



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Amélioration de la prise en charge médicale en filière courte :
la place du médecin sénior.**

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2018
au Pôle Formation

Par Charlotte ALLARD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Monsieur le Docteur Jean Marie RENARD

Monsieur le Docteur Philippe ALARCON

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jeremy WALLART

Avertissement

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

SERMEN D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

*« Efforcez-vous d'obtenir tout le bonheur possible de ce que vous faites à l'instant présent,
sans remettre à plus tard le moment d'être heureux. »*

Dale Carnegie

Liste des abréviations

CIMU	Classification Infirmière des Malades aux Urgences
CM	Cabinet Médical
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DROM	Département et Région d'Outre-Mer
DSM	Directeur des Soins Médicaux
ESI	Emergency Severity Index
ETP	Equivalent Temps Patient
GHICL	Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IOA	Infirmière Organisatrice de l'Accueil
MCM	Médecin au Cabinet Médical
MFL	Médecin en Filière Longue
MAO	Médecin Organisateur de l'Accueil
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAUV	Service d'Accueil des Urgences Vitales
SCREF	Sous-Commission des Référentiels
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USC	Unité de Soins Continus
ZOA	Zone d'Organisation de l'Accueil

Résumé

Introduction : L'augmentation du flux de patients consultant aux urgences impose une modification de l'organisation de celles-ci. La mise en place de filières de soins ainsi que leurs gestions sont un point central de cette évolution, avec une attention particulière pour la filière ambulatoire. La place du médecin sénior dans cette nouvelle architecture est primordiale.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective, mono centrique aux urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent de Paul sur l'année 2017. Les patients inclus étaient les patients orientés vers la filière courte des urgences. Trois groupes ont été comparé suivant la place d'un des médecins séniors : en filière longue, en filière courte ou en zone de tri. L'objectif était de définir la meilleure place de celui-ci pour garantir la meilleure offre de soins pour les patients lors de leur passage aux urgences.

Résultats : La durée totale de passage est significativement différente entre les groupes MAO, MCM et MFL avec des durées de 2,2h vs 2,1h et 2,8h ($p < 0,05$). Il y a une différence significative entre les délais avant premier contact médical entre les groupes MAO, MCM et MFL avec des durées de 0,9h vs 1,1h et 1,4h ($p < 0,05$). La durée de prise en charge médicale est significativement différente dans les groupes MAO, MCM et MFL avec des durées de 1h vs 0,8h et 1,1h ($p < 0,05$). Il n'y pas de différence significative dans le taux de prescription d'examens de radiologies standards quelque soit la place du médecin.

Conclusion : La durée totale de passage des patients dans les groupes MCM et MAO n'était pas significativement différente mais avec une gestion différente du séjour des patients. Le MAO permet une évaluation médicale précoce et le MCM permet une prise en charge sans latence. La qualité de vie ressentie par les professionnels de soins était en faveur d'une réforme de la filière courte.

RESUME.....	- 2 -
1 INTRODUCTION.....	6
1.1 HISTORIQUE DES SERVICES D'ACCUEIL D'URGENCE.....	7
1.2 SATURATION DES SERVICES D'ACCUEIL D'URGENCE.....	8
1.2.1 <i>De l'urgence vitale à l'urgence ressentie</i>	8
1.2.2 <i>Temps d'attente au SAU</i>	9
1.3 LE TRI AUX URGENCES DANS LA GESTION DU FLUX.....	9
1.3.1 <i>Historique du triage</i>	9
1.3.2 <i>Concept du tri</i>	10
1.3.3 <i>Echelles de tri</i>	10
1.4 L'ADMISSION AUX URGENCES PAR L'INFIRMIERE D'ACCUEIL.....	11
1.4.1 <i>Historique du poste de l'IAO</i>	11
1.4.2 <i>De IAO à IOA</i>	12
1.5 LE MEDECIN DE LA ZONE D'ORGANISATION DE L'ACCUEIL.....	13
1.5.1 <i>Intérêts et limites</i>	13
1.5.2 <i>Le médecin d'accueil en pratique quotidienne</i>	14
1.5.3 <i>Le médecin régulateur du centre 15</i>	15
1.6 LA FILIERE COURTE DES URGENCES.....	15
1.7 UNE CONTRAINTE ECONOMIQUE.....	16
2 TRAVAIL PERSONNEL.....	17
2.1 CENTRE DE L'ETUDE.....	18
2.1.1 <i>Organisation du service des urgences de Saint Vincent de Paul</i>	18
2.1.2 <i>Flux d'entrée du centre de l'étude</i>	19
2.2 PROBLEMATIQUES ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	19
2.3 MATERIEL ET METHODE.....	20
2.3.1 <i>Type d'étude</i>	20
2.3.2 <i>Critères d'inclusion</i>	20
2.3.3 <i>Critères d'exclusion</i>	20
2.3.4 <i>Constitution des groupes d'études</i>	21
2.3.5 <i>Critères de jugement</i>	22
2.3.6 <i>Analyse statistique</i>	22
2.4 ACCORDS ETHIQUES.....	23
3 RESULTATS.....	24

3.1	DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	25
3.1.1	<i>Nombre d'entrées par mois pendant l'étude.....</i>	25
3.1.2	<i>Nombre d'entrées par jour selon la place du médecin (période d'inclusion).....</i>	25
3.1.3	<i>Organigramme.....</i>	26
3.2	ANALYSE STATISTIQUE DES TEMPS DE PASSAGE	26
3.2.1	<i>Délai avant la prise en charge médicale.....</i>	27
3.2.2	<i>Durée de prise en charge médicale.....</i>	28
3.2.3	<i>Durée totale de passage.....</i>	29
3.2.4	<i>Synthèse.....</i>	30
3.3	LES MOTIFS DE CONSULTATION AU CABINET MEDICAL.....	30
3.4	ANALYSE DESCRIPTIVE SELON LES ACTES EFFECTUES AUX URGENCES.....	32
3.4.1	<i>Actes d'imagerie</i>	32
3.5	ACTES DE BIOLOGIE	33
3.6	AVIS SPECIALISES	33
4	DISCUSSION	34
4.1	ORIENTATION DIRECTE DES PATIENTS	35
4.2	DELAI DU PREMIER CONTACT AVEC UN MEDECIN EN FONCTION DES GROUPES	35
4.3	DUREE DE PRISE EN CHARGE AU CIRCUIT COURT EN FONCTION DES GROUPES	35
4.3.1	<i>Durant la période MFL.....</i>	35
4.3.2	<i>Durant la période MCM.....</i>	36
4.3.3	<i>Durant la période MAO.....</i>	36
4.3.4	<i>Synthèse.....</i>	37
4.4	PRISE EN CHARGE DES URGENCES TRAUMATOLOGIQUES AU CIRCUIT COURT	38
4.4.1	<i>Interprétation de l'imagerie.....</i>	38
4.4.2	<i>Proposition d'évolution.....</i>	39
4.5	PRISE EN CHARGE DES PLAIES AUX URGENCES.....	39
4.6	LES BIOLOGIES EN FILIERE COURTE	39
4.7	BILAN GLOBAL ET AXES POSSIBLES.....	40
4.7.1	<i>Equipe médicale.....</i>	40
4.7.2	<i>Equipe paramédicale</i>	40
4.7.3	<i>Locaux du circuit court.....</i>	40
4.8	BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	41
5	CONCLUSION.....	42
6	BIBLIOGRAPHIE	44

7 ANNEXES.....	48
7.1 ANNEXE 1 : CLASSIFICATION INFIRMIERE DES MALADES AUX URGENCES	49
7.2 ANNEXE 2 : EMERGENCY SEVERITY INDEX	50
7.3 ANNEXE 4 : TABLE DES ILLUSTRATIONS	51
7.4 ANNEXE 5 : TABLE DES TABLEAUX.....	52

1 Introduction

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont le premier recours aux soins et permettent aux patients de trouver les ressources nécessaires à leur prise en charge.

En 2015, 20,3 millions de passages ont été recensés dans les 723 structures des urgences de la France métropolitaine et des DOM (1).

En 1996, le nombre de passages s'élevait à 10,1 millions pour la France métropolitaine. Ces chiffres progressent de façon régulière avec une augmentation de 3,5% en moyenne chaque année (1).

1.1 Historique des Services d'Accueil d'Urgence

C'est pendant la seconde guerre mondiale qu'apparaît pour la première fois la notion de service d'urgence en France. Au cours des années 1941 à 1943, des textes de lois sont écrits obligeant les hôpitaux à comprendre un poste de secours. Ce dernier doit contenir au minimum un poste de pansements, du matériel pour les soins urgents et quelques chambres individuelles (2-3).

En 1989, le rapport du Professeur STEG met en évidence la place importante des SAU dans notre système de soins. Ce rapport établissait l'idée qu'une structuration du système d'urgence était nécessaire pour des raisons de qualité et de sécurité dans un contexte de recours croissant (4).

L'organisation au sein des établissements de santé est précisée pour la première fois par le décret du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour la prise en charge des patients (3). Ce dernier instaure le terme de « service ».

Il sera donc mis en place un service dédié avec la présence 24 heures sur 24 d'un médecin formé à l'urgence tout comme les IDE. Ce service comportera des locaux permettant des soins dont ceux dits de SAUV. Il mettra en place un accès sans délai à de l'imagerie comme à des analyses médicales et à un bloc opératoire (3).

1.2 Saturation des Services d'Accueil d'Urgence

Depuis plusieurs années, les établissements hospitaliers ont dû faire face à des problématiques fonctionnelles et organisationnelles imposant une réorganisation du système de soins.

Ces préoccupations sont représentées par les problèmes de démographie médicale, l'évolution du comportement des usagers, la croissance des dépenses de santé, le vieillissement de la population et l'augmentation en nombre des pathologies chroniques (5).

1.2.1 De l'urgence vitale à l'urgence ressentie

La notion de « *Ce qui ne peut pas attendre* » ne compte pas la même définition selon le point de vue du patient, du médecin généraliste ou de l'urgentiste.

Pour le médecin urgentiste, l'urgence est d'abord vitale ; pour le généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité ; pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention. Pour ce dernier, la notion de gravité n'étant pas forcément primordiale, le fait d'être pris en charge rapidement semble être la principale préoccupation, que les raisons de la consultation soient médicales ou non (6).

En effet, au fil des années pour la population générale, la notion *d'urgence vitale* a été remplacée par celle de *l'urgence ressentie* (7).

Aujourd'hui arrive le concept de demande *de soins non programmés*, c'est-à-dire le recours spontané des patients à la médecine.

Cette analyse montre donc l'absence de perception unique de l'urgence mais plutôt l'existence de définitions multiples, propres à chaque acteur du soin d'urgence (8).

1.2.2 Temps d'attente au SAU

La Société française de médecine d'urgence (SFMU) recommande de ne pas dépasser 30 minutes avant la première évaluation par l'IOA ou le MAO (9). Le temps d'attente et de passage est retenu comme l'indicateur pour comparer les services d'urgence.

Un sondage met en évidence que le temps d'attente constitue le principal motif de mécontentement des patients, loin devant les erreurs de diagnostic ou de soins (4). On remarque que la satisfaction des usagers est fonction également de la qualité de communication avec les médecins de la structure (11).

1.3 Le Tri aux urgences dans la gestion du flux

1.3.1 Historique du triage

La notion d'organisation du tri est apparue sur les champs de bataille au XIX^{ème} siècle au cours des guerres Napoléoniennes.

L'objectif principal était de pouvoir prendre en charge et orienter une multitude de blessés. La difficulté majeure était d'identifier et classer rapidement les priorités.

Dans ce contexte où les moyens humains et techniques étaient dépassés, une organisation et un triage des patients devenaient impératifs afin de garantir leur sécurité.

Les professionnels des urgences se questionnent sur les outils de classification des patients ainsi que sur la personne la plus apte à trier (12).

1.3.2 Concept du tri

Le tri cherche à identifier les patients nécessitant une prise en charge médicale sans délai. Il permet d'organiser le parcours de soins en orientant les patients dans la zone adaptée de prise en charge et avec le niveau de priorité suffisant. La finalité du triage est de repérer les patients graves ainsi que ceux qui peuvent attendre (13).

Selon les recommandations d'experts de la SFMU 2013, l'indicateur de la qualité du triage est représenté par la durée du triage par l'IOA (14). Les experts recommandent d'utiliser le délai de premier contact médical comme un indicateur qualité de l'organisation de l'accueil. Ils préconisent également d'utiliser le pourcentage de prises en charge médicale dans le délai indiqué par le triage comme un indicateur de qualité de l'organisation de la structure d'urgence.

Le trieur doit être une personne qualifiée, familiarisée à l'organisation de l'établissement, et aux différents plateaux techniques, maîtrisant les protocoles du service, et connaissant parfaitement la médecine d'urgence. Il est le premier maillon de la structure d'urgence. Son rôle exige un haut degré d'expérience, et de connaissance (15).

1.3.3 Echelles de tri

Les échelles de tri sont un outil indispensable aux objectifs de triage. Plus le flux de patients est important dans une structure d'urgence, plus elles sont nécessaires. Cependant, aucune échelle n'est validée de façon consensuelle (13). Le but de celles-ci est d'identifier les patients pour lesquels une prise en charge immédiate est requise, en réduisant le temps d'attente initial. Les échelles de triage sont construites sur le lien entre niveau de gravité et délai d'attente pour la prise en charge.

Selon les recommandations de la SFMU en 2013, il est préconisé d'utiliser des échelles de tri validées, fiables et reproductibles (14).

Les patients sont triés actuellement selon la CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences (cf annexe 1). Cette échelle de triage comporte cinq niveaux de priorité de l'urgence vitale nécessitant le support d'une ou plusieurs fonctions vitales, à l'urgence ressentie sans atteinte structurale, fonctionnelle ou lésionnelle importante. Cette classification module la vitesse de prise en charge et permet une orientation optimale du patient (16).

L'Emergency Severity Index (ESI) aurait un meilleur rendement, à condition que les IOA y soient formées (14). Cette échelle comprend également cinq niveaux classant les patients selon la gravité évaluée.

Les experts proposent l'élaboration d'une échelle de triage spécifique, unique au niveau national, prenant en compte les spécificités de l'adulte et de l'enfant (14).

1.4 L'admission aux urgences par l'infirmière d'accueil

En 2004, la SFMU édite le référentiel de l'IOA. Ce dernier a été rédigé par les membres de la commission de soin de la SFMU. Il définit les objectifs de tri, l'architecture du poste de soins et la formation nécessaire (17). En 2011 la Sous-Commission au Référentiel (SCREF) débute une relecture de ce travail et met en lumière les évolutions et les modifications apparues à ce sujet pour aboutir à une mise à jour (13).

1.4.1 Historique du poste de l'IAO

Les premiers travaux concernant le poste de l'infirmière d'accueil aux urgences apparaissent dans les années 1980. Les premières grilles de tri apparaissent et sont considérées comme des outils d'aide à la décision des infirmières. Les médecins et infirmiers anglophones (australiens, canadiens et anglais) sont les pionniers dans cette réflexion (18).

En France, la circulaire du 14 mai 1991 complétée par le décret de mai 2006 encadre les missions de l'infirmière d'accueil ainsi que les conditions techniques de fonctionnement des structures d'urgences (13) :

« Elle se tient dans la zone d'accueil et d'orientation. Tous les malades arrivants sont dirigés vers elle au point d'accueil.

Elle les guide vers les salles d'examen et de soins ; elle informe aussitôt les médecins.

Elle coordonne les relations avec les accompagnants et avec la famille qu'elle avertit ou fait avertir en application du décret du 14 janvier 1974.

Elle assure la surveillance régulière de la salle d'attente.

Elle assure et, selon les cas, coordonne l'information des patients eux-mêmes entre les diverses phases de la prise en charge. Elle est tenue informée des décisions médicales concernant les malades. »

1.4.2 De IAO à IOA

L'infirmière d'accueil est initialement nommée Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) comme il est apparu dans la circulaire de 1991. La SFMU rédige en 2003 une charte des urgences dans laquelle, à la demande des médecins, l'IDE est renommée de IAO à Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA). Cette nouvelle appellation insiste sur le fait que, si l'infirmière peut orienter à l'intérieur du service, elle n'a pas les compétences pour réorienter un patient hors des urgences, seul un médecin y est habilité, après évaluation médicale (19).

La mission générale de l'IOA définie dans le référentiel de la SFMU (17) est :

« Accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, et, en fonction de ces derniers, décider du lieu de soins adapté.

Ces actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et de leurs accompagnants dès l'accueil. Elles sont menées en lien constant avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux » (20).

1.5 Le Médecin de la Zone d'Organisation de l'Accueil

1.5.1 Intérêts et limites

Le patient géré à l'accueil des urgences par un médecin est généralement très satisfait car il bénéficie, dès son arrivée, d'une prise en charge par un sénior. A cet instant, l'évaluation de la gravité est guidée par de solides connaissances et compétences en médecine d'urgence, des hypothèses diagnostiques sont émises et des prescriptions d'examens complémentaires peuvent être réalisées, ceci permettant d'anticiper le processus de soins. De plus, une réorientation vers une structure de soins plus adaptée est possible (15).

L'intérêt d'un médecin dans la zone de tri fait l'objet de controverses. Des sources bibliographiques récentes mettent en évidence une diminution significative de la durée de séjour des patients ambulatoires, l'accélération de la prise en charge des patients graves, une réduction du délai de premier contact médical et une diminution du nombre de patients « partis sans attendre ». Cependant, aucune influence sur la durée de séjour en SAU des patients qui seront hospitalisés n'a été démontrée (14). Ce médecin permettrait d'affiner le triage dans la ZOA et ainsi de détecter un patient grave qui n'aurait pas été identifié par l'IOA. L'évaluation médicale à l'arrivée améliore globalement la prise en charge des patients. Néanmoins, l'impact sur la morbi-mortalité n'est pas démontré (14).

Un accueil assuré par un médecin a également quelques points faibles.

Premièrement, l'examen médical fait à l'orientation n'est pas un examen clinique approfondi, il juge simplement du degré de gravité.

De plus, si le médecin d'orientation est le seul médecin sénior de l'équipe soignante, il n'est pas entièrement disponible pour ce poste. Il doit également encadrer les internes, réaliser ou seconder quelques gestes techniques, et assurer les tâches administratives liées à son poste.

Ce médecin d'accueil ne dispose pas d'assez de temps pour relever les constantes cliniques du patient. Cela entraîne une augmentation de l'attente à l'entrée du service, source de retard de prise en charge.

1.5.2 Le médecin d'accueil en pratique quotidienne

Aujourd'hui, la médecine d'accueil et de tri est utilisée en médecine de catastrophe.

L'organisation des secours médicaux en cas d'événements appelés « catastrophiques » a été importée de la médecine de guerre. Celle-ci a fortement évolué depuis 30 ans. Il s'agit d'un défi organisationnel majeur. Au premier plan, on retrouve une inadéquation temporelle entre la demande et l'offre de soins et un déséquilibre entre les besoins des victimes et la disponibilité du système collectif de secours et de soins. Lors d'une crise sanitaire ou une catastrophe, la stratégie « Plan Rouge- Plan Blanc » est mise en place. Elle permet d'éviter de « déplacer la catastrophe » vers l'hôpital de plus proche et de conserver le maximum de qualité des soins. A cet instant, le Directeur des Secours Médicaux (DSM) est le médecin référent du SAMU présent. Il organise et coordonne les secours et les soins médicaux.

Les grands principes de la médecine de catastrophe sont

- La notion de rassemblement des victimes
- Leur catégorisation en fonction du degré d'urgence
- L'évacuation programmée vers des hôpitaux éloignés du site après régulation médicale (21-22).

1.5.3 Le médecin régulateur du centre 15

La régulation médicale est un acte pratiqué au téléphone par un médecin dans un centre d'appels. Le rôle du médecin régulateur est de déterminer le moyen le plus approprié pour prendre en charge le patient puis de l'orienter dans l'unité d'hospitalisation la plus adaptée si nécessaire (23).

Déjà le rapport de Steg insistait sur le rôle majeur de la régulation médicale téléphonique au centre 15 pour la bonne orientation des patients (24-25).

En France, la régulation occupe une place croissante dans l'organisation des urgences. Elle contribue à une meilleure structuration de l'offre de soins sur un territoire de santé donné et optimise l'emploi des ressources hospitalières. La régulation médicale est également un facteur d'égalité et de cohésion sociale (23).

1.6 La filière courte des urgences

La filière courte, ou circuit court, constitue un circuit patient distinct et complémentaire du circuit classique d'accueil des urgences. L'objectif principal consiste à prendre en charge des patients pouvant être traités rapidement en réduisant la durée moyenne de séjour dans le service (26). La création d'un circuit de prise en charge rapide est une mesure organisationnelle qui a fait l'objet d'un grand nombre d'études de

validation en termes d'efficacité (27). Le nombre de patients concernés par cette filière est en augmentation progressive (28). La filière courte a également pour rôle de réguler les flux en accueillant les patients autonomes, ne nécessitant pas d'être allongé sur un brancard et donc de désengorger le circuit classique. Il permet de favoriser l'organisation à l'augmentation de l'activité.

Il a été prouvé que sa création permet :

- De diminuer de manière significative le temps de passage et d'attente des patients qui bénéficient du circuit
- D'améliorer la qualité de vie au travail pour le personnel médical et paramédical
- Et de diminuer l'agressivité à l'accueil du service (26-29).

1.7 Une contrainte économique

Comme en témoignent de nombreuses publications, l'accroissement depuis plus de dix ans du recours aux différents services hospitaliers d'accueil des urgences représente une préoccupation pour la politique de santé (8). Selon le référentiels SFMU 2011, le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) IDE et médecin est fonction du nombre de passages dans le SAU (30).

2 Travail personnel

2.1 Centre de l'étude

L'étude s'est déroulée sur le Centre Hospitalier de Saint Vincent de Paul qui fait partie du GHICL. Les hôpitaux du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille sont des établissements privés d'intérêt collectif. Tous les soins sont dispensés au tarif conventionnel sans dépassement d'honoraires.

2.1.1 Organisation du service des urgences de Saint Vincent de Paul

Les urgences de Saint Vincent de Paul LILLE se composent de 5 secteurs :

- L'accueil des urgences : service d'accueil des urgences avec 7 salles d'examens, une salle destinée à la réalisation des immobilisations (principalement plâtrées).
- La filière courte avec 2 bureaux de consultation
- L'accueil des urgences vitales permettant la prise en charge simultanée de 2 patients.
- L'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), 7 lits monitorés, permettant un accueil temporaire des patients nécessitant une surveillance, un traitement de courte durée ou dans l'attente d'une place disponible en hospitalisation conventionnelle.
- L'unité de surveillance continues (USC), permettant une prise en charge plus technique de pathologies complexes ou nécessitant une surveillance spécifique ; pouvant accueillir 4 patients.
- La présence médicale est assurée par deux médecins séniors.

Sur les périodes de gardes (la semaine de 18h30 à 8h30 et le samedi à partir de 12h30 jusqu'au lundi à 8h30) : l'équipe médicale se compose de 2 médecins séniors, gérant conjointement les 2 unités selon une répartition interne.

Il faut ajouter 4 internes en poste aux urgences pour compléter la présence médicale de jour, dont un est affecté, UHCD et USC.

La présence paramédicale est composée d'une IAO, 5 IDE et 3 aide-soignants répartis sur les différentes unités.

2.1.2 Flux d'entrée du centre de l'étude

La fréquentation du service des urgences approche les 35.000 prises en charge par an (chiffres 2017), soit une moyenne de 95 patients par jour.

2.2 Problématiques et objectifs de l'étude

Dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital de Saint Vincent de Paul, plusieurs constats ont été faits concernant la filière rapide :

- La filière courte, dans sa conception actuelle, n'est pas adaptée au flux de patients
- Les conflits y sont nombreux et les plaintes fréquentes car le temps de prise en charge médicale est court pour une attente longue
- il n'y a pas de médecin sénior posté dans ce secteur
- Cette filière est relayée au second plan dans le fonctionnement actuel

La durée de prise en charge totale dépend de l'activité dans deux filières. Les médecins séniors ne sont pas toujours disponibles pour donner un avis, confirmer une prise en charge et aider à clôturer le dossier.

Devant cette problématique de gestion de flux, le service d'urgence de Saint Vincent a décidé de tester l'impact de la place du médecin sénior au sein de l'accueil des urgences.

Cette étude a pour objectif principal de définir la meilleure place du second médecin sénior des urgences pour garantir la meilleure offre de soins pour les patients de la filière courte des Urgences de Saint Vincent de Paul.

Les objectifs secondaires sont de montrer une amélioration des conditions de travail des équipes médicales et paramédicales ainsi qu'une meilleure formation apportée aux internes avec la présence d'un médecin dédié en filière courte et/ou un médecin d'accueil.

Mettre en évidence une décharge de la filière longue en augmentant le nombre de patients inclus dans la filière courte constitue également un objectif secondaire.

2.3 Matériel et méthode

2.3.1 Type d'étude

L'étude s'est déroulée de façon rétrospective, observationnelle et mono centrique.

Nous avons étudié les dossiers des patients ayant été orientés vers le secteur filière courte des urgences.

Il s'agit d'une étude de type 5 : Evaluation des pratiques professionnelles et pédagogiques.

2.3.2 Critères d'inclusion

Tout patient consultant aux urgences adultes (patients de plus de 15 ans et 3 mois) du centre hospitalier de Saint Vincent de Paul à LILLE, ayant été orienté vers le secteur filière courte. Les patients étaient inclus hors des périodes de gardes et des jours fériés, c'est-à-dire les jours de semaine de 8h30 à 18h30.

Les dossiers étaient étudiés lors des mois de mars, avril, mai et juin 2017 ainsi que la période du 11 décembre 2017 au 12 janvier 2018.

2.3.3 Critères d'exclusion

Il s'agit des patients pris en charge en dehors de la filière courte et consultant sur les périodes de garde.

2.3.4 Constitution des groupes d'études

2.3.4.1 1ère période : fonctionnement initial

Patients ayant consulté dans le secteur de filière courte des urgences lors des mois de mars et avril 2017. Lors de cette période, il y a deux médecins seniors à l'accueil des urgences mais pas de médecin senior dédié à la filière courte. L'approche diagnostique et thérapeutique est effectuée par les internes du service des urgences. Tous les patients sont séniorisés par les médecins de l'accueil. Ces derniers sont dédiés à la filière longue et d'avis sur les patients de la filière courte.

Cette période est appelée MFL.

2.3.4.2 2^{ème} période : Cabinet Médical

Patients ayant consulté dans le secteur de filière courte des urgences lors des mois de mai et juin 2017. Durant cette période, l'organisation du service était un médecin senior en filière longue et le second en filière courte. Par tradition, cette filière est nommée Cabinet Médical c'est pourquoi cette période est appelée MCM.

2.3.4.3 3^{ème} période : MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation)

Patients ayant consulté dans le secteur de filière courte du 11 décembre 2017 au 12 janvier 2018. Lors de cette période, l'IOA est remplacée par un MAO à temps plein. On retrouve donc un médecin senior à l'accueil des urgences et un médecin dans la ZOA (Zone d'Organisation de l'accueil). Durant cette période, l'IOA libérée de ses fonctions de tri prenait part à la prise en charge des patients dans les filières de soins.

Cette période est appelée MAO.

2.3.5 Critères de jugement

2.3.5.1 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est le temps de passage des patients en filière courte dans les trois populations étudiées.

2.3.5.2 Critères de jugement secondaire

Ils comprennent dans un premier temps le nombre de patients orientés vers les filières longues et courtes dans les trois populations étudiées. Dans un second temps, Il s'agit de la satisfaction du personnel médical du service des urgences.

2.3.6 Analyse statistique

L'encodage des informations et la réalisation des statistiques ont été réalisés sous . EPI-INFO 7™ ; R™ et RStudio™.

Le seuil de signification retenu est inférieur à 5% ($p < 0,05$) et les intervalles de confiance sont à 95%.

2.3.6.1 Informations relevées dans les dossiers

- Date et heure de l'entrée administrative, du premier contact IAO ou MAO et du premier contact médical
- Age et sexe du patient
- Motif de consultation
- Examens complémentaires effectués : imagerie ou biologie
- Réalisation ou non de plâtre ou de suture
- Consultation par un autre médecin spécialiste
- Codage diagnostique

- Recours à une hospitalisation ou sortie du patient de l'hôpital
- Date et heure de la sortie administrative du patient du service des urgences

2.4 Accords éthiques

L'accord éthique de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été obtenu. Au sein du GHICL, le comité d'éthique (KASHEMIR) a été sollicité et a donné un avis favorable.

3 Résultats

3.1 Description de la population

3.1.1 Nombre d'entrées par mois pendant l'étude

Mois de l'année	Nombre d'entrées aux urgences
Mars 2017	2875
Avril 2017	2699
Mai 2017	2798
Juin 2017	2728
Décembre 2017	3078
Janvier 2018	3149

Tableau 1 : Nombre de passages aux urgences selon les mois d'inclusion de l'étude

3.1.2 Nombre d'entrées par jour selon la place du médecin (période d'inclusion).

Groupes	Nb d'admission circuit court / Nb admission totale	Nb de jours	Nb d'entrées moyen /jour
MAO	397 / 1703	22	18
MCM	578 / 2872	42	13,8
MFL	641 / 2997	42	15,3

Tableau 2 : Nombre d'entrées par jour en filière courte selon les périodes étudiées

- La proportion de patients orientés vers le circuit court est significativement plus importante durant la période MAO ($p < 0.05$).

3.1.3 Organigramme

Pour ce travail, 1616 dossiers ont été étudiés.

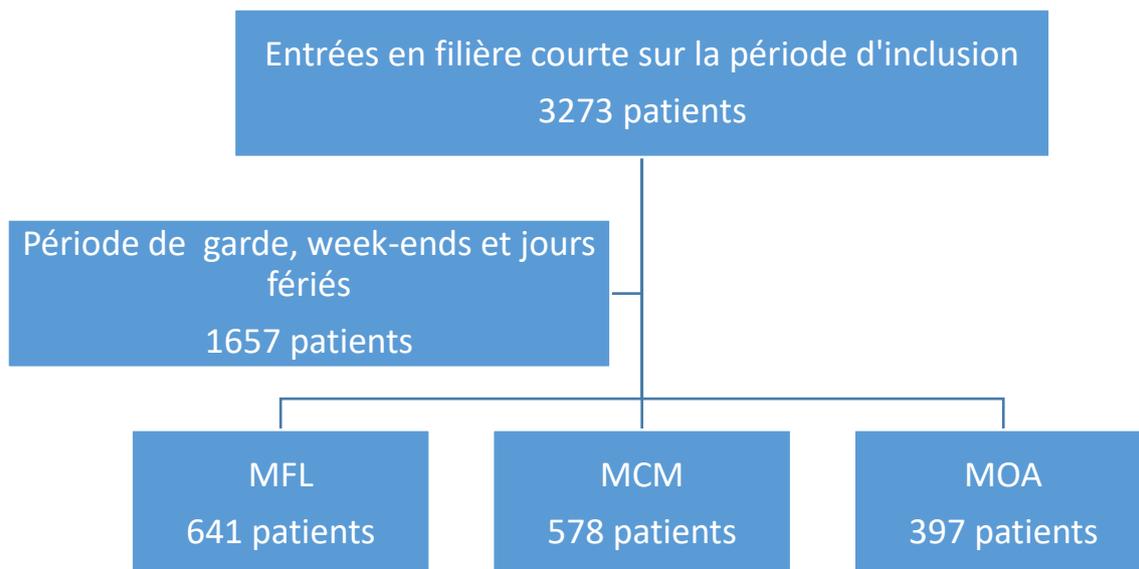


Figure 1 : *Organigramme des patients inclus dans l'étude*

3.2 Analyse statistique des temps de passage

3.2.1 Délai avant la prise en charge médicale

Il représente l'intervalle de temps entre l'entrée administrative du patient et le premier contact médical.

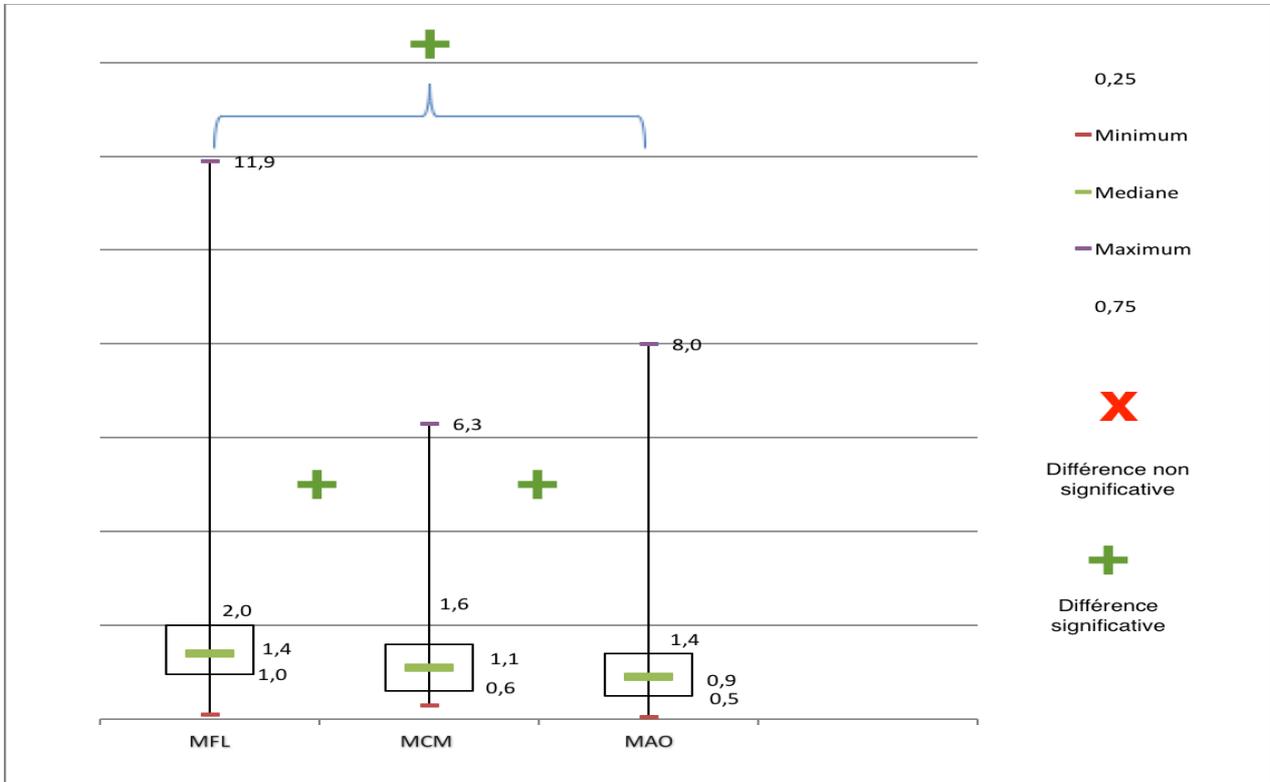


Figure 2 : Délai avant la prise en charge médicale entre les trois groupes

Il y a une différence significative entre les délais avant prise en charge médicale entre les trois groupes avec des durées de 1h06 vs 1h12 et 1h36 ($p < 0,05$).

- Le délai avant le premier contact médical est significativement inférieur dans le groupe MCM par rapport au groupe MFL avec des durées moyennes respectives de 1h12 et 1h36 ($p < 0,05$).
- Le délai avant la prise en charge est significativement inférieur dans le groupe MAO par rapport au groupe MFL avec des durées moyennes respectives de 1h06 et 1h36 ($p < 0,05$).
- Le délai avant la prise en charge est significativement inférieure dans le groupe MAO par rapport au groupe MCM avec des durées moyennes respectives de 1h06 et 1h12 ($p < 0,05$).

3.2.2 Durée de prise en charge médicale

Elle représente le temps entre le premier contact médical et la sortie du patient.

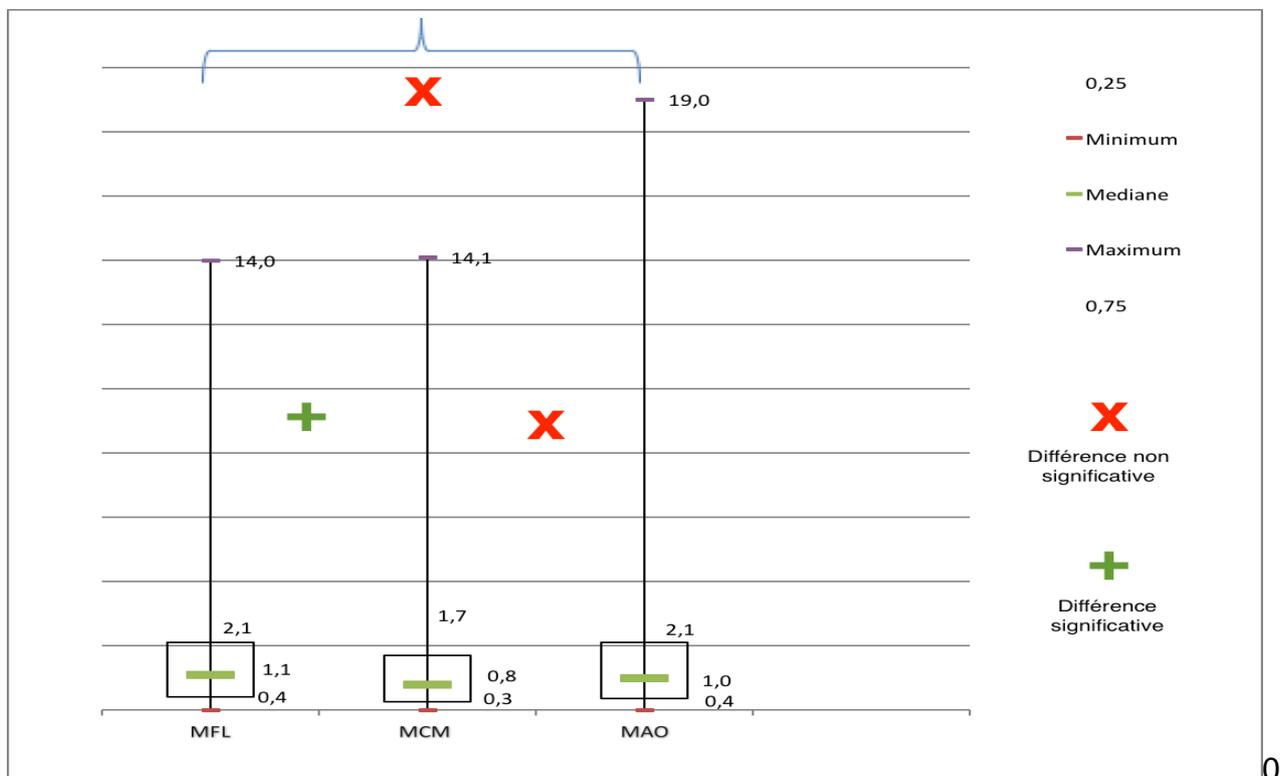


Figure 3 : Durée de prise en charge médicale entre les trois groupes

- La durée de prise en charge est significativement inférieure dans le groupe MCM par rapport au groupe MFL avec des durées moyennes respectives de 1h30 et 1h42 ($p < 0,05$).
- La durée de prise en charge n'est pas significativement différente entre les groupes MFL et MAO avec des durées moyennes respectives de 1h42 et 1h48 ($p > 0,05$).
- La durée de prise en charge n'est pas significativement différente entre les deux groupes MAO et MCM avec des durées moyennes respectives de 1h48 et 1h30 ($p > 0,05$).

3.2.3 Durée totale de passage

Elle est la somme du délai avant prise en charge médicale et de la durée de prise en charge médicale.

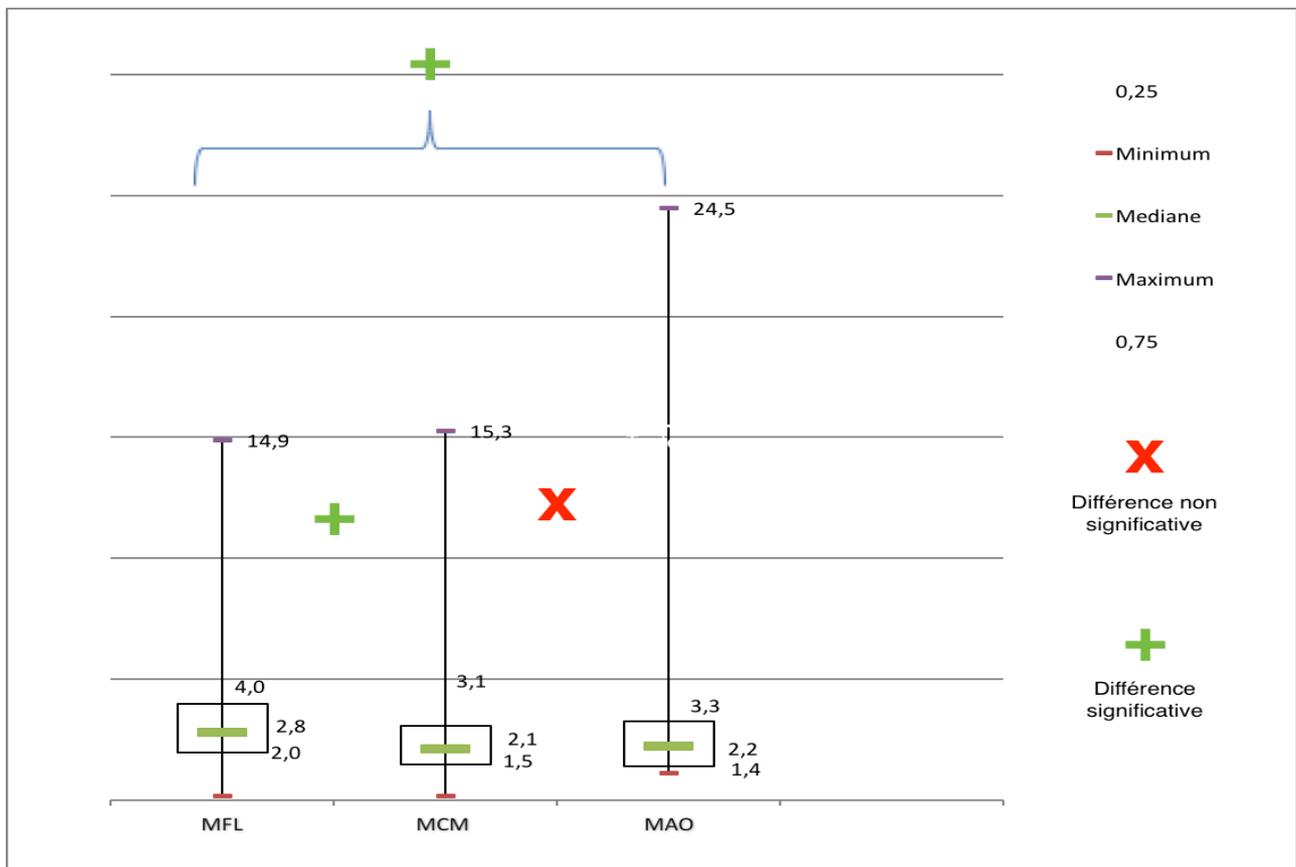


Figure 4 : Durée totale de passage entre les trois groupes.

- La durée totale de passage aux urgences est significativement différente entre les groupes MCM et MFL avec des durées moyennes respectives de 2h02 et 3h24 ($p < 0,05$).
- La durée totale de passage est significativement inférieure dans le groupe MAO par rapport au groupe MFL avec des durées moyennes respectives de 2h48 et 3h24 ($p < 0,05$).
- La durée totale de passage entre les groupes MAO et MCM n'est pas significativement différente avec des durées de 2h48 et 2h02 ($p > 0,05$).

3.2.4 Synthèse

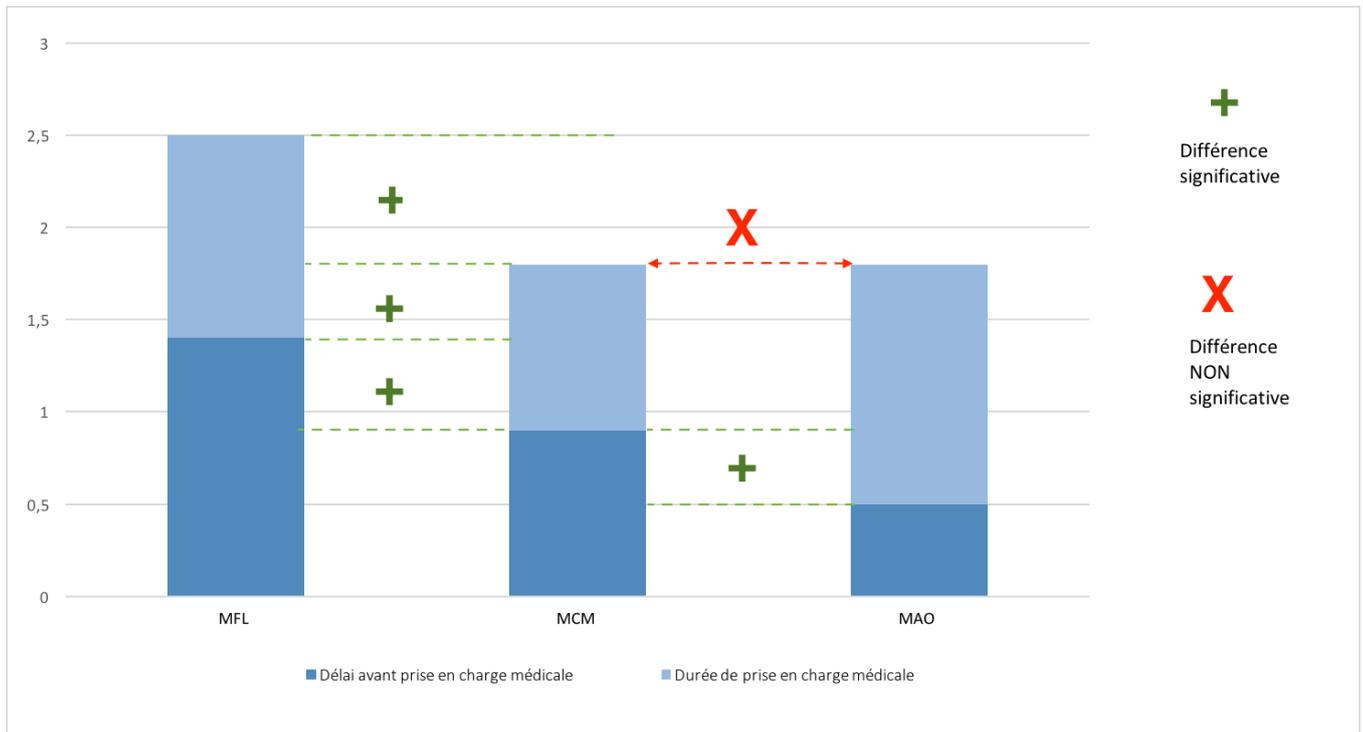


Figure 5 : Synthèse entre les trois groupes

3.3 Les motifs de consultation au cabinet médical

MOTIF	Fréquence	Pourcentage
PLAIE	183	11,32%
TRAUMATOLOGIE	798	49,38%
AUTRE	635	39,30%
Total	1616	100,00%

Tableau 3 : Principaux motifs de consultation au cabinet médical

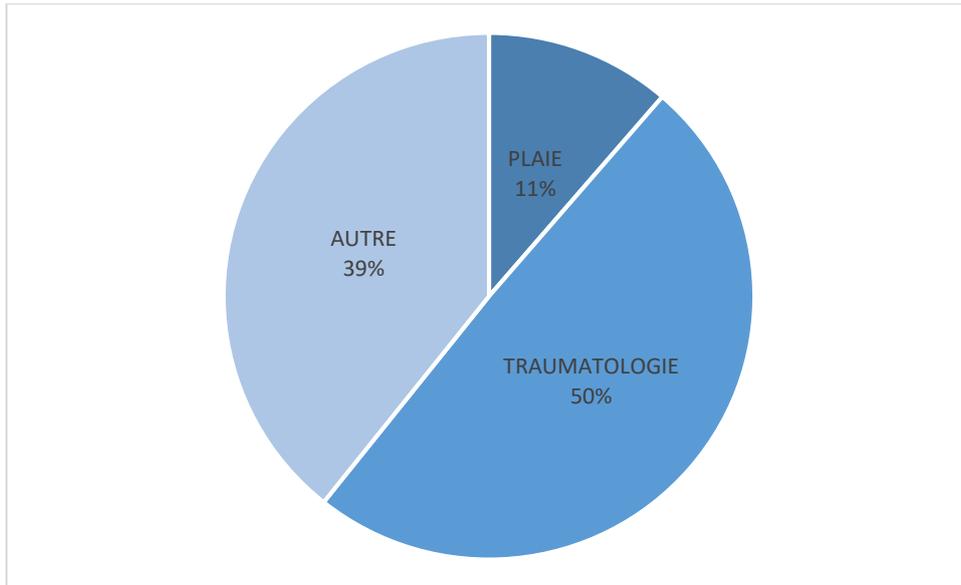


Figure 6 : Principaux motifs de consultation en filière courte

Environ 50% des motifs de consultation au cabinet médical relève de la traumatologie.

11% des patients consultent aux urgences pour des plaies.

Les 39% restants sont représentés par des motifs divers et variés.

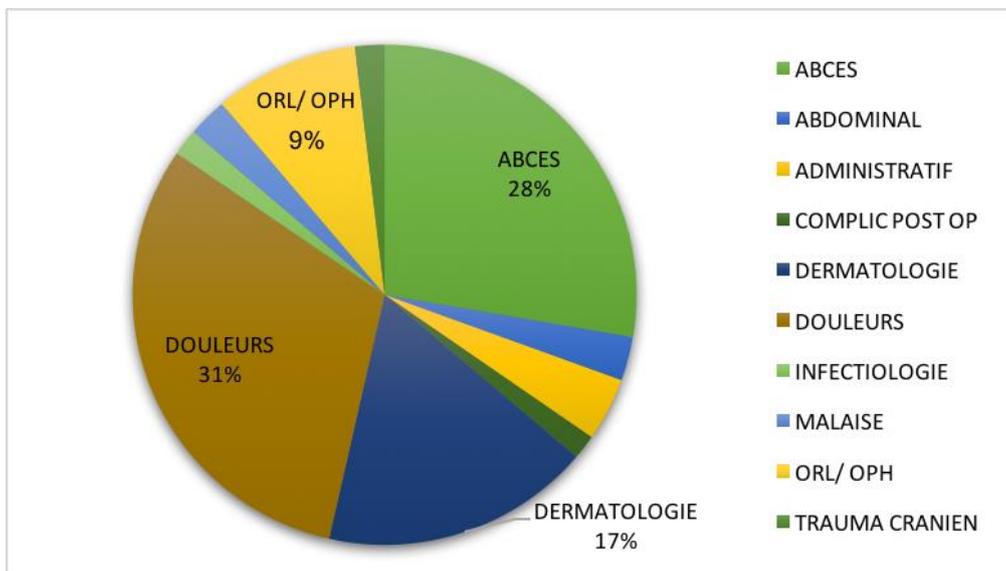


Figure 7 : Motifs de consultation divers et variés du cabinet médical

La majorité des autres motifs sont représentés par les abcès, les douleurs diverses et les causes dermatologique, ophtalmologiques et ORL.

3.4 Analyse descriptive selon les actes effectués aux urgences

3.4.1 Actes d'imagerie

Groupe	Imagerie prescrite	Sur total	Soit
MAO	184	184/ 397	46,35%
MCM	293	293/ 578	50,69%
MFL	326	326/ 641	50,86%
			1616

Tableau 4 : Nombre d'examens d'imagerie prescrits en fonction du groupe

Le nombre d'examens d'imagerie prescrits dans les trois groupes n'est pas significativement différent ($p < 0,05$)

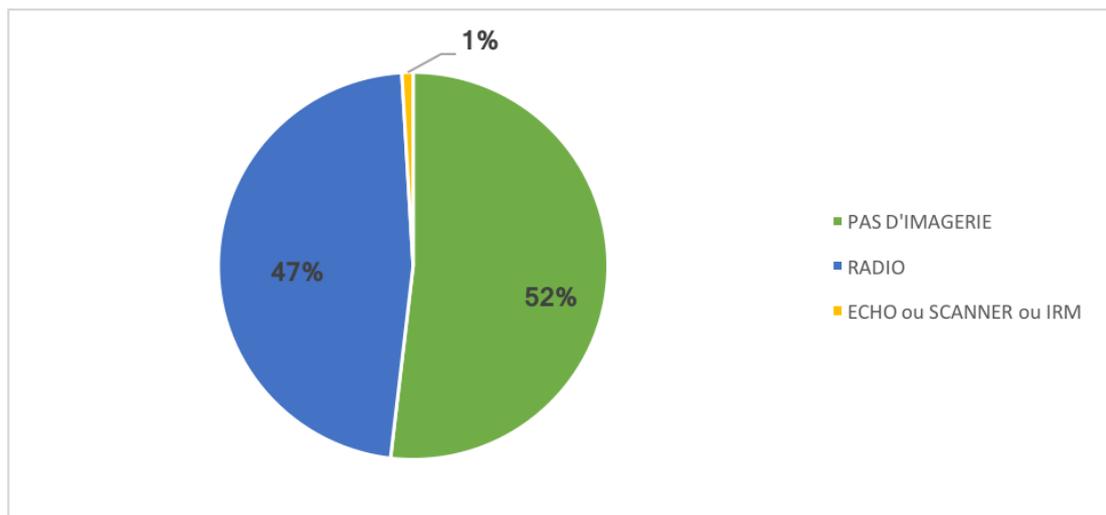


Figure 8 : Examens d'imagerie prescrits

Tout groupe confondu, 49% des patients bénéficient d'au moins un examen d'imagerie (soit 803 examens).

Sur ces 803 examens d'imagerie réalisés, 763 (soit > 95%) étaient des radiologies standards.

3.5 Actes de biologie

Groupe	Biologie prescrite	Sur total	Soit
MAO	28	28/ 397	7,05%
MCM	20	20/ 578	3,46%
MFL	24	24/ 641	3,74%

Tableau 5 : Nombre de biologies prescrites en fonction du groupe

- Le nombre de biologies prescrites par le médecin est significativement supérieur dans le groupe MAO ($p < 0,05$) avec une relation forte ($\text{Chi}^2 > 8$).

3.6 Avis spécialisés

Groupe	Avis spécialisé	Sur total	Soit
MAO	98	98/ 397	24,69%
MCM	81	81/ 578	14,01%%
MFL	130	130/ 641	20,28%
			1616

Tableau 6 : nombre d'avis spécialisés demandés en fonction des trois groupes

- Il y a significativement plus d'avis spécialisés demandés par le médecin dans le groupe MFL ($p < 0,05$) avec une relation forte.

4 Discussion

4.1 Orientation directe des patients

Les trois périodes de l'étude révèlent une majoration du nombre de patient orienté vers le circuit court durant la période où le médecin était en zone d'accueil et d'orientation. Ceci pouvant s'expliquer par l'expertise qu'il apporte au tri.

4.2 Délai du premier contact avec un médecin en fonction des groupes

Comme prévu, les délais avant le premier contact avec un médecin au circuit court est moindre quand un sénior est posté dans cette filière. La présence de deux médecins, un sénior et un interne, participe à cette conclusion.

4.3 Durée de prise en charge au circuit court en fonction des groupes

Le nombre de médecins séniors, lors de l'étude, est resté fixe au cours des différentes phases : deux médecins pour le service d'accueil des urgences.

4.3.1 Durant la période MFL

Durant cette première période, les deux médecins séniors du service sont postés en filière longue.

En filière courte, l'interne est seul pour débiter la prise en charge des patients. La conclusion des dossiers dépend de la disponibilité des séniors de la filière longue et donc de l'activité de celle-ci.

L'interne n'est pas formé à la gestion du flux de patients et le temps de prise en charge médical est plus long que si c'était un médecin urgentiste sénior.

4.3.2 Durant la période MCM

Durant cette deuxième période, les patients de la filière courte sont pris en charge par un sénior et un interne dédiés. Il n'y a pas de prescription anticipée d'examens d'imagerie effectuée.

La durée de prise en charge médicale n'est plus dépendante de l'activité de la filière longue. Le sénior dédié optimise la filière courte, gère le flux de patients et conclut sans attendre les dossiers. Ce positionnement des médecins séniors permet une nette réduction du temps de passage en filière courte. Cependant, on note une surcharge de travail en filière longue pour le médecin restant. Dans l'optique d'un gain de temps supplémentaire, il a été discuté que le second médecin sénior devienne Médecin d'Accueil et d'Orientation avec un médecin référent pour les deux filières de soins et que l'interne de filière courte se réfère de nouveau au médecin de la filière longue. Par cette démarche, l'IOA, relevée de ses fonctions, est de nouveau disponible pour les filières de soins.

4.3.3 Durant la période MAO

Lors de cette période, les patients bénéficient d'une évaluation médicale immédiate après l'admission dans la structure d'urgence. Le médecin organise l'admission dans les différentes filières et anticipe la prescription des examens complémentaires de la filière courte. Cependant, même si l'examen médical et la prescription des radiographies sont précoces et permettent une réduction franche du délai de début de prise en charge, il n'y a plus de médecin dédié pour l'interprétation des examens paracliniques et la réévaluation des patients. La séniorisation de l'interne de la filière courte reste dépendante du médecin sénior de la filière longue et il n'y a plus qu'un médecin sénior pour la gestion de l'ensemble de la structure. Malgré l'avantage d'un début de prise en charge très précoce et l'anticipation des différentes phases du séjour, la durée de passage en circuit court n'est pas inférieure à celle de la deuxième période avec le médecin dédié pour la filière courte.

4.3.4 Synthèse

La présence des deux médecins en filière classique ne permet pas une gestion efficace de la filière courte. Le médecin dédié au circuit court permet une gestion en autonomie de la filière, indépendamment du reste du flux avec un bon compromis entre un délai de premier contact médical et une durée de prise en charge sans latence.

Le MAO semble être une alternative viable puisqu'il n'y a pas de différence significative avec la période précédente.

Nous avons évalué de façon informelle la qualité de travail des médecins seniors du service. Celui-ci permet de mettre en évidence que :

- La majorité des médecins pensent que la présence d'un médecin dédié à la filière courte diminue le temps de passage des patients par rapport au système avec deux médecins en filière longue
- Ils pensent également, pour la plupart, que la présence d'un médecin dédié à la filière courte permet une meilleure formation des internes et des étudiants.
- La majorité d'entre eux pensent qu'un premier contact médical précoce dans le groupe MAO permet une meilleure orientation des patients dans les secteurs concernés
- La plupart des médecins pensent que les prescriptions anticipées d'exams complémentaires permettent de diminuer le temps de passage
- Enfin, un grand nombre d'entre eux estiment qu'un premier contact médical précoce permet une diminution du nombre de patients à risque de complications dans la structure.

L'ensemble des médecins du service serait favorable à une réforme des filières de soins. Il serait intéressant d'effectuer une analyse complète et anonymisée de la qualité de travail de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale.

Que ce soit MCM ou MAO, le choix entre les deux formules possibles reste encore à définir suivant les axes d'amélioration possibles : création de poste IDE, création de poste médical et de mise à l'épreuve sur le long terme.

4.4 Prise en charge des urgences traumatologiques au circuit court

4.4.1 Interprétation de l'imagerie

Les patients consultant pour une urgence traumatologique bénéficient le plus souvent d'un examen radiographique. L'interprétation des radiologies nécessite l'avis d'un médecin sénior. Pour le groupe MFL, la prescription n'est pas anticipée à l'accueil et l'interprétation est fonction de l'affluence aux urgences et de la disponibilité du médecin de la filière longue. Dans le groupe MAO, il n'y a pas de bénéfice car, malgré une prescription précoce dès la zone d'accueil, l'interprétation est différée par l'absence de médecin sénior physiquement présent dans la filière courte. Dans le groupe MCM, l'interprétation est effectuée dans le même temps que l'examen médical permettant un gain de temps.

4.4.2 Proposition d'évolution

Le nombre de radiologies est similaire quelle que soit la position du médecin sénior évoquant un côté assez systématisé des prescriptions.

Une étude a comparé l'utilité et la fiabilité des protocoles anticipés des radiographies aux urgences par les IDE versus la prescription habituellement faite par les médecins (31-32). Celle-ci démontrait que la prescription de ces examens par l'IAO réduit le temps de passage aux urgences. Le délai avant la prise en charge médical est donc optimisé car il devient une étape dans la démarche diagnostique.

4.5 Prise en charge des plaies aux urgences

Le MAO séniorise directement le dossier avec des consignes claires pour l'interne dédié à la filière courte et une orientation sur la prise en charge des patients. En cas de plaie atypique, il indique la nécessité d'avoir recours à l'avis du spécialiste.

Une présence paramédicale en filière courte permettrait d'optimiser le temps médical par la préparation et l'installation des patients.

4.6 Les biologies en filière courte

Le nombre de biologies était plus élevé dans les groupes MAO et MCM mettant en évidence un recrutement différent des patients. Dans le groupe MAO, l'IDE libérée de la zone de tri est disponible pour la réalisation des soins. Une présence paramédicale en filière courte permettrait d'augmenter les fonctions de celle-ci donc un nouveau recrutement possible de patients.

4.7 Bilan global et axes possibles

4.7.1 Equipe médicale

En dehors du ressenti positif des médecins malgré la surcharge de travail en filière classique, il est possible que le service des urgences ne compte pas assez d'entrées, ni de spécificités propres au centre, pour mettre en évidence un avantage significatif à la présence d'un MAO. Pour renforcer la filière courte et améliorer la prise en charge des patients, un poste de médecin sénior dédié au circuit court a été aménagé depuis l'étude.

4.7.2 Equipe paramédicale

Le référentiel sur les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence déclare que le nombre d'équivalent temps patients IDE optimal est fonction du nombre d'entrées aux urgences (7). Pour le flux du centre étudié, un poste d'IOA H24 et un poste d'IDE gypso-thérapeute sont préconisés. La présence d'une IDE ou d'une aide-soignante en filière courte permettrait un gain de temps médical important. La préparation des soins et l'information des accompagnants des patients seraient leurs deux principales missions.

4.7.3 Locaux du circuit court

Des travaux sont prévus dans la structure. La priorité pour le secteur étudié est d'augmenter le nombre de salles dédiées et d'améliorer l'accès au plateau d'imagerie.

Ces modifications permettront d'adapter la gestion du flux en augmentant le nombre de patients pouvant être pris en charge dans la filière courte donc de décharger au maximum la filière longue.

4.8 Biais et limites de l'étude

- Biais de sélection : l'hôpital Saint Vincent de Paul, de par sa position géographique et son caractère d'accueil, reçoit des patients pouvant ne pas être représentatifs de la population globale : nombreux étudiants, SDF, patients dépendant des transports en commun pour la consultation.
- Biais d'échantillon : l'étude a été réalisé sur 5 mois non consécutifs et non sur l'année complète pour des raisons de faisabilité.
- Biais de publication : non évitable par définition

5 Conclusion

L'attente prolongée aux urgences est une problématique connue de tous les services d'accueil, quelle que soit leur taille ou leur localisation.

La durée totale de passage des patients dans les groupes Médecin Cabinet Médical (MCM) et Médecin d'Organisation de l'Accueil (MOA) est la même avec une vision différente dans la gestion du temps de passage, l'un privilégiant un délai de premier contact médical très court et l'autre une prise en charge globale sans temps mort. Le MOA permet une évaluation médicale précoce et le MCM permet un suivi et une clôture des dossiers sans latence.

Depuis cette étude, un poste de journée pour un médecin dédié à la filière courte a été aménagé aux urgences de Saint Vincent et permet une décharge du circuit classique.

Il pourrait être intéressant d'étudier, au sein du centre hospitalier de Saint Vincent de Paul, l'effet de la création d'un poste paramédical dédié à la filière courte sur la gestion du flux.

Les missions seraient l'installation des patients, les informations aux accompagnants, la préparation des soins. Une formation de gypsothérapie complémentaire pourrait être mise en place afin de réaliser les contentions rigides. Une diminution de la durée de prise en charge du patient pourrait être démontrée par l'optimisation du temps médical.

Deuxièmement, une étude de l'impact de la création de protocoles de prescriptions anticipées de radiographies standards sur le temps de passage serait intéressante.

L'utilisation de délai avant la prise en charge médicale pourrait être utilisée comme étape de démarche diagnostique donc diminuer le temps de passage aux urgences.

6 Bibliographie

1. La médecine d'urgence. Établissement de Santé. Edition 2017;(28):128.
2. Bellou A, de Korwin J-D, Bouget J, et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. Rev Médecine Interne. 1 sept 2003;24(9):602-12.
3. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? 2013;18.
4. Steg A. L'urgence à l'hôpital. La revue hospitalière de. 1989;
5. Oualidi Mae, Saadi J. Améliorer la prise en charge des urgences : apport de la modélisation et de la simulation de flux, Improving the management of emergencies: the contribution of modeling and flow simulation. Santé Publique. 4 oct 2013;25(4):433-9.
6. Lesigne E. L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences. [Thèse de doctorat en médecine]. Rennes : Université de Rennes 1. 2001.
7. Mouche S. Le médecin généraliste de garde et l'organisation de la réponse publique à l'appel urgent. Thèse de doctorat en médecine. Paris Ouest : Université René Descartes, . 2000.
8. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, Summary. Santé Publique. 2004;16(1):63-74
9. Ricroch L, Vuagnat A. Urgences: sept patients sur dix attendant moins d'une heure avant le début des soins. Etudes Résultats DREES [Internet]. [cité 28 mars 2018];929.
10. Belorgey N. « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences ». Actes Rech En Sci Soc. 11 oct 2011;(189):16-33.
11. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières. Etudes et Résultats. 215^e éd. 2003 [cité 23 août 2018];
12. Le rapport public annuel. Cour des comptes. 2007;
13. Maillard- Acker C. Infirmière Organisatrice de l'Accueil et référentiel. SFMU 2012. :15.
14. Le triage en structure d'urgence. Recommandations formalisées d'experts. SFMU 2013

15. Debien B, Sebbane M, Bard PO. Accueil et orientation aux Urgences : faut - il un médecin ou un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état ?
16. Fehre A, Chauvin A, Durand-Stocco C. Évaluation de l'application d'un triage par la Classification Infirmière des Malades aux Urgences par des infirmiers organisateurs de l'accueil en comparaison avec un triage réalisé par un médecin. *Ann Fr Médecine Urgence*. 1 mai 2015;5(3):150-8.
17. Société francophone de médecine d'urgence, Boivin M. Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil [Internet]. Paris: Brain Storming; 2004.
18. Beveridge R, Clarke B. Association des médecins d'urgence du Québec. L'échelle canadienne de triage et gravité : triage à l'urgence : un processus dynamique pour assurer une évaluation de la condition des patients dès leur arrivée aux urgences – collège des médecins du Québec et l'ordre des infirmiers et infirmières du Québec. Guide d'implantation -. 2000;
19. Charte de Médecine d'Urgence SFMU Septembre 2003
20. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) - SFMU. 2004;
21. Bounes V, Mengelle F. Rôle des exercices de médecine de catastrophe dans la formation des médecins et soignants de l'urgence. 2009;8.
22. Soldner R, Pinero D, Chassery C, Aide mémoire des situations d'urgence avec nombreuses victimes SAMU 69. :40.
23. Giroud M. La régulation médicale en médecine d'urgence. *Réanimation*. 1 déc 2009;18(8):737-41.
24. Grall DJ-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences.
25. Conseil économique et social. L'urgence à l'hôpital, documentation française. 1989;
26. Seba C. Régulation des flux et mise en place d'un circuit court par l'IOA - Collège PACA de Médecine d'Urgence. 2009
27. Saidi K, Paquet AL, Goulet H, et al. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 7 déc 2015;5(6):283-9.
28. Pateron D. Les circuits courts sont parfois les meilleurs. SFMU Lavoisier 2015;
29. Service d'urgences – urgences.anap.fr : Evaluer l'opportunité et les modalités de la mise en place d'un circuit court au sein du service des urgences 2017
30. SAMU – Urgences France. Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence. 2011;22.

31. Claret PG, Bobbia X, La Coussaye JE. Les prescriptions anticipées d'Imagerie par les infirmier(e)s diplômé(e)s d'État en structure des urgences. SFMU Lavoisier 2017;
32. Lecomte F, Feydy A, Oudjit A, et al. Evaluation de la double lecture (urgentiste puis radiologue) des radiographies en traumatologie d'urgence ambulatoire. J Radiol. 1 oct 2006;87(10):1228.

7 Annexes

7.1 Annexe 1 : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Détails	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	IDE < 1min Médecin < 1min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	IDE < 1min Médecin < 20min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1 – 2	Acte diagnostique et/ ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

annexe 1 : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

7.2 Annexe 2 : Emergency Severity Index

Niveau ESI	
ESI 1	Patient avec instabilité importante, doit être immédiatement pris en charge par un médecin, nécessite souvent une intervention (exemple : intubation) pour être stabilisé
ESI 2	Patient potentiellement instable, doit être pris en charge par un médecin dans un délai inférieur à 10 minutes, nécessite souvent des examens complémentaires biologique et d'imagerie, un traitement et une hospitalisation
ESI 3	Patient stable, doit être pris en charge par un médecin dans un délai inférieur à 30 minutes, nécessite souvent des examens complémentaires biologique et d'imagerie, un traitement et le plus souvent sort en externe
ESI 4	Patient stable, peut ne pas être pris en charge rapidement pas un médecin, nécessite peu d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe
ESI 5	Patient stable, peut ne pas être pris en charge rapidement pas un médecin, ne nécessite pas d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe

annexe 2 : Emergency Severity Index

7.3 Annexe 4 : Table des illustrations

Figure 1 :	Organigramme des patients inclus dans l'étude	26
Figure 2 :	Délai avant la prise en charge médicale entre les trois groupes	27
Figure 3 :	Durée de prise en charge médicale entre les trois groupes	28
Figure 4 :	Durée totale de passage entre les trois groupes.....	29
Figure 5 :	Synthèse entre les trois groupes.....	30
Figure 6 :	Principaux motifs de consultation en filière courte	31
Figure 7 :	Motifs de consultation divers et variés du cabinet médical.....	31
Figure 8 :	Examens d'imagerie prescrits	32

7.4 Annexe 5 : Table des tableaux

Tableau 1 :	Nombre de passages aux urgences selon les mois d'inclusion de l'étude	25
Tableau 2 :	Nombre d'entrées par jour en filière courte selon les périodes étudiées....	25
Tableau 3 :	Principaux motifs de consultation au cabinet médical	30
Tableau 4 :	Nombre d'examens d'imagerie prescrits en fonction du groupe	32
Tableau 5 :	Nombre de biologies prescrites en fonction du groupe	33
Tableau 6 :	Nombre d'avis spécialisés demandés en fonction des trois groupes	33

AUTEUR : Nom : ALLARD Prénom : Charlotte

Date de Soutenance : 4 octobre 2018

Titre de la Thèse : Amélioration de la prise en charge des patients en filière courte : place du médecin sénior.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale, DESC de médecine d'urgence

Mots-clés : circuit court, IOA, MAO, tri, SAU

Introduction : L'augmentation du flux de patients consultant aux urgences impose une modification de l'organisation de celles-ci. La mise en place de filières de soins ainsi que leurs gestions sont un point central de cette évolution, avec une attention particulière pour la filière ambulatoire. La place du médecin sénior dans cette nouvelle architecture est primordiale.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective, mono centrique aux urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent de Paul sur de l'année 2017. Les patients inclus étaient les patients orientés vers la filière courte des urgences. Trois groupes ont été comparé suivant la place d'un des médecins séniors : en filière longue, en filière courte ou en zone de tri. L'objectif était de définir la meilleure place de celui-ci pour garantir la meilleure offre de soins pour les patients lors de leur passage aux urgences.

Résultats : La durée totale de passage est significativement différente entre les groupes MAO, MCM et MFL avec des durées de 2,2h vs 2,1h et 2,8h ($p < 0,05$). Il y a une différence significative entre les délais avant premier contact médical entre les groupes MAO, MCM et MFL avec des durées de 0,9h vs 1,1h et 1,4h ($p < 0,05$). La durée de prise en charge médicale est significativement différente dans les groupes MAO, MCM et MFL avec des durées de 1h vs 0,8h et 1,1h ($p < 0,05$). Il n'y pas de différence significative dans le taux de prescription d'examens de radiologies standards quelque soit la place du médecin.

Conclusion : La durée totale de passage des patients dans les groupes MCM et MAO n'était pas significativement différente mais avec une gestion différente du séjour des patients. Le MAO permet une évaluation médicale précoce et le MCM permet une prise en charge sans latence. La qualité de vie ressentie par les professionnels de soins était en faveur d'une réforme de la filière courte.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur LEROUGE

Monsieur le Docteur RENARD

Monsieur le Docteur ALARCON

Directeur de la thèse :

Monsieur le Docteur WALLART