



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'utilisation d'un β HCG urinaire aux urgences gynécologiques
peut-elle diminuer le temps de prise en charge ?
Une étude hospitalière avant-après**

Présentée et soutenue publiquement le 05 mars 2020 à 16h
au Pôle Formation
par **Clémence Laurier-Lamothe**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Charles GARABEDIAN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Madame le Docteur Géraldine GIRAUDET

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Avertissement

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

Liste des abréviations

β HCG : Béta Hormone Chorionique Gonadotrope

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SF : Sage Femme

SFU : Signes Fonctionnels Urinaires

RESUME

Position du problème :

Aux urgences gynécologiques, une partie du temps d'attente est lié au fait de ne pas savoir si la patiente est enceinte ou non.

Objectif :

Savoir si la réalisation systématique d'une recherche de β HCG urinaire à l'entrée aux urgences permettrait de diminuer le temps de prise en charge des patientes.

Matériels et Méthodes :

Etude de type avant-après menée chez les femmes de moins de 50 ans consultant aux urgences gynécologiques. Pendant la semaine « avant », un dosage plasmatique de β HCG était réalisé en fonction du contexte. Pendant la semaine « après » une recherche de β HCG urinaire était systématique à l'entrée. Le critère de jugement principal était le temps total passé aux urgences. Les critères de jugement secondaires étaient la durée de chacun des temps du parcours (consultation, échographie, prélèvement sanguin), ainsi que la satisfaction des patientes.

Résultats :

Parmi les 480 patientes reçues aux urgences gynécologiques sur deux semaines, 70 étaient éligibles « avant » et 74 « après » (29.0 vs 31.0 %, $p=0.65$). La médiane de durée totale de passage aux urgences s'est significativement allongée entre les deux périodes (123 vs 137 min, $p=0.03$), du fait d'une augmentation de chacune des durées d'attente : en consultation (17 vs 24 min, $p=0.003$), en échographie (55 vs 70 min, $p=0.04$) et pour le prélèvement sanguin (4 vs 22.5 min, $p=0.01$). La satisfaction

globale des patientes n'était pas différente selon la période d'étude (forte ou très forte dans 80.6 vs 77.1 % des cas, $p=0.70$). En revanche, la satisfaction concernant la durée de passage était significativement abaissée pendant la seconde période (3.2 vs 2.8, $p=0.04$)

Conclusion :

La réalisation d'une recherche systématique de β HCG urinaire aux urgences ne s'est pas accompagnée d'une réduction des durées de prise en charge dans notre étude.

L'étude apporte plusieurs pistes d'amélioration de la prise en charge des femmes aux urgences.

Introduction :

En France, le nombre annuel de patients se présentant aux services des urgences en soins primaires est croissant : ils étaient de 14 millions en 2003, 16,7 millions en 2015 et 21,4 millions en 2017 (1) et (2). Les urgences gynécologiques suivent une tendance similaire, avec une augmentation constante de leur fréquentation, autant sur le plan national que régional, du fait d'une diminution de l'activité libérale des gynécologues médicaux (3).

A Lille, les urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre ne font pas exception (Annexe 1). Conséquence d'un tel phénomène, de nombreuses patientes se plaignent d'un temps d'attente trop long dans leur prise en charge. En 2017, L.Vandorpe mettait en évidence un temps médian de passage aux urgences de 88 minutes dans cette unité (4). Cet auteur suggérait que ce temps pourrait être réduit si l'on savait à l'avance si la patiente était enceinte ou non. En effet, l'élimination d'une éventuelle grossesse, notamment extra-utérine, pourrait simplifier le parcours de soin en évitant un prélèvement sanguin, voire la réalisation d'une échographie.

En parallèle, les β HCG urinaires sont devenus très fiables dans la prédiction d'une grossesse (5) et (6) avec dans la majorité des tests un seuil de détection à 25 UI/L. Ces tests présentent de plus l'intérêt d'être non invasifs, peu coûteux et rapides(7), comparés notamment aux β HCG sanguins. De nombreux hôpitaux, notamment outre-Atlantique, ont déjà instauré l'utilisation systématique de β HCG urinaires et sanguins pour détecter une éventuelle grossesse (8).

Nous avons décidé de mesurer l'effet de l'utilisation systématique d'un β HCG urinaire à l'entrée aux urgences gynécologiques de notre centre hospitalier, dans l'hypothèse où cette instauration pourrait permettre une diminution du temps de prise en charge et une augmentation de la satisfaction des patientes.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude monocentrique observationnelle de type avant-après avec recueil prospectif des données. Elle a été menée au CHU Lille, du 25 mars 2019 au 7 avril 2019, sur deux semaines contigües, week-ends et gardes de nuit inclus : une semaine pour la période « avant », une semaine pour la période « après ».

L'intervention évaluée consistait – pendant la semaine « après » — à réaliser un test β HCG urinaire sur l'échantillon d'urine systématiquement demandé avant la consultation d'urgence. Ce test urinaire, de la marque « beta10 »(OEM, Henan, Chine), est un test qualitatif, de diagnostic rapide, à lecture visuelle objective sur cassette, dont le seuil de détection est à 10 UI/L de β HCG. Son résultat était ensuite noté sur le dossier et communiqué à la fois à la patiente et aux professionnels des urgences.

Pendant les deux semaines d'étude, les patientes qui consultaient aux urgences gynécologiques de Jeanne de Flandre étaient incluses si elles avaient moins de 50 ans, si elles ne savaient pas qu'elles étaient enceintes et si elles consultaient pour un motif autre qu'une reconvoction. A l'inverse, étaient exclues toutes femmes de plus de 50 ans, enceintes ou dont la grossesse était terminée depuis moins d'un mois.

Pour chaque patiente, le recueil des données concernant son parcours au sein des urgences s'est effectué à l'aide d'une fiche d'horodatage préalablement agrafée à son dossier. Cette fiche était complétée par le personnel soignant tout au long du parcours de soin. Elle était anonymisée *via* le numéro de dossier de la patiente, noté sur son étiquette hospitalière (Annexe 2). Pour chaque acte ou attente d'acte, la fiche

indiquait l'heure de début et l'heure de fin, ainsi que sa durée : notamment pour la consultation (par une SF ou un interne), le prélèvement sanguin, l'échographie, la rédaction du courrier de sortie, et le temps d'attente entre ces différents actes. Ainsi, les fiches d'horodatage pour la semaine « avant » et la semaine « après » étaient pratiquement identiques. En plus des éléments décrits ci-dessus, les fiches de la semaine « après » indiquaient la réalisation ou non d'un β HCG urinaire pendant la consultation initiale aux urgences, ainsi que son résultat (positif/négatif). Le recueil des données de chaque patiente était effectué le jour même ou au maximum le lendemain de son passage, si celle-ci s'était présentée aux urgences la nuit. Il était complété à partir des données du dossier médical: motif de consultation, l'adressage ou non par le médecin traitant, la prise ou non d'un contraceptif. Ce recueil de données a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL n° 20-464).

En fin de parcours, un coupon de satisfaction était remis à la patiente en même temps que son courrier de sortie. Ce coupon était anonyme et rattaché à la fiche d'horodatage de la patiente. Il lui était demandé d'évaluer sur une échelle à support iconique la satisfaction de sa prise en charge globale ainsi que de son temps de prise en charge (Annexe 2). Ce coupon devait être ensuite déposé par la patiente dans une urne située au niveau de la sortie du secteur des urgences. La retranscription de la satisfaction en note était réalisée selon la conversion suivante : pas satisfait : 1, moyennement satisfait : 2, satisfait : 3, très satisfait : 4.

Une journée « test » a été réalisée préalablement à l'étude avant-après : le matin, il s'agissait d'une simulation de la semaine « avant » et l'après-midi d'une simulation de la semaine « après ». Cette journée a permis d'expliquer au personnel soignant comment recueillir les données à partir des fiches d'horodatage et d'éprouver le protocole en condition réelle. Elle a aussi été l'occasion de tester la faisabilité des β HCG urinaires au décours d'une consultation en pratique courante.

L'informatisation des données a été réalisée grâce au logiciel EXCEL (EXCEL, Microsoft®, USA), et les analyses statistiques grâce au logiciel EPI-INFO (Epidata®, Danemark). Les comparaisons entre pourcentages ont fait appel au test du chi² ou au test exact de Fisher, selon la taille des échantillons. Toutes les comparaisons entre variables quantitatives ont fait appel au test non paramétrique de Kruskal et Wallis. Dans les tableaux, les pourcentages figurent entre parenthèses. Les médianes ont été présentées avec les interquartiles, et les moyennes avec l'écart-type de la distribution. Le seuil de significativité retenu était $p < 0.05$.

Résultats :

La période d'étude s'étendait sur deux semaines, du 25 au 31 mars (semaine « avant ») puis du 1^{er} au 7 avril 2019 (semaine « après »). Pendant cette période, 480 patientes se sont présentées aux urgences de l'hôpital Jeanne de Flandre (241 « avant » et 239 « après »). La répartition de leurs heures d'arrivée figure au Tableau 1, sans différence selon qu'il s'agissait d'un jour de semaine ou de week-end.

Parmi ces 480 femmes, 70 étaient éligibles « avant » et 74 « après » (29.0 % vs 31.0%, $p=0.65$) (Figure 1). Parmi ces 144 femmes incluses, 7 n'ont pu faire l'objet des mesures prévues et considérées comme perdues de vue (4.9 %), 3 « avant » et 4 « après ». Concernant les dosages de β HCG, 47 tests plasmatiques ont été réalisés pendant la première période (70.1%) tandis que 62 tests urinaires ont été réalisés pendant la seconde période (88.6%), dont 4 vérifiés par dosage sanguin du fait de leur positivité urinaire.

Les caractéristiques des femmes incluses « avant » et « après » sont présentées au Tableau 2. Les motifs de consultation apparaissaient comparables entre les deux périodes : environ la moitié des femmes consultaient pour douleurs pelviennes et un tiers pour métrorragies. Moins de la moitié avaient une contraception en cours. Très peu étaient adressées par un médecin de ville (moins de 3 %)

La description des heures d'arrivée, des parcours et temps de parcours de soins figurent au Tableau 3 pour chacune des périodes. Un quart des patientes incluses ont consulté le matin (8h-12h), la moitié l'après-midi (12h-18h), sans différence significative entre les périodes. Tous les parcours comprenaient une consultation initiale. Du fait de l'introduction d'un β HCG urinaire lors de la semaine « après », les types des parcours étaient très significativement différents selon la semaine : le parcours le plus souvent réalisé pendant la semaine « avant » était « consultation puis prélèvement sanguin puis échographie » - 70.1% des femmes - tandis que pour la semaine « après » il s'agissait principalement du parcours « consultation puis échographie » - 78.6 % des femmes.

Le Tableau 3 indique que la durée médiane du temps total passé aux urgences s'est allongée de manière significative de 14 minutes entre les deux périodes (123 vs 137 min, $p=0.03$). Dans le détail, les augmentations significatives de la durée concernaient trois temps d'attente : en consultation (de 17 à 24 min, $p=0.003$), en échographie (de 55 à 70 min, $p=0.04$) et pour le prélèvement sanguin (même si seulement 4 patientes ont eu ce dosage sanguin en deuxième période (de 4 à 22.5 min, $p=0.01$)) (Annexe 3) Pendant le même temps, le pourcentage de femmes ayant eu une échographie et la durée de celles-ci n'étaient pas réduits de manière significative entre les 2 périodes (réalisation : 80.6% vs 84.3%, $p=0.57$, durée de 12 à 10 min, $p=0.49$).

La fréquence de réalisation des échographies selon le motif de consultation est présentée au Tableau 4. Elle était presque systématique (109/114, 95.6%) en cas de

douleurs pelviennes ou de métrorragies (79 % des admissions aux urgences), et réalisée seulement dans une minorité de cas (4/30, 13.3%) dans les autres situations (21% des admissions aux urgences), sans différence significative selon la période d'étude. La plupart des échographies réalisées dans l'étude « après » ont été réalisées alors même que le β HCG urinaire était négatif (49 des 58 patientes ayant eu un β HCG urinaire négatif ont eu une échographie (84.5%)) l'immense majorité ayant été réalisées pour douleurs ou métrorragies (46/49, 93.9 %).

Finalement, la satisfaction globale des patientes n'était pas différente selon la période d'étude (3.6 ± 0.6 vs 3.4 ± 0.7 , $p=0.21$) (Tableau 3), avec une satisfaction « forte ou très forte » dans 80 % des cas quelle que soit la semaine considérée. En revanche, la satisfaction concernant la durée de passage aux urgences n'était « forte ou très forte » que dans la moitié des cas, et celle-ci était significativement abaissée entre la première et la seconde période (3.2 ± 0.9 vs 2.8 ± 1.1 , $p=0.04$).

Discussion :

Alors que la réalisation d'un β HCG urinaire systématique s'est accompagnée d'une simplification du parcours de soin, notre étude a montré qu'elle ne s'est pas accompagnée d'une réduction du temps de passage aux urgences gynécologiques et obstétricales de notre centre. Au contraire, l'instauration de cette mesure semble s'être accompagnée d'une augmentation du temps de passage. Alors que la satisfaction globale restait forte et inchangée entre les deux périodes, nous avons par ailleurs observé une diminution de la satisfaction concernant la durée de passage entre les deux périodes.

De notre point de vue et bien que ce β HCG urinaire semble déjà être utilisé en France et à l'étranger, il s'agit de la première étude observationnelle de type « avant-après » concernant sa réalisation systématique dans un service d'urgence. Nous sommes cependant conscients des limites de ce type d'étude : dans les études de type « avant-après », il est toujours difficile d'attribuer une variation du critère de jugement à l'intervention étudiée, notamment du fait de variations incontrôlables du contexte en fonction du temps, qui constituent autant de biais possibles (9).

L'un des biais contextuels de notre étude est d'ailleurs la tenue d'un congrès régional lors de la semaine « après ». La tenue de ce congrès pendant la période d'étude a engendré un changement d'internes : ceux de la semaine « avant » n'étaient pas les mêmes que ceux de la semaine « après », moins expérimentés car non affiliés aux services des urgences habituellement. Une autre limite possible de notre étude est la

taille modeste des groupes étudiés. Ici, il s'agissait d'une étude exploratoire sans aucune hypothèse permettant de calculer un nombre de sujets nécessaires.

Cependant, l'examen des données ne nous incite pas à évoquer un manque de puissance pour expliquer nos résultats négatifs.

Certains de nos résultats sont assurément inattendus. Tout d'abord, l'augmentation du temps d'attente global entre la semaine « avant » et la semaine « après » est surprenante. En effet, le pourcentage de prélèvements sanguins pour β HCG plasmatique a diminué de façon très significative entre les périodes avant et après - de 70.0 à 5.7 % - indiquant une réelle simplification du parcours de soins introduite par la réalisation des β HCG urinaires. Cette introduction des β HCG urinaires aurait dû, en théorie, s'accompagner d'un gain de temps pour deux raisons : La première étant que sa lecture ne dure que quelques minutes tandis que le dosage d'un β HCG plasmatique demande à la fois la réalisation du prélèvement sanguin, la transmission du tube au laboratoire, puis l'attente de transmission des résultats, ce qui peut prendre une à deux heures en routine ; La seconde étant que la réalisation d'un β HCG urinaire aurait pu permettre – en cas de négativité - de diminuer le nombre et la durée des échographies.

Cependant, le nombre d'échographies réalisées n'a, lui non plus, pas diminué.

Quelle que soit la semaine d'étude, le pourcentage d'examens échographiques a été d'environ 80 % et leur durée pratiquement identique (diminution non significative de 12 à 10 minutes de la durée des échographies entre les périodes). Le fait que le résultat négatif d'un β HCG urinaire n'ait pas eu d'influence sur le pourcentage

d'échographies réalisées aux urgences nous amène à constater le caractère presque « systématique » de cette échographie en cas de douleurs et/ou de métrorragies. Cela pourrait s'expliquer par une certaine « pression » exercée par les patientes qui ne comprendraient pas que ce type d'examen ne soit pas réalisé alors qu'elles présentent des symptômes inquiétants et qu'un appareillage est disponible. Cela pourrait également résulter de la préoccupation constante des médecins de ne pas passer à côté d'un diagnostic aux urgences, même en l'absence de grossesse (fibrome en nécrobiose, kystes ovariens fonctionnels ou non...). Ce caractère pratiquement systématique de l'échographie en cas de métrorragies et/ou de douleurs - environ 80% des patientes éligibles de notre étude - a également été mis en évidence par d'autres auteurs ((10), (4))

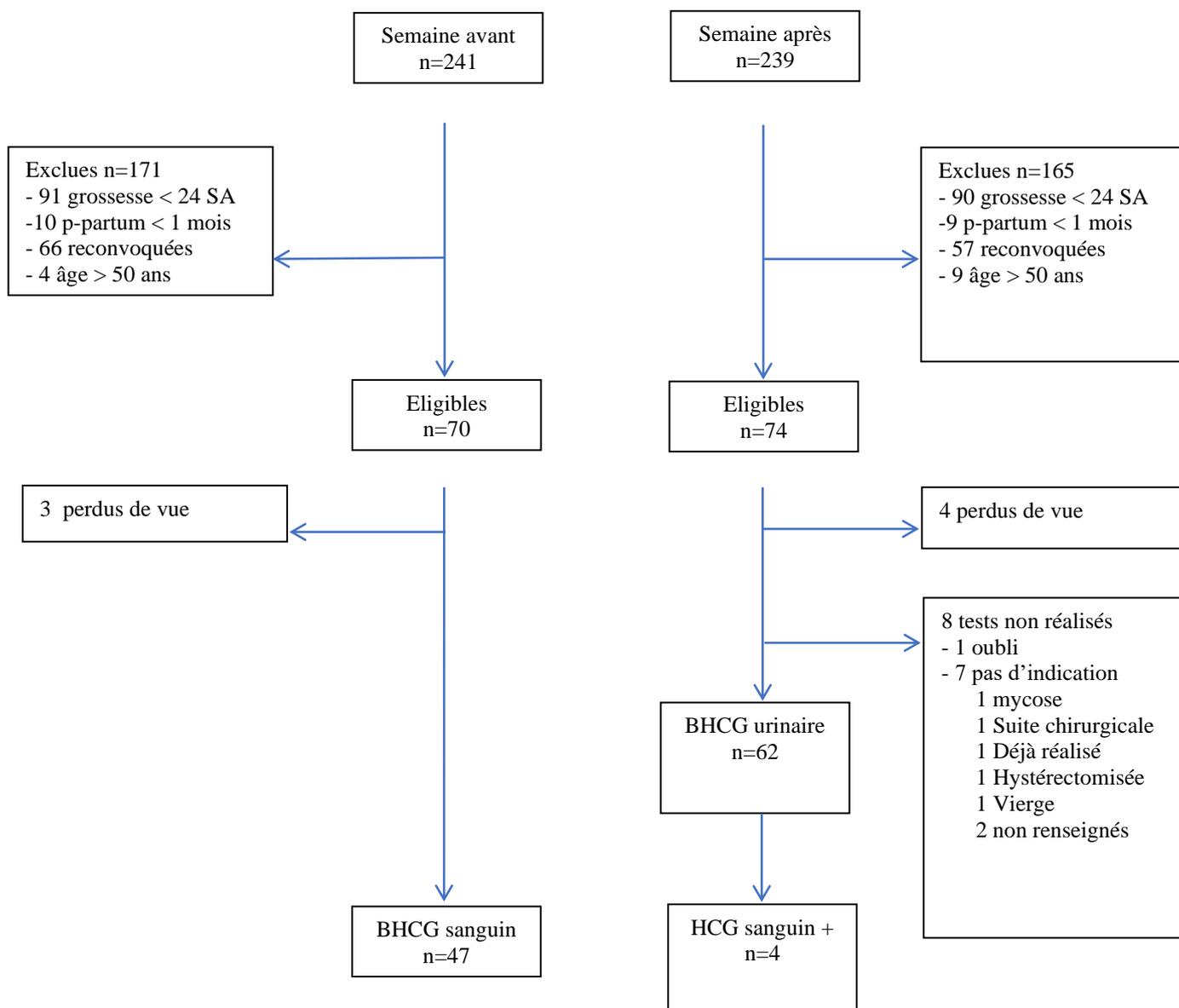
Bien que notre étude n'ait pas permis de lier la réalisation d'un β HCG urinaire à une amélioration de la prise en charge des patientes, elle nous a permis d'évoquer plusieurs pistes d'amélioration de la prise en charge des patientes. Premièrement, la réalisation d'un β HCG urinaire s'accompagne d'une diminution presque complète des tests de β HCG sanguins, avec une diminution du coût des diagnostics de grossesse (1.5 € versus 16 € environ). Ces tests ont montré par ailleurs qu'ils sont plus rapides et présentent une sensibilité satisfaisante, du fait d'un seuil de détection bas ((5) (6)). Deuxièmement, la quantification précise des temps d'attente nous a permis d'envisager une autre organisation humaine et matérielle pour tenter de supprimer le temps d'attente d'échographie en distinguant deux circuits qui pourraient être distincts dès l'entrée : d'une part les patientes présentant des douleurs pelviennes et/ou métrorragies, représentant 80 % des femmes éligibles, avec un examen dans une salle munie d'échographe ; d'autre part les autres patientes (environ 20% des

femmes) nécessitant une salle de consultation simple (sans échographe à disposition). Les données de notre travail indiquent un gain potentiel d'une heure environ sur les deux heures que passent les femmes aux urgences gynécologiques de notre établissement. Enfin, la formation du personnel soignant à la mise en place d'un nouveau protocole est fondamentale. En effet, une étude prospective observationnelle réalisée à Chicago en 2016 (Etats-Unis) (7) a comparé le temps de la réalisation d'un β HCG sanguin et d'un β HCG urinaire chez des patientes âgées de 18 à 55 ans et hospitalisées dans un service de soins conventionnel. Dans cette étude, la réalisation du β HCG sanguin était plus rapide de 21 min en moyenne par rapport à la réalisation d'un β HCG urinaire. Cela pouvait s'expliquer par le fait que les patientes étudiées étaient alitées ou avaient une pathologie retardant le recueil des urines, et par le fait que les infirmiers étaient très expérimentés pour réaliser des prélèvements sanguins.

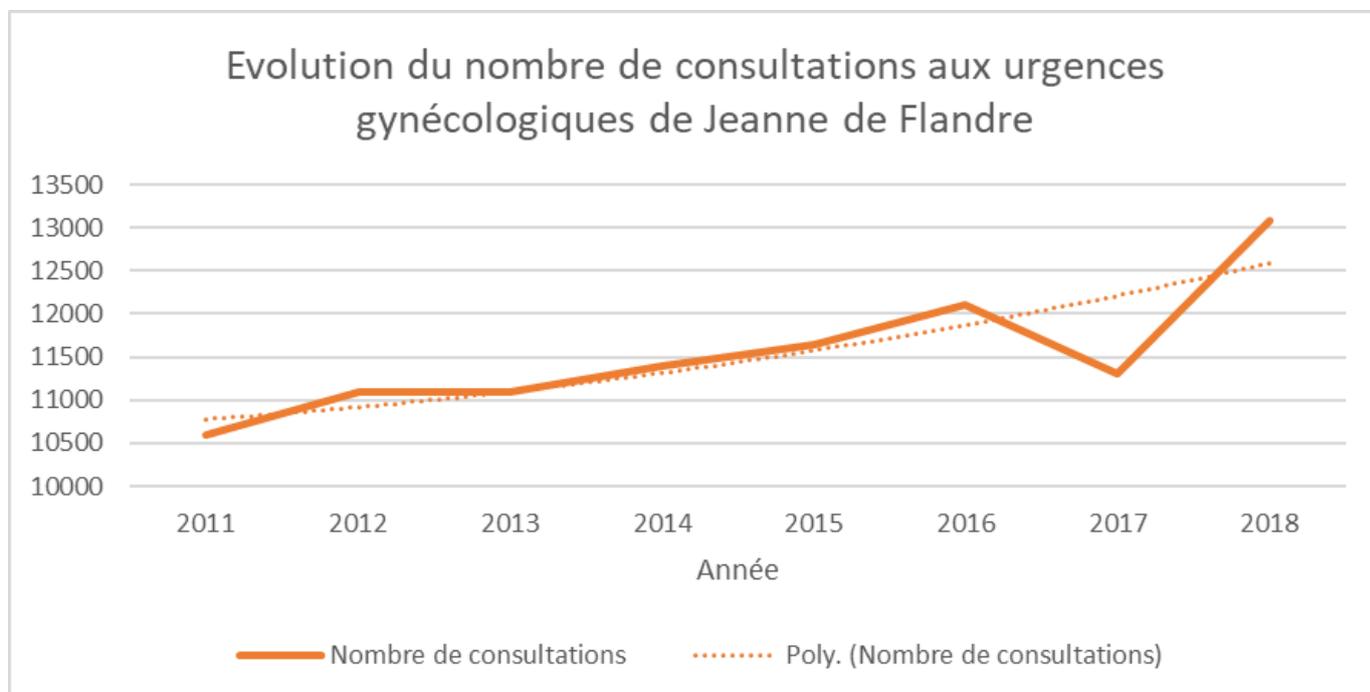
Conclusion:

Notre étude indique que la réalisation d'un β HCG urinaire systématique aux urgences gynécologiques et obstétricales ne s'accompagne pas d'un gain de temps, ce qui n'enlève en rien son intérêt du fait de sa facilité d'utilisation et de son faible coût. Notre étude indique que les gains de temps potentiels pourraient provenir d'autres modifications d'organisation, notamment la suppression des temps d'attente en échographie dans les situations de douleurs pelviennes et/ou de métrorragies, symptômes présentés par 80% des patientes se présentant aux urgences, et ceci même en cas de β HCG négatif.

Figure 1. Flow chart



Annexe 1 : Nombre de consultations gynécologiques sur ces 7 dernières années aux urgences de Jeanne de Flandre.



Annexe 2. Fiches d'horodatage et coupons satisfaction

Intérêt du β HCG urinaire aux urgences JDF 2019

Horodatage urgences (semaine avant β HCG urinaire)

Numéro de dossier :

Si :

- Plus de 50 ans
- Grossesse en cours
- Grossesse terminée < 1 mois
- Reconvoyée

STOP
Rayer carton

1. Arrivée (administrative)		8. Salle d'attente (calculé)	
2. Salle d'attente (calculé)		9. Début échographie	
3. Début cslt SF ou interne		10. Fin échographie	
4. Fin cslt SF ou interne		11. Salle d'attente (calculé)	
5. Salle d'attente (calculé)		12. Transmission ordonnance à la patiente	
6. Début prélèvement bio		13. Sortie	
7. Fin prélèvement bio			

Numéro de dossier :

1. Satisfaite de votre prise en charge **GLOBALE** ?



Pas du tout ! Moyen... Satisfaite Très Satisfaite !

2. Satisfaite du **TEMPS** mis pour votre prise en charge ?



Pas du tout ! Moyen... Satisfaite Très Satisfaite !

Remarques :

Intérêt du β HCG urinaire aux urgences JDF 2019

Horodatage urgences (semaine avec β HCG urinaire)

Numéro de dossier :

Si :

- Plus de 50 ans
- Grossesse en cours
- Grossesse terminée < 1 mois
- Reconvoyée

STOP
Rayer carton

1. Arrivée (administrative)		7. Fin prélèvement bio	
2. Salle d'attente (calculé)		8. Salle d'attente (calculé)	
3. Début cslt SF ou interne		9. Début échographie	
βHCG urinaire ? Oui / Non Si non, pourquoi ?		10. Fin échographie	
Résultat : + / -			
4. Fin cslt SF ou interne		11. Salle d'attente (calculé)	
5. Salle d'attente (calculé)		12. Transmission ordonnance à la patiente	
6. Début prélèvement bio		13. Sortie	

Numéro de dossier :

1. Satisfaite de votre prise en charge **GLOBALE** ?



Pas du tout ! Moyen... Satisfaite Très Satisfaite !

2. Satisfaite du **TEMPS** mis pour votre prise en charge ?



Pas du tout ! Moyen... Satisfaite Très Satisfaite !

Remarques :

Tableau 1. Répartition de l'heure d'arrivée des patientes selon la semaine et le week-end

	Semaine N= 363	Week-end N=117	p
Heure d'arrivée			
8-12	136 (37.5)	39 (33.3)	0.33
12-18	141 (38.8)	48 (41.0)	
18-24	65 (17.9)	18 (15.4)	
0-8	21 (5.8)	12 (10.3)	

Tableau 2. Caractéristiques des patientes éligibles selon la période d'étude

	Avant N= 70	Après N=74	p
Motif principal de consultation			
- douleurs pelviennes	33 (47.1)	37 (50.0)	
- métrorragies	22 (31.4)	22 (29.7)	
- post-rapport sexuel (douleur, plaie..)	4 (5.7)	4 (5.4)	0.99
- autres (mycose, SFU...)	11 (15.7)	11 (14.9)	
Contraception en cours	26 (37.1)	36 (48.7)	0.16
Adressée par un médecin (lettre)	2 (2.9)	1 (1.4)	0.61

Tableau 3. Heure d'arrivée des patientes, parcours, durées des temps de parcours et satisfaction selon le groupe

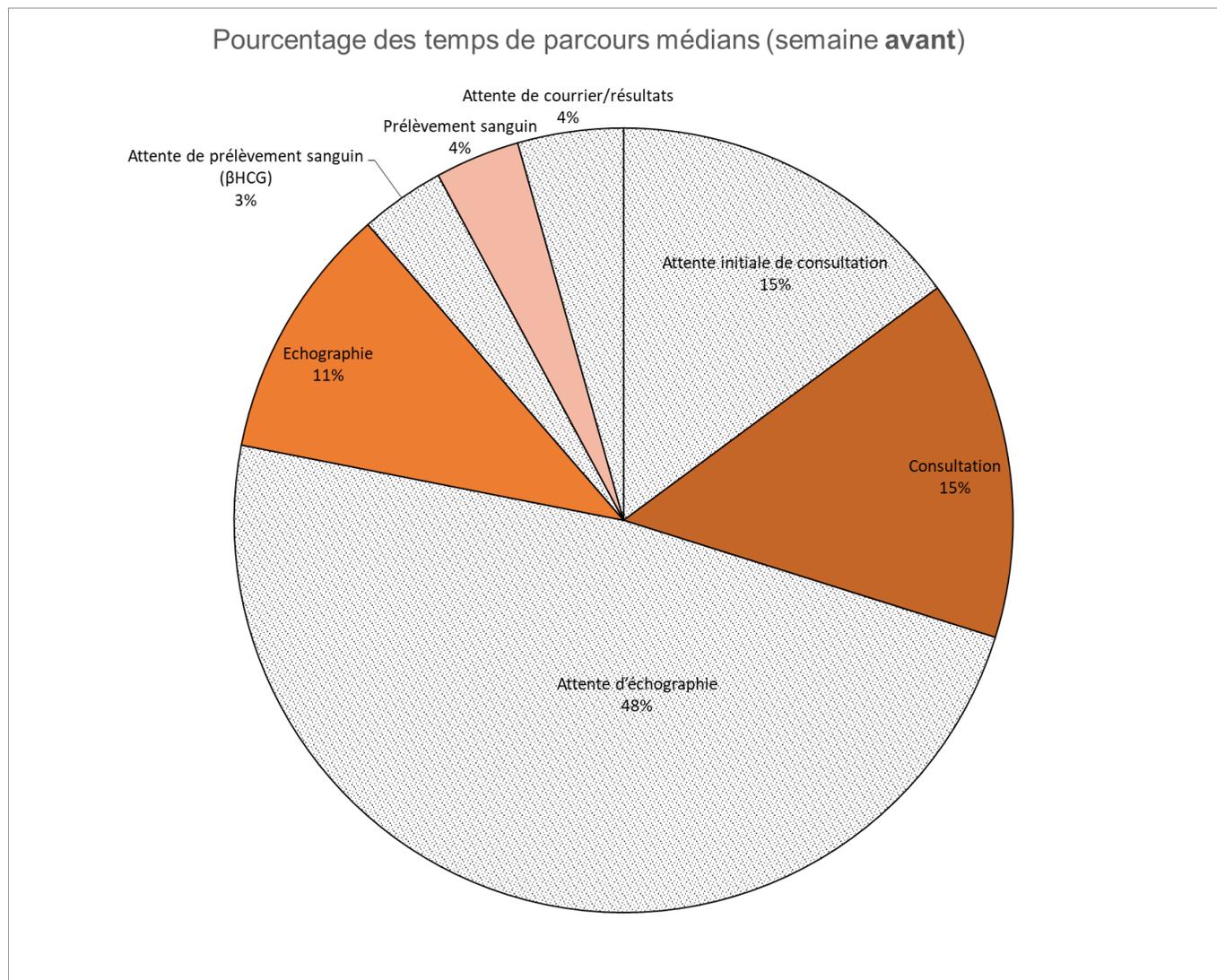
	Avant, N= 70	Après, N= 74	p
Heure d'arrivée			
8-12	18 (25.7)	16 (21.6)	
12-18	38 (54.3)	37 (50.0)	0.40
18-24	12 (17.1)	14 (18.9)	
0-8	2 (2.9)	7 (9.5)	
Parcours			
	N=67	N=70	
Consultation	67 (100.0)	70 (100.0)	>0.99
Echographie	54 (80.6)	59 (84.3)	0.57
Prélèvement sanguin	47 (70)	4 (5.7)	< 0.001
Consultation seule	13 (19.4)	11 (15.7)	
Consultation + échographie	7 (10.4)	55 (78.6)	
Consultation +prélèvement + échographie	47 (70.1)	4 (5.7)	< 0.001

Tableau 3.(suite)

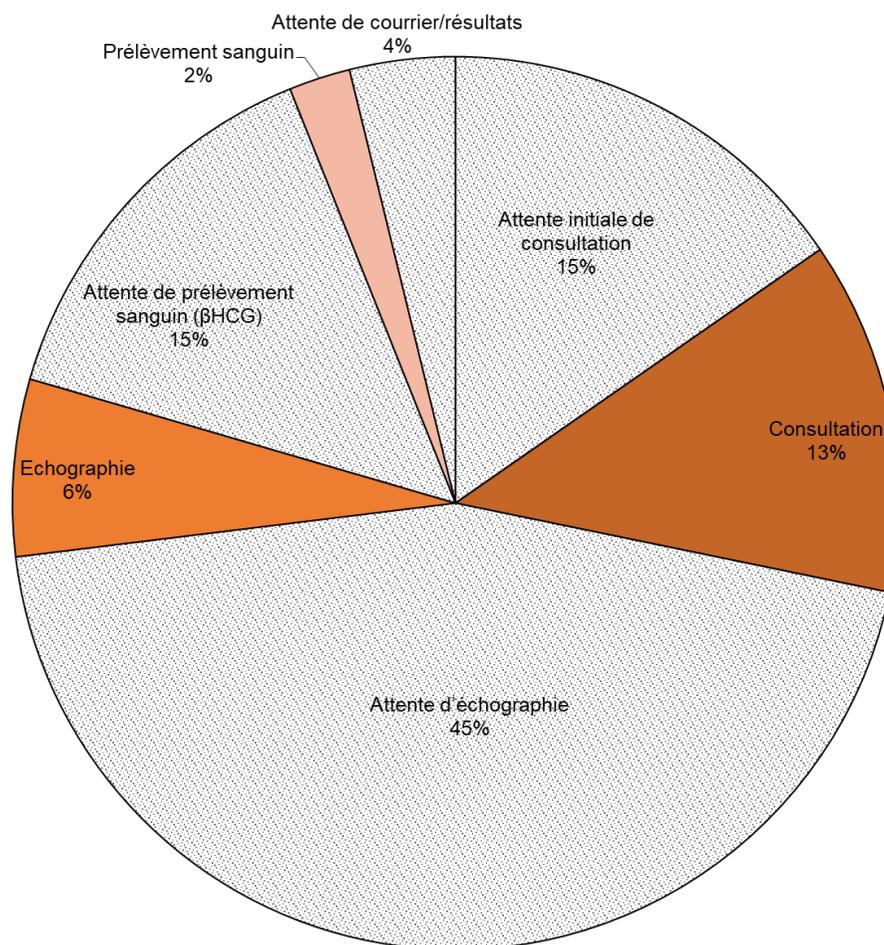
	Avant	Après	p
Temps passé aux urgences (min)			
Total	123 [76 – 158] (n=67)	137 [95 – 188] (n=70)	0.03
Attente initiale de consultation	17 [9 – 33] (n=67)	24 [15 – 49] (n=70)	0.003
Consultation	17 [12 – 25] (n=67)	20 [14 -22] (n=70)	0.72
Attente d'échographie	55 [22 – 74] (n=54)	70 [35 – 109] (n=59)	0.04
Echographie	12 [9 – 15] (n=54)	10.0 [7 – 15] (n=59)	0.49
Attente de prélèvement sanguin (β HCG)	4 [2 – 7] (n=47)	22.5 [11.5 – 31] (n=4)	0.01
Prélèvement sanguin	4 [2-5] (n=47)	3.5 [1.5-5] (n=4)	0.17
Attente de courrier/résultats	5 [3 – 10] (n=67)	6 [5 – 14] (n=70)	0.57
Satisfaction globale			
Très forte	3.6 \pm 0.6	3.4 \pm 0.7	0.21
Forte	36 (53.7)	31 (44.3)	
Moyenne	18 (26.9)	23 (32.9)	
Faible ou nulle	2 (3.0)	3 (4.3)	0.70
Non réponse	0 (0.0)	1 (1.4)	
Satisfaction concernant la durée de passage			
Très forte	11 (16.4)	12 (17.1)	
Forte	3.2 \pm 0.9	2.8 \pm 1.1	0.04
Moyenne	29 (43.3)	21 (30.0)	
Faible ou nulle	10 (14.9)	14 (20.0)	
Non réponse	12 (17.9)	14 (20.0)	0.22
	2 (3.0)	8 (11.4)	
	14 (20.9)	13 (18.6)	

Tableau 4. Réalisation ou non d'une échographie en fonction du motif d'entrée des patientes éligibles

	total	p	Avant N= 70	Après N=74	p
Motif principal de consultation					
- douleur pelvienne	66/70 (94 .3)		33/33 (100.0)	33/37 (89.2)	
- métrorragies	43/44 (97.7)	< 0.001	21/22 (95.5)	22/22 (100.0)	0.69
- post-rapport sexuel (douleur..)	0/8 (0.0)		0/4 (0.0)	0/4 (0.0)	
- autres (mycose, signes urinaires...)	4/22 (18.2)		0/11 (0.0)	4/11 (36.4)	

Annexe 3. Représentation graphique des temps du parcours de soin selon la semaine de l'étude.

Pourcentage des temps de parcours médians (semaine après)



Références Bibliographiques :

1. FEDORU | Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences. Panorama des urgences 2015.
2. Urgences & demandes de soins en urgence : quelle prise en charge ?-adsp n° 52, année 2005. Etude DRESS.
3. Gwénaëlle Le Breton-Lerouillois. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais. Situation en 2015.
4. Vandorpe-Manier L. Les parcours de soins des patientes aux urgences gynécologique-obstétrique de Jeanne de Flandre au CHRU de Lille. 2018.
5. Lazarenko GC, Dobson C, Enokson R, Brant R. Accuracy and speed of urine pregnancy tests done in the emergency department: a prospective study. CJEM. 2001;3:292-5.
6. Griffey RT, Trent CJ, Bavolek RA, Keeperman JB, Sampson C, Poirier RF. "Hook-like Effect" Causes False-negative Point-of-care Urine Pregnancy Testing in Emergency Patients. The Journal of Emergency Medicine. 2013;44:155-60.
7. Gottlieb M, Wnek K, Moskoff J, Christian E, Bailitz J. Comparison of Result Times Between Urine and Whole Blood Point-of-care Pregnancy Testing. West J Emerg Med. 2016;17:449-53.
8. Herr K, Moreno CC, Fantz C, Mittal PK, Small WC, Murphy F, et al. Rate of Detection of Unsuspected Pregnancies After Implementation of Mandatory Point-of-Care Urine Pregnancy Testing Prior to Hysterosalpingography. Journal of the American College of Radiology. 2013;10:533-7.
9. eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide-HAS
10. Popowski T, Huchon C, Fathallah K, Bouhanna P, Bernard J-P, Fauconnier A. Standardisation de l'échographie aux urgences gynécologiques.

AUTEUR : Nom : Laurier-Lamothe

Prénom : Clémence

Date de soutenance : 05 / 03 / 2020

Titre de la thèse : L'utilisation d'un β HCG urinaire aux urgences gynécologiques peut-elle diminuer le temps de prise en charge ? Une étude hospitalière avant-après.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Gynécologie Obstétrique

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Urgences, gynécologie-obstétrique, parcours de soin, temps d'attente, β HCG urinaire, durée temps de passage

Résumé :

Objectif - Aux urgences gynécologiques, une partie du temps d'attente est lié au fait de ne pas savoir si la patiente est enceinte ou non. Savoir si la réalisation systématique d'une recherche de β HCG urinaire à l'entrée aux urgences permettrait de diminuer le temps de prise en charge.

Méthodes - Etude de type avant-après menée chez les femmes de moins de 50 ans consultant aux urgences gynécologiques. Pendant la semaine « avant », un dosage plasmatique de β HCG était réalisé en fonction du contexte. Pendant la semaine « après » une recherche de β HCG urinaire était systématique à l'entrée. Le critère de jugement principal était le temps total passé aux urgences. Les critères de jugement secondaires étaient la durée de chacun des temps du parcours (consultation, échographie, prélèvement sanguin), ainsi que la satisfaction des patientes

Résultats - Parmi les 480 patientes reçues aux urgences sur deux semaines, 70 étaient éligibles « avant » et 74 « après » (29.0 vs 31.0 %, $p=0.65$). La médiane de durée totale de passage aux urgences s'est significativement allongée entre les deux périodes (123 vs 137 min, $p=0.03$), du fait d'une augmentation de chacune des durées d'attente : en consultation (17 vs 24 min, $p=0.003$), en échographie (55 vs 70 min, $p=0.04$) et pour le prélèvement sanguin (4 vs 22.5 min, $p=0.01$). La satisfaction globale des patientes n'était pas différente selon la période d'étude (forte ou très forte dans 80.6 vs 77.1 % des cas, $p=0.70$). En revanche, la satisfaction concernant la durée de passage était significativement abaissée pendant la seconde période (3.2 vs 2.8, $p=0.04$)

Conclusion - La réalisation d'une recherche systématique de β HCG urinaire aux urgences ne s'est pas accompagnée d'une réduction des durées de prise en charge dans notre étude. L'étude apporte plusieurs pistes d'amélioration de la prise en charge des femmes aux urgences.

Composition du Jury :

Président : Professeur Charles Garabedian

Assesseurs : Professeur Patrick Lerouge, Docteur Géraldine Giraudet

Directeur de thèse : Professeur Damien Subtil