



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les parcours de soins des patientes aux urgences gynécologique-
obstétrique de Jeanne de Flandre au CHRU de Lille.**

Présentée et soutenue publiquement le 07 juin 2018 à 16 heures

Au Pôle Formation

Par Lucie Vandorpe-Manier

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien Subtil

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis Deleplanque

Madame le Docteur Géraldine Giraudet

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Charles Garabedian

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

SFU	Signes fonctionnels urinaires
AMP	Aide médicale à la procréation
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
WE	Week-end
Avis spé	Avis spécialisé
SF	Signes fonctionnels

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Matériels et méthodes	5
Résultats	7
Discussion	18
Conclusion.....	23
Références bibliographiques.....	24
Annexe	25

RESUME

Contexte : En France, il existe depuis plusieurs années une augmentation de l'activité des services d'urgences. Les patientes ont de plus en plus recours aux urgences gynécologiques en soin primaire. L'objectif de ce travail est de décrire et quantifier les parcours de soins des patientes passant aux urgences gynéco-obstétricales de Jeanne de Flandre.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive rétrospective monocentrique (CHU Lille) sur une semaine (du 12 au 18/06/2017). Ont été incluses les patientes consultant aux urgences gynécologiques, pour un motif gynécologique ou obstétrical (< 24 semaines d'aménorrhées). Les données concernant les patientes et la consultation du jour ont été recueillies, ainsi que les durées des parcours suivis, selon les périodes (jour, garde, WE).

Résultats : 221 patientes ont été incluses. Parmi celles-ci, 36 étaient adressées par un professionnel de santé (16,36%). 85 patientes se présentent en journée (45,45%), 57 en garde de soir (30,48%) et 45 en garde de WE (24,06%). 72,73 % des patientes bénéficiaient d'une consultation et d'un geste complémentaire (biologie, échographie ou injection). Si le motif d'entrée était métrorragies ou douleurs, 100 % des patientes enceintes ou non avaient à la fois un examen clinique et une échographie. Chez les patientes enceintes reconvoquées, 83,87% bénéficiaient uniquement d'examens complémentaires. Le temps total médian passé aux urgences était de 88 min [62,8 ; 123,6]. Le temps d'attente pour une échographie était plus important lors de la garde (54,5 min [22,5 ; 95,5] vs. 41 min [10 ; 68] pour la journée) et plus court le WE (27 min [15 ; 55]).

Conclusion : Les urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre font face à une augmentation de l'afflux des patientes depuis de nombreuses années. Le délai de prise en charge reste raisonnable malgré l'absence d'évolution de leur organisation structurelle. Nous constatons que plusieurs éléments peuvent être étudiés afin d'améliorer la fluidité de la prise en charge dont notamment la création de filières courtes ou le regroupement de certains motifs ayant la même prise en charge.

Mots-clés : Urgences, soins primaires, gynécologie-obstétrique, parcours de soins, organisation, composante du parcours de soins, flux, temps d'attente, durée de passage, administration, Lean management, analyse quantitative, motifs, activité

INTRODUCTION

En France, il existe depuis plusieurs années une augmentation de l'activité des services d'urgences en général. Les patients ont de plus en plus recours aux urgences en soin primaire. En effet, en 1996, le nombre annuel de passage dans les services d'urgences était de 10 millions en métropole. En 2003, il atteignait 14 millions, pour s'élever jusqu'à 16,7 millions en 2015 (1,2).

Il en est de même pour les urgences gynécologiques qui connaissent une majoration de leur fréquentation, dans un contexte de diminution des praticiens libéraux en activité, spécialisés en gynécologie. Ce constat est national, mais aussi régional. Sur la période de 2008 à 2018, le recensement par le conseil de l'ordre du Nord-Pas-de-Calais rapporte effectivement un effectif décroissant de 167 à 127 gynécologues libéraux ou ayant une activité mixte en exercice (3).

Les urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre accueillent davantage de patientes chaque année. Le nombre de consultations annuelles en 1998 était de 12472. Ce chiffre s'élevait à 24000 consultations en 2016, parmi lesquelles 12112 concernaient la gynécologie ou les grossesses inférieures à 24 semaines d'aménorrhée (Annexe 1).

L'analyse des parcours au sein des structures d'urgence permet d'identifier des étapes qui définissent la qualité des flux. L'intérêt est de repérer les dysfonctionnements afin d'envisager la mise en place de mesures (humaines,

réalisation de protocoles, aménagements ...) adaptées aux besoins du service (4). Les parcours de soins aux urgences sont les trajets suivis par les patientes en fonction de leur mode d'admission, de leur motif d'entrée, des différents examens réalisés, ainsi que leur devenir.

Aux urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre, les parcours de soins ne sont pas clairement définis et l'un des motifs de plainte des patientes est le temps d'attente. Ainsi, une nouvelle organisation est nécessaire pour faire face à l'afflux des patientes, afin de préserver la qualité des soins, de simplifier et d'optimiser la prise en charge pour le personnel soignant et les patientes. Ce projet s'inscrit dans une démarche de réorganisation de type LEAN.

Le LEAN consiste en effet à améliorer les conditions de fonctionnement d'un service, pour en favoriser la performance. Il s'agit d'une méthode de management recherchant les conditions idéales pour faire travailler ensemble personnel, équipements, en optimisant les sites de travail de manière à ajouter de la valeur à la production avec le moins de gâchis possible (5-8).

Afin de mener cette réflexion et ce projet, il nous a paru nécessaire de réaliser dans un premier temps une photographie du fonctionnement des urgences gynécologiques. Ainsi, notre objectif principal est de décrire et de quantifier les parcours de soins des patientes se présentant aux urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive rétrospective monocentrique (CHU Lille) sur une semaine (du 12 au 18/06/2017). Ont été incluses les patientes consultant aux urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre, pour un motif gynécologique ou obstétrical (< 24 semaines d'aménorrhées). Ont été exclues les patientes enceintes de plus de 24 semaines d'aménorrhées en raison d'un parcours de soins déjà différencié à ce jour de celui des patientes intéressant notre étude.

Le recueil a eu lieu sur une semaine type, week-end et garde inclus. Les dossiers d'une journée étaient analysés le lendemain pour éviter au maximum la perte de données. Ont été relevées les données liées à la patiente et à la consultation du jour : grossesse connue (oui/non), âge > 50 ans, les motifs d'entrée, si elles étaient adressées par un professionnel de santé, les différentes étapes des parcours de soins (consultation clinique, échographie, biologie, avis supplémentaire), leur devenir à l'issue de la consultation (hospitalisation, transfert, nouveau rendez-vous). Une deuxième partie de l'analyse repose sur la durée du parcours, mesurée à l'aide d'une fiche d'horodatage déposée dans les dossiers vierges et dans les bureaux de consultation aux urgences. Ces fiches ont été remplies par le personnel soignant en poste, à chaque début et fin d'étape du parcours suivi par la patiente. Nous avons obtenu des temps totaux, des temps pour chaque étape du parcours suivi (temps d'attente, de consultation, d'examen), et des temps selon la période de consultation aux urgences (journée, garde, WE).

Statistiques

Les données décrivant les parcours de soins ont été recueillies à l'aide d'un tableau Excel listant les caractéristiques de la population et de la consultation du jour, ainsi que les temps de parcours et les périodes de consultation.

Les parcours de soins mis en évidence sont :

- Biologie et/ou échographie et/ou injection (parcours 0)
- Consultation seule (parcours 1)
- Consultation et bilan biologique (parcours 2A)
- Consultation, bilan biologique, échographie (parcours 2B)
- Consultation et échographie (parcours 2C)

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquence et de pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de médiane et de quartile. Les prises en charges ont été analysées selon le motif d'entrée et la caractéristique grossesse (oui/non). Pour chaque parcours (0, 1, 2) et chaque période (jour, garde, WE) une fréquence en pourcentage a été décrite. Les temps de chaque étape du parcours de soins ont été décrits en minutes. En premier lieu, ont été analysés les temps selon la période de consultation (jour, garde, WE). Ensuite, ont été analysés les temps selon le parcours (0, 1, 2). Et en dernier lieu, ont été analysés les temps selon le parcours (0, 1, 2) et la période (jour, garde, WE).

Les temps de chaque étape du parcours ont été comparés en fonction de la période seule par des tests de Kruskal-Wallis. Une p-value inférieure à 0,05 était considérée comme significative.

RESULTATS

221 patientes ont été incluses. Parmi celles-ci, 36 étaient adressées par un professionnel de santé (16,36%). 85 patientes se présentaient en journée (45,45%), 57 en garde de soir (30,48%) et 45 en garde de WE (24,06%).

Le tableau 1 présente les caractéristiques des patientes. La majorité des patientes étaient enceintes (64,25 %) et avaient moins de 50 ans (98,19%). Toutes patientes confondues, les motifs principaux de consultation étaient des métrorragies (21,72%), des douleurs (23,53%) et des patientes reconvoquées (17,65%).

Sur 221 patientes, 196 étaient sortantes (dont 50 ayant été reconvoquées soit 25%), 7 étaient transférées vers les urgences générales, 18 étaient hospitalisées.

Tableau 1 – Motifs d'entrée

	<50 ans N = 217		>50 ans N= 4
	<i>Enceinte</i> N= 142 (64,2%)	<i>Non enceinte</i> N= 75 (33,9%)	
Métrorragies	36 (25,3%)	11 (14,6%)	1 (0,45%)
Douleurs	33 (23,2%)	19 (25,3%)	0 (0%)
Reconvoquées	31 (21,8%)	8 (10,6%)	0 (0%)
Post partum	0 (0%)	14 (18,6%)	0 (0%)
Périnée, vagin	2 (1,41%)	12 (16%)	0 (0%)
Trauma	12 (8,45%)	0 (0%)	0 (0%)
Avis spé	14 (9,86%)	5 (6,67%)	2 (0,9%)
AMP	0 (0%)	2 (2,67%)	0 (0%)
SFU	3 (2,11%)	2 (2,67%)	0 (0%)
Autres SF	9 (6,34%)	2 (2,67%)	1 (0,45%)
Mauvaise orientation	2 (1,41%)	0 (0%)	0 (0%)

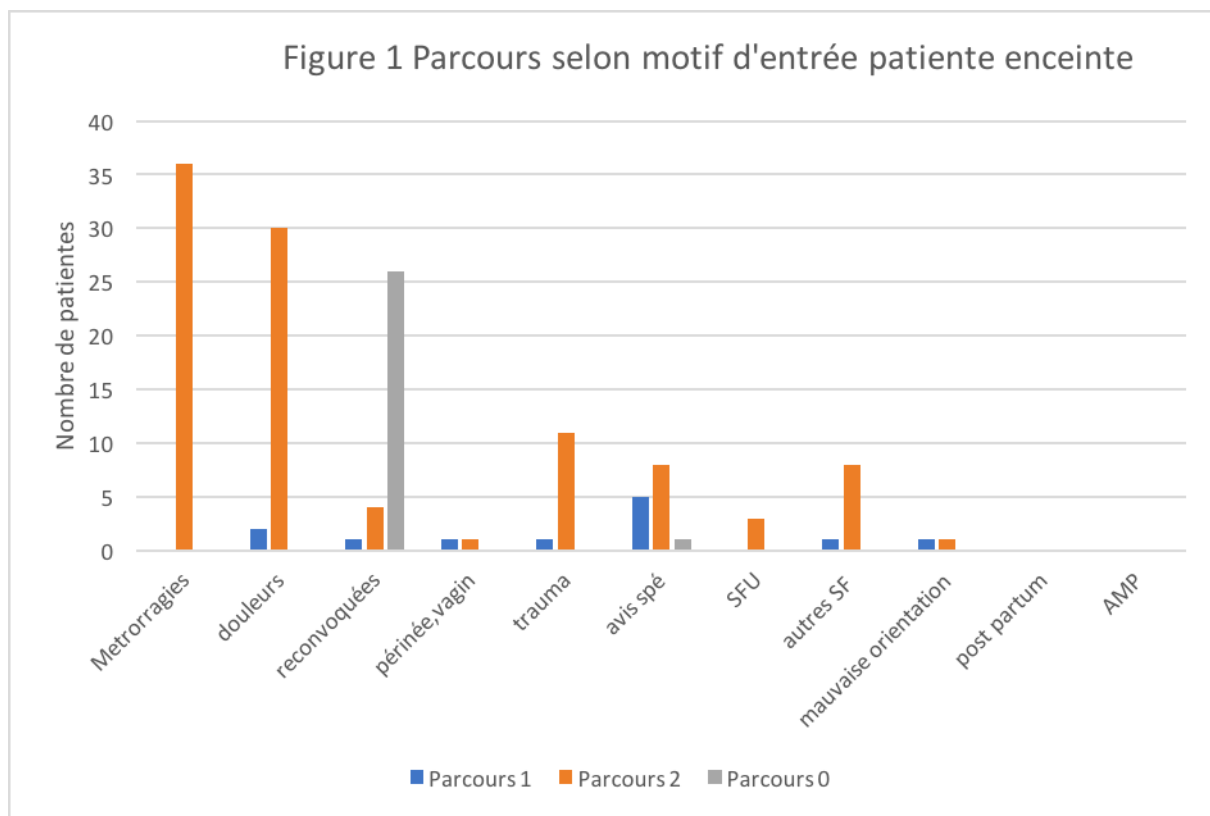
SFU = signes fonctionnels urinaires, AMP= aide médicale à la procréation, avis spé = avis spécialisé, SF = signes fonctionnels

La description des parcours de soins montrait que :

- 13,18 % des patientes suivaient le parcours 1 (consultation seule),
- 14,09% des patientes suivaient le parcours 0 (examen uniquement (bio, échographie ou injection)),
- 72,73 % des patientes suivaient le parcours 2 (consultation et un geste complémentaire (biologie, échographie ou injection)).

Lorsqu'on s'intéresse au parcours de soins chez les patientes enceintes (figure 1), dans le cadre de « métrorragies », le parcours suivi était toujours le 2 (consultation et examens). Celles consultant en raison de « douleurs » suivaient également ce parcours 2 en grande majorité (soit 93,75% des patientes). Concernant les patientes enceintes reconvoquées, 83,87% bénéficiaient uniquement d'examens complémentaires soit le parcours 0.

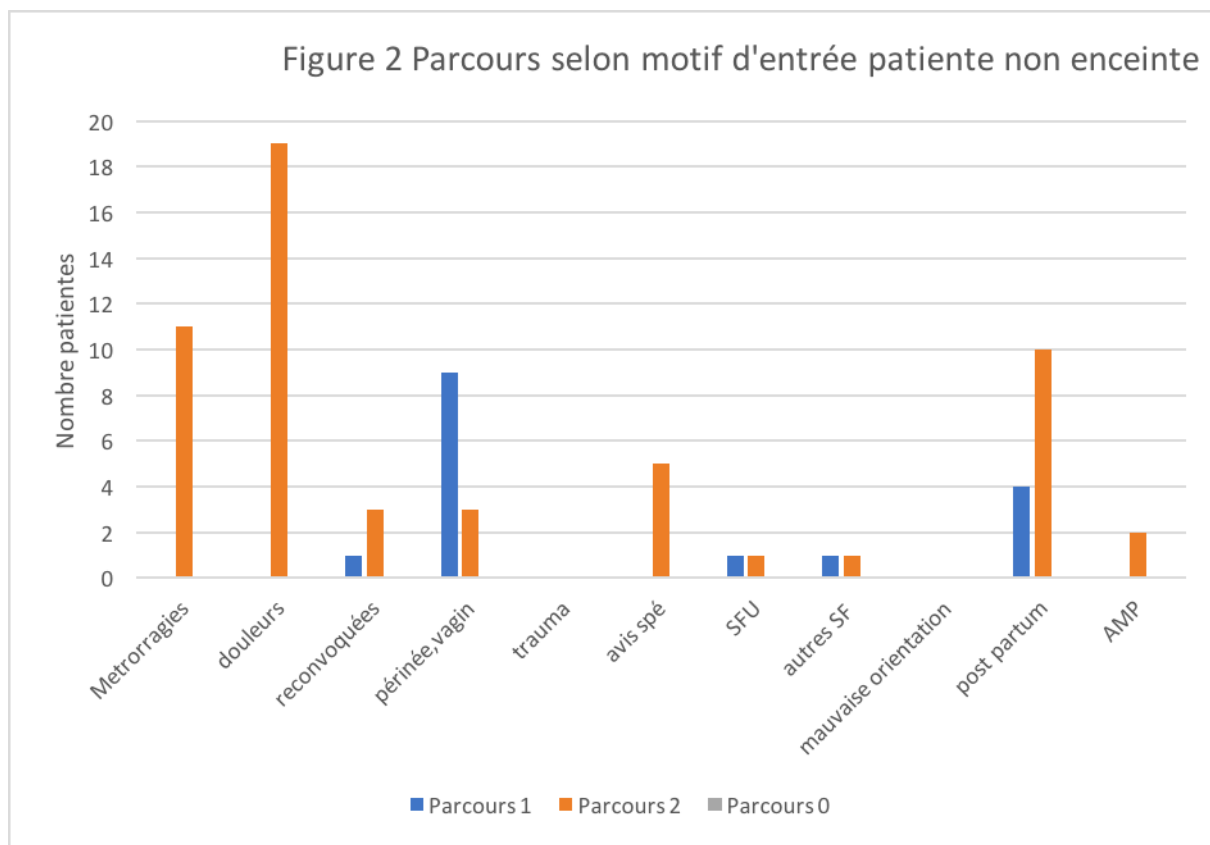
91,67% des patientes enceintes entrantes pour un traumatisme abdominal et 57,14 % des patientes adressées par un professionnel de santé suivaient le parcours 2. Lors de la survenue de signes fonctionnels urinaires, 100 % des cas suivaient le parcours 2.



SFU = signes fonctionnels urinaires, AMP= aide médicale à la procréation, avis spé = avis spécialisé, SF = signes fonctionnels

Concernant le parcours des patientes non enceintes (figure 2), lors de métrorragies et douleurs, le parcours 2 était aussi suivi dans 100 % des cas. Le parcours 2 était également suivi dans 71,43% des motifs du post partum, 100% des motifs d'aide médicale à la procréation, et 100% des patientes adressées.

Le parcours 0 représentait 50% des dossiers reconvoquées. Pour un motif d'entrée concernant le périnée/vagin, dans 75 % des cas les patientes ne bénéficiaient que d'une consultation (parcours 1).

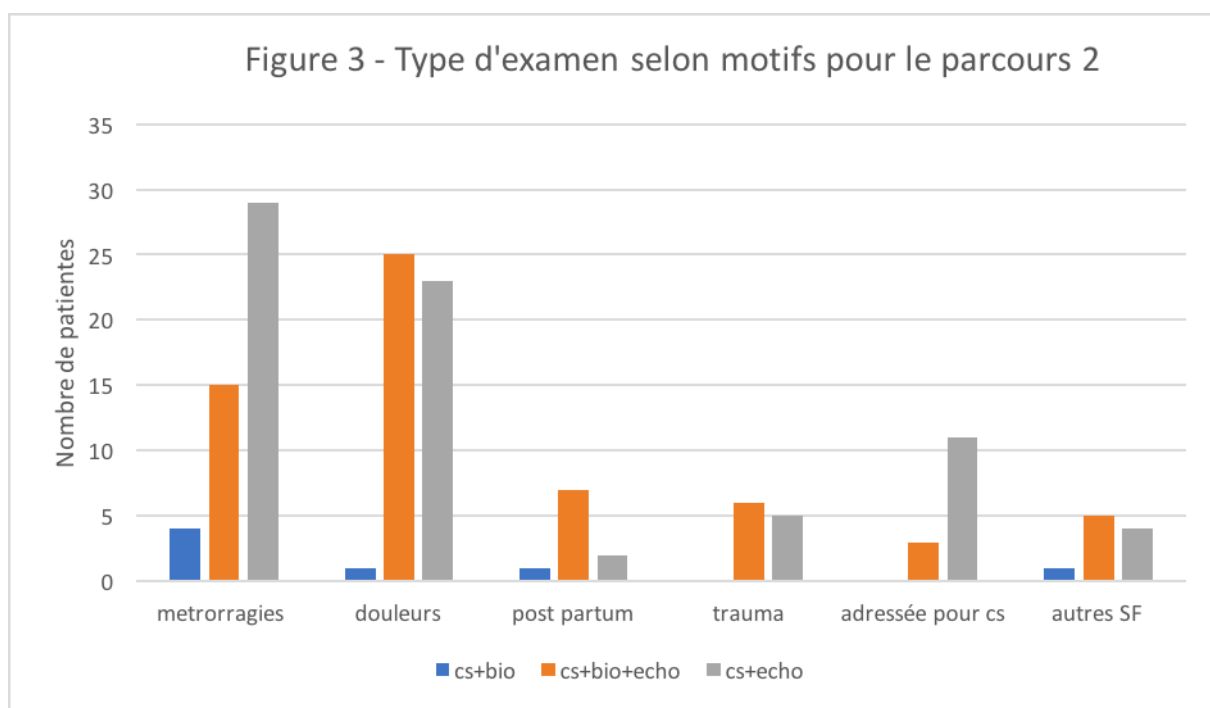


SFU = signes fonctionnels urinaires, AMP= aide médicale à la procréation, avis spé = avis spécialisé, SF = signes fonctionnels

De façon plus précise, la figure 3 détaille les types d'examen réalisés en fonction du motif si les patientes étaient dans le parcours 2 (consultations et examens). On constate que dans la majorité des cas, les patientes bénéficiaient d'une échographie associée ou non à d'autres soins.

En cas de métrorragies, 60,42% des patientes bénéficiaient d'une consultation et d'une échographie, ainsi que 78,57 % des patientes adressées pour un avis.

Au sein du parcours 2, 51,02% des patientes entrant pour douleurs, 70 % des patientes consultant pour un motif du post-partum, 54,55 % des cas de traumatisme abdominal et 50 % des patientes présentant d'autres signes fonctionnels ont bénéficié d'une consultation, d'un bilan biologique et d'une échographie.

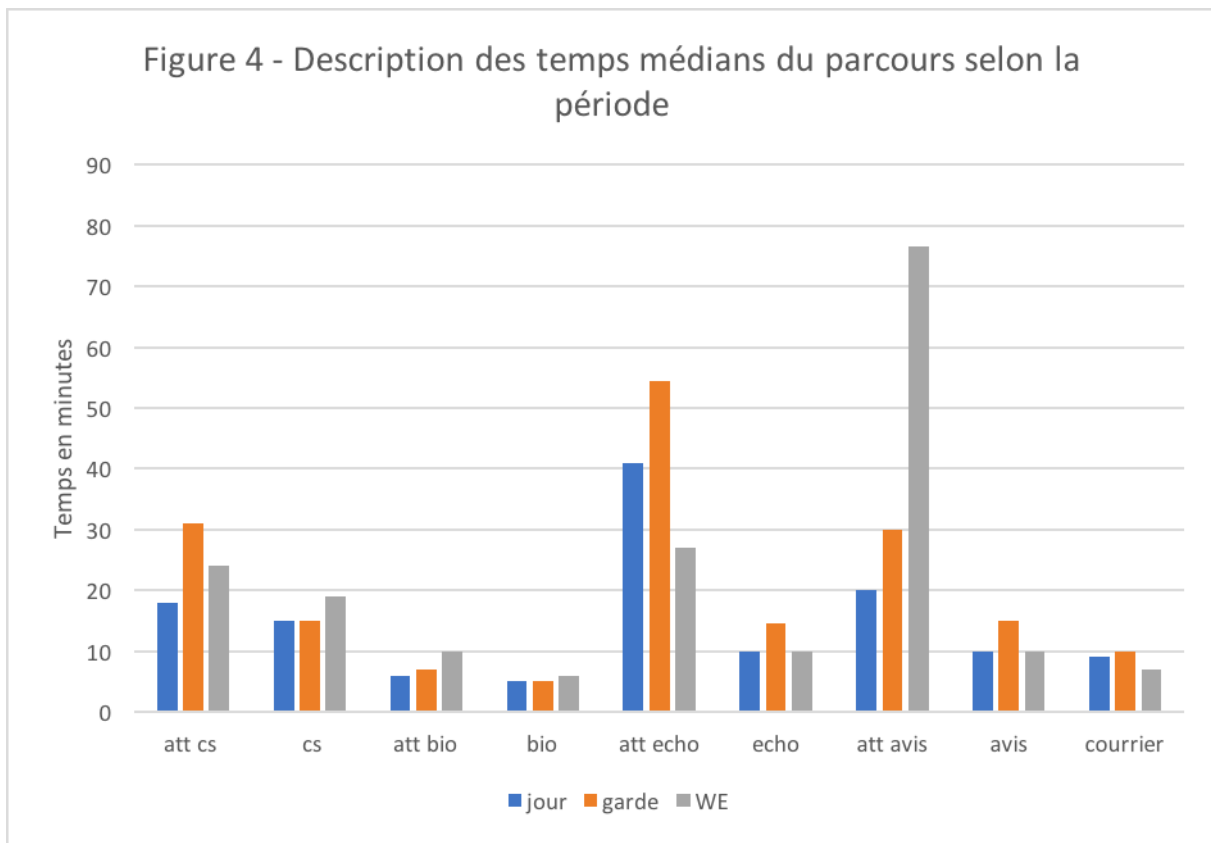


cs = consultation, bio = biologie, echo = échographie, SF = signes fonctionnels

Sur la figure 4, il est décrit les temps médians tous parcours confondus selon la période. On constate que le temps médian d'attente pour la première consultation avait tendance à être plus long lors de la garde ou pendant le WE (respectivement 18 min [11 ; 31,50] lors de la journée, 31 min [11 ; 57] lors de la garde et 24 min [11 ; 37] lors du WE).

Le temps d'attente pour une échographie avait tendance à être plus important lors de la garde (54,5 min [22,5 ; 95,5] vs 41 min [10 ; 68] pour la journée) mais il est constaté un temps plus court le WE (27 min [15 ; 55]).

En revanche, le temps d'attente pour un avis supplémentaire avait une tendance à être plus important lors du WE que pour les 2 autres : 76,5 min [63 ; 90] vs 30 min [0 ; 30] pour la garde et vs 20 min [10 ; 90] pour la journée.



cs = consultation, bio = biologie, att = attente, echo = échographie, WE = week-end

Le temps total médian passé aux urgences est de 88 min [62,8 ; 123,6]. Le temps total le plus long concernait celui du parcours le plus complet nécessitant une consultation, une échographie et un bilan biologique (140 min [95 ; 173]), suivi par le parcours dans lequel une consultation et une échographie étaient réalisées (115 min [82 ; 167]), puis le parcours avec une consultation et un bilan biologique (94 min [73 ; 157]), et enfin la consultation seule (58,5 min [44 ; 75]). Le parcours le plus court était celui comprenant une échographie seule ou un bilan biologique ou une injection (32,5 min [20 ; 46]).

Les figures suivantes représentent les flux des patientes aux urgences en fonction de leur parcours et décrivent les temps d'attente en fonction des salles. Pour tous les parcours, la salle d'attente est le point central des urgences.

Pour le premier parcours, comprenant une consultation uniquement, la patiente se présente 2 fois en salle d'attente, et en cas d'avis supplémentaire, elle y retourne une troisième fois.

**Schématisation du parcours 1 (cs)
périodes jour (1), garde (2), WE (3)**

Temps total parcours 1
 Période 1 : 58 min [47 ; 71]
 Période 2 : 102 min [74 ; 145]
 Période 3 : 41,5 min [37 ; 58]

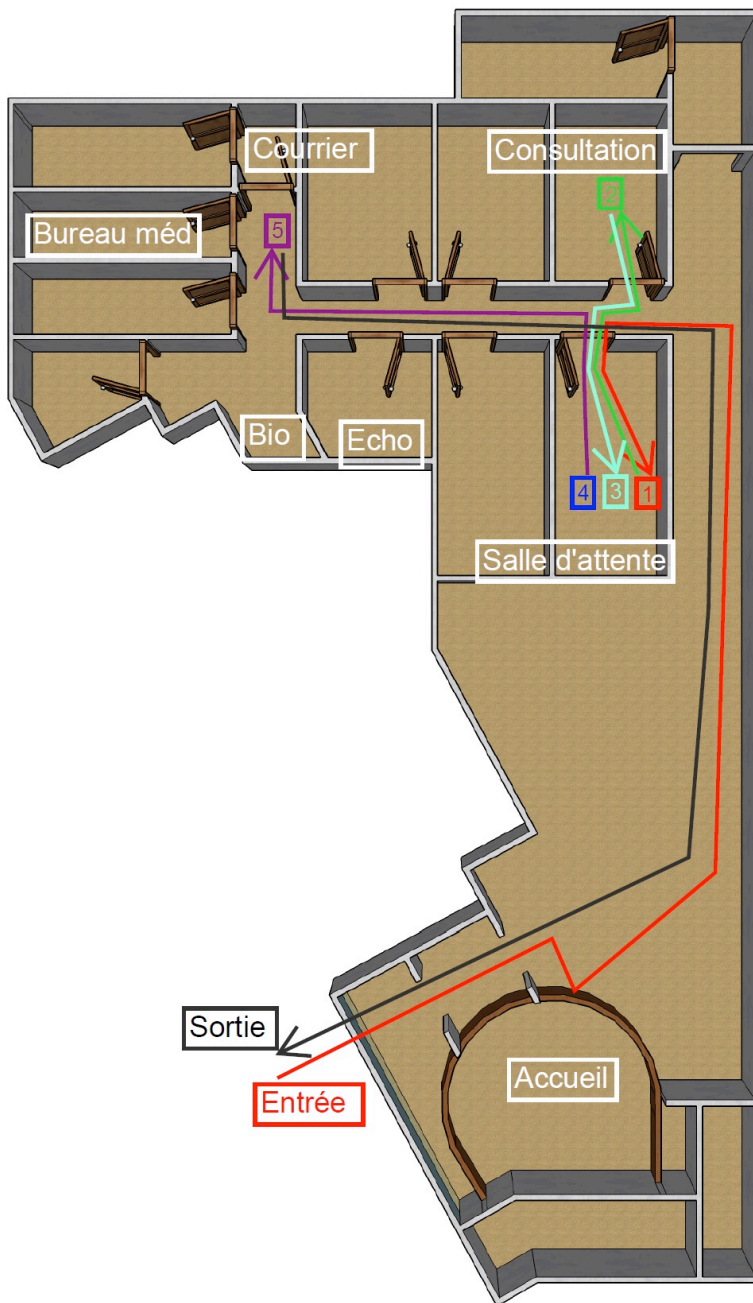
1. Temps d'attente consultation
 Période 1 : 11,5 [9 ; 25]
 Période 2 : 50,5 [28,5 ; 82]
 Période 3 : 11,5 [9 ; 26]

2. Temps de consultation
 Période 1 : 15 [12 ; 20]
 Période 2 : 15,5 [11,5 ; 17]
 Période 3 : 18,5 [10 ; 20]

3. Temps d'attente avis supp.
 Période 1 : 17,5 [12,5 ; 20]
 Période 2 : 30 [30 ; 30]
 Période 3 : /

4. Temps d'avis supp.
 Période 1 : 10 [7,5 ; 10]
 Période 2 : 15 [15 ; 15]
 Période 3 : /

5. Temps d'attente courrier
 Période 1 : 5 [1 ; 10]
 Période 2 : 27,5 [12,5 ; 45]
 Période 3 : 8 [5 ; 15]



Pour le deuxième parcours, comprenant une consultation et une prise de sang, la patiente se présente 4 fois en salle d'attente entre chaque étape du parcours, et fait 2 fois l'aller-retour dans le couloir principal.

**Schématisation du parcours 2A (cs et bio)
périodes jour (1), garde (2), WE (3)**

Temps total parcours 2A
Période 1 : 157 min [94 ; 245]
Période 2 : 67 min [67 ; 67]
Période 3 : 84 min [73 ; 144]

1. Temps d'attente consultation
Période 1 : 42 [8 ; 45]
Période 2 : 47 [47 ; 47]
Période 3 : 25 [24 ; 39]

2. Temps de consultation
Période 1 : 14 [12 ; 20]
Période 2 : 5 [5 ; 5]
Période 3 : 18 [18 ; 20]

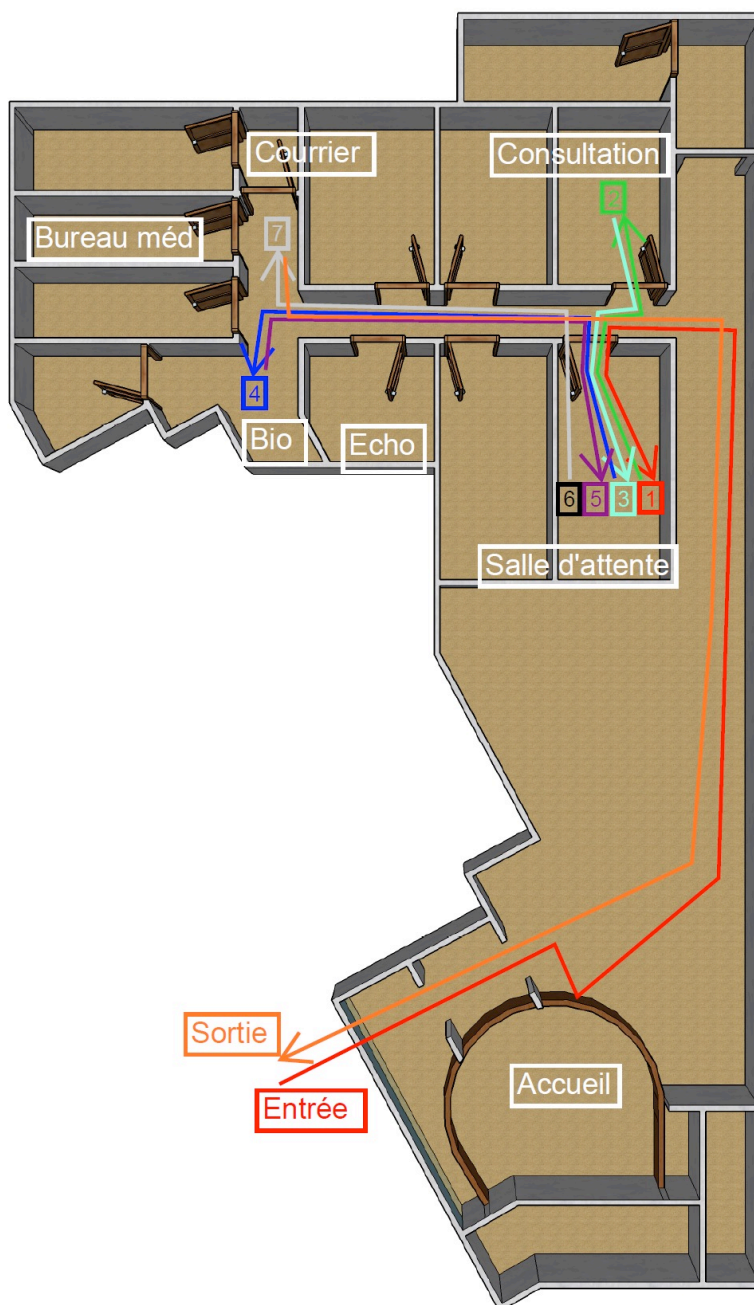
3. Temps d'attente bio
Période 1 : 15 [0 ; 22]
Période 2 : 4 [4 ; 4]
Période 3 : 10 [5 ; 10]

4. Temps de bio
Période 1 : 10 [10 ; 10]
Période 2 : 11 [11 ; 11]
Période 3 : 5 [5 ; 5]

5. Temps d'attente avis supp.
Période 1 : 120 [90 ; 150]
Période 2 : /
Période 3 : 76,5 [63 ; 90]

6. Temps avis supp.
Période 1 : 15 [15 ; 15]
Période 2 : /
Période 3 : 10 [10 ; 10]

7. Temps d'attente courrier
Période 1 : 5 [5 ; 8]
Période 2 : /
Période 3 : 15 [15 ; 15]



Pour le troisième parcours, comprenant une consultation, une échographie et une prise de sang, la patiente se présente 4 fois en salle d'attente et fait 3 fois l'aller-retour dans le couloir.

**Schématisation du parcours 2B (cs et bio et echo)
périodes jour (1), garde (2), WE (3)**

Temps total parcours 2B
 Période 1 : 129 min [83 ; 162]
 Période 2 : 156,5 min [125 ; 200]
 Période 3 : 113,5 min [92,5 ; 154]

1. Temps d'attente consultation
 Période 1 : 20 [13 ; 35]
 Période 2 : 24,5 [10 ; 56]
 Période 3 : 20,5 [11,5 ; 32,5]

2. Temps de consultation
 Période 1 : 10 [16 ; 21]
 Période 2 : 15 [14 ; 20]
 Période 3 : 19 [15 ; 22]

3. Temps d'attente bio
 Période 1 : 5 [0 ; 10]
 Période 2 : 8,5 [5 ; 28]
 Période 3 : 13,5 [6,5 ; 20]

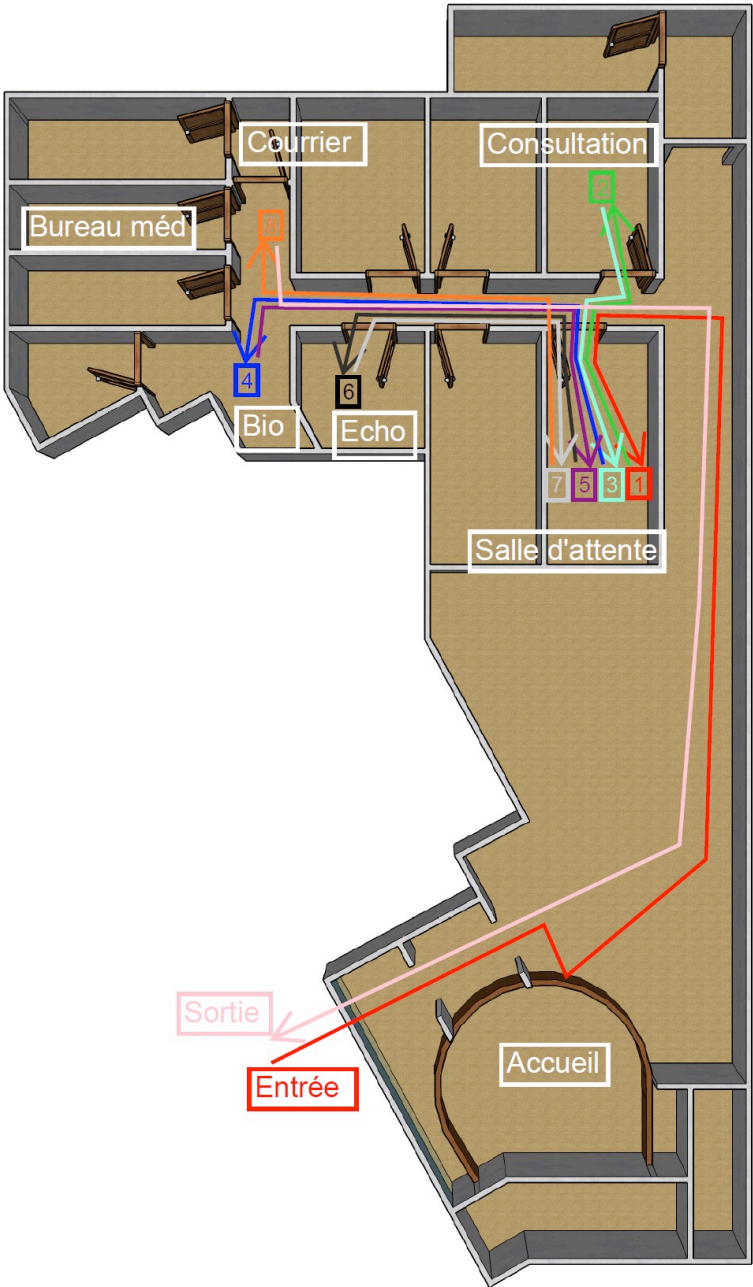
4. Temps de bio
 Période 1 : 5 [3 ; 8]
 Période 2 : 5 [5 ; 10]
 Période 3 : 6,5 [5 ; 8]

5. Temps d'attente écho
 Période 1 : 33 [2 ; 57]
 Période 2 : 42,5 [6 ; 105]
 Période 3 : 26,5 [17,5 ; 55]

6. Temps d'écho
 Période 1 : 10 [9 ; 15]
 Période 2 : 14,5 [10 ; 20]
 Période 3 : 10,5 [10 ; 17,5]

7. Temps d'attente avis supp.
 Période 1 : 10 [2 ; 93]
 Période 2 : 15 [0 ; 30]
 Période 3 :

8. Temps d'attente courrier
 Période 1 : 10 [3 ; 22]
 Période 2 : 10 [3 ; 20]
 Période 3 : 10 [4 ; 10]



Pour le cinquième parcours, ne comprenant pas de consultation, la patiente se présente une seule fois en salle d'attente, puis dans la salle de soins qui la concerne.

Schématisation du parcours 0 (bio et/ou echo et/ou injection) périodes jour (1), garde (2), WE (3)

Temps total parcours 0
 Période 1 : 30 min [20 ; 46]
 Période 2 : /
 Période 3 : 43 min [43 ; 43]

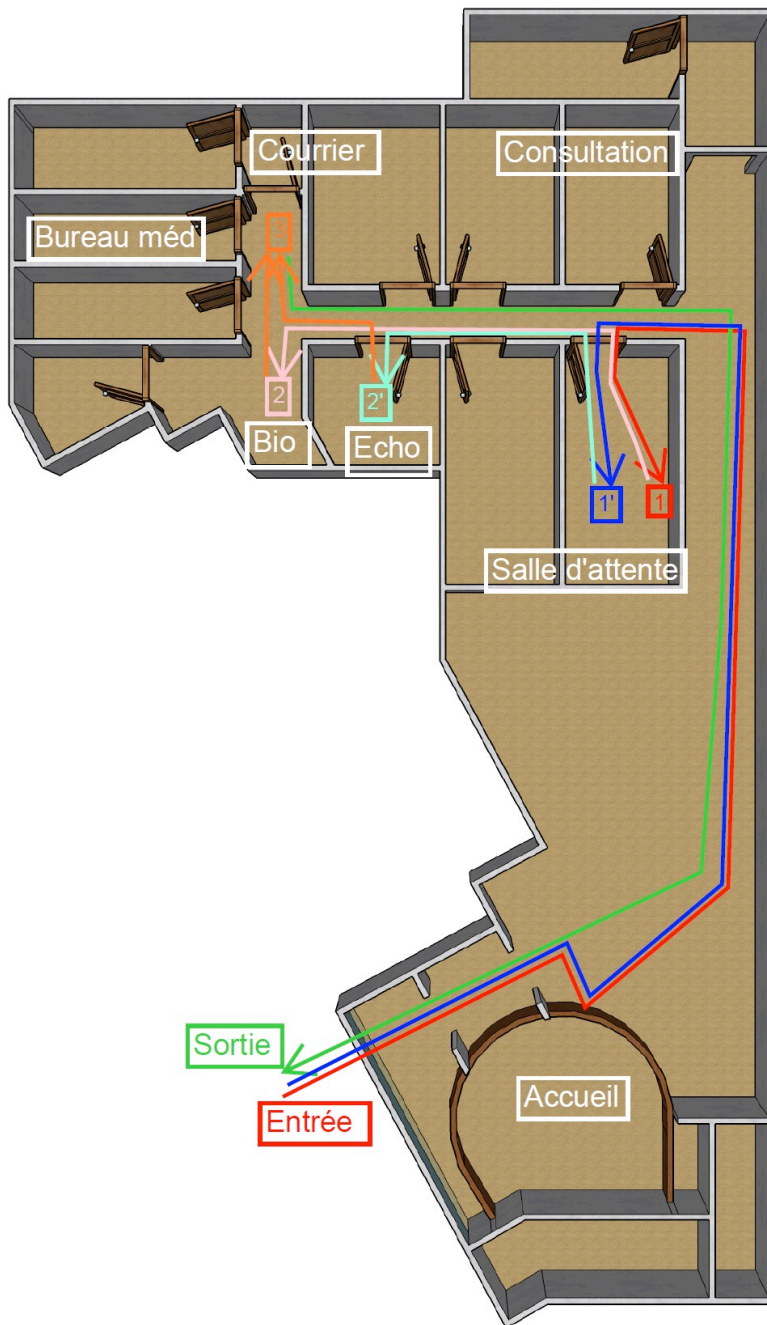
1. Temps d'attente bio
 Période 1 : 15 [6 ; 17]
 Période 2 : /
 Période 3 : /

1'. Temps d'attente écho
 Période 1 : 15 [11,5 ; 25]
 Période 2 : /
 Période 3 : 27 [27 ; 27]

2. Temps de bio
 Période 1 : 6 [5 ; 10]
 Période 2 : /
 Période 3 : /

2'. Temps d'écho
 Période 1 : 10 [9 ; 12,5]
 Période 2 : /
 Période 3 : 10 [10 ; 10]

3. Temps d'attente courrier
 Période 1 : 5,5 [4,5 ; 8,5]
 Période 2 : /
 Période 3 : 5 [5 ; 5]



DISCUSSION

Les données actuelles de la littérature mettent en évidence l'importance d'une bonne organisation structurelle des services d'accueil d'urgences (4,9). Devant l'augmentation des flux de patients, les services d'urgences cherchent à améliorer leur fonctionnement, notamment par la mise en place du tri des patients et la création de filières courtes (13). L'orientation du patient dépend de son motif d'entrée.

L'amélioration de la fluidité au sein des structures d'urgence diminue les délais de prise en charge. Dans ce contexte, l'architecture du service d'urgence est primordiale, afin d'optimiser les déplacements et l'activité du service dans une surface utile. En fonction du circuit suivi par les patients, des secteurs de soins peuvent être créés. La polyvalence de ces zones est de mise devant l'évolution permanente de la demande des soins (4,9).

Dès lors, nous avons souhaité mettre en place une démarche de réorganisation de type LEAN, afin d'optimiser le fonctionnement du service des urgences de gynécologie de Jeanne de Flandre (7,8).

Lors de notre étude, deux parcours avaient tendance à être plus court en temps et plus fluide dans les déplacements des soignants et des patientes. Il s'agissait des patientes reconvoquées et des patientes non enceintes entrantes en raison d'un motif « périnée/vagin ». On pourrait constituer une filière courte aux urgences gynécologiques pour ces motifs.

De plus, on remarque aussi que pour certains motifs d'entrée, notamment douleurs abdominales et métrorragies, que la patiente soit enceinte ou non, le parcours suivi était le même (consultation + échographie +/- bilan biologique). Des regroupements de patientes en fonction des motifs d'entrée pourraient alors être envisagés sous la forme d'un circuit long permettant de fluidifier les parcours de soins (14-15).

Les principaux motifs d'urgences en gynécologie sont les métrorragies du premier trimestre de la grossesse et les douleurs pelviennes. Ce qui est décrit également par notre étude (10-11). De ce fait, la grossesse extra-utérine est le diagnostic à éliminer en priorité, en cas de BHCG positifs. Il semble donc important de savoir dès l'entrée aux urgences, si la patiente est enceinte ou non, ce qui n'est pas toujours le cas. Il pourrait être également possible de proposer un test urinaire de grossesse afin d'améliorer la démarche diagnostique des soignants. Suite à ce travail, un groupe de réflexion a été mis en place pour écrire un protocole d'indication de ce test de grossesse urinaire aux urgences. Par ailleurs, une réflexion autour des indications de reconvoication des patientes (notamment pour le suivi de la décroissance des Bêta HCG) est en cours. En effet, il est rapporté dans ce travail que 25% des patientes sortantes étaient reconvoquées, soit un chiffre très élevé.

L'échographie aux urgences gynécologiques fait partie des examens fréquemment réalisés (11). L'échographie transvaginale est incluse dans de nombreux protocoles diagnostiques et est l'examen clé pour certains motifs d'entrée, ce qui est également souligné par notre étude puisque le parcours le plus suivi est le parcours 2. Dans certains cas, l'échographie apparaît comme un examen de débrouillage et semble à l'appréciation du premier consultant.

Lors de notre étude, il a été mis en évidence que certains motifs d'entrées conduisaient plus fréquemment à une échographie (métrorragies et douleurs pelviennes). Pour d'autres motifs, la prise en charge était plus floue, comme les signes fonctionnels urinaires et autres signes fonctionnels. La décision d'examen complémentaire dépend des cliniciens présents.

Le temps passé aux urgences fait partie des critères d'évaluation de la qualité d'un service, puisqu'il est un indicateur de la capacité du service à dispenser des soins dans un délai raisonnable. Un délai de soins allongé est marqueur d'une surcharge de travail du service et est à risque d'une diminution de la qualité des soins (4). Lors de notre étude, les parcours suivis pour un motif nécessitant le moins d'examens complémentaires sont les plus courts. Plus il y a d'examens réalisés, plus le temps passé est long et plus le parcours est complexe, entraînant alors des déplacements multiples des patientes et soignants, entre les différentes salles d'examens et la salle d'attente.

Ainsi, le choix éclairé et adapté d'examen complémentaire permet lui aussi la réduction du temps passé aux urgences. Pour les motifs dont la prise en charge reste floue, comme les signes fonctionnels, nous pouvons éventuellement envisager la réalisation de protocole de prise en charge standardisé afin de guider les choix des soignants, en leur laissant la possibilité de réaliser un examen complémentaire s'ils le jugent nécessaire.

Aux urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre, le temps médian global d'attente est de 88 minutes. D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) en 2013, la moitié des patients (hormis ceux qui restent en hospitalisation courte) restent moins de deux heures aux urgences générales en France (12).

Ces données sont donc concordantes avec notre étude et rassurantes sur la qualité de la prise en charge aux urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre, qui reste dans la norme nationale.

Enfin, nous remarquons aussi qu'en fonction de la période de consultation de la patiente, les délais de prise en charge sont différents. Les temps médians d'attente ont tendance en effet à être plus long lors de la garde le soir, pendant laquelle les effectifs du personnel soignant sont réduits. Les internes d'obstétriques sont notamment sollicités aux blocs opératoires et dans les étages, entraînant des délais plus importants pour la réalisation d'échographie. Nous notons une attente sensiblement plus longue pour la consultation en garde consécutive à des temps d'absence dans le service d'urgence lui-même s'expliquant par l'absence de la sage-femme de jour affiliée en gynécologie et des internes de médecine générale qui sont sollicités pour les urgences dans les différents services de maternité.

Cette étude a toutefois une limite principale. Il s'agit d'une étude « flash » sur 1 semaine et le week-end fut particulièrement ensoleillé et chaud, avec très peu d'entrées enregistrées aux urgences gynécologiques !

Au total, il semble nécessaire de développer l'accueil et le tri des patientes aux urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre. Cela peut être envisagé en s'appuyant sur du personnel soignant d'accueil guidant les patientes vers un circuit long ou court en fonction du motif d'entrée. S'y associe l'idée de réorganiser l'architecture des urgences gynécologiques afin de simplifier et fluidifier ces nouveaux parcours pour les patientes et le personnel soignant au sein des urgences.

Pour certains motifs d'entrée, se pose la question de la réalisation d'une échographie systématique, alors que la réalisation de la recherche des bruits du cœur fœtaux pourrait être suffisante. L'écriture de protocoles serait à envisager, ceux-ci permettraient la diminution de la réalisation d'échographies chronophages.

De plus, nous constatons que le taux de patientes reconvoquées aux urgences atteint un seuil important. Il semble opportun de revoir les indications menant à un nouveau rendez-vous au sein même des urgences.

Cette réorganisation va permettre de potentialiser les points forts de ce service d'urgence qui reste rapide dans la prise en charge des patientes, qui bénéficie d'un plateau technique de pointe, ainsi que des compétences humaines riches.

CONCLUSION

Les urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre font face à une augmentation de l'afflux des patientes depuis de nombreuses années. Le délai de prise en charge reste raisonnable malgré l'absence d'évolution de leur organisation structurelle. Il existe des parcours complexes dans les déplacements au sein des urgences, le point central étant la salle d'attente. Nous constatons que plusieurs éléments peuvent être étudiés afin d'améliorer la fluidité de la prise en charge, notamment la création de filières courtes ou regroupant certains motifs d'entrée ayant le même parcours. De plus, pour certains motifs, la réalisation de certains examens complémentaires peut être réévalué et encadré par des protocoles de prise en charge guidant les soignants dans leur réflexion.

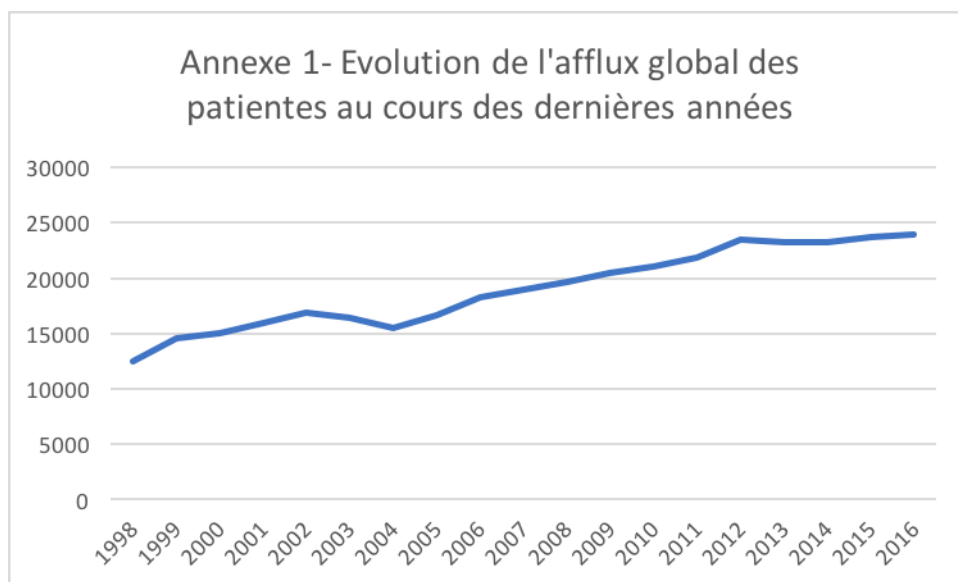
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ? ADSP n°52, année 2005.étude DRESS.
2. Panorama des urgences 2015. Fédération des observatoires régionaux des urgences.
3. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais. Situation en 2013. Gwénaëlle Le breton – Lerouvillois.
4. Organisation des structures d'urgences. EMC. A. Beltramini E. Debuc D. Pateron 25-210-A-05
5. La définition du Lean management. Opera partners 2015. Michael Ballé.
6. Lean management. INRS 2016.
7. Lean Management dans le milieu hospitalier : le CHRU de Lille primé par le SGMAP et BearingPoint. DSIH-esanté.
8. Démarches d'amélioration en milieu hospitalier : du management de la qualité totale au Lean. Improvement approaches in the hospital setting: From total quality management to Lean. Elsevier. N. Curatolo S. Lamouri J.-C. Huet A. Rieutord
9. Architecture des services d'urgences. Journal Europeen des Urgences Vol 18, N° 2 - juin 2005 pp. 102-126 Doi : JEUR-06-2005-18-2-0993-9857-101019-200514540
10. C Rongières-Bertrand. Urgences gynécologiques. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 3-1350, 1999, 8 p
11. Standardisation de l'échographie aux urgences gynécologiques. T.Popowski C. Huchon K.Fathalla P.Bouhanna J.-P. Bernard A. Fauconnier Gynécologie Obstétrique & Fertilité 40 (2012) 182-188
12. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation DRESS. Etude et résultats. N° 889 • juillet 2014
13. Echelle de triage aux urgences du centre hospitalier d'Arras : validité et qualité d'application. Sar, Borath. 03/06/2014. Thèse médecine générale.
14. Les urgences gynécologiques et obstétricales de l'hôpital Jeanne de Flandre du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille [Texte imprimé] : état des lieux et perspectives d'avenir. R.Millot , E.Closset. 2009.
15. Bilan d'activité des urgences gynécologiques sur l'année 2001 dans les services de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Montpellier . A.Mathez ; H.Déchaud. 2002

ANNEXE

Annexe 1 :

L'évolution des flux a été décrite grâce aux données d'archives des urgences gynécologiques recensées entre 1997 et 2016. Ces données indiquent le nombre de consultations par mois, le nombre de consultation concernant des patientes enceintes de moins de 15 semaines d'aménorrhée, le nombre de consultation avec échographie réalisées.



AUTEUR : Nom : Vandorpe-Manier **Prénom :** Lucie
Date de Soutenance : 07 / 06 /2018
Titre de la Thèse : Les parcours de soins des patientes aux urgences gynécologique-obstétrique de Jeanne de Flandre au CHRU de Lille.
Thèse - Médecine - Lille 2018
Cadre de classement : Gynécologie obstétrique
DES + spécialité : Médecine Générale
Mots-clés : Urgences, soins primaires, gynécologie-obstétrique, parcours de soins, organisation, composante du parcours de soin, flux, temps d'attente, durée de passage, administration, Lean management, analyse quantitative, motifs, activité

Résumé

Objectif - En France, il existe depuis plusieurs années une augmentation de l'activité des services d'urgences. Les patientes ont de plus en plus recours aux urgences gynécologiques en soin primaire. Il s'agit de décrire et quantifier les parcours de soins des patientes passant aux urgences gynéco-obstétricales de Jeanne de Flandre.

Méthode - Il s'agit d'une étude quantitative descriptive rétrospective monocentrique (CHU Lille) sur une semaine (du 12 au 18/06/2017). Ont été incluses les patientes consultant aux urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre, pour un motif gynécologique ou obstétrical (< 24 semaines d'aménorrhées). Les données concernant les patientes et la consultation du jour ont été recueillies, ainsi que les durées des parcours suivis, selon les périodes (jour, garde, WE).

Résultats - 221 patientes ont été incluses. Parmi celles-ci, 36 étaient adressées par un professionnel de santé (16,36%). 85 patientes se présentent en journée (45,45%), 57 en garde de soir (30,48%) et 45 en garde de WE (24,06%). 72,73 % bénéficiaient d'une consultation et d'un geste complémentaire (biologie, échographie ou injection) soit le parcours 2. Si le motif d'entrée était métrorragies ou douleurs, 100 % des patientes enceintes ou non avaient à la fois un examen clinique et une échographie. Chez les patientes enceintes reconvoquées 83,87% bénéficiaient uniquement d'examen complémentaires. Le temps total médian passé aux urgences est de 88 [62,8 ; 123,6] min. Le temps d'attente pour une échographie était plus important lors de la garde : 54,5 min [22,5 ;95,5] vs. 41 min [10 ;68] pour la journée vs. 27 min [15 ;55] pour le WE.

Conclusion - Les urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre font face à une augmentation de l'afflux des patientes depuis de nombreuses années. Le délai de prise en charge reste raisonnable malgré l'absence d'évolution de leur organisation structurelle. Nous constatons que plusieurs éléments peuvent être étudiés afin d'améliorer la fluidité de la prise en charge. Notamment la création de filières courtes ou regroupant certains motifs ayant la même prise en charge.

Mots clés - Urgences, soins primaires, gynécologie-obstétrique, parcours de soins, organisation, composante du parcours de soin, flux, temps d'attente, durée de passage, administration, Lean management, analyse quantitative, motifs, activité

Composition du Jury :

Président : Professeur Damien Subtil

Assesseurs : Professeur Denis Deleplanque, Docteur Géraldine Giraudet, Docteur Charles Garabedian