients sous monitoring non invasif,
  - nombre et pourcentage de gestes d'urgence vitale réalisés à l'UHCD (intubation, voie veineuse centrale),
  - recueil et analyse des plaintes. Cet indicateur permet de suivre les problèmes de gestion de l'unité,
  - nombre et pourcentage des différents diagnostics admis à l'UHCD,
  - orientation des patients (en nombre et pourcentage). Il est recommandé de séparer les orientations selon les classes suivantes : retours à domicile, sorties contre avis médical, sorties sans avis médical, décès (distinguer décès « attendus » et « non attendus »), 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 »).

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. Les sorties sans avis médical sont un reflet de la qualité de prise en charge médicale en UHCD. Les patients en fin de vie (décès attendus) sont souvent accueillis en UHCD. Il est important d'évaluer séparément les décès non attendus. Un nombre (avec le pourcentage) élevé de décès non attendus doit amener à réviser les critères d'admission. Le nombre (avec le pourcentage) d'hospitalisations (dans l'établissement + transferts) permet de suivre les

recommandations sur les indications d'hospitalisation. Un fort pourcentage d'hospitalisations secondaires doit conduire à s'interroger sur l'intérêt du passage en UHCD de certains patients. De la même manière, un nombre (avec le pourcentage) élevé de transferts par manque de spécialité ou de place dans l'établissement permet de mettre en évidence un dysfonctionnement dans l'environnement du service des urgences. Cette classification apparaît comme la plus exploitable en terme d'évaluation.

L'adéquation entre les procédures disponibles en UHCD et leur application réelle doit être évaluée régulièrement dans le cadre d'une démarche assurance qualité. De la même manière, le cahier des procédures doit être validé par le chef de service et les mises à jour datées. Ces mises à jour doivent être régulières (au minimum une fois par an). La datation des mises à jour permet de s'assurer que le responsable de l'unité suit les évolutions des connaissances et pratiques médicales.

Ces considérations conduisent à recommander que ce type d'unité soit doté d'un système d'informatique médicale permettant l'accès à ces données.

Les critères qualitatifs d'évaluation de l'UHCD définis par le référentiel de la Société Francophone de Médecine d'Urgence [28] figurent en annexe.

## CONCLUSION

L'unité d'hospitalisation de courte durée s'inscrit dans une démarche caractérisée par des objectifs précis. Elle permet de sécuriser les décisions médicales prises dans les services d'urgences en alternative à des sorties prématurées ou des hospitalisations inadaptées. En cela, elle permet d'améliorer l'organisation de la prise en charge diagnostique et l'orientation des patients en aval de l'accueil des urgences.

Ses spécificités la différencient d'une unité conventionnelle (contrainte de temps) ou d'une unité d'hôpital de jour (recrutement non programmé et non spécialisé). Cette originalité lui permet de combler un vide dans l'organisation des services d'urgences et de rationaliser les filières de soins hospitaliers.

Cette recommandation a été intégralement validée par le Conseil d'Administration de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (Conseil d'Administration du 11.01.2001).

**Annexe 1 : Critères qualitatifs d'évaluation de l'UHCD [28]**  
**1 – Organisation**

	Critères	ESO*
1	Il existe une UHCD. Elle fait partie du service d'urgence dont elle constitue une Unité Fonctionnelle.	E
2	L'UHCD est sous la responsabilité du chef de service des urgences. Il peut la déléguer à un PH des urgences.	E
3	Le règlement intérieur du service 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>	E
4	Il existe une rotation du personnel entre UHCD et Accueil.	E
5	La DMS moyenne est inférieure à 24H.	E
6	La durée de séjour en UHCD n'excède pas deux nuits consécutives ou 36 heures.	E
7	La DMS est comptabilisée en heures.	S
8	Il existe une procédure écrite décrivant la nature des patients à y hospitaliser.	E
9	Il existe un tableau de bord d'activité de l'UHCD conforme aux recommandations SFMU.	E
10	Il existe un codage diagnostique des malades hospitalisés à l'UHCD conforme aux recommandations SFMU.	E
11	Il existe des possibilités de surveillance de certains patients. <i>(infirmière en permanence, « monitoring » non invasif)</i>	S
12	Le dossier infirmier de l'UHCD fait partie intégrante du dossier médical.	E
13	Il existe un compte rendu d'hospitalisation pour chaque malade hospitalisé en UHCD.	E
14	Le compte rendu d'un malade sortant est envoyé au médecin traitant le jour de sa sortie ou est remis au malade.	E
15	Il existe des procédures spécifiques d'évaluation de la qualité des soins à l'UHCD.	S
16	Il existe une procédure de facturation pour chaque passage selon les actes diagnostiques et/ou traitement réalisé pour les patients ne faisant pas l'objet d'une hospitalisation.	O
17	Il existe une procédure écrite concernant les modalités de transfert/mutation à partir de l'UHCD vers les autres services.	S
18	Les malades hospitalisés à l'UHCD donnent lieu à l'établissement d'un RUM.	E
19	Il existe une fiche de transfert/mutation remplie pour chaque malade transféré ou muté.	E
20	Le médecin traitant de chaque malade est joint par téléphone au moment de sa sortie.	S

\* Le caractère « E », « S » ou « O » signifie « Essentiel », « Souhaitable » ou « Optionnel ». Le critère Essentiel devrait être observé dans tous les services d'urgences. Le critère Souhaitable est un critère optimal de qualité. Le critère Optionnel ne s'adresse qu'à certaines structures.

**Annexe 2 : Critères qualitatifs d'évaluation de l'UHCD [28]**  
**2 – Locaux**

	Critères	ESO*
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>	E
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).	E
3	L'UHCD est équipée d'un chariot de réanimation d'urgence.	E
4	Il existe un lieu isolé pour l'entretien avec les familles.	S
5	Il existe une possibilité téléphonique dans chaque chambre de l'UHCD (prise en attente).	S
6	L'UHCD comporte 3 à 5 lits/10 000 passages pour un SAU ou 2 à 4 lits/10 000 pour une UPATOU.	S
7	Chaque chambre est équipée de fluides (air, oxygène, vide) et d'appel malade.	E
8	Il existe un équipement de monitoring non invasif (pression artérielle, SpO <sub>2</sub> , fréquence cardiaque).	S
9	La superficie de chaque chambre permet les gestes d'urgence.	E
10	La surveillance usuelle et/ou monitorée est possible depuis le poste infirmier.	S
11	Il existe une salle d'accueil pour les familles.	S
12	Il existe un bureau médical.	E
13	Il existe une salle de détente et sanitaire pour le personnel.	E
14	Il existe une chambre de garde.	O
15	L'UHCD doit être distincte architecturalement mais contiguë à l'accueil des urgences.	E
16	Le personnel paramédical en charge de l'UHCD est déchargé de l'activité d'Accueil ou de toute autre tâche.	E
17	Le personnel médical de l'UHCD est déchargé de l'activité d'Accueil aux heures ouvrables.	E

\* Le caractère « E », « S » ou « O » signifie « Essentiel », « Souhaitable » ou « Optionnel ». Le critère Essentiel devrait être observé dans tous les services d'urgences. Le critère Souhaitable est un critère optimal de qualité. Le critère Optionnel ne s'adresse qu'à certaines structures.

## RÉFÉRENCES

- [1] Direction des Hôpitaux. Circulaire n° DH.4B/D.G.S. 3<sup>E</sup>/91 — 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des Services d'Accueil des Urgences dans les établissements à vocation générale : guide d'organisation.
- [2] Journal Officiel de la République Française. Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. JO du 10 mai 1995 : pp 7588-9.
- [3] BOUGET J, CARPENTIER F et la Commission d'évaluation de la SFUM. Unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Résultats d'une enquête nationale. In : N. Simon, M.D. Touzé, P. Gerbeaux. Actes du séminaire UHCD, SFUM Neuilly sur Seine, 1998.
- [4] American College of Emergency Physicians. Management of observation units. *Ann Emerg Med* 1995 ; 25 : 823-30.
- [5] ZUN LS. Observation units : boom or bust for emergency medicine. *J Emerg Med* 1990 ; 8 : 485-90.
- [6] GRAFF LG. Observation units : implementation and management strategies. 1998. American College of Emergency Physicians, Dallas, Texas, USA.
- [7] GRAFF LG. Economical service. In : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, 1993, pp. 99-104.
- [8] NAUCHE M, STAIKOWSKY F, GOLDSTEIN P. Atelier n° 1. Rapport et synthèse du forum national sur les urgences. Ministère de la Santé. 7 mars 1998.
- [9] Journal Officiel de la République Française. Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. JO du 10 mai 1995 : pp. 7586-8.
- [10] Journal Officiel de la République Française. Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JO du 25 avril 1996 : pp. 6320-36.
- [11] Organisation de la Réanimation en France. *Réan Urg* 1996 ; 5 : 709-11.
- [12] Agence Régionale d'Hospitalisation Ile de France. Recommandations sur la permanence médicale et paramédicale dans un service d'urgence. 1998, pp. 1-11.
- [13] LEIKIN JB. Toxicology. In : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, 1993, pp. 225-39.



- [14] GOODENBER DM. Asthma. *In* : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, 1993, pp. 267-80.
- [15] MELTON LD, GAIL RAY V. Dehydration. *In* : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, 1993, pp. 295-302.
- [16] DEHART DA, ELLIS GL. Hyperglycemia/Hypoglycemia. *In* : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, 1993 pp. 303-15.
- [17] GOUGH JE, GAIL RAY V. Seizures. *In* : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, 1993, pp. 203-14.
- [18] FINLEY RW, GLEN ANDERSON A. Infections. *In* : Observation Medicine. LG Graff Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, 1993, pp. 327-39.
- [19] ELKHARRAT D, CHASTAING C, BOUDIAF M, LE CORRE A, RASKINE L, CAULIN C. Relevance in the emergency department of a decisional algorithm for out patient care of women with acute pyelonephritis. *Eur J Emerg Med* 1999 ; 6 : 15-20.
- [20] GRAFF LG. Abdominal pain. *In* : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, 1993 pp. 107-24.
- [21] HEDGES JR, HOWELL JM. Chest pain. *In* : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, 1993, pp. 133-46.
- [22] RADFORD MJ. Syncope. *In* : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, 1993, pp. 215-23.
- [23] DUNBAR LM. Congestive heart failure. *In* : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, 1993, pp. 281-94.
- [24] GRAFF LG. Meeting psychosocial needs. *In* : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, part VI, 1993, pp. 357-408.
- [25] CHÉRON G, GAGEY V, LORTAT-JACOB S. Les urgences pédiatriques : nouvelles formes d'accueil. *In* : Journées Parisiennes de Pédiatrie, Flammarion Médecine — Sciences, Paris 1994 : pp. 415-21.
- [26] CHÉRON G, GAREL D, SANNIER N, BOURSIQUOT C. Amélioration de la qualité aux Urgences et alternative à l'hospitalisation : expérience du centre d'urgences et de diagnostic rapide. *In* : F. Douchain. Pédiatrie Hospitalière. Progrès en pédiatrie, Doin, Paris (sous presse).
- [27] GRAFF LG. Outpatient procedures. *In* : Observation Medicine. LG Graff. Ed. Andover Medical Publishers, Inc. Boston, USA, part V, 1993, pp. 349-54.
- [28] Société Francophone de Médecine d'Urgence et Société de Réanimation de Langue Française. Critères d'évaluation des Services d'Urgences. 1997.
- [29] Société Francophone de Médecine d'Urgence et Société de Réanimation de Langue Française. Guide des outils d'évaluation aux urgences. 1996. Arnette Blackwell, Paris.
-