



Ministère de la santé,
de la famille
et des personnes handicapées



MISSION NATIONALE D'EXPERTISE et D'AUDIT HOSPITALIERS

Rapport d'étape

Le temps d'attente aux urgences

Face aux nombreuses difficultés de fonctionnement des services d'urgences, le Ministre de la Santé a décidé, au printemps dernier, d'inscrire ce sujet au programme de travail 2003 de la MeaH. Il semble en effet que derrière les difficultés des Urgences se cachent pour une grande part des questions d'organisation.

La MeaH a choisi de lancer cette réflexion sous un angle original¹, susceptible de révéler les obstacles organisationnels à une amélioration du mode de fonctionnement des Urgences : le temps d'attente.

Le temps d'attente est en effet un phénomène qui cristallise à lui seul beaucoup des critiques qui sont faites aux Urgences hospitalières. En même temps, son analyse permet de suivre pas à pas le processus de prise en charge des urgences dans l'hôpital, et donc "d'atteindre" l'organisation et ses lacunes éventuelles². L'attente aux Urgences n'est qu'en effet, le résultat final de multiples encombrements au sein de l'hôpital et cache des difficultés de toute nature : attente d'un acte médico-technique (imagerie par exemple), attente logistique (brancardier,...), attentes de l'accord d'admission d'un service clinique, attente d'un diagnostic médical,...

L'analyse retenue part donc d'une "dissection" du temps d'attente aux urgences qui doit permettre :

- d'une part, une quantification du phénomène: où se situent les temps d'attente ? quelle en est l'ampleur ?
- d'autre part, une corrélation à des dimensions organisationnelles: à partir d'une analyse de l'organisation des hôpitaux, il s'agira d'expliquer les raisons des attentes, et de chercher à les atténuer.

Plus précisément, quatre phases ont été formalisées pour cette étude :

- Description et première analyse de la chaîne de prise en charge des urgences (description de l'activité des services étudiés; calcul des temps élémentaires d'attente ; repérage des goulots d'étranglement; identification des "temps perdus" par le personnel, afin de disposer d'un socle solide d'informations objectives et complètes, permettant la comparaison des établissements entre eux) ;
- Analyse organisationnelle, et mise en regard des modes d'organisation et des délais d'attente (repérer les schémas d'organisation à l'origine de délais d'attente plus courts) ;
- Propositions d'amélioration;
- Mise en place des réaménagements organisationnels dans les établissements et suivi de la mise en œuvre.

A l'issue de la procédure d'appel d'offres, deux cabinets conseil ont été retenus : Agéal et Optimove, chargés de suivre chacun 4 hôpitaux : Montreuil-sur-Mer, Dunkerque, le PSPH de St-Joseph-St-Luc, Nice, Argenteuil, St-Malo, la Clinique de Trappes et l'hôpital A.Paré à Boulogne-AP-HP).

¹ Une rapide étude bibliographique réalisée en parallèle au travail des consultants lors de la première phase, a permis de confirmer la rareté des études effectuées sur le sujet des temps d'attente : il s'avère, peut-être étonnamment, que l'analyse des temps d'attente est un sujet relativement peu exploré.

² Il semblerait par exemple que l'ajout de moyens supplémentaires aux Urgences, sans accompagnement par une réflexion organisationnelle, ne modifie que marginalement les temps de passage (cf l'étude réalisée au CHU Nord de Marseille en 1997 concernant la réfection des locaux des Urgences).

Le présent rapport se situe à la fin de la première phase de l'étude. Il a pour objet de proposer une première synthèse concernant la décomposition des temps d'attente des urgences.

Pour ce faire, chaque hôpital a fait l'objet d'une analyse approfondie en mesurant précisément les temps d'attente sur environ une semaine d'observation (incluant la nuit et le week-end). Le Comité Technique National a été appelé à réagir à ces premières quantifications et analyses proposées par les consultants.

Du point de vue méthodologique, on verra que les deux cabinets-conseil ont choisi des démarches assez différentes, qui certes rendent plus délicate la comparaison sur un échantillon complet des 8 établissements, mais permettent d'éclairer néanmoins des points complémentaires.

1°) Méthodologie d'analyse

Dans les deux cas, les cabinets ont choisi, comme il le leur avait été demandé, de suivre le cheminement de patients arrivant au service d'Urgences de l'hôpital, sur l'ensemble du processus de prise en charge, depuis l'accueil du patient jusqu'à la sortie du service (que ce soit par retour à domicile ou dans un service d'hospitalisation interne ou externe). Pour chacune des étapes du processus, la durée de la prise en charge a été mesurée.

Agéal a choisi de s'appuyer essentiellement sur les données recueillies dans le système informatique des hôpitaux étudiés (à l'exception d'un d'entre eux), Urqual, et de faire remplir des fiches de suivi par le personnel de l'hôpital, alors que les consultants d'Optimove ont effectué eux-mêmes l'ensemble des mesures, à l'aide d'un Tablet-PC, sorte d'ordinateur assez compact, mobile, facile d'utilisation, doté d'un logiciel spécifique permettant le suivi des temps et la mesure de délais³.

Mais la différence essentielle entre les deux approches ne réside pas là : en fait, Optimove est parti d'une logique reposant sur le "chemin critique", c'est-à-dire d'un calcul de délais pour les étapes bloquant l'avancement du traitement du patient, donc génératrices de temps d'attente par rapport à sa sortie du service. Par exemple, un patient attendant le résultat d'une radio, mais dont la décision d'hospitalisation a été prise (sans ce résultat), ne verra pas incrémenter son "temps d'attente d'une radio", car cette attente n'est pas bloquante. Cette méthodologie suppose qu'à tout moment, Optimove soit capable de savoir ce que le patient (ou plutôt le médecin l'ayant pris en charge) attend.

En revanche, Agéal a choisi une approche qu'on pourrait qualifier de plus traditionnelle, reposant sur la mesure du temps d'attente de chaque événement réalisé : attente de la réalisation d'un acte médico-technique, attente d'un médecin spécialiste, attente d'un lit, etc... sans chercher à positionner cet acte comme événement critique ou non.

Cette seconde approche permet de mesurer "à plat" les différents temps, c'est-à-dire la durée entre le début (éventuellement la demande, pour un acte médico-technique par exemple) et la fin de réalisation d'un événement.

³ Compte tenu du biais possible dans les durées obtenues via Urqual, on se sert surtout dans ce rapport des données de temps fournies par le cabinet Optimove.

La première, en revanche, ne donne pas tous ces temps, mais uniquement les durées "critiques", c'est-à-dire celles qui génèrent réellement un temps d'attente supplémentaire pour le patient : or, si on se place du point de vue d'une recherche de diminution des temps d'attente aux urgences, il peut être intéressant d'identifier les étapes de son chemin critique, dont la somme donne la durée totale de son passage aux urgences, quel que soit le délai de réalisation des autres étapes.

L'approche "chemin critique" est très riche⁴, puisqu'elle se focalise sur les temps qui retardent la sortie du patient, et prend en considération la notion de "temps cachés", ou de tâches concourantes (2 tâches réalisées en parallèle, l'une, X, durant 2 heures par exemple, l'autre, Y, durant 3 heures, ne conduisent évidemment pas à un temps d'attente de 5 heures au total, mais de 3 car le premier événement X n'est pas sur le chemin critique, donc ne génère finalement pas de temps d'attente). Mais en même temps, cette approche est relativement compliquée à bien maîtriser (les temps critiques ne se comprennent pas spontanément), du fait de cette propriété de non-additivité des tâches (celles qui ne sont pas sur le chemin critique), mais également car chaque patient ayant son propre cheminement, il a aussi son propre chemin critique, non superposable à celui d'autres patients.

Premier exemple :

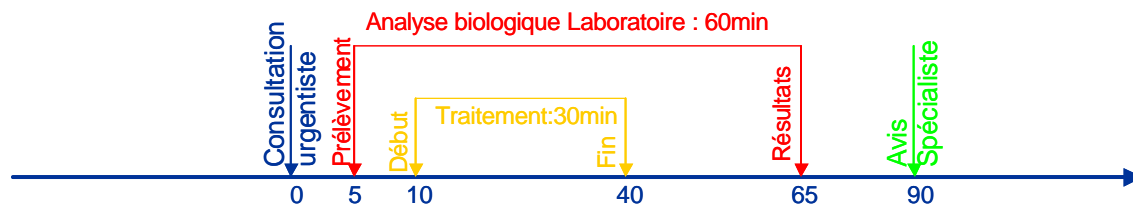
- Le patient X a attendu 45 minutes les résultats de son bilan sanguin.
- Mais sa sortie est conditionnée par l'avis du spécialiste : celui-ci ne s'est révélé finalement disponible que plusieurs heures après ;
- On en déduit donc que son bilan sanguin n'a en aucune façon retardé sa sortie des urgences.
- On peut dire que le patient X n'a pas attendu son bilan sanguin : il n'a attendu que le spécialiste.

On retrouve ici la notion classique de **chemin critique**, commune aux gestions de projet. Nous présentons ci-dessous une illustration plus complète de différents scénarios possibles.

⁴ Il a même été récemment suggéré au Cabinet Agéal de réfléchir à la possibilité d'adopter lui aussi une telle méthodologie.

Illustration de la notion de chemin critique :

3 patients A, B et C franchissent simultanément les mêmes événements ci-dessous :



Patient A : si, selon le médecin urgentiste, l'avis du spécialiste est indispensable à l'orientation du patient et que le spécialiste peut donner un avis sans avoir les résultats de biologie et sans que le patient ait eu son traitement, alors le temps d'attente du spécialiste est de 90 min et les temps d'attente du traitement et de la biologie sont de 0.

Patient B : si, selon le médecin urgentiste, l'avis du spécialiste est indispensable à l'orientation du patient et nécessite les résultats de biologie mais pas le traitement, alors le temps d'attente du spécialiste est de 25 min et le temps d'attente de la biologie est de 65 min et le temps d'attente du traitement est de 0.

Patient C : si, selon le médecin urgentiste, l'avis du spécialiste est indispensable à l'orientation du patient et nécessite que le traitement soit terminé mais pas la biologie, alors le temps d'attente du spécialiste est de 50 min, le temps d'attente du traitement est de 40 min et le temps d'attente de biologie est 0.

Comme on le voit sur ces exemples, chaque patient a un chemin critique qui lui est propre, et il est très délicat de définir des chemins critiques typiques. Nous en verrons les conséquences dans la méthodologie d'analyse des mesures.

Ainsi, le cheminement classique pourrait apparaître comme suit :

Enregistrement

Mise en box

Consultation médecin

Examen complémentaire

Interprétation de l'examen par médecin

Avis spécialiste

Traitement

Recherche d'un lit (lit-porte, lit dans un service aval, lit à l'extérieur)

Formalités de sortie

Départ

Mais, dans les faits, les circuits des patients peuvent être assez variés, chaotiques, non seulement selon les choix d'organisation de tel ou tel site, mais également selon les caractéristiques du patient et les décisions des médecins (qui peuvent accélérer le processus, ou décider de ne pas attendre tel résultat...).

L'approche d'Optimove permet d'illustrer ce phénomène, car elle repère le pourcentage de patients ayant attendu telle ou telle étape de son chemin critique. On remarque par exemple que l'avis d'un spécialiste n'est demandé que dans 7% des cas dans 2 établissements, contre 20% environ dans les deux autres ; ou que la recherche de lits en interne concerne de 7% à 40% des patients, selon les sites.

Tableau : Pourcentage des patients pour lesquels le chemin critique passait par les étapes suivantes :

En %	H1	H2	H3	H4
Enregistrement + Triage	90	93	93	48
Mise en box	96	92	100	93
Consultation médecin	96	95	93	97
Examens complément.	77	72	66	64
Interprétation médecin	68	57	65	59
Avis spécialiste	20	23	7	7
Traitement	43	25	38	33
Lit porte	14	NS	16	13
Hospitalisation interne	31	39	20	7
Hospitalisation externe	1	3	2	12
Formalités de sortie	61	67	79	79
Transport ambulance	3	8	17	10

Il peut paraître surprenant de ne pas obtenir 100 % à certaines étapes systématiques telles que le triage ou la première consultation médecin. C'est que dans certains cas, ces étapes peuvent être court-circuitées (par exemple, les arrivées via les pompiers ou le SMUR peuvent aller directement en box sans triage).

Ce tableau montre bien la diversité des chemins critiques suivis par les patients, mais permet également d'approcher quelques choix organisationnels sous-jacents. Ainsi, par exemple, il apparaît que l'avis d'un spécialiste n'intervient dans le chemin critique des patients que dans

moins de 10 % des cas dans deux établissements, contre plus de 20% ailleurs. Mais cela ne signifie pas forcément que les spécialistes y soient deux fois moins souvent mobilisés ; cela peut signifier également qu'ils interviennent de manière concourante à une autre étape, plus longue, qui fait que l'avis du spécialiste n'est pas le fait bloquant la sortie du malade (l'étape existe, mais ne fait pas partie du chemin critique).

De manière identique, on remarque que seuls 7 % des patients voient, chez H4, l'étape « hospitalisation interne » dans leur chemin critique, contre 20% ailleurs, voire 40 % chez H2. Là encore deux interprétations possibles : soit qu'effectivement, H4 hospitalise moins fréquemment ses patients venant des Urgences (diverses raisons pourraient l'expliquer), soit, au contraire, qu'ils font tout autant appel aux services aval pour trouver un lit, mais que cette recherche se fait en parallèle d'autres tâches, qui s'avèrent finalement plus « bloquantes ».

On peut également noter chez H4 que l'ensemble des étapes de recherche d'un lit (somme des lignes « lit porte », « hospitalisation interne » et « hospitalisation externe ») représente un taux « critique » plus faible qu'ailleurs (32% contre 40 %, voire 46 % chez H1).

Les autres résultats donnés par ce tableau sont plus homogènes entre les 4 sites :

- la consultation médecin apparaît dans le chemin critique de 95 % des patients, en moyenne ; autrement dit, presque tous les patients attendent, à un moment de leur itinéraire, la consultation, et n'attendent que ça. On analysera plus loin la durée de cette attente « critique » ;
- la réalisation d'examen complémentaires (biologie, imagerie) est une étape « critique » pour 70% des patients environ ;
- l'interprétation de ces examens par le médecin: génère une attente pour le même pourcentage des patients (60 à 70%) ;
- le traitement réalisé : pour 25 à 40 % des patients.

On répète qu'à ce niveau de l'analyse, les interprétations de ces résultats peuvent être variées, et peuvent renvoyer à des choix organisationnels différents: par exemple, le fait que seuls la moitié des patients de H4 passent par un enregistrement et un triage à l'entrée est sans doute davantage lié à un mode d'organisation particulier à l'entrée des Urgences qu'à une mise en parallèle avec d'autres étapes.

2°) Les principaux résultats obtenus dans cette première phase

a) Des temps de passage totaux variant du simple au double

Les temps de passage totaux varient, en moyenne, de 1h30 à 3 heures.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Moyenne	2h40	2h20	3h20	3h20	1h42	3h28	1h35	2h57

Il sera évidemment intéressant de se pencher de plus près sur les sites H5 et H7, dont les délais moyens sont plus courts.

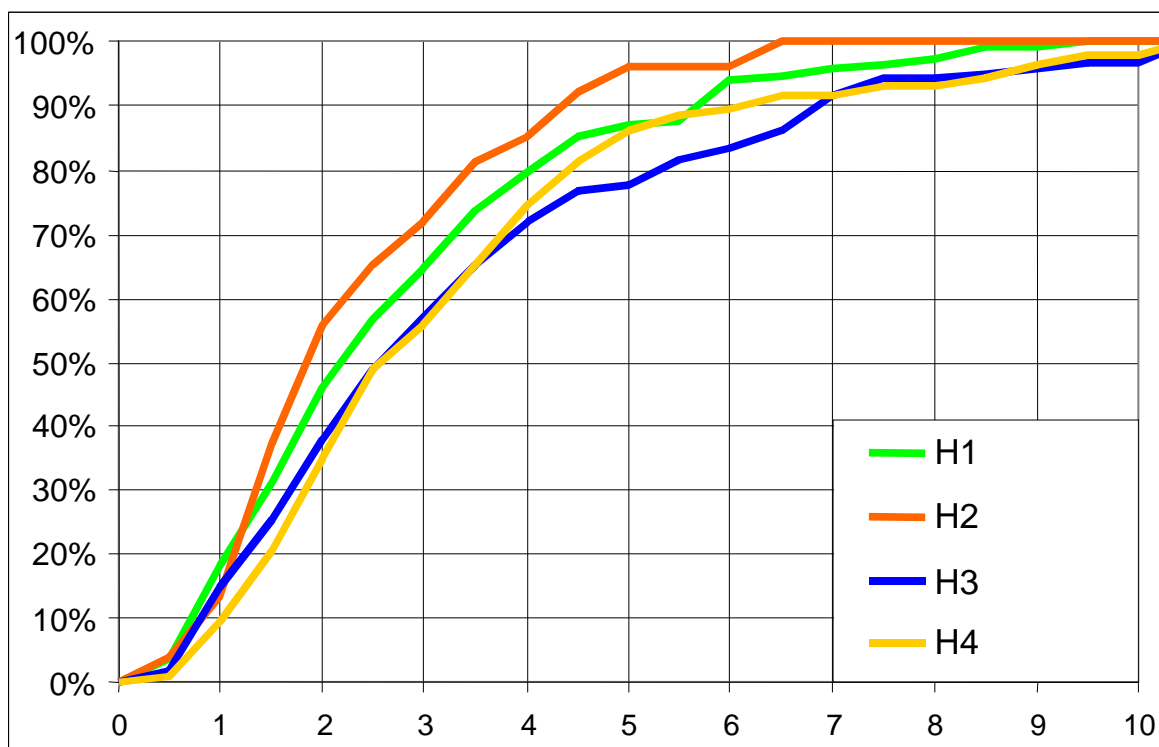
Mais au total, les durées moyennes apparaissent relativement peu élevées, ou peu choquantes (un patient arrivant aux Urgences ressortira après prise en charge, et ses examens

complémentaires, 3 heures plus tard, là où il aurait eu besoin, en médecin de ville de plusieurs aller-retours entre son médecin généraliste, les laboratoires et autres centres de radiologie.

Toutefois, derrière ces moyennes, existent évidemment des distributions plus ou moins larges, avec de fortes disparités d'un patient à l'autre. A titre d'exemple, les données fournies par les deux cabinets, très convergentes, montrent qu'environ 20% des patients sortent en moins d'une heure, mais que près de 15% des patients attendent plus de 5 heures (sauf sur un des sites, où le temps de passage total n'excède 5 heures que dans 1% des cas), parfois 10 heures.

De même, malgré l'impression de proximité que dégagent les 4 courbes ci-dessous, on peut noter des écarts importants: pour une attente de 2 heures, l'effectif de patients varie, de 30 à 60% entre les sites H2 et H4.

Schéma : Distribution des temps de passage sur les 4 hôpitaux traités par Optimove.



b) ... mais des variations importantes au sein du processus

A titre d'exemple, sur les 4 sites étudiés par Optimove, la durée d'attente "critique" de l'avis d'un spécialiste peut varier du simple au double (de 33 à 64 minutes).

Le tableau ci-dessous indique le temps moyen d'attente par étape (en minutes), pour les patients qui y ont été « ralentis » (notion de temps critiques). Sont précisés **en gras** les 5 principaux temps de chaque établissement.

En minute	H1	H2	H3	H4
Enregistrement + Triage	7	8	5	15
Mise en box	14	13	17	53
Consultation médecin	30	29	32	32
Examens complément.	66	41	106	45
Interprétation médecin	35	34	36	24
Avis spécialiste	64	35	36	33
Traitement	20	37	21	32
Lit porte	18	Non significatif	32	204
Hospitalisation interne	25	34	53	34
Hospitalisation externe	Non significatif	Non significatif	Non significatif	49
Formalités de sortie	7	14	21	18
Transport ambulance	12	44	39	61

Rappel : Ces temps incluent les temps actifs tels que la durée de la consultation du médecin ou la durée du traitement (plâtre, suture ...).

c) avec apparition de certains goulots d'étranglement réguliers dans les différents établissements hospitaliers :

Les mesures d'Optimove sont à cet égard particulièrement éclairantes ⁵:

⁵ Les données d'Agéal, peut-être moins fiables compte tenu du choix méthodologique effectué et rappelé ci-dessus, donnent néanmoins des résultats assez proches :

- l'attente liée aux examens complémentaires est un goulot d'étranglement important : de 60 à 75 mn pour les examens biologiques (durée entre la prescription et la disponibilité des résultats), de 40 à 75 mn pour l'imagerie ;
- l'attente liée à une demande de l'avis d'un spécialiste peut également apparaître comme un goulot (parfois attente de 90 mn) ;

- en premier apparaît quasi-systématiquement l'attente d'un examen complémentaire, qui non seulement concerne, sur le chemin critique, une part élevée des patients (70% environ), mais génère des temps d'attente relativement longs (de 45 mn à 1h45).
- le second goulot est l'événement "interprétation médecin" : il concerne environ 60 % des patients et dure (en chemin critique) environ 35 mn.
- le troisième goulot concerne l'avis du spécialiste : il est demandé dans 20 % des cas dans 2 établissements (et 7% dans les 2 autres), et génère un temps supplémentaire d'attente de 30 à 60 mn.
- enfin, un quatrième goulot apparaît partout : c'est l'attente d'un lit d'hospitalisation (en interne ou non) ; il concerne environ 40 % des patients, et dure (chemin critique) de 20 mn à 2 heures en moyenne selon les établissements.

On peut noter à ce propos que l'attente d'un lit qui aurait pu apparaître assez spontanément comme le facteur principal d'attente n'est en fait pas le goulot le plus important. Toutefois, ces chiffres peuvent donner lieu à différentes interprétations. Tout d'abord, les taux d'hospitalisation sont très contrastés selon les sites (de 3 % à 40%), ce qui rend très différente la question de la gestion des lits d'aval et de l'impact sur le fonctionnement du service d'urgences, notamment en termes de délais d'attente. D'autre part, un faible délai « critique » de l'attente d'un lit peut en fait cacher des difficultés importantes, qui amène le service d'urgences à trouver d'autres solutions du type hospitalisation externe, renforcement (et détournement des finalités) du service porte ou une certaine forme de « tri » des patients à l'entrée. L'exemple de l'établissement H4 est révélateur à ce titre : le délai de 34 minutes, proche de la moyenne des autres (et bien plus faible que H3), peut en réalité s'interpréter en observant que très peu de patients sont concernés (7%), et que donc les Urgences sont amenées à trouver d'autres solutions.

La deuxième phase de l'étude permettra une meilleure analyse de ce phénomène.

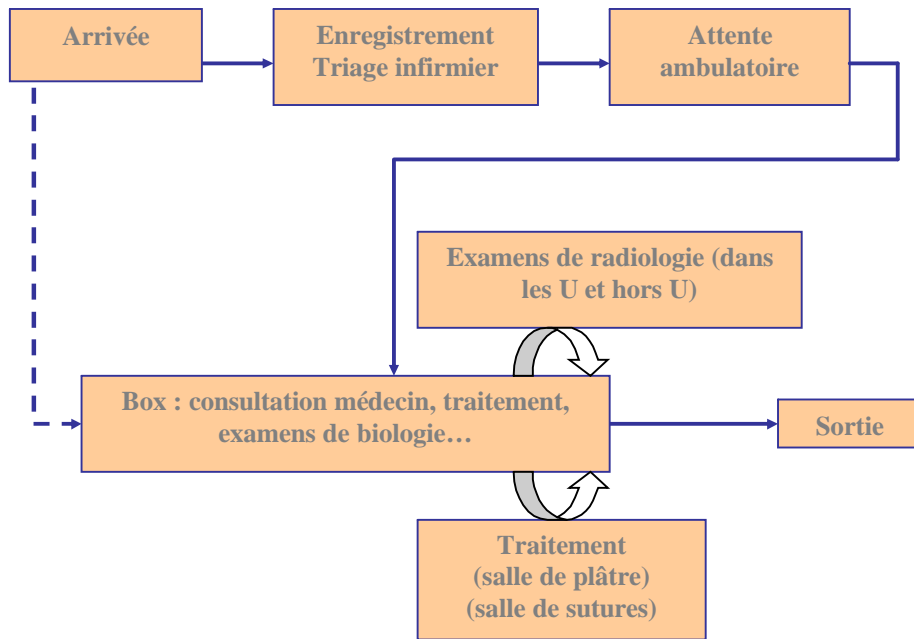
d) Variété des modes d'organisation des urgences

Un dernier point qui est apparu lors de cette première phase est que derrière l'apparente convergence des schémas d'organisation de la prise en charge des urgences dans les différents sites, se cachaient en fait des particularités, des originalités dans le circuit des patients (prise en charge par une infirmière d'accueil, sectorisation des prises en charge, existence d'une polyclinique, mise en place de files spécifiques...), ou dans le mode de coordination avec les services connexes (transfert automatique des prélèvements,...), qui évidemment méritent d'être creusés, notamment en termes d'impact sur les temps d'attente.

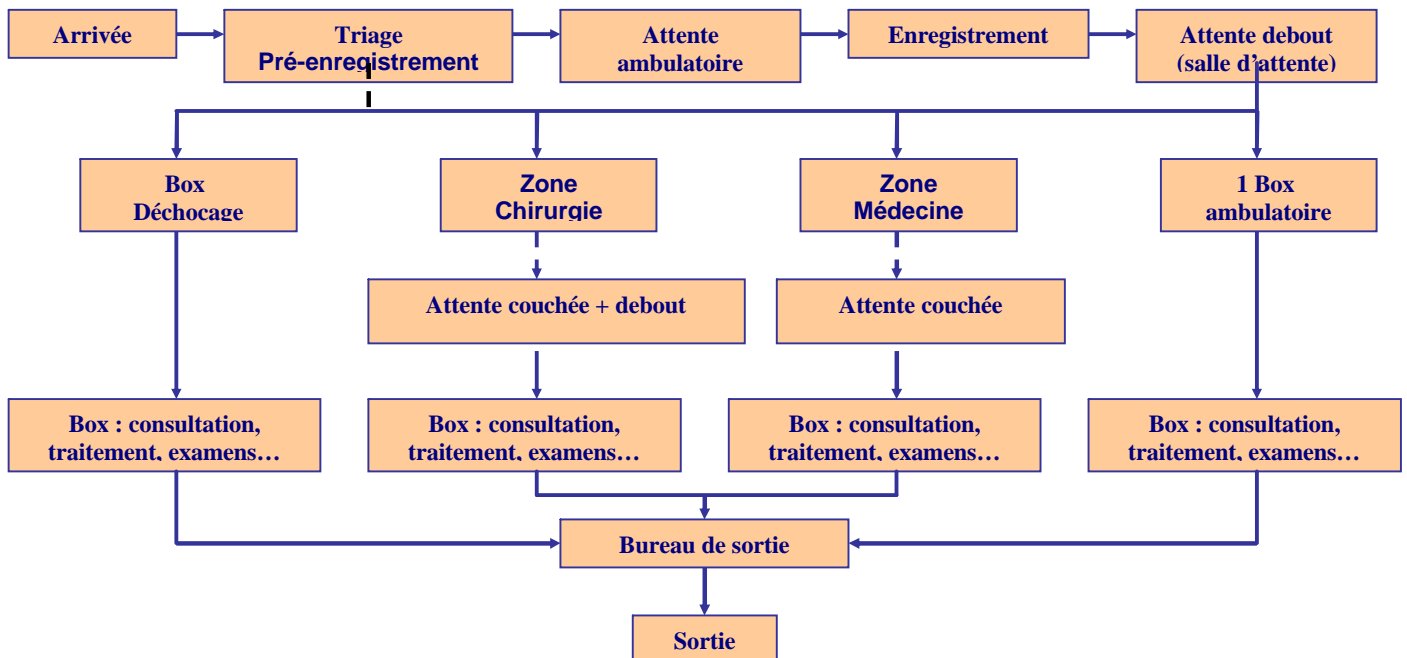
-
- l'attente d'un lit d'hospitalisation est également un goulot d'étranglement important (pour 2 de leurs établissements) ;
 - enfin, un dernier goulot apparaît dans leur étude : pour un établissement, l'attente avant la première consultation dure en moyenne 1 heure.

Exemples de circuits patients (sur 2 sites) :

Site 1 :



Site 3 :



Un autre symptôme de cette diversité est le nombre d'"événements" que connaît un patient dans un service d'urgences: il peut varier en moyenne, selon les sites, de 15 à 25.

	H1	H2	H3	H4
Par patient	18	15	25	15

3°) Compléments à apporter et suite de l'étude

a) *Faire une analyse des temps par catégorie de patients*

Comme on l'a vu, l'analyse réalisée jusqu'à présent n'a pas été reliée à des données sur les caractéristiques médicales des patients. Or, on sent bien que ce facteur peut conditionner des démarches différenciées de prise en charge des urgences, donc des délais d'attente variés. Il a donc été demandé aux consultants d'affiner leur analyse en mesurant les temps d'attente par catégorie de patients. Mais quelle typologie retenir, qui soit pertinente eu égard à la question retenue, c'est-à-dire discriminante ? La classification CCMU ? L'âge du patient ? Le caractère traumatique ou non de la pathologie ?

Compte tenu des premiers résultats, il semblerait que quatre points de vue différents méritent, à ce stade, d'être explorés:

- d'une part, la classification CCMU, qui, même si elle n'a pas été construite pour cet objectif (par exemple, près des $\frac{3}{4}$ des patients émargent à la classe 2), pourrait être assez discriminante sur les temps de passage aux Urgences (il apparaîtrait que plus les indices CCMU sont élevés et plus les temps de passage sont significativement élevés – pouvant aller jusqu'au triple du temps entre la CCMU 1 et les CCMU 3, 4 ou 5)⁶
- d'autre part, le devenir du patient dans l'hôpital, en distinguant : patients hospitalisés, non hospitalisés avec actes complémentaires, non hospitalisés sans actes complémentaires.
- troisièmement, l'âge du patient : +75 ans, - 75 ans, - 15 ans.
- enfin, la plage horaire d'arrivée du patient : du type (mais reste à confirmer) : matin, après-midi, soirée, nuit, week-end.

Une telle analyse par catégorie suppose qu'on dispose d'un échantillon de patients de taille suffisante. Il faudra vraisemblablement donc demander aux consultants des enquêtes complémentaires sur les différents sites.

En effet, les échantillons suivis jusqu'à présent par Optimove (rappelés ci-dessous) risquent de s'avérer insuffisants pour une analyse populationnelle de cette nature. Toutefois, on n'envisage

⁶ C'est ce que note également l'Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées, dans son rapport annuel sur l'activité des services d'urgences de la région.

pas de réaliser des traitements par subdivisions des populations (on serait alors face à de véritables problèmes de taille des échantillons), mais uniquement par combinaisons des catégories.

Tableau : Taille de l'échantillon suivie jusqu'à présent

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Nombre de patients suivis	146	118	143	109	588	1174	559	806
De box à sortie	115	75	121	86				

b) Compléter l'analyse des moyennes par une analyse de distribution

Il semble, comme on l'a vu, que derrière des moyennes se cachent des variations qui peuvent être importantes. Il faudra donc faire des traitements plus spécifiques sur les courbes de distribution de ces temps, afin notamment de privilégier l'analyse des patients ayant connu des temps les plus longs.

c) Compléter l'analyse par une étude des temps "perdus" par les personnels

Le Cahier des charges souscrit par les consultants, a prévu la réalisation d'une analyse des temps "perdus" par les personnels des Urgences comme par exemple: le temps consacré pour rechercher et obtenir un lit, le temps passé à rappeler le labo pour récupérer les résultats d'un examen... L'analyse n'a pu être totalement réalisée lors de cette première phase.

Pourtant, cette étude des "temps perdus" répond à une problématique essentielle, et renvoie au fait que les temps d'activité des personnels des urgences sont parfois mal employés du fait des défauts d'organisation au sein de l'hôpital (attente des résultats d'un examen, qui oblige à rappeler le service concerné, et qui crée des files d'attente,...).

Il sera intéressant de repérer, puis de quantifier ces temps (démarche d'analyse de la non-qualité); les consultants ont donc été invités à compléter cette analyse, en distinguant notamment 4 catégories de temps :

- les temps de recherche d'un lit
- les temps de recherche d'un brancardier
- les temps de relations coordination avec le plateau technique
- les temps d'information avec le patient, la famille, ou les appels extérieurs

Il s'agira là encore de tenter de mesurer ces temps par une observation fine du travail des différents personnels, le cas échéant en se reposant sur une grille d'auto-déclaration de ces temps.

Toutefois, ce travail semble nécessiter, en toute logique, une plongée dans les choix d'organisation des hôpitaux. Il a donc été finalement demandé aux deux cabinets de reporter l'analyse des "temps perdus" (requérant un travail de repérage des dysfonctionnements) à la fin de la seconde phase, à la suite de l'étude organisationnelle.

d) 2^{ème} phase : relier les temps à des modalités organisationnelles

Il s'agira à partir de maintenant de tenter de décrire les organisations en œuvre dans chacun des hôpitaux étudiés (moyens disponibles, modalités de coordination avec services aval ou le plateau technique, organisation du temps de travail des personnels des Urgences,...), afin de détecter des organisations plus efficaces, capables de minimiser les temps d'attente : quels en sont les moteurs ? sur quelle redéfinition des relations entre acteurs reposent-elles ? Y a-t-il construction d'outils de gestion particuliers (par exemple des indicateurs de délais) ? Ou de nouvelles stratégies d'organisation (du type « impôt-lits ») ? Ou le développement de logiciels de pilotage des flux ?

Au total, on voit à travers ce premier travail que la question des temps d'attente est multidimensionnelle et fait appel à de nombreuses explications. L'approche « chemin critique » est riche et potentiellement porteuse de finesse dans la compréhension des mécanismes en cause, mais elle apporte aussi un degré supplémentaire de complexité.

Ces raisons ont fait que la première phase, au sens de l'obtention d'un socle robuste de mesures de temps d'attente, sur un échantillon suffisant, se poursuit actuellement, avec de nouvelles campagnes de mesures, planifiées dans les hôpitaux jusqu'au 31 décembre 2003. Il sera temps alors de passer à l'analyse de l'organisation, pour expliquer les résultats obtenus, notamment les plus performants.