



Les attentes du personnel de santé à l'égard d'un service d'urgences médico-chirurgicales au CHU de Blida (Algérie)

Health personnel's expectations for an emergency medical service at the teaching hospital of Blida (Algeria)

انتظارات طاقم الصحة لقسم الاستجالات الطبية والجراحية في المستشفى الجامعي لمدينة البليدة (الجزائر)

Abdeldjellil Bezzaoucha¹, Nora Abdi¹, Abderrezak Bouamra¹, Abdelmalik Ammimer¹, Fouad Kadi¹, Ahmed Ben Abdelaziz²

1: Service d'Epidémiologie, CHU de Blida, Faculté de médecine de Blida, Université Saad Dahleb de Blida, Algérie.

2: Laboratoire de Recherche LR19SP01 « Mesure et Appui de la Performance des Etablissements de Santé ». Université de Sousse, Tunisie.

RÉSUMÉ

Objectif : Etablir un consensus professionnel sur l'organisation et le fonctionnement d'un service des Urgences Médico-Chirurgicales (UMC).

Méthodes : Une approche participative utilisant la méthodologie Delphi a été réalisée auprès d'experts constitués par le personnel du service UMC et de gestionnaires du CHU de Blida (Algérie). Au cours de la première ronde, il a été demandé aux experts d'exprimer leur degré d'accord à propos de 30 items du questionnaire sur une échelle de Likert de sept points, cela pour identifier les items consensuels sur la base d'une moyenne de notations au moins égale à six. Au cours de la deuxième ronde, les experts devaient classer par ordre de priorité les items consensuels. Les experts ont participé anonymement à l'étude et toute rencontre directe entre les experts a été évitée.

Résultats : Au total, 190 experts ont participé à la première ronde, soit un taux de participation de 77,2%. La première ronde a permis d'identifier 12 items consensuels. Le consensus était prévisible pour certains items, comme le rôle primordial de l'infirmière ou du médecin d'accueil dans un service UMC ($m = 6,0 \pm 1,5$), mais la réponse à d'autres items a été inattendue. Ainsi, la proposition selon laquelle un patient déjà hospitalisé dans un service de spécialité requis ne devait jamais retourner au service UMC n'a pas fait l'objet d'un consensus ($m = 5,2 \pm 2,2$). La concordance des classements par les experts des 12 items consensuels a été significative mais faible (W de Kendall = 0,164, $p < 10^{-3}$).

Conclusion : Cette étude a documenté la variabilité des perceptions et des attentes du personnel de la santé à l'égard de la création d'un nouveau service des UMC à Blida. De gros efforts d'information et de pédagogie sont nécessaires pour adapter l'offre des soins avec les besoins définis par les professionnels de santé ayant des paradigmes et des intérêts différents.

Mots-clés : Services des urgences médicales - Service hospitalier d'urgences - Méthode Delphi - Personnel hospitalier - Centres hospitaliers universitaires - Algérie

SUMMARY

Objective: to converge towards a general agreement on the organization and operation of an emergency department.

Methods: A participatory approach using the Delphi method was carried out with experts from emergency department staff and teaching hospital managers of Blida (Algeria). In the first round, experts were asked to express their degree of agreement on 30 items of the questionnaire on a seven point Likert scale, this to identify consensual items on the basis of an average rating of at least six. In the second round, the experts were asked to prioritize the consensual items. The experts participated anonymously in the study and any direct meetings between the experts were avoided.

Results: A total of 190 experts participated in the first round, representing an overall participation rate of 77.2%. The first round identified 12 consensual items. Consensus was predictable for some items, such as the important role of the nurse or doctor reception in a emergency department ($m = 6.0 \pm 1.5$), but the response to other items was unexpected. Thus, the proposal that a patient already hospitalized in a required specialty service should never return to the emergency department was not the subject of consensus ($m = 5.2 \pm 2.2$). Correlation of rankings of consensual items by experts was significant but weak (Kendall $W = 0.164$, $p < 10^{-3}$).

Conclusion: This study highlights contradictions and inconsistencies resulting from the improvisation that accompanied the birth of the emergency department in the teaching hospital of Blida. Major information and pedagogical efforts are needed to organize a new emergency department.

Keywords: Emergency Medical Services - Emergency Service, Hospital - Delphi Technique - Personnel, Hospital - Academic Medical Centers - Algeria

Correspondance

Ahmed Ben Abdelaziz

Laboratoire de Recherche LR19SP01 « Mesure et Appui de la Performance des Etablissements de Santé ». Université de Sousse (Tunisie)
ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com

الهدف: إنشاء تقارب نحو اتفاق عام حول تنظيم وتشغيل قسم الاستعجالات الطبية والجراحية

الطرق: أجريت دراسة تشاركية باستخدام منهجية دلفي مع خبراء من طاقم قسم الاستعجالات ومديري المستشفى الجامعي لمدينة ليليدة (الجزائر). في الجولة الأولى، طلب من الخبراء أن يعربوا عن درجة اتفاقهم على 30 بنداً من بنود الاستبيان على مقياس ليكارت من 7 نقاط لتحديد البنود التي تحظى بتوافق الآراء على أساس متوسط تصنيفات لا يقل عن 6 نقاط. وفي الجولة الثانية، طلب من الخبراء أن يعطوا الأولوية للبنود التي تحظى بتوافق الآراء. وشارك الخبراء دون الكشف عن هويتهم في الدراسة وتم تجنب عقد أي اجتماعات مباشرة بين الخبراء

النتائج: شارك في الجولة الأولى ما مجموعه 190 خبيراً يمثلون نسبة مشاركة إجمالية بلغت 77.2%. وحددت الجولة الأولى 12 بنداً توافقياً. كان التوافق في الآراء متوقفاً لبعض البنود، مثل الدور الرئيسي للممرضة أو لطبيب الاستقبال في قسم الاستعجالات ($m = 1,5 \pm 6,0$)، ولكن الإجابة عن بنود أخرى لم تكن متوقعة. على سبيل المثال، لم يكن هناك إجماع على اقتراح مفاده أن المريض الذي دخل قسم متخصص في المستشفى لا ينبغي له أبداً أن يعود إلى قسم الاستعجالات ($m = 5,2 \pm 2,2$). كان الارتباط بين التصنيفات من قبل الخبراء لبنود التوافق معنوية ولكنه ضعيفاً ($W = 0,164, p < 10^{-3}$).

الخلاصة: تمكنت هذه الدراسة من تسليط الضوء على التناقضات والمشاكل الناجمة عن الارتجال الذي رافق ولادة قسم الاستعجالات في مستشفى البلدية. وهناك حاجة إلى قدر كبير من المعلومات والتعليم لتنظيم قسم استعجالات جديد.

الكلمات الرئيسية: قسم الاستعجالات الطبية والجراحية، منهجية دلفي، طاقم، مستشفى جامعي، الجزائر

INTRODUCTION

La prise en charge des Urgences Médico-Chirurgicales (UMC) est une question lancinante dans tous les pays quels que soient leur niveau de développement et les stratégies mises en œuvre à leur égard. La grande fréquentation des services d'urgence et le séjour prolongé des patients constituent le défi majeur partagé à l'échelle internationale [1-5]. Des études qualitatives récentes en Suède et en Angleterre ont tenté de mettre en lumière les perceptions du personnel des services d'urgence face à ce défi [6-7]. Aucune étude au Maghreb ne s'est penchée spécifiquement sur les attitudes du personnel vis-à-vis de l'organisation des services d'urgence. A Blida, ville située à 50 km au sud d'Alger, le CHU de Blida, en 2014, a ouvert une structure dédiée aux urgences qui a été appelée service UMC et de réanimation. Ce service UMC comptait en son sein une unité de réanimation médicale, accueillant indistinctement tous les patients adressés au CHU, des blocs chirurgicaux avec des lits postopératoires dont la gestion est assurée directement par les services spécialisés de chirurgie (chirurgie générale, orthopédie, neurochirurgie) et deux antennes autonomes de services médicaux (neurologie, cardiologie). Un plateau technique (radiologie, laboratoire) a aussi été intégré au service

UMC. De nombreux dysfonctionnements ont été depuis relevés et des aspects organisationnels ont été critiqués. Des plaintes innombrables ont aussi été enregistrées au sujet des conditions d'accueil et de soins dans le service UMC. L'objectif de cette étude a été de développer un consensus managérial de professionnels de santé du CHU de Blida sur l'organisation et le fonctionnement d'un service UMC.

MÉTHODES

La méthodologie des rondes Delphi a été utilisée dans cette étude qualitative [8-9], afin d'aboutir à une convergence d'opinions de professionnels de santé du CHU de Blida sur l'organisation et le fonctionnement d'un service UMC. Ces professionnels sont appelés « experts » parce qu'ils sont confrontés au problème de la prise en charge des urgences dans leur pratique de tous les jours. C'est la variante « Delphi classant » qui a été retenue pour identifier les items (ou propositions) considérés comme consensuels. Dans un premier temps (première ronde), chacun des 30 items du questionnaire a été évalué par chaque expert. Cette évaluation consistait à exprimer

le niveau d'accord avec la proposition sur une échelle de Likert en 7 points: du score 1 (pas du tout d'accord), passant par le score 4 (moyennement d'accord), au score 7 (tout à fait d'accord). Environ 30 minutes étaient nécessaires pour remplir le questionnaire (une minute par proposition). Dans un second temps (deuxième ronde), il a été demandé aux experts de la première ronde de classer les items consensuels selon la priorité qu'ils leur accordaient, du plus prioritaire au moins prioritaire. La première ronde a eu lieu en octobre-novembre 2017 et la deuxième ronde a eu lieu en novembre-décembre 2017.

Tout le personnel médical et paramédical dédié de façon permanente au service UMC a composé le panel d'experts. Les chefs de services du CHU ayant des antennes au service UMC ainsi que les gestionnaires du CHU (directeurs et sous-directeurs, assurant des gardes administratives) ont figuré parmi les experts. Le protocole d'étude a été distribué à chaque expert en même temps que le questionnaire. Au cours de la première ronde, le questionnaire a été rempli anonymement le jour même de sa distribution et a été aussi récupéré le jour même. Les mêmes précautions ont été assurées au cours de la deuxième ronde. Toute rencontre directe entre les experts a été évitée.

Le service d'épidémiologie du CHU de Blida, acteur extérieur non impliqué de quelque manière que ce soit dans la prise en charge des UMC, a piloté l'étude depuis sa conception jusqu'à la rédaction du rapport d'enquête.

Le personnel médical du service a été chargé de la réalisation de l'étude sur le terrain.

Un item était considéré comme consensuel lorsque son score moyen était égal ou supérieur à six. Les paramètres de tendance centrale (moyenne, médiane, mode), les paramètres de dispersion (écart-type) ont été déterminés pour chaque item du questionnaire. Le test U de Mann-Whitney et l'analyse de variance par rangs de Kruskal-Wallis ont été utilisés pour comparer respectivement deux et plusieurs moyennes. Le coefficient de corrélation intra-classe a été déterminé pour quantifier l'accord des experts à attribuer les scores à chaque item. La corrélation des classements des items consensuels a été évaluée par le coefficient de concordance W de Kendall. Tous les calculs ont été effectués par le logiciel SPSS dans sa 23^{ème} version.

RÉSULTATS

Au total, 190 experts (toutes catégories confondues) ont participé à la première ronde sur une liste théorique de 246 experts qui devaient constituer le panel d'experts, soit un pourcentage de participation de 77,2%. Le personnel paramédical, avec 70% des experts qui ont participé à l'enquête, constituait la catégorie professionnelle la plus importante du panel. Les enseignants hospitalo-universitaires ont représenté le pourcentage de catégorie le plus bas et le pourcentage de participation le plus bas, respectivement 4,2% et 66,7% (tableau 1).

Tableau 1. Description du panel d'experts de la première ronde Delphi sur l'organisation d'un service d'urgences médico-chirurgicales par le personnel du CHU de Blida – 2017

Catégorie d'experts	Participation potentielle par catégorie		Participation réelle dans la catégorie		Refus dans la catégorie		Congés dans la catégorie		Non captés dans la catégorie	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enseignants hospitalo-universitaires	12	4,9	8	66,7	4	33,3	0	0,0	0	0,0
Résidents	10	4,1	9	90,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Médecins Généralistes, pharmaciens et spécialistes assistants	31	12,6	24	77,4	1	3,2	2	6,5	4	12,9
Paramédicaux	177	72,0	133	75,1	3	1,7	14	7,9	27	15,3
Administrateurs	16	6,5	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ensemble	246	100,0	190	77,2	8	3,3	17	6,9	31	12,6

* d'après les listes fournies par l'administration

Au total, 12 items ont été considérés comme consensuels avec un score moyen égal ou supérieur à six. Chaque item consensuel avait un pourcentage de notation égal ou supérieur à 71% dans l'intervalle (6-7) sur l'échelle de Likert (tableau 2). La note sept sur l'échelle de Likert a constitué les 2^{ème} et 3^{ème} quartiles pour la totalité des 12 items retenus. L'item 20 «Un service UMC doit toujours disposer d'un ou de plusieurs blocs opératoires» avait la moyenne la plus importante (6,6±1,1) avec une note de sept pour les trois quartiles. Les items qui n'ont pas fait l'objet de consensus ont été par conséquent au nombre de 18, l'item 3 préconisant le recours au secteur privé pour résoudre le problème des UMC, a enregistré la moyenne de notation la plus basse : 3,1±2,2 (tableau 3).

Une moyenne supérieure ou égale à six pour les items 17 et 20, items évidemment consensuels relatifs à l'existence d'une procédure écrite standardisée concernant les modalités de transfert des patients de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) d'un service UMC vers les autres services de spécialité requis et à l'obligation d'un service UMC de toujours disposer de blocs opératoires, a été recensée pour toutes les catégories professionnelles. Cette proportion des catégories à scorer fortement l'item 20 s'effritait quelque peu pour l'item 24 relatif à la durée d'hospitalisation qui ne devrait pas excéder 48 heures dans le secteur postopératoire et pour l'item 25 relatif à l'interdiction de transformer un service UMC en une annexe des services de spécialité requis.

Ces catégories professionnelles dans leur ensemble différaient significativement entre elles vis-à-vis de l'item 9 relatif à la nécessité de distinguer un service UMC d'un service de réanimation médicale. Même si les moyennes étaient toutes inférieures à 5,3, les catégories « résidents » et « médecins généralistes » avaient une moyenne particulièrement basse, respectivement 2,1±2,1 et 2,4±2,1. Les « résidents » avaient aussi la moyenne la plus basse (5,2±1,5) pour l'item 16 consensuel relatif au transfert systématique des patients du service UMC vers les services de spécialité requis dans les 24 à 48 heures.

Le personnel paramédical avec une moyenne de 5,6±2,1 accordée à l'item 23, relatif à l'interdiction de transformer un service UMC en un service de décharge pour les autres services, étaient les seuls à empêcher que cet item devienne consensuel. Concernant l'item 11 relatif au fait qu'un service UMC ne doit pas être une juxtaposition d'annexes de services de spécialité, la différence des

moyennes entre la catégorie « enseignants » et la catégorie « administrateurs » était significative ($p = 0,035$). La moyenne de notation des enseignants (6,5±1,4) était plus élevée que celle des administrateurs (4,9±1,7). Les « administrateurs » ont aussi accordé le plus d'importance au secteur privé pour résoudre le problème des UMC (item 3) en enregistrant la plus forte moyenne des notations (4,2±2,3) même si elle était largement inférieure à six. D'ailleurs, le seul item ayant enregistré un mode différent de sept est l'item 3 avec un mode effondré égal à un.

Dans leur ensemble, les experts n'ont pas été d'accord dans l'attribution des scores aux différents items sauf pour l'item 9 relatif à la nécessité de distinguer un service UMC d'un service de réanimation médicale et l'item 15 relatif à la nécessité de recruter des médecins spécialistes pour effectuer le tri des patients. Il fallait tout de même noter que le coefficient de corrélation intra-classe (à peine de l'ordre de 0,15) pour ces deux items traduisait un accord faible.

Il a été demandé aux experts de la première ronde, au cours de la deuxième et dernière ronde, de classer chacun des items consensuels selon le degré de priorité qu'ils lui accordaient en le classant premier pour le plus prioritaire et douzième pour le moins prioritaire. Au total, 173 des 190 experts de la première ronde (91%) ont participé à la deuxième ronde. Les défections ont surtout concerné, en poids relatif, les enseignants hospitalo-universitaires qui n'étaient plus que six (huit à la première ronde). Bien que la corrélation entre les classements (de premier à douzième) pour les items consensuels établis par les 173 experts de la deuxième ronde fût significative (coefficient W de Kendall = 0,164 ; $p < 10^{-3}$), cette concordance était plutôt faible traduisant le fait que la priorité accordée aux items (tendance par les experts à accorder ou non la prééminence à un item donné) n'était pas toujours univoque.

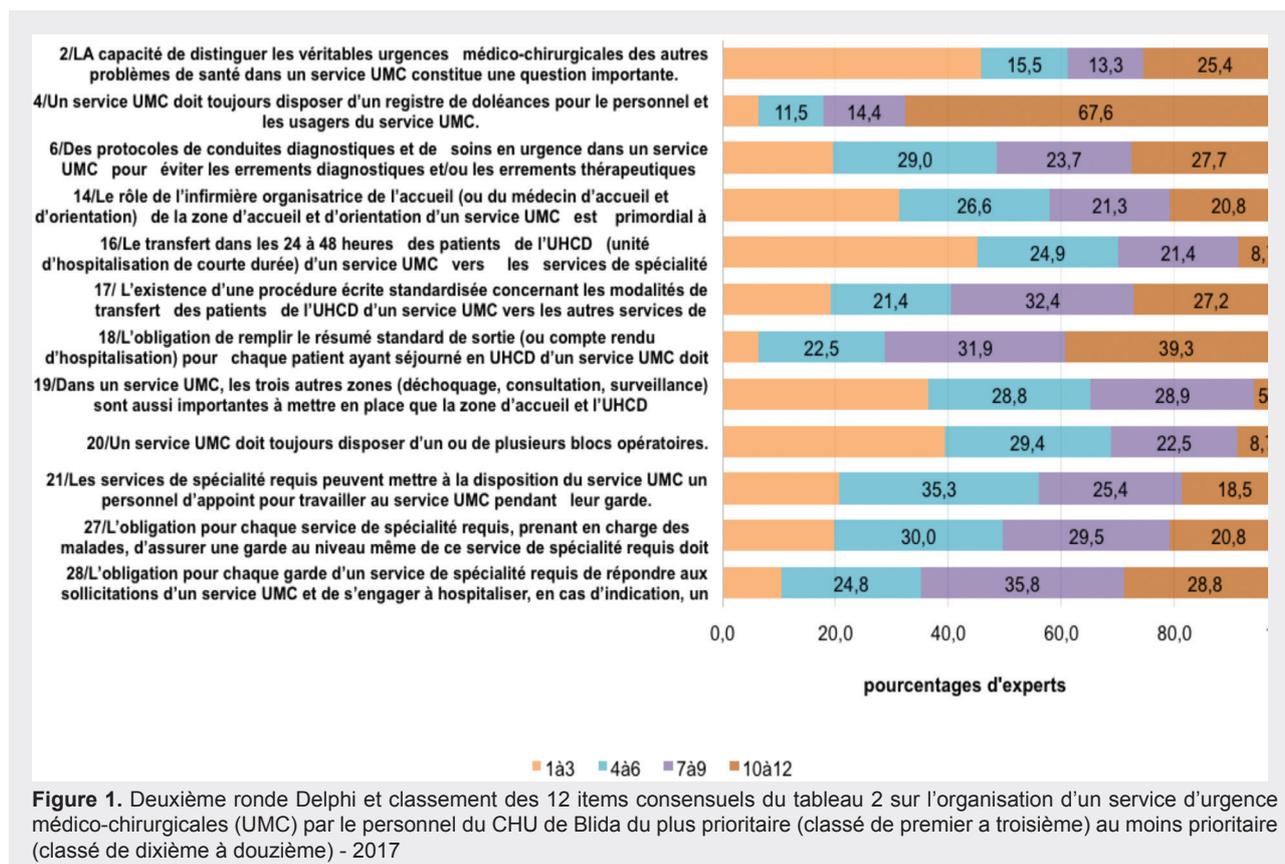
Les items 2 « la capacité de distinguer les véritables UMC des autres problèmes de santé dans un service UMC constitue une question importante », 20 « un service UMC doit toujours disposer d'un ou de plusieurs blocs opératoires », et 16 « Le transfert dans les 24 à 48 heures des patients de l'UHCD d'un service UMC vers les services de spécialité requis doit être systématique » ont été classés à la première place avec les pourcentages les plus élevés, respectivement 32,4%, 18,5% et 14,5%.

Tableau 2. Première ronde Delphi et notations des 12 items consensuels sur l'organisation d'un service d'urgences médico-chirurgicales (UMC) par le personnel du CHU de Blida - 2017

Numéro et intitulé des items	Moyenne ± Médiane (écart-type)	Mode	% du personnel qui a donné une notation à l'item dans l'intervalle			
			[1-3]	[4-5]	[6-7]	
2, La capacité de distinguer les véritables urgences médico-chirurgicales des autres problèmes de santé dans un service UMC constitue une question importante,	6,0 ± (1,7)	7,0	7	8,4	16,9	74,7
4, Un service UMC doit toujours disposer d'un registre de doléances pour le personnel et les usagers du service UMC,	6,1± (1,6)	7,0	7	6,8	16,8	76,3
6, Des protocoles de conduites diagnostiques et de soins en urgence dans un service UMC pour éviter les errements diagnostiques et/ou les errements thérapeutiques doivent être écrits,	6,0± (1,7)	7,0	7	5,8	20,0	74,2
14, Le rôle de l'infirmière organisatrice de l'accueil (ou du médecin d'accueil et d'orientation) de la zone d'accueil et d'orientation d'un service UMC est primordial à promouvoir,	6,0± (1,5)	7,0	7	5,3	22,1	72,6
16, Le transfert dans les 24 à 48 heures des patients de l'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) d'un service UMC vers les services de spécialité requis doit être systématique,	6,1± (1,5)	7,0	7	5,8	16,9	77,3
17, L'existence d'une procédure écrite standardisée concernant les modalités de transfert des patients de l'UHCD d'un service UMC vers les autres services de spécialité requis doit être systématique,	6,1± (1,5)	7,0	7	6,8	16,9	76,3
18, L'obligation de remplir le résumé standard de sortie (ou compte rendu d'hospitalisation) pour chaque patient ayant séjourné en UHCD d'un service UMC doit être respectée,	6,3± (1,4)	7,0	7	5,2	13,2	81,6
9, Dans un service UMC, les trois autres zones (déchoquage, consultation, surveillance) sont aussi importantes à mettre en place que la zone d'accueil et l'UHCD,	6,2± (1,5)	7,0	7	5,3	13,1	81,6
20, Un service UMC doit toujours disposer d'un ou de plusieurs blocs opératoires,	6,6± (1,1)	7,0	7	8,9	1,1	90,0
21, Les services de spécialité requis peuvent mettre à la disposition du service UMC un personnel d'appoint pour travailler au service UMC pendant leur garde,	6,1± (1,3)	7,0	7	2,7	22,6	74,7
27, L'obligation pour chaque service de spécialité requis, prenant en charge des malades, d'assurer une garde au niveau même de ce service de spécialité requis doit être instituée,	6,0± (1,6)	7,0	7	6,3	20,6	73,1
28, L'obligation pour chaque garde d'un service de spécialité requis de répondre aux sollicitations d'un service UMC et de s'engager à hospitaliser, en cas d'indication, un patient sous 48 heures dans ce service de spécialité requis doit être instituée,	6,0± (1,5)	7,0	7	4,2	24,7	71,0

Tableau 3. Première ronde Delphi et notations des 18 items non consensuels sur l'organisation d'un service d'urgences médico-chirurgicales (UMC) par le personnel du CHU de Blida - 2017

Numéro et intitulé de l'item	Moyenne ± (écart- type)	Médiane	Mode	% du personnel qui a donné une notation à l'item dans l'intervalle		
				[1-3]	[4-5]	[6-7]
1, Les délais d'accueil et de prise en charge d'un patient dans le cadre de l'urgence dans un service UMC doivent être comptabilisés en heures,	4,3 ± (2,4)	4,0	7	32,6	24,8	42,7
3, Le secteur privé est la solution pour résoudre aujourd'hui le problème des urgences médico-chirurgicales en Algérie,	3,1 ± (2,2)	3,0	1	50,5	31,0	18,4
5, L'appel à l'armée pour assurer la sécurité d'un service UMC est une solution pertinente,	5,1± (2,4)	7,0	7	24,7	16,0	57,4
7, Un protocole d'accueil des usagers dans un service UMC doit être élaboré et écrit,	5,9± (1,6)	7,0	7	7,4	20,6	72,1
8, L'existence d'un service de réanimation médicale est toujours conditionnée par l'existence d'un service UMC,	5,4± (2,0)	7,0	7	14,7	26,8	58,5
9, Un service UMC doit être une entité distincte de celle d'un service de réanimation médicale,	4,3± (2,3)	4,0	7	31,1	29,0	40,0
10, Les chefs de service doivent donner l'exemple en ayant recours personnellement au service UMC et aux autres services de spécialité requis en cas de problèmes de santé,	5,9± (1,5)	7,0	7	6,3	23,2	70,5
11, Un service UMC ne doit pas être une juxtaposition d'annexes de services de spécialité requis quelles que soient ces spécialités,	5,3± (2,0)	7,0	7	16,3	22,7	61,0
12, Un service UMC doit être un service autonome sans ingérence des autres services de spécialité requis,	5,4± (2,1)	7,0	7	4,2	26,8	68,9
13, La connaissance des différentes zones de soins d'un service UMC selon les modèles d'organisation éprouvés doit être traduite sur le terrain,	5,9± (1,5)	7,0	7	4,2	26,8	69,0
15, Le recrutement de médecins spécialistes pour effectuer le tri dans la zone d'accueil et d'orientation d'un service UMC est nécessaire,	4,7± (2,4)	5,0	7	32,1	19,0	48,9
22, Le personnel d'appoint mis à la disposition du service UMC par les services de spécialité requis doit être sous la responsabilité du chef de service UMC pendant leur garde,	5,9± (1,6)	7,0	7	5,2	23,7	71,0
23, Un service UMC ne doit pas être transformé en service de décharge et/ou de mourir pour les autres services de spécialité requis,	5,9± (2,0)	7,0	7	12,7	13,7	73,7
24, La durée d'hospitalisation dans le secteur postopératoire d'un service UMC disposant de blocs opératoires ne doit pas excéder 48 heures quelle que soit la spécialité chirurgicale en charge du patient,	5,8± (1,7)	7,0	7	6,9	26,3	66,8
25, La transformation d'un service UMC en une annexe des services de spécialité requis est à rejeter,	5,1± (2,3)	7,0	7	20,5	24,2	55,3
26, Un patient déjà hospitalisé dans un service de spécialité requis ne doit jamais retourner à un service UMC sous quelque prétexte que ce soit (lorsque UMC et réanimation sont des services séparés)	5,2± (2,2)	7,0	7	20,5	23,2	56,3
29, L'existence d'un service UMC n'a pas de sens si les services de spécialités requis prennent en charge leurs urgences chacun à son niveau,	5,3± (2,2)	7,0	7	18,5	18,4	63,1
30, Une formation des soignants aux notions de qualité des soins et/ou d'accueil des patients dans un service UMC n'est utile que si ce service UMC est organisé selon les modèles d'organisation éprouvés.	5,9± (1,8)	7,0	7	8,9	18,9	72,1



La figure 1 représente les 12 propositions retenues comme consensuelles pour la 2^{ème} ronde après leur classement par les différentes catégories d'experts (n=173) en adoptant quatre triplets de trois rangs confondus: de premier à troisième, de quatrième à sixième, de septième à neuvième, de dixième à douzième. L'item 2 relatif à la capacité de distinguer les véritables UMC des autres problèmes de santé, a été classé aux trois premières places par 45,7% des experts et avait été ainsi confirmé dans sa prééminence. Cet item 2 était pratiquement aussi prioritaire que l'item 16, relatif au transfert dans les 24 à 48 heures des patients d'un service UMC vers les services de spécialité requis, avec 45% des classements aux trois premières places. L'item 20, relatif à la nécessité d'un service UMC de disposer de blocs opératoires, a été rétrogradé en troisième position avec 39,3% des experts qui l'ont classé aux trois premières places. L'item 4 relatif à la disponibilité d'un registre des doléances pour les usagers et le personnel d'un service UMC a été classé dans le dernier triplet par les deux tiers (67,6%) des experts et devenait ainsi le moins prioritaire. L'item 18, relatif à

l'obligation de remplir le résumé standard de sortie ayant séjourné dans un service UMC, a été le deuxième item à avoir été fortement classé dans ce dernier triplet par 39,3% des experts. Les items 6 et 17 relatifs respectivement à l'écriture de protocoles de conduites diagnostiques et d'une procédure pour les modalités de transfert des patients du service UMC vers les autres services ont été classés par plus du quart des experts (27,7% et 27,2%) dans le dernier triplet.

DISCUSSION

Cette étude sur la perception d'un service UMC par les professionnels de santé du CHU de Blida a permis de dégager des items consensuels. Elle a aussi surtout permis de mettre en exergue des contradictions, des incohérences et des tiraillements issus des désarticulations qui ont accompagné la naissance du service UMC au CHU de Blida.

Le consensus était prévisible pour certains items. Il en était ainsi de l'item 6 relatif à l'écriture obligatoire de protocoles de conduites diagnostiques et de soins en urgence, de l'item 14 relatif au rôle primordial de l'infirmière ou du médecin d'accueil ou de l'item 19 relatif à la mise en place de toutes les autres zones composant un service UMC. L'existence obligatoire de blocs opératoires dans un service UMC (item 20 consensuel), loin d'être systématique ailleurs, ne semble souhaitable que si ces blocs sont sous la responsabilité du service UMC qui pourrait ainsi assurer, par exemple, une prise en charge plus adéquate des polytraumatisés.

Il était très réconfortant, pour l'item 16 consensuel relatif au transfert systématique des patients du service UMC vers les services de spécialité requis dans les 24 à 48 heures, que les « enseignants », les « assistants », avec une moyenne pour chaque catégorie de 7 ± 0 , et même les « administrateurs », avec une moyenne de $6,7 \pm 0,4$, avaient compris cette caractéristique essentielle des services d'urgence. Mais la réalité catastrophique sur le terrain (durée de séjour pouvant être de plusieurs semaines au service UMC du CHU), associée à une charge de travail élevée, n'était pas en accord avec l'évaluation des experts et faisait courir un risque évident pour la sécurité des patients. Aucun service d'urgences n'a été conçu, équipé ou doté en personnel pour assurer des soins pendant une longue période.

On comprenait mal, par contre, que l'item 10, relatif au devoir des chefs de services d'avoir recours au service UMC et aux autres services de spécialité requis en cas de problèmes personnels de santé, n'ait pas fait l'objet de consensus. Il en était de même pour les items 11 et 12 qui insistaient respectivement sur le fait qu'un service UMC ne devait pas être une juxtaposition d'annexes de services de spécialité requis et qu'un service UMC devait être un service autonome sans ingérence de ces autres services.

Les items 23 à 26 relatifs à des aspects importants du circuit des patients auraient aussi dû faire l'objet d'un consensus. La tendance à considérer par certains un service UMC comme une annexe des services de spécialité requis (item 25) n'a pas permis de consensus sur le fait qu'un patient déjà hospitalisé dans un service de spécialité requis ne pouvait jamais retourner à un service UMC (item 26). La pratique effective sur le terrain d'une dérive aussi dangereuse qu'irresponsable devrait être

condamnée et proscrite. Il était tout de même réconfortant que la médiane et le mode des notations pour ces items étaient de sept.

Un score inquiétant, avec une moyenne seulement égale à $4,3 \pm 2,3$, a concerné l'item 9 relatif au fait qu'un service UMC devrait être une entité distincte de celle d'un service de réanimation médicale même si une majorité relative de 40% lui a attribué un score au moins égal à six. Les incompréhensions qui secouent la spécialité « anesthésie-réanimation » pourraient expliquer en partie de tels résultats. Dans tous les cas, un service de réanimation où les patients séjournent habituellement bien au-delà de 48 heures, n'a pas du tout les mêmes activités qu'un service UMC.

En ce qui concernait la priorité accordée par les experts au classement des items consensuels, on pouvait penser que le personnel ne se faisait pas beaucoup d'illusions sur les suites accordées aux doléances et que tout ce qui avait trait à l'écriture en général, tradition orale oblige, n'était peut-être pas considéré comme prioritaire.

Les tiraillements qui déchiraient les experts, mis en relief au cours de la première et deuxième rondes, pourraient s'expliquer par un certain déni de considérer un service UMC comme un service autonome indépendant des autres services médicaux et chirurgicaux. Des conflits d'intérêts patents des services de spécialité ont conditionné le personnel du service UMC et ont conduit à se détourner de l'intérêt du patient. Un égocentrisme démesuré des services et une administration peu inspirée ont hypothéqué l'organisation et le fonctionnement du service UMC. Les « administrateurs », sidérés par les problèmes auxquels ils étaient confrontés quotidiennement aux urgences, rêvaient même de se décharger des problèmes sur un autre acteur, fût-il le secteur privé. Mais le « privé », obnubilé qu'il est par les gains immédiats et l'obligation de résultats obtenus par la sélection de cas faciles, est incapable de prendre en charge les UMC. Il apparaissait en définitive que la mise en place et la gestion du service du CHU de Blida étaient le fruit d'une improvisation débridée.

Les administrateurs, le personnel paramédical, les spécialistes en formation, les services de spécialité, les chefs de ces services devraient être plus attentifs à l'intérêt du patient, en apprendre davantage sur l'organisation d'un service UMC et consolider régulièrement leurs connaissances à ce sujet. Il convenait de tenir compte des

modèles éprouvés d'organisation d'un service UMC et de ne pas dilapider les ressources allouées pour un tel gâchis. Des solutions pour gérer le grand afflux aux urgences, des recommandations pour la mise en place des zones d'un service UMC et des guides d'outils d'évaluation en médecine d'urgence ont été développées et devraient toujours constituer des sources d'inspiration [10-12]. Un encombrement des urgences, mal géré, est toujours associé à une réduction de la qualité des soins prodigués aux patients et à une létalité plus élevée [13-15]. Pour éviter une telle issue, catastrophique pour l'image d'une structure de soins, une attention particulière doit être portée à tous les aspects permettant une prise en charge correcte des patients depuis une architecture tenant compte de la gestion du flux [16] jusqu'à l'utilisation de systèmes de triage pour évaluer la gravité des problèmes des patients et définir les priorités de traitement [17-18].

La situation désastreuse du service UMC du CHU de Blida ne constitue certes pas une exception au Grand Maghreb; Une étude multicentrique conduite en Algérie, en Brazil et en France a identifié des multiples défis auxquels sont confrontés les services d'urgence [19]. Une prise de conscience plus précoce du problème des urgences afin de le réduire a eu lieu en Tunisie [20-21] tandis qu'une réorganisation des soins d'urgence prodigués aux victimes de traumatismes et des stratégies pour réduire la durée de séjour des patients dans les services d'urgence ont été mises en place au Maroc [22-23].

Les modifications et variantes qui peuvent être apportées à la méthodologie Delphi, fondée sur l'hypothèse que la somme des opinions des membres d'un groupe est considérée comme un jugement supérieur à celui d'un membre influent ou important de ce groupe, peuvent engendrer quelque confusion quant à son utilisation [24-26]. Cette méthodologie, visant à converger vers un accord général, a cependant permis de mettre en lumière la dévastation occasionnée par les égocentrismes et les visions étriquées lorsque le CHU de Blida a voulu se doter d'un service UMC. Certaines catégories professionnelles avaient des effectifs réduits comme les enseignants et les résidents avec à peine une dizaine de participants à la première ronde. Mais le pourcentage de participation des experts aux deux rondes pouvait être considéré comme satisfaisant, il est admis qu'un taux de réponse minimal de 70% à chaque ronde est nécessaire pour avoir des résultats de qualité [25]. L'introduction d'une

ronde supplémentaire aurait peut-être permis de réduire le nombre d'items consensuels mais les problèmes logistiques qu'aurait posés l'organisation de cette ronde pouvaient être difficiles à surmonter (charge de travail élevée et roulement incessant du personnel du service UMC). Les notations accordées à certains items comme les délais d'accueil et de prise en charge d'un patient dans le cadre de l'urgence (item 1) ou l'appel au secteur privé pour résoudre le problème des urgences (item 3) ou le recrutement de médecins spécialistes pour effectuer le tri (item 15), avec des moyennes inférieures à cinq, ont laissé penser que la validité des réponses pourrait être satisfaisante.

Enfin, cette étude a documenté la variabilité des perceptions et des attentes du personnel de la santé à l'égard de la création d'un nouveau service des UMC à Blida. Le modèle actuel d'organisation et de fonctionnement du service UMC du CHU de Blida, illustré par les courants hétérogènes voire opposés d'approches qui traversent son personnel, n'a pas été consensuel. Il s'agit maintenant de fournir un puissant effort d'information et de pédagogie par tous les partenaires impliqués dans la prise en charge des urgences pour mieux adapter l'offre des soins avec les besoins définis par les professionnels de santé ayant des paradigmes et des intérêts différents.

Conflit d'intérêt :

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Remerciements :

Nos remerciements s'adressent à tous les experts, membres du personnel du CHU de Blida, qui ont bien voulu participer à cette enquête.

RÉFÉRENCES

1. Arnold JL. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. *Ann Emerg Med.* 1999;33:97-103.
2. Zink JB. Anyone, anything, anytime: A history of emergency medicine. Mosby, Philadelphia, 2006.
3. Hori S. Emergency medicine in Japan. *Keio J Med.* 2010; 59:131-139.
4. Xin YT, Xu KY. Hospital emergency management research in China: trends and challenges. *Emerg Med J.* 2012; 29:353-7.
5. Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Améliorer l'accueil et la prise en charge des urgences dans les hôpitaux nationaux et régionaux au Cameroun. Note d'Information Stratégique SURE. Yaoundé, Cameroon : CDBPS, 2013.
6. Eriksson J, Gellerstedt L, Hillerås P, Craftman ÅG. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *J Clin Nurs.* 2018;27:e1061-e1067.
7. Pope I, Burn H, Ismail SA, Harris T, McCoy D. A qualitative study exploring the factors influencing admission to hospital from the emergency department. *BMJ Open.* 2017; 29:e011543.
8. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 1995;311:376-380.
9. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess.* 1998;2:i-iv, 1.
10. Rabin E, Kocher K, McClelland M, Pines J, Hwang U, Rathlev N, et al. Solutions to emergency department 'boarding' and crowding are underused and may need to be legislated. *Health Aff (Millwood).* 2012 Aug;31:1757-66.
11. Gerbeaux P, Bourrier P, Cheron G, Fourestie 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 :144-152.
12. Debaty G, El Khoury C. Guide des outils d'évaluation en médecine d'urgence. Springer-Verlag France, Paris, 2014.
13. Schneider SM, Gallery ME, Schafermeyer R, Zwemer F. Emergency department crowding: a point in time. *Ann Emerg Med* 2003;42:167-172.
14. Pines JM, Hollander JE: Emergency Department Crowding Is Associated With Poor Care for Patients With Severe Pain. *Ann Emerg Med.* 2008;51:1-5.
15. Sprivilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006;184:208-12.
16. Abdelsamad Y, Rushdi M, Tawfik B. Functional and Spatial Design of Emergency Departments Using Quality Function Deployment. *J Healthc Eng.* 2018. 2018: 9281396.
17. Roy PM, Lannehoa Y. Le triage aux urgences. *Réanimation* 2002;11:480-5.
18. Taboulet P, Maillard-Acker C, Ranchon G, Goddet S, Dufau R, Vincent-Cassy C, et al. Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par la Société française de médecine d'urgence : la FRENch Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH). *Ann Fr Med Urgence.* 2019;9:51-59.
19. Scherer MDDA, Conill EM, Jean R, Taleb A, Gelbcke FL, Pires DEP, et al. Challenges for work in healthcare: comparative study on University Hospitals in Algeria, Brazil and France. *Cien Saude Colet.* 2018;23:2265-2276.
20. Chahed MK, Somrani N, Achour H. L'offre et l'utilisation des services d'urgence en Tunisie: principaux résultats d'une enquête nationale exhaustive. *East Mediterr Health J.* 2001;7:805-11.
21. Borsal-Falfoul N, Rezgui M, Kefi M, Zaghdoudi I, Asta L, Jerbi Z. Fonctionnement d'un service d'accueil des urgences d'un centre hospitalo-universitaire. *Tunis Med.* 2007;85:1004-10.
22. Tachfouti N, Bhatti JA, Nejari C, Kanjaa N, Salmi LR. Emergency trauma care for severe injuries in a Moroccan region: conformance to French and World Health Organization standards. *J Health Qual.* 2011;33:30-8.
23. Ali El Oualidi M, Saadi J. Améliorer la prise en charge des urgences : apport de la modélisation et de la simulation de flux. *Sante Publique.* 2013;25:433-9.
24. Humphrey-Murto S, Varpio L, Wood TJ, Gonsalves C, Ufholz LA, Mascioli K, et al. The Use of the Delphi and Other Consensus Group Methods in Medical Education Research: A Review. *Acad Med.* 2017; 92:1491-1498.
25. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000; 32:1008-1015.
26. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2008;56:415-23.