

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etude de l'efficacité de la Filière ambulatoire de prise en charge
des douleurs biliaires au sein du Service d'Accueil des
Urgences du Centre Hospitalier de Roubaix.**

Présentée et soutenue publiquement le 09 Juillet 2020 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Laura AWNER**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Philippe ZERBIB

Monsieur le Professeur Alexandre LOUVET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Louis PRUVOST

Avertissement

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

ABREVIATIONS

CHIR : Chirurgie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

CS : consultation

ECMU : Echographie Clinique en Médecine d'Urgence

EVA : Echelle Visuelle Analogique

GASTRO : Gastro-entérologie

QR Code : Quick Response Code

SAU : Service d'Accueil des Urgences

TDM : Tomodensitométrie

Table des matières

Résumé.....	1
I. Introduction.....	2
II. Matériels et Méthodes	4
A. Type de l'étude	4
B. Population étudiée.....	4
C. Objectifs.....	4
1. Objectif principal.....	4
2. Objectifs secondaires.....	5
D. Recueil des données.....	5
1. Méthodologie.....	5
2. Données recueillies.....	6
a. Caractéristiques du patient.....	6
b. Données cliniques.....	6
c. Données paracliniques.....	7
d. Données concernant la prise en charge.....	7
e. Données concernant le retour à domicile.....	7
f. Données concernant le suivi.....	7
E. Statistiques.....	8
F. Ethique.....	8

III.	Résultats.....	9
A.	Description de la population étudiée.....	9
1.	Diagramme de flux.....	9
2.	Caractéristiques générales de la population étudiée.....	10
B.	Caractéristiques de prise en charge initiale.....	10
1.	Période d'admission.....	10
2.	Durée de la prise en charge.....	11
3.	Médecin effectuant la prise en charge.....	11
4.	Avis spécialisé.....	12
5.	Données cliniques et paracliniques recueillies.....	12
a.	Constantes	12
b.	EVA.....	12
c.	Bilan biologique.....	13
C.	Imagerie.....	14
1.	Etat des lieux des imageries réalisées.....	14
2.	Influence de la période de garde.....	14
a.	Pendant la journée (9h-18h).....	14
b.	Pendant la garde (18h-9h).....	15
3.	Place de l'ECMU dans la prise en charge.....	16
D.	Devenir du patient	17
1.	Consultation	17
a.	Taux de présence en consultation	17
b.	Influence de la fiche conseil	18
2.	Bien fondé de l'orientation initiale.....	18
IV.	Discussion.....	19

A. Données épidémiologiques et comparabilité des résultats.....	19
B. Forces et limites de l'étude.....	20
1. Force de l'étude.....	20
2. Limites de l'étude.....	21
C. Efficacité de la filière ambulatoire du protocole.....	22
1. Fonctionnement du protocole.....	22
2. Intérêt du protocole.....	23
3. Efficacité du protocole.....	24
D. Influence de la fiche conseil.....	25
E. Influence des horaires de garde.....	27
F. Echographie appliquée à l'urgence.....	28
G. Axes d'améliorations.....	30
v. Conclusion.....	32
Bibliographie.....	34

RESUME

Contexte : La pathologie biliaire est un véritable enjeu de santé publique puisqu'elle concerne 20% de la population, ce qui concorde avec un nombre conséquent de passages au SAU pour ce motif.

Dans le contexte actuel où trouver des lits d'hospitalisation devient de plus en plus complexe, développer les filières de soins ambulatoires en coopération avec les médecins spécialistes pourrait permettre de désengorger les urgences et de diminuer le nombre de passages au SAU si le patient est correctement suivi.

Ainsi, l'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de la filière ambulatoire du protocole « douleur biliaire » des urgences de Roubaix, à travers le taux de présence en consultation.

Méthodes : Cette étude était rétrospective, analytique, monocentrique. Elle incluait tous les patients ayant consulté au SAU du centre hospitalier de Roubaix entre le 1^{er} Mai 2017 et le 1^{er} Novembre 2018 et ayant été traités en ambulatoire. Les patients étaient ensuite séparés en deux groupes « filière + » et « filière – » selon s'ils avaient été ou non inclus dans la filière de reconsultation par l'urgentiste.

Il s'agissait principalement d'évaluer l'efficacité de la filière de reconsultation.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la qualité de l'information délivrée au patient, l'influence des horaires de garde sur la prise en charge, et l'impact de la réalisation d'une ECMU sur le nombre d'imageries spécialisées réalisées.

Ces analyses ont été possibles grâce à l'accès aux dossiers médicaux informatisés via le logiciel Easily® des urgences.

Résultats : 281 patients ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen de la population était de 42,6ans, avec une majorité de femmes, et l'antécédent le plus significatif était la survenue d'une colique hépatique.

36,30% de patients ont été revus en consultation. Si la période de garde a une influence avec significativement moins de patients reconvoqués, ce n'est pas le cas de la fiche conseil. Enfin, il n'a pas été mis en évidence que la réalisation d'une échographie par l'urgentiste pouvait permettre de diminuer le taux d'imageries spécialisées.

Discussion : Le taux de présence en consultation est significativement plus important chez les patients « filière+ » mais reste insuffisant. Pour le moment il paraît difficile de placer le patient au cœur de sa filière de soin mais les axes d'amélioration sont nombreux.

I. INTRODUCTION

La douleur abdominale représente actuellement 10% des motifs de consultation aux urgences (1,2), et parmi ses étiologies, la douleur d'origine biliaire occupe une place prépondérante (2,3). En effet, il a été décrit dans la littérature que 20% des adultes dans les pays développés auront au cours de leur vie des calculs biliaires (3).

Le taux de complications de ces lithiases n'est pas négligeable puisqu'il est également de 20% (3). Celles-ci sont d'ordre infectieuses, pancréatiques ou obstructives. Les formes les moins compliquées comme la colique hépatique et la cholécystite simple nécessitent un diagnostic et une prise en charge précises dès la consultation aux urgences afin d'éviter les complications susnommées.

La prise en charge de ces pathologies a déjà fait l'objet de recommandations de la part des sociétés savantes de gastro-entérologie et de chirurgie (3,4,5,6). Elles se doivent d'être également stéréotypées aux urgences, en tenant bien sûr toujours compte des variations inter-individuelles.

La pathologie biliaire fait notamment la part belle à l'échographie, et offre l'occasion à l'urgentiste de mettre en pratique l'ECMU (7) selon les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (8,9).

Il a été mis en place en 2017 aux urgences du centre hospitalier de Roubaix un protocole de prise en charge dit de « douleur biliaire » pour les patients consultant au SAU pour ce motif (annexe 1). Ce protocole a été établi en coopération avec les gastro-entérologues, les chirurgiens digestifs et les urgentistes de Roubaix et doit normalement être mis en place pour chaque patient consultant au SAU avec un tableau de douleur biliaire.

Un des principaux avantages de ce protocole est d'offrir l'accès à une filière de reconsultation rapide en gastro-entérologie ou en chirurgie digestive et donc de placer le patient au cœur d'une filière de soins, de favoriser les prises en charge ambulatoires et le suivi.

Une des clés de cette filière de reconsultation est la remise d'une fiche-conseil au décours de la consultation au SAU.

La mise en place de filières ambulatoires aux urgences est actuellement en plein essor.

La difficulté à hospitaliser les patients aux urgences et le bénéfice d'organiser à partir des urgences différentes filières de prises en charge est déjà discuté depuis plusieurs années (10).

En 2017, une étude réalisée sur la prise en charge des thromboses veineuses profondes avait démontré la satisfaction des patients qui avaient bénéficié d'une inclusion dans une filière de reconsultation dédiée et un taux nul de réhospitalisation après leur 1^{er} passage aux urgences (11).

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la pertinence et l'efficacité de la filière ambulatoire de ce protocole de prise en charge des douleurs biliaires.

Notre critère de jugement principal était le taux de présence en consultation de spécialité au décours de leur passage initial aux urgences.

Nous avons étudié trois objectifs secondaires : la qualité de l'information délivrée, l'influence de la période de garde sur la qualité de la prise en charge et l'utilisation de l'Echographie Appliquée à l'Urgence.

II. MATERIELS ET METHODES

A. Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective, observationnelle, monocentrique, réalisée dans le Service d'Accueil des Urgences du centre hospitalier de Roubaix.

B. Population étudiée

Etaient inclus dans cette étude tous les patients de 18 ans et plus, ayant consulté au Service d'Accueil des Urgences de Roubaix pour un épisode de douleur abdominale pouvant faire évoquer une douleur d'origine biliaire entre le 1^{er} mai 2017 et le 1^{ER} novembre 2018 et ayant bénéficié d'une prise en charge ambulatoire.

Etaient exclus a posteriori les dossiers des patients chez qui un diagnostic d'angiocholite avait été posé, ou qui avaient été hospitalisés.

Les patients étaient ensuite répartis en deux sous-groupes appelés « filière + » et « filière – » en fonction de s'ils avaient été inclus ou non dans la filière de reconsultation spécialisée prévue dans le protocole.

C. Objectifs

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la filière ambulatoire du protocole dit « douleur biliaire » à travers l'évaluation du taux de présence des patients en consultation de suivi spécialisée.

2. Objectifs secondaires

Le premier objectif secondaire est d'évaluer la qualité de l'information délivrée au patient en évaluant le taux de présence en consultation en fonction de la remise ou non d'une fiche conseil.

Le second consiste à évaluer si les horaires de gardes influencent la prise en charge en évaluant le taux de patients inclus dans la filière de reconsultation et le taux d'imagerie réalisées en fonction de la période de consultation aux urgences.

Le dernier objectif secondaire tend à déterminer si la réalisation d'une ECMU par l'urgentiste permet de diminuer le nombre d'imageries spécialisées réalisées.

D. Recueil des données

1. Méthodologie

Les dossiers ont été sélectionnés a posteriori de la prise en charge grâce au logiciel informatique Easily® donnant accès au compte rendu de passage aux urgences et aux courriers de consultations spécialisées en chirurgie et gastro-

entérologie. L'ensemble des dossiers de patients ayant consulté pour le motif « douleur abdominale » ont été analysés afin de ne retenir que les dossiers des patients admis pour un tableau de douleur compatible avec une étiologie biliaire. Ont ensuite été exclus les patients chez qui le diagnostic d'angiocholite avait été posé ainsi que les patients ayant été hospitalisés au décours de leur passage au SAU.

Toutes les données ont été anonymisées et les éléments probants de ces dossiers ont été recueillis et reportés dans une base de données Excel® pour ensuite être analysés.

Le recueil de données a été réalisé uniquement par la personne réalisant l'étude.

2. Données recueillies

a) Caractéristiques du patient

Les données démographiques et administratives recueillies concernant chaque patient étaient l'âge et le sexe.

Ont été relevés les antécédents considérés comme facteur favorisant de pathologies biliaires comme une dyslipidémie, un surpoids, un antécédent de pathologie biliaire ou de consommation chronique d'alcool ou de cholécystectomie.

Un antécédent de trouble cognitif pouvant gêner le retour à domicile ou l'entrée du patient dans une filière de reconsultation était aussi relevé.

5

b) Données cliniques

Les données cliniques recueillies étaient la présence d'une douleur abdominale évocatrice d'une pathologie biliaire, d'une hyperthermie, l'état hémodynamique du patient à l'arrivée au SAU à travers le recueil de sa pression artérielle systolique, l'EVA à l'entrée.

6

c) Données paracliniques

Les données paracliniques recueillies étaient la présence d'un syndrome inflammatoire biologique à travers une élévation de la CRP, la présence d'une augmentation de la bilirubine, la présence d'une cytolyse hépatique > 2N, la présence d'une augmentation de la lipase.

Il était important de relever si le patient avait bénéficié d'une imagerie, et le cas échéant s'il avait bénéficié d'une échographie spécialisée, d'une ECMU ou d'une TDM.

d) Données concernant la prise en charge

Concernant la prise en charge, les informations importantes concernaient la présence ou non d'un avis spécialisé de gastro-entérologie ou de chirurgie ainsi que la notion de prise en charge par un médecin sénior ou un interne séniorisé. Etait également pris en compte le délai de prise en charge ainsi que la notion de consultation pendant la journée (9h-18h) ou pendant la garde (18h-9h).

e) Données concernant le retour à domicile :

Etait relevée la notification ou non dans le dossier du patient d'une consultation de suivi programmée dans le cadre du protocole ainsi que la remise ou non de la fiche conseil type au patient.

f) Données concernant le suivi :

Il s'agissait de savoir si le patient s'était rendu ou non à sa consultation, et de connaître le nombre de patients hospitalisés secondairement après une reconsultation au SAU avant d'avoir bénéficié d'une quelconque consultation.

E. Statistiques

Les données descriptives sont présentées avec leurs effectifs et taux pour les variables qualitatives et avec la moyenne et déviation standard pour les variables quantitatives.

Nous avons utilisé le Logiciel R 3.6.3 pour les calculs statistiques. Nous avons utilisé le test de Student pour les variables quantitatives, le test du Chi2 pour les variables qualitatives et le test de Fisher quand les conditions de réalisation du test de chi2 n'étaient pas remplies.

Nous avons choisi un risque Alpha de 0,05 pour seuil de significativité.

F. Ethique

Notre étude n'impliquant pas la personne humaine par son caractère rétrospectif, elle ne relève pas de la loi Jardé et n'est pas soumise à l'avis d'un Comité de Protection des Personnes. Notre étude a été déclarée comme répondant aux critères de la MR-004 éditée par la CNIL et à laquelle le CH de Roubaix s'est déclaré conforme en date du 26 avril 2019 (N° de déclaration 2213245). Notre étude a été transmise au Délégué à la Protection des Données du CH de Roubaix pour ajout au registre des traitements de l'établissement et enregistrée auprès de l'INDS.

L'étude étant monocentrique, l'information des patients concernant l'utilisation des données à visée de recherche a été réalisée par tous les moyens possibles et conformément au RGPD (affichage aux admissions, notes dans le livret d'accueil de l'hôpital et informations sur le site internet de l'hôpital).

III. RESULTATS

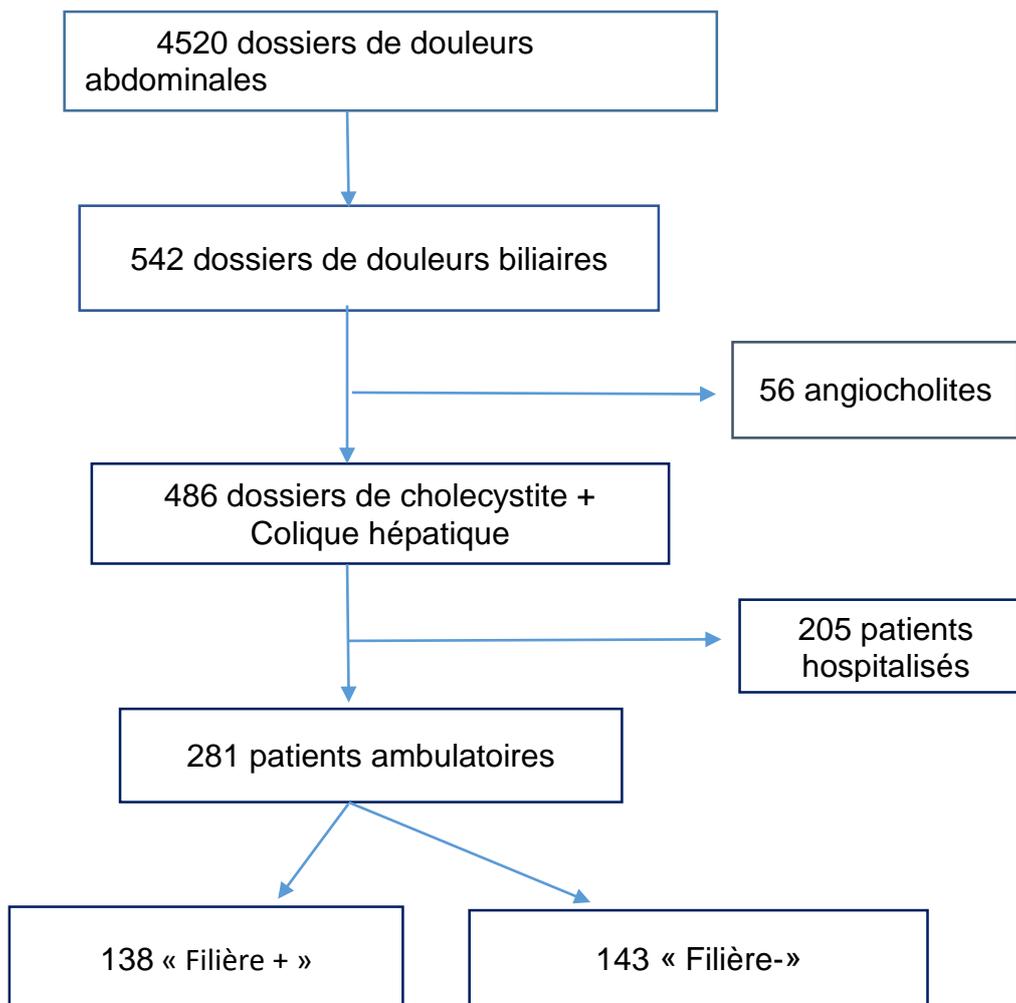
A. Description de la Population étudiée

1. Diagramme de Flux

Entre le 1^{er} mai 2017 et le 1^{er} Novembre 2018, 4520 patients de 18 ans et plus ont consulté pour « douleur abdominale » au SAU du centre Hospitalier de Roubaix.

Sur ces 4520 dossiers et après exclusion des diagnostics de douleur abdominale ne pouvant correspondre à une étiologie biliaire et des diagnostics d'angiocholite, 486 dossiers ont été retenus.

Sur ces 486 dossiers, 281 patients ont pu rentrer au domicile après leur passage au SAU. Sur ces 281 patients, 138 ont été inclus dans la filière ambulatoire du protocole « douleur biliaire ».



2. Caractéristiques générales de la population étudiée.

Tableau 1. Caractéristiques générales de la population étudiée

Variables	n	Total (n=281)		Filière + (n=138)		Filière - (n=143)		p
sexe	281	99	35,20%	49	35,51%	50	34,97%	0,924
age		42,6 ± 16		43,5 ± 16,5		41,7 ± 15,5		0,335
atcd de cholecystectomie	281	14	4,98%	6	4,35%	8	5,59%	0,631
atcd d'une autre chirurgie abdominale	280	54	19,29%	33	23,91%	21	14,79%	0,053
cancer des voies biliaires	280	1	0,40%	1	0,72%	0	0%	0,493
exogenose chronique	280	10	3,57%	3	2,17%	7	4,93%	0,335
dyslipidémie	279	27	9,68%	16	11,59%	11	7,80%	0,284
surpoids	56	41	73,21%	28	82,35%	13	59,09%	0,054
atcd colique hépatique	279	60	21,51%	39	28,47%	21	14,79%	<0,05
atcd de cholecystite	279	5	1,79%	3	2,19%	2	1,41%	0,68
atcd d'une autre pathologie digestive	280	36	12,86%	15	10,87%	21	14,79%	0,327
trouble cognitif	281	7	2,49%	2	1,45%	5	3,50%	0,448

La moyenne d'âge des 281 patients inclus était de 42,6 ans.

35, 20% de cette population étaient des hommes, 64,80% étaient des femmes.

La seule différence significative relevée entre les deux groupes (« Filière + » et « Filière – ») portait sur l'antécédent de colique hépatique.

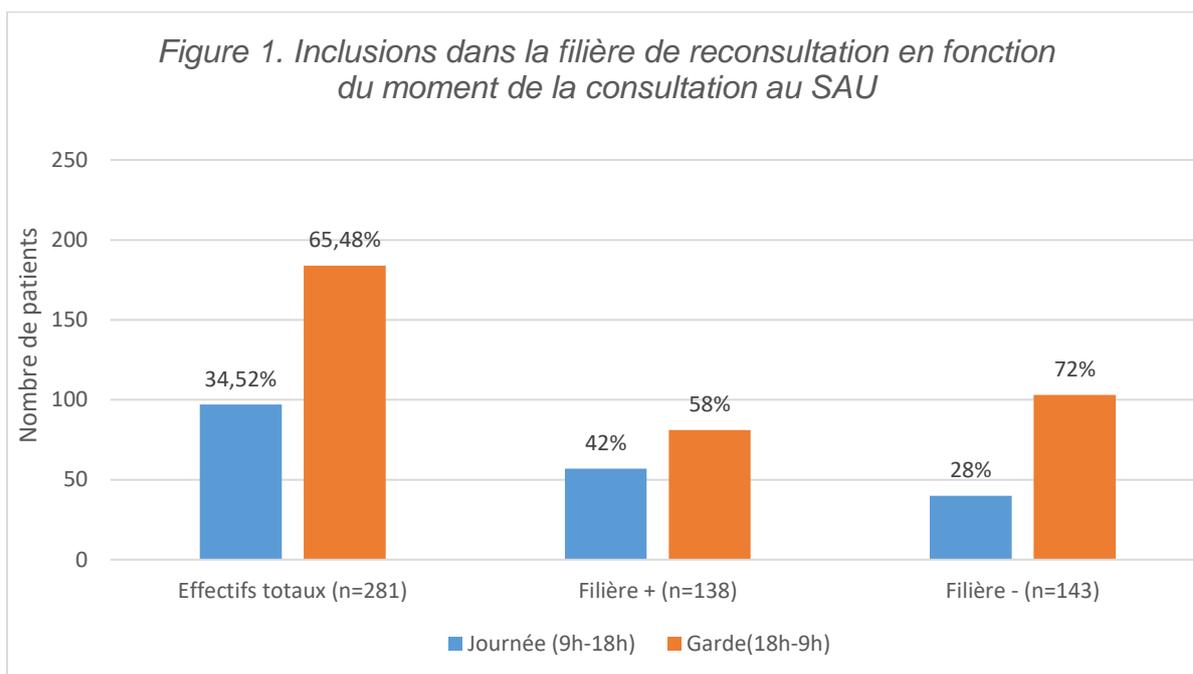
La notion de surpoids ou d'obésité était considérée comme manquante si l'antécédent n'était pas noté dans le dossier ou si nous n'avions pas accès à l'IMC du patient.

B. Caractéristiques de prise en charge initiale

1. Période d'admission

On note une différence significative entre les 2 groupes ($p < 0,05$).

En effet, 72% des effectifs du groupe « Filière – » a consulté au SAU pendant la garde contre 58% du groupe « Filière + ».



2. Durée de la prise en charge

La durée moyenne de prise en charge des patients aux urgences était de 336minutes (\pm 236).

La durée moyenne de prise en charge des patients inclus dans la filière était de 364minutes (\pm 263) et celle des patients non inclus de 308minutes (\pm 204).

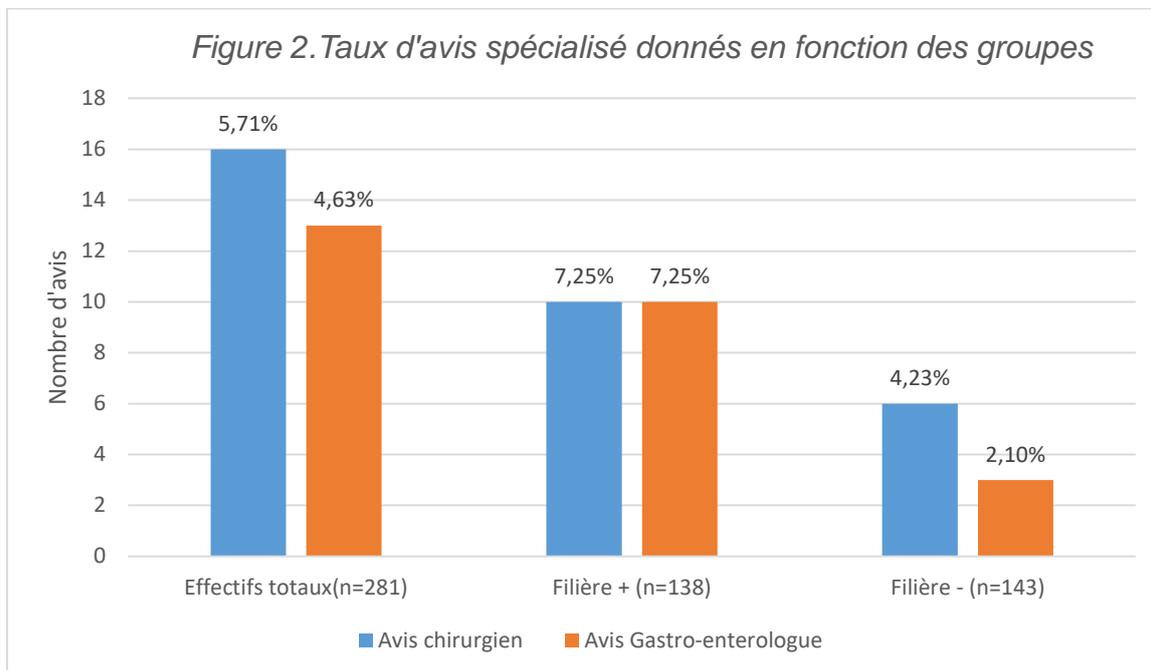
On note une différence significative entre les 2 groupes ($p < 0,05$).

3. Médecin effectuant la prise en charge

148 soit 53,67% des 281 patients ont été pris en charge par un médecin senior directement contre 46,33% par un interne seniorisé.

75 soit 54,35 % des 143 patients « filière + » ont été pris en charge par un médecin senior contre 73 soit 51,08% des patients « filière – ».

4. Avis spécialisé



Il existe une différence significative ($p < 0,05$) entre le nombre d'avis chirurgicaux donnés dans les deux groupes.

5. Données cliniques et paracliniques recueillies

a. Constantes

Un seul patient présentait à son arrivée aux urgences une Pression artérielle systolique < 90 mmgh.

Aucun patient ne présentait d'hyperthermie, tous avaient une température $< 38^{\circ}\text{C}$.

b. EVA

L'EVA moyenne à l'entrée était de $6,3/10 (\pm 3)$.

Il n'existe pas de différence significative sur ce paramètre entre les 2 groupes.

c. Bilan biologique

Tableau 2. Bilan biologique

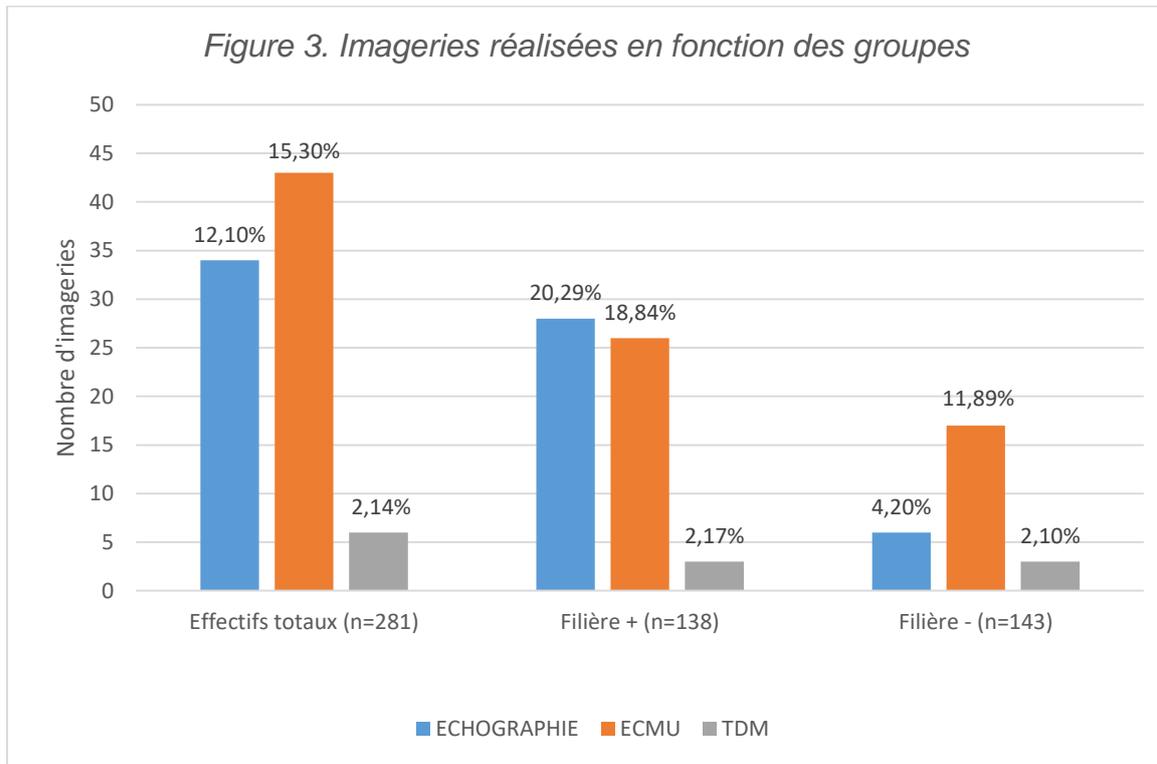
Variables	n	Total (n=281)		Filière + (n=138)		Filière - (n=143)		p
crp		6,4 ± 18,9		5,9 ± 10,8		7 ± 24,3		0,644
bili		5,5 ± 4		5,8 ± 4		5,3 ± 3,9		0,286
lipase		167 ± 107		169 ± 92		165 ± 121		0,719
cytolysse > 2N	267	33	12,36%	18	13,53%	15	11,19%	0,561

Aucune différence significative n'a été relevée entre les 2 groupes concernant les valeurs de ses paramètres.

La notion de cytolysse hépatique est manquante dans 14 dossiers sur 281.

C. Imagerie

1. Etat des lieux des imageries réalisées



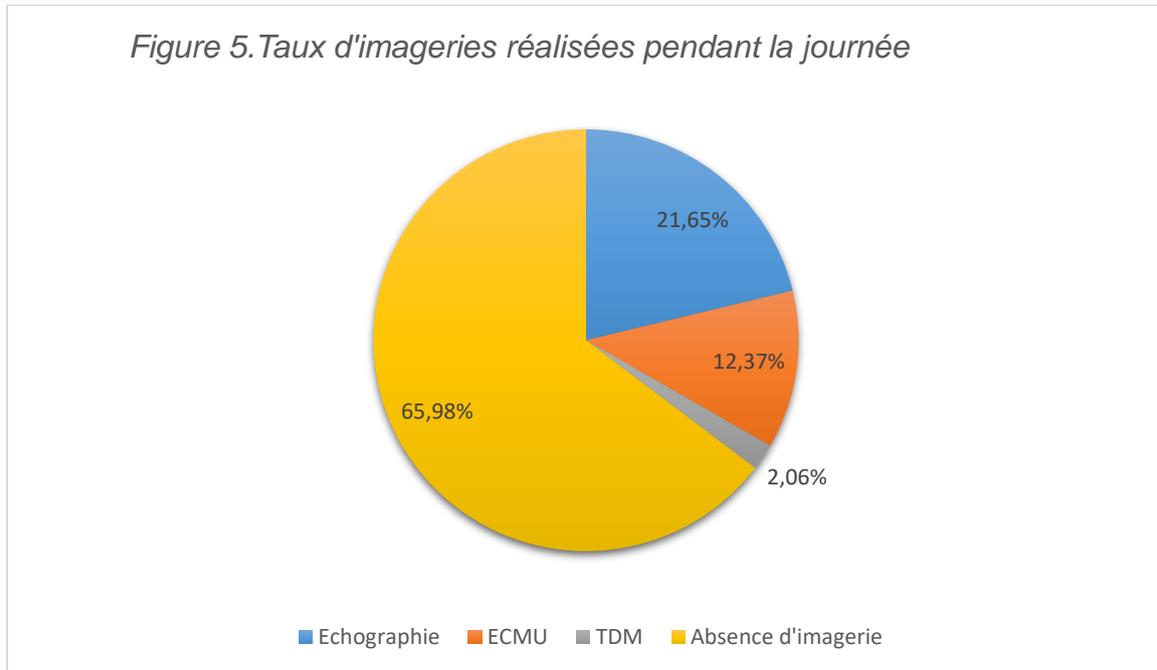
Il existe une différence significative entre les taux d'échographies spécialisées réalisées dans les 2 groupes ($p < 0,05$).

2. Influence de la période de garde

a. Pendant la journée (9h-18h)

97 patients sur 281 ont consulté de 9h à 18h.

Parmi ces 97 patients, 33 ont bénéficié d'une imagerie soit 34,02 % des effectifs.



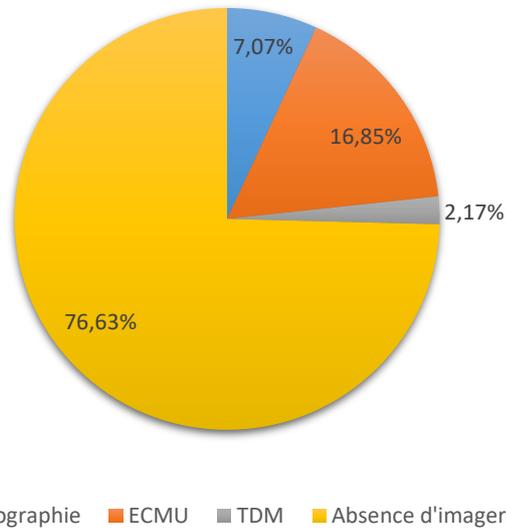
2 patients ont bénéficié à la fois d'une échographie spécialisée et d'une ECMU.

b. Pendant la garde (18h-9h)

184 patients sur 281 ont consulté de 18h à 9h.

Parmi ces 184 patients, 43 ont bénéficié d'une imagerie soit 23,37 % des effectifs.

Figure 4. Taux d'imageries réalisées pendant la garde



5 patients ont bénéficié à la fois d'une échographie spécialisée et d'une ECMU. Il existe une différence significative ($p < 0,05$) entre le taux d'échographies spécialisées réalisées la journée et pendant la garde.

3. Place de l'ECMU dans la prise en charge

Tableau 3. Taux d'imageries réalisées en fonction de la réalisation d'une ECMU.

	ECMU + n=43		ECMU- n=238		
Echo	6	14,0%	28	11,8%	$p < 0,04$
TDM	0	0,0%	6	2,5%	0,293
Imagerie	43	100,0%	33	13,9%	$p < 0,05$

« ECMU + » : Patients qui ont eu une échographie par l'urgentiste

« ECMU- » : Patients qui n'ont pas eu d'échographie par l'urgentiste

Echo : Echographie spécialisée

Imagerie : total des effectifs ayant eu ECMU, TDM ou Echographie spécialisée.

43 patients sur 281 soit 15,30% des effectifs ont bénéficié d'une ECMU.

Parmi eux, 37 patients ont bénéficié d'une ECMU seule.

1 patient du groupe « ECMU- » a bénéficié à la fois d'une échographie et d'un TDM.

Il y a significativement moins d'échographies spécialisées réalisées chez les patients n'ayant pas eu d'échographie par l'urgentiste.

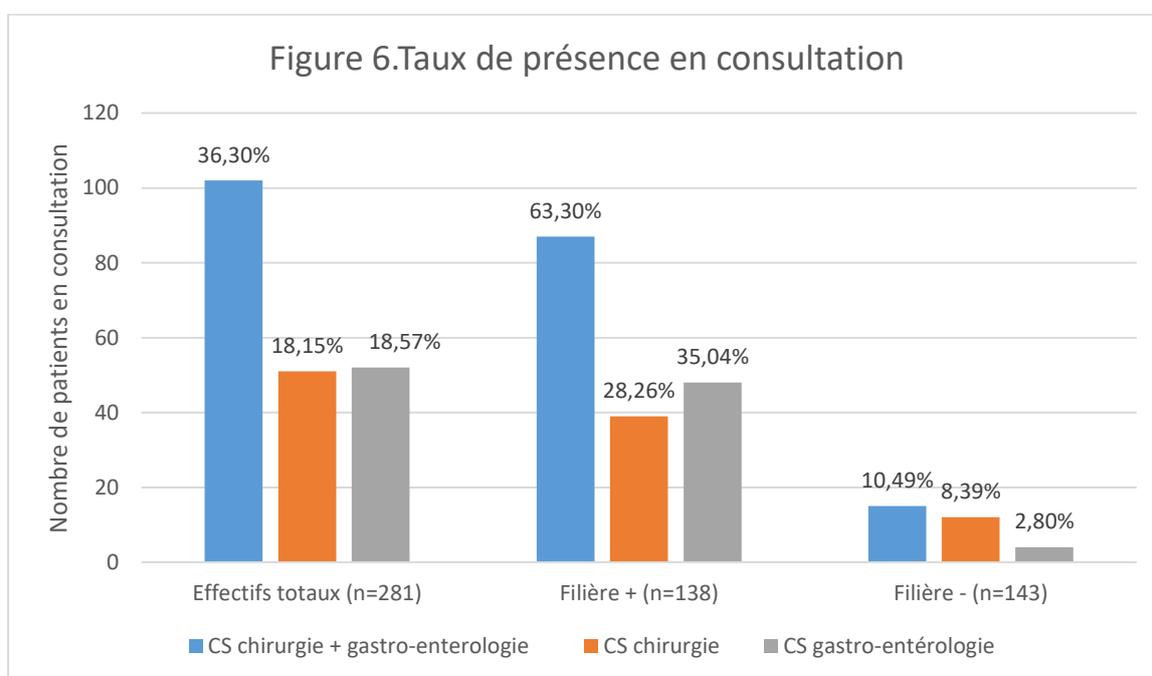
Aucun patient du groupe « ECMU+ » n'a bénéficié d'un TDM.

Dans le groupe « ECMU- », il y a significativement moins d'imageries réalisées.

D. Devenir du patient

1. Consultation

a. Taux de présence en consultation



Un des patients du groupe « Filière – » a bénéficié à la fois d'une consultation avec un chirurgien et d'une consultation avec un gastro-entérologue.

On note une différence significative ($p < 0,05$) pour le taux de présence en consultation de chirurgie et de gastro-entérologie dans les deux groupes.

b. Influence de la fiche conseil

Parmi les 138 patients du groupe « Filière + », 42 soit 30,4% des effectifs ont bénéficié de la remise de la fiche conseil.

Parmi ces 138 patients, 87 soit 63,04% des effectifs ont bénéficié d'une consultation.

Variables	n	Total (n=138)		Fiche + (n=42)		Fiche - (n=96)		p
Cs (G +ch)	138	87	63,30%	24	58,13%	63	65,62%	0,342
Chirurgie	138	39	28,26%	7	16,67%	32	33,33%	<0,05
Gastro	138	48	35,04%	17	41,46%	31	32,29%	0,303

« Cs (G+ch) » = nombre total de consultation (gastro-enterologie+chirurgie)

« Gastro » = consultation de gastro-enterologie

« Fiche + » = patients ayant bénéficié de la fiche conseil

« Fiche - » = patients n'ayant pas bénéficié de la fiche conseil

Il existe un taux de présence significativement plus élevé ($p < 0,05$) en consultation de chirurgie chez les patient n'ayant pas bénéficié de la remise d'une fiche conseil.

2. Bien fondé de l'orientation initiale

Sur les 281 patients, 20 patients soit 7,14% des effectifs ont été réhospitalisés après avoir consulté une seconde fois au SAU avant d'avoir eu une consultation spécialisée.

Parmi ces patients, 13 avaient été inclus dans la filière de reconsultation et 7 ne l'avaient pas été.

IV. Discussion

A. Données épidémiologiques et comparabilité des résultats

En 2011, une étude publiée dans « l'American Journal of Emergency Medicine » (1) relate les différentes étiologies de douleurs abdominales non traumatiques retrouvées aux urgences et leur évolution dans le temps entre 1992 et 2007. Celle ci montre que si la performance diagnostique s'améliore, les données épidémiologiques concernant les patients changent peu.

Dans cette étude l'âge moyen de la population en 2007 est de 38 ans pour un âge moyen dans notre étude à 42,6ans, ce qui paraît comparable.

Dans le Référentiel des Collèges de gastro-entérologie et de chirurgie digestive (3), il est précisé que la prévalence de la lithiase biliaire est plus importante chez les femmes, ce qui se retrouve dans notre étude avec 35,20% dossiers de patients contre 64,80% dossiers de patientes.

Le surpoids qui apparaît comme une comorbidité importante parmi la population de notre étude, car présent chez 73,21% des patients dont nous possédons les données anthropométriques, est également décrit dans ce référentiel comme un facteur de risque important.

La dyslipidémie est également décrite comme un facteur de risque majeur.

Le fait qu'il n'y ait que 9,68% des patients souffrant de dyslipidémie paraît surprenant et est certainement dû au fait que certaines données sont manquantes dans le CRH des urgences.

Les deux sous-groupes « filière + » et « filière- » offrent des populations comparables (tableau 1).

La seule différence significative concerne l'antécédent de colique hépatique, présent à 28,47% dans le groupe « filière + » contre 14,79% dans le groupe « filière - ».

On peut émettre l'hypothèse que le fait d'avoir déjà fait une colique hépatique oriente l'urgentiste dans son hypothèse de départ et que le fait de consulter plusieurs fois aux urgences pour la même raison facilite la démarche du médecin d'inclure ce patient afin qu'il bénéficie d'un suivi et ne répète pas ses consultations aux urgences.

Les autres antécédents relevés étaient finalement peu représentés parmi les 2 groupes et n'offraient pas de différence significative.

B. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude.

Une des forces principales de cette étude est la période s'étendant sur un an et demi, permettant de ne pas retrouver d'éventuel biais de sélection saisonnier et de ne pas avoir de biais de sélection en fonction de la promotion d'internes prenant en charge les patients.

La lecture de tous les dossiers des patients ayant consulté au SAU du CH de Roubaix entre le 1^{er} mai 2017 et le 1^{er} novembre 2018 pour un tableau de douleur abdominale, a permis d'inclure dans notre étude tous les patients présentant un tableau clinico-biologique compatible avec une colique hépatique ou une cholécystite, et ainsi de minimiser le biais de sélection.

Elle permet également d'obtenir un nombre de dossier inclut conséquent, permettant d'obtenir un échantillon représentatif de la population roubaisienne présentant des douleurs abdominales d'origine biliaire.

2. Limites de l'étude.

Une des premières limites de cette étude réside dans le fait qu'étant monocentrique, même si l'on a analysé un grand nombre de dossiers, la généralisation des résultats à la population générale n'est pas permise, les caractéristiques de la population roubaisienne pouvant différer des caractéristiques d'un autre bassin de population.

Le second biais à relever provient du caractère rétrospectif de l'étude, qui crée un biais d'information. Les données relevées sont en effet celles présentes à posteriori dans le dossier informatisé du logiciel Easily® et ne peuvent se prétendre exhaustives. Certaines données non renseignées n'ont pu être analysées et ont été considérées manquantes.

Il existe également un biais de mesure. Le recueil de données a été réalisé par un seul protagoniste, à partir du dossier des urgences, mais aussi des courriers de consultation, ce qui peut accroître le risque d'erreur.

Enfin, les CRH étant parfois incomplets, et n'ayant pas accès à la liste des mails reçus par les secrétaires envoyés par les urgentistes, il est possible que certains patients dont l'inclusion dans le protocole n'était pas renseignée dans l'observation médicale se soient retrouvés à tort considérés comme non inclus.

C. Efficacité de la filière ambulatoire du protocole.

1. Fonctionnement du Protocole

Le protocole tel qu'il a été écrit en 2017 classe les patients en 2 groupes au sein de la prise en charge ambulatoire (Annexe 2).

Si l'anamnèse du patient est évocatrice de pathologie biliaire mais que celui-ci n'est plus douloureux, il est censé être renvoyé vers son médecin traitant avec des consignes de reconsultation et les coordonnées des gastro-entérologues pour prendre rendez-vous.

En réalité, tous les patients de notre étude ont eu un bilan biologique.

Si le patient arrive douloureux au SAU mais qu'il est complètement soulagé par les antalgiques et que son bilan biologique est normal, il est alors censé être inclus directement dans la filière de reconsultation.

Concernant le système de reconvoction, le protocole prévoyait que les patients ayant consulté les lundi, mardi, vendredi, samedi et dimanche soient orientés vers les gastro-entérologues, et ceux ayant consulté le mercredi et le jeudi vers les chirurgiens digestifs. En journée, le rendez-vous était pris par les secrétaires des urgences, alors que pendant la garde, l'urgentiste devait envoyer un mail à une adresse dédiée en précisant les coordonnées du patient ainsi que son anamnèse et le tableau clinique présenté. On peut imaginer que la complexité du système de prise de rendez-vous a été un frein dans l'application correcte du protocole.

Le protocole était disponible uniquement en version papier dans un classeur au sein du service.

2. Intérêt du protocole

En 2016, un travail de thèse effectué au centre Hospitalier de Roubaix sur la prise en charge des pyélonéphrites (12) rappelle l'intérêt pour les praticiens d'avoir un protocole de service et que l'adhésion à un protocole demande du temps et une répétition régulière des consignes afin qu'il soit appliqué correctement.

Concernant la durée de prise en charge, il apparaît dans notre étude que les patients « Filière + » attendent en moyenne 56 minutes de plus aux urgences, ce qui crée une différence significative ($p < 0,05$)

Ce temps supplémentaire peut en partie s'expliquer en journée par le fait de devoir joindre les secrétaires, surtout si le patient consulte entre 12h et 14h.

Le temps moyen de durée de passage aux urgences de tous nos patients est de 5,6h.

Dans l'étude publiée par la DREES en 2013, les patients consultant pour des « symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen » restaient entre 2h et 4h pour 36% d'entre eux et entre 4h et 6h pour 19,7% d'entre eux (13).

Il est difficile d'extrapoler avec notre étude car l'étude de la DREES ne séparait pas les différents motifs de douleur abdominale et notre étude reste limitée à la population roubaisienne.

Mais il existe très certainement une marge de progression concernant la durée de prise en charge. En ce sens, il serait intéressant d'analyser dans une prochaine étude le temps moyen écoulé avant premier contact médical qui peut grandement influencer la durée de séjour.

Seulement 5,71% des patients « filière + » et 4,63% des patients « filière – » ont bénéficié d'un avis spécialisé lors de leur passage au SAU.

Les patients « Filière + » sont plus nombreux à avoir bénéficié d'un avis chirurgical. Nous n'avons pas d'explication précise à ce phénomène.

Le plus probable est que ces patients bénéficient d'une bonne orientation vers une prise en charge chirurgicale par l'urgentiste et que ces patients soient ceux ayant une indication de cholécystectomie à distance.

Néanmoins, le taux d'avis spécialisé reste faible, ce qui est justifié au vu de l'absence de gravité de la pathologie et du tableau clinique facilement évocateur. Plusieurs études démontrent que l'absence de suivi conduit à des complications car peut retarder la cholécystectomie quand celle-ci est indiquée et amener à un nombre conséquent de réadmissions aux urgences (14,15,16).

3. Efficacité du protocole

50,9% des effectifs appartiennent au groupe « Filière-» et n'ont donc pas de reconvoction notifiée dans leur CRH.

On peut émettre l'hypothèse qu'une partie des 10,49% des patients « filière – » qui ont eu une consultation spécialisée l'ont eu grâce à l'urgentiste qui a pris le rendez-vous mais ne l'a pas notifié dans le dossier et l'autre partie a fait elle-même la démarche via son médecin traitant.

Il existe plusieurs hypothèses au faible taux de consultation.

Il est possible que le patient n'ait pas été inclus car parfaitement asymptomatique à son arrivée au SAU, qu'il ait alors simplement reçu les coordonnées des gastro-entérologues et n'ait pas fait la démarche de prendre rendez-vous.

De plus, chaque dossier des urgences étant séniorisé, on peut émettre le postulat que si l'interne en charge du dossier n'applique pas correctement l'algorithme de prise en charge c'est que le sénior de garde ne l'a possiblement pas correctement informé de son existence.

Une étude réalisée en 2014 au CH de Roubaix sur l'application du protocole de prise en charge de l'entorse de cheville évoquait cette notion de différence possible de prise en charge entre interne et senior (17).

Les hypothèses avancées pour l'expliquer étaient un manque de temps non clinique consacré à la formation et l'information concernant ce protocole, un manque d'intérêt et d'investissement face à une pathologie non vitale mais chronophage en terme de prise en charge sur le plan administratif.

Une autre des raisons pouvant être évoquée est le taux d'absentéisme en consultation malgré la prise de rendez-vous. En effet, dans les patients « filière + », chez qui il est certain que le rendez-vous a été pris, 63,30% ont bénéficié d'une consultation, ce qui constitue 36,70% d'absentéisme. Il peut s'expliquer d'une part par une mauvaise compliance de la part d'une population parfois défavorisée et avec un niveau socio-économique peu élevé, d'autre part par un manque de clarté dans nos explications et nos consignes.

D. Influence de la fiche conseil

L'éducation thérapeutique est actuellement un facteur essentiel de bonne prise en charge des patients (18).

En 2000, l'ANAES (19) confirme la nécessité d'une information écrite de qualité en complément d'une information orale et décrit comme « souhaitable » de rédiger des fiches d'information.

Il existe des recommandations comme celles dispensées par l'HAS afin d'écrire des fiches de qualité, mettant en avant un besoin de précision et de clarté concernant l'information délivrée (20).

Néanmoins, un article publié dans la Revue du Praticien de Médecine Générale révèle que ces fiches sont sous utilisées bien qu'elles améliorent la qualité des soins et soient accessibles à l'ensemble des praticiens (21).

Notre étude révèle que la « fiche conseil », qui consiste à rappeler les consignes devant amener à reconsulter aux urgences ainsi qu'à rappeler au patient qu'il va être reconvoqué en consultation, n'est remise que dans 30,4% des cas.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes pour ce qui est du taux global de présence en consultation, néanmoins on note une différence ($p < 0,05$) concernant la consultation de chirurgie.

En effet, 33,33% des patients du groupe « fiche – » ont vu un chirurgien au décours de leur passage au SAU contre 16,67% des patients du groupe « fiche + ».

Ce résultat peut en partie s'expliquer par la complexité du système de reconvoication. Les praticiens délivrant la fiche conseil sont probablement ceux respectant le mieux le protocole, et doivent plus souvent reconvoquer leurs patients en gastro-entérologie (lundi, mardi, vendredi, samedi, dimanche) qu'en chirurgie (mercredi et jeudi).

De plus, comme décrit dans les études susnommées, il convient de se poser la question de la qualité de l'information écrite que nous transmettons.

En effet, la fiche telle qu'elle est réalisée offre des consignes de reconsultation succinctes : « douleurs importantes et/ou fièvre et/ou ictère » (annexe 3) qui peuvent sembler évidentes pour un professionnel de santé mais qui en réalité peuvent s'avérer subjectives pour les patients. Certains peuvent ignorer ce qu'est un ictère ou à partir de quelle température corporelle est ce que l'on parle de « fièvre ».

Se pose également le problème de la compréhension écrite. Les chiffres de l'INSEE révèlent qu'en 2011, 16% de la population âgée de 18 à 65 ans présente des difficultés dans le domaine de la compréhension écrite (22).

Concernant plus précisément la commune de Roubaix, les chiffres de 2016 indiquent que 45,3% de la population « non scolarisée de 15 ans ou plus » n'a aucun diplôme, et que seuls 14,8% sont titulaires du baccalauréat (23).

S'ajoute en plus à cette difficulté la barrière de la langue dans un bassin de population multiculturelle.

Il nous est donc impossible de conclure avec cette étude que la délivrance de la fiche conseil améliore le taux de présence en consultation.

En revanche, une différence significative a été mise en évidence concernant le taux de présence en consultation entre les groupes « filière + » et « filière – ». Plus que la qualité de l'information délivrée, le fait que le praticien prenne lui-même rendez-vous pour le patient semble être le facteur qui influence positivement ce taux.

E. Influence des horaires de garde

Un travail de thèse soutenu à Bordeaux en 2017 (24) démontre sans surprise qu'il existe une variation de la vigilance, des capacités émotionnelles et des capacités de réflexion entre le début et la fin d'un poste de travail et ce quelle qu'en soit la durée.

De plus, une étude publiée dans les Annales de Médecine d'Urgence Américaines en 2001 (25) explique que la capacité de vigilance est significativement plus faible en fin d'après-midi et aux alentours de 5h du matin.

Pourtant, le travail de nuit fait partie intégrante de notre spécialité, ce n'est pas cela qui est remis en question dans les différentes études traitant du problème, mais plutôt la fiabilité diagnostique et la crainte d'une multiplication des erreurs de prise en charge en conservant le système de gardes de 24H avec les conditions dégradées qui sont les nôtres actuellement, avec un flux de patients toujours plus important.

L'état de santé des praticiens est également source d'inquiétude pour les rédacteurs de ces études.

On relève dans cette étude qu'il existe une différence significative ($p < 0,05$) entre les patients inclus dans la filière de reconsultation la journée et la nuit.

En effet 72% des effectifs de la « filière – » ont consulté pendant la garde contre 58% des effectifs de la « filière + ».

L'une des explications plausibles est que la nuit, les internes de gardes ne sont pas forcément les internes des urgences et ne connaissent pas forcément les protocoles.

On peut aussi estimer au vu des études sur le sujet que les praticiens de garde sont peut-être moins enclins la nuit, au vu de la fatigue, de la diminution des capacités cognitives et des effectifs réduits, à prendre le temps d'envoyer un mail pour la reconvocation, ou à prendre plus de temps pour finaliser la prise en charge et le dossier de patients qui ne relèvent pas de l'urgence vitale.

Dans notre étude, il apparaît également (sans différence significative), que l'on effectue globalement plus d'imageries en journée que la nuit, ce qui correspond avec la moindre disponibilité des radiologues, puisque moins nombreux et d'astreintes à l'hôpital de Roubaix, pendant la période de garde.

Le fait qu'il y ait significativement plus d'échographies spécialisées réalisées la journée : 21,67% versus 7,07% la nuit va d'ailleurs dans ce sens.

La difficulté d'accès à l'échographie spécialisée la nuit permet d'expliquer le plus grand nombre d'ECMU réalisées à visée diagnostique.

F. Echographie appliquée à l'urgence

L'échographie abdominale est l'examen de référence de la pathologie biliaire (26).

En 2000, la Société Française de Médecine d'Urgence décrivait l'absence de disponibilité du radiologue comme seule indication de la réalisation de l'échographie par l'urgentiste (7).

Elle partait en effet du postulat que la pratique insuffisante de cette technique au sein des services d'urgence ne permettait pas une formation et une expérience suffisante pour devenir compétant dans ce domaine.

Il y a eu depuis une réelle évolution dans ce domaine puisqu'en 2016, c'est également elle qui publie les recommandations concernant le premier niveau de compétence pour l'échographie en médecine d'urgence (8).

L'échographie biliaire vient trouver sa place en 2018, lors de la publication des recommandations concernant le 2^{ème} niveau de compétence de l'échographie en médecine d'urgence (9).

Il est recommandé que l'urgentiste soit capable de diagnostiquer une lithiase biliaire, car cela permet de réduire à la fois le délai de prise en charge et les coûts.

Il est recommandé également qu'il soit capable de diagnostiquer une cholécystite aiguë lithiasique même si dans ce cas précis il est également rapporté que le taux de faux positif est élevé et que l'association aux critères cliniques est indispensable.

En ce sens, il nous semblait intéressant de rechercher si la réalisation d'ECMU avait une influence sur le nombre d'imageries spécialisées demandées.

Contrairement à ce que nous attendions, il y a significativement moins d'imageries réalisées, échographie et TDM cumulés, chez les patients n'ayant pas eu d'ECMU.

Il est probable que ces patients n'avaient tout simplement pas d'indication à bénéficier d'une imagerie.

De plus, il existe significativement plus d'échographies spécialisées dans le groupe de patients ayant bénéficié d'une ECMU, certainement parce l'urgentiste a voulu confirmer son diagnostic.

Cela peut signifier que l'ECMU ne peut actuellement pas remplacer l'échographie spécialisée dans la pathologie biliaire.

Il faut tenir compte des limites de cette analyse. D'une part, tous les praticiens du service ne possèdent pas, à l'heure actuelle, la formation nécessaire à la réalisation de cet examen. D'autre part, du fait du flux important de patients, et de la disponibilité d'un seul appareil d'échographie dans le service, il peut être difficile de prendre le temps de réaliser cet examen de manière systématique au lit du patient.

De plus, il ne s'agit dans cette étude que de l'analyse d'un objectif secondaire. Il conviendrait de mener une étude à part entière sur la pertinence de l'ECMU dans la prise en charge de la pathologie biliaire aux urgences pour obtenir des résultats concrets et discutables plus longuement.

Actuellement, les internes en DES de médecine d'urgence bénéficient d'une formation au niveau ECMU 1 et 2, en parallèle avec les internes du DESC d'urgence.

On peut donc émettre le postulat que l'ECMU faisant désormais partie de la formation de base de tout urgentiste en devenir, cette pratique va dans le futur se démocratiser encore plus qu'elle ne l'est déjà au sein du service des urgences de Roubaix et de tout service d'urgence, et que les bénéfices seront plus facilement évaluables.

G. Axes d'améliorations

Devant les difficultés mises en lumière au sein de cette étude et déjà relevées plus précocement par les gastro-entérologues du centre hospitalier de Roubaix, certains axes d'amélioration ont été mis en place dès le mois de janvier 2020.

Dans la nouvelle version du protocole mise en place depuis le mois de janvier, tous les rendez-vous sont désormais assurés par les gastro-entérologues qui redirigent secondairement vers le chirurgien digestif s'ils jugent possible que le patient doive bénéficier d'une cholécystectomie. En journée, le rendez-vous est toujours pris par le secrétariat des urgences.

Pendant la garde, le patient sortant se voit remettre un carton avec les coordonnées du service concerné, et devient acteur de sa santé en devant lui-même faire la démarche de prendre rendez-vous le lendemain.

La feuille de consignes de reconsultation a été également mise à jour, étant désormais plus explicite sur les symptômes devant amener à revenir aux urgences et sur la conduite à tenir pour la suite de la prise en charge.

L'ordonnance pour le bilan biologique pré consultation abdominale à réaliser est intégrée avec cette feuille de reconsultation directement dans les papiers de sorties type du logiciel, afin de faciliter leur distribution le cas échéant.

L'échographie est réalisée par le gastro-entérologue pendant le rendez-vous.

La présence d'une fiche bilingue serait peut-être une hypothèse à explorer, même si sa réalisation pertinente semble difficile au vu du multiculturalisme de la population Roubaisienne.

Une autre possibilité pour renforcer l'information au patient serait de mettre en place un QR code® menant à une vidéo brève reprenant les explications.

Il conviendrait peut-être de prendre plus de temps pour former les internes en début de semestre aux protocoles de service en leur expliquant l'intérêt, ainsi que de prendre le temps d'en informer les internes amenés à prendre des gardes aux urgences.

Il conviendrait d'analyser à distance si ces améliorations ont permis d'obtenir une meilleure observance de la part des praticiens et des patients et donc un meilleur taux de présence en consultation.

CONCLUSION

La pathologie biliaire, et plus particulièrement la colique hépatique, est une pathologie fréquente et pouvant être source de complications.

Actuellement, les services d'urgence font face à un flux toujours plus important de patients, les obligeant à s'adapter sans cesse en coopération avec les différentes autres spécialités présentes dans les centres hospitaliers, et la mise en place de filières ambulatoires est une des clés de cette adaptation.

Notre étude a démontré un taux plus important de présence en consultation quand le praticien faisait lui-même la démarche de prendre rendez-vous pour le patient. Un des axes d'améliorations évoqués est pourtant de rendre le patient responsable de la mise en place de son suivi pendant la garde, en amoindrissant de ce fait la charge de travail de l'urgentiste. Il serait intéressant d'étudier à distance si le fait de placer le patient au cœur de sa prise en charge permet de le rendre plus investi dans son suivi.

Le protocole actuel est imparfait, car le taux de présence en consultation reste faible. Nous pouvons espérer que la simplification du système de reconvoication pousse les praticiens à plus y adhérer.

Nous savons qu'une information claire et concise est une des clés d'une bonne prise en charge et d'une adhérence du patient à son traitement.

Pourtant, nous n'avons pu retrouver dans notre étude une influence de la remise de la fiche conseil sur le taux de consultation, sans doute parce qu'elle est trop peu distribuée. Il faudrait que tous les patients puissent en bénéficier pour mesurer réellement son impact et que celle-ci soit plus adaptée au niveau de compréhension de notre bassin de population.

En revanche, nous avons pu démontrer que le fait que le patient consulte pendant la garde pouvait modifier sa prise en charge, rendant l'accès à l'imagerie

spécialisée plus difficile, et diminuant significativement le taux d'inclusion en consultation.

La simplification du protocole de reconsultation et la formation de tous les internes aux protocoles du service sont les pistes envisagées pour permettre une meilleure inclusion des patients dans cette filière la nuit également.

Enfin, nous avons pu mettre en évidence que la réalisation d'ECMU aux urgences dans le cadre des douleurs biliaires ne diminue pas actuellement le nombre d'imageries spécialisées demandées. Cependant, il nous semble nécessaire de renouveler cette étude lorsque l'ensemble des praticiens du service seront formés à l'échographie.

Ainsi, plusieurs axes d'amélioration de nos pratiques ont pu être suggérés dans les suites de notre étude, basés sur une entente multidisciplinaire entre médecins urgentistes, gastro-entérologues et chirurgiens digestifs, toujours dans l'objectif de proposer à nos patients une orientation et un suivi adaptés.

Une fois tous ces axes d'amélioration mis en place, de nouvelles études semblent nécessaires afin d'évaluer leur efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hastings, Ramin S., et Robert D. Powers. « Abdominal Pain in the ED: A 35 Year Retrospective ». *The American Journal of Emergency Medicine* 29, n° 7 (septembre 2011): 711-16. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.01.045>.
2. Takayama, Yuichi, Yuji Kaneoka, Atsuyuki Maeda, Yasuyuki Fukami, Takamasa Takahashi, et Masahito Uji. « Etiologies and Outcomes of Emergency Surgery for Acute Abdominal Pain: An Audit of 1456 Cases in a Single Center ». *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 16 novembre 2018.
3. .Lithiase biliaire et complications. In : les référentiels des collègues, hépato-gastro-entérologie chirurgie digestive, 4^{ème} édition. Elsevier Masson ; 2018. p.167-77.
4. Ansaloni, L., M. Pisano, F. Coccolini, A. B. Peitzmann, A. Fingerhut, F. Catena, F. Agresta, et al. « 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis ». *World Journal of Emergency Surgery* 11, n° 1 (14 juin 2016): 25.
5. Strasberg, Steven M. « Acute Calculous Cholecystitis ». *New England Journal of Medicine* 358, n° 26 (26 juin 2008): 2804-11.
6. Régent, D., V. Laurent, L. Meyer-Bisch, C. Barbary-Lefèvre, S. Corby-Ciprian, et J. Mathias. « La douleur biliaire : comment la reconnaître ? Comment l'explorer ? » *Journal de Radiologie, FMC - Imagerie des voies biliaires*, 87, n° 4, Part 2 (1 avril 2006): 413-28.
7. Danse, Etienne. « Echographie de l'urgentiste: indication, niveau de compétence, formation, faisabilité par l'urgentiste », 2000, 3.
8. membres de la commission des référentiels de la SFMU, J. Duchenne, M. Martinez, C. Rothmann, P. -G. Claret, J. -P. Desclefs, J. Vaux, P. Miroux, et O. Ganansia. « Premier niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé ». *Annales françaises de médecine d'urgence* 6, n° 4 (juillet 2016): 284-95.

9. Martinez, M., J. Duchenne, X. Bobbia, S. Brunet, P. Fournier, P. Miroux, C. Perrier, et al. « Deuxième niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé ». *Annales françaises de médecine d'urgence* 8, n° 3 (juin 2018): 193-202.
<https://doi.org/10.3166/afmu-2018-0047>.
10. Bellou, A, J. -D de Korwin, J Bouget, F Carpentier, V Ledoray, J Kopferschmitt, et H Lambert. « Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques ». *La Revue de Médecine Interne* 24, n° 9 (1 septembre 2003): 602-12. [https://doi.org/10.1016/S0248-8663\(03\)00217-0](https://doi.org/10.1016/S0248-8663(03)00217-0).
11. Desmurs, H., P. Bureau Du Colombier, J. Fattoum Lamouchi, M. Planchet, A. Addala, C. Dejerome, A. Long, K. Tazarourte, J. Ninet, et A. Hot. « Filière ambulatoire de prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse à partir des urgences : évaluation de la première année de fonctionnement au CHU ». *La Revue de Médecine Interne*, 75eme congrès français de médecine interne, Brest, 14-16 juin 2017, 38 (1 juin 2017): A53.
<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.03.025>.
12. Chantrel, G. Relais ville-hôpital : le cas des pyélonéphrites aiguës. Étude avant-après mise en place d'un protocole aux urgences du Centre Hospitalier de Roubaix. [Internet] [Doctorat en médecine]. UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2; 2016
13. Bénédicte Boisguérin et Hélène Valdelièvre, 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats*, n°889, Drees, Juillet
14. Williams, Taylor P., Francesca M. Dimou, Deepak Adhikari, Thomas D. Kimbrough, et Taylor S. Riall. « Hospital readmission after emergency room visit for cholelithiasis ». *Journal of Surgical Research* 197, n° 2 (1 août 2015): 318-23.

15. Altieri, Maria S., Jie Yang, Chencan Zhu, Samer Sbayi, Konstantinos Spaniolas, Mark Talamini, et Aurora Pryor. « What Happens to Biliary Colic Patients in New York State? 10-Year Follow-up from Emergency Department Visits ». *Surgical Endoscopy* 32, n° 4 (1 avril 2018): 2058-66.
16. Cheruvu, C. V. N., et I. A. Eyre-Brook. « Consequences of prolonged wait before gallbladder surgery. » *Annals of The Royal College of Surgeons of England* 84, n° 1 (janvier 2002): 20-22.
17. Pruvost, Louis. « VERS UNE OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENTORSE DE LA CHEVILLE CHEZ L'ADULTE AU SEIN DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX », s. d., 65.
18. Eymard, Chantal. « Modèles et démarches d'éducation thérapeutique : place des TIC dans les dispositifs », s. d., 6.
19. Anaes. Information des patients : recommandations destinées aux médecins. Paris:Anaes 2000.
20. HAS. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. Paris : HAS;2008.
21. Sustersic M, Meneau A, Drémont R. Fiches d'information patient : quelle méthodologie ? *Revue du Praticien Médecine Générale*.2007;21(790):1167-8.
22. « Pour les générations les plus récentes, les difficultés des adultes diminuent à l'écrit, mais augmentent en calcul - Insee Première - 1426 ». Consulté le 17 mai 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281410>.
23. « Dossier complet – Commune de Roubaix (59512) | Insee ». Consulté le 17 mai 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-59512#chiffre-cle-4>.
24. Revzin, Margarita V., Leslie M. Scoutt, Joseph G. Garner, et Christopher L. Moore. « Right Upper Quadrant Pain: Ultrasound First! » *Journal of Ultrasound in Medicine* 36, n° 10 (2017): 1975-85.

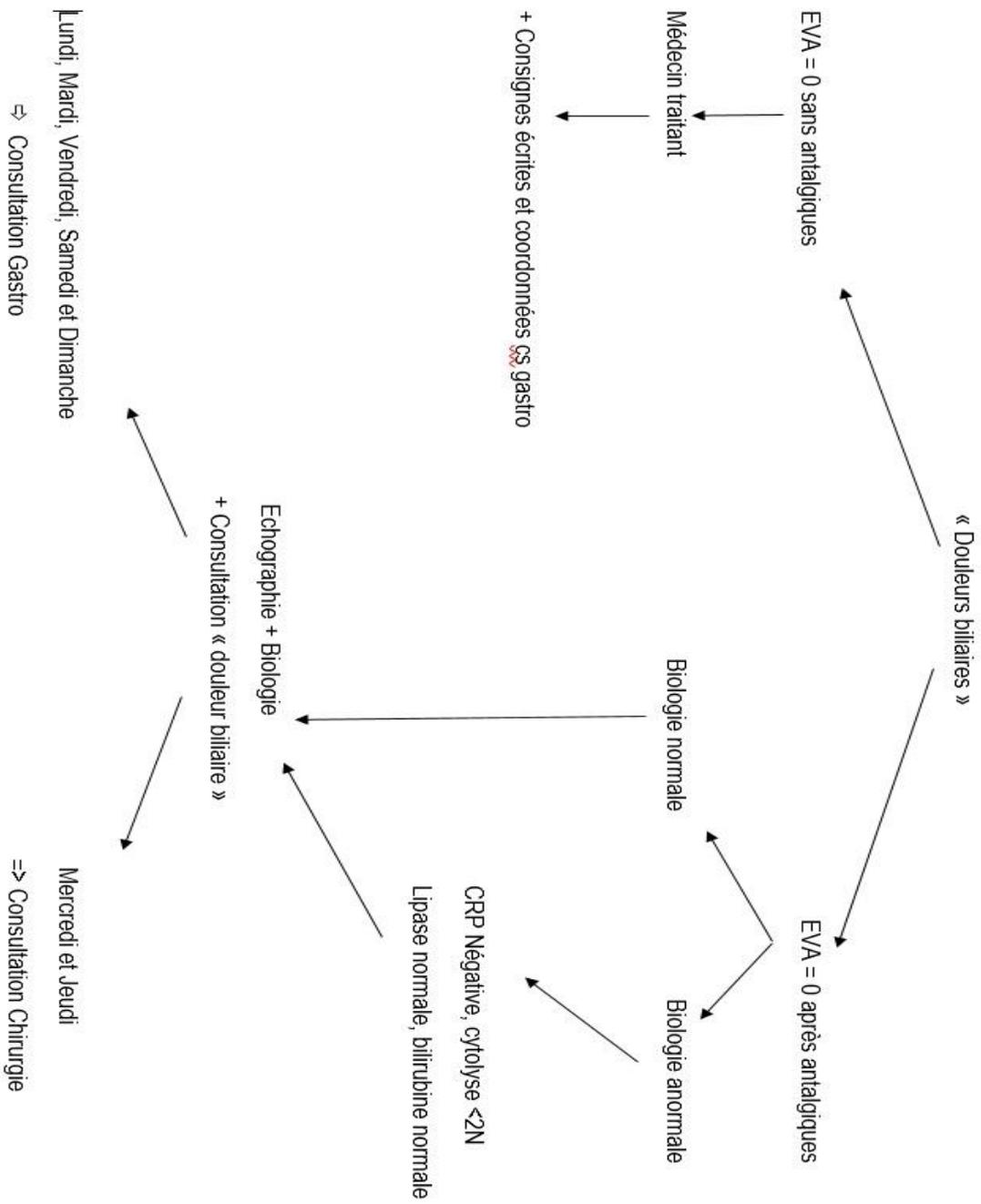
25. Cescau, Sandra. « Évaluation des variations de la vigilance et de l'état émotionnel chez les médecins urgentistes au cours de leur plage de travail », s. d., 49.

26. Kuhn, Gloria. « Circadian Rhythm, Shift Work, and Emergency Medicine ». *Annals of Emergency Medicine* 37, n° 1 (1 janvier 2001): 88-98.
<https://doi.org/10.1067/mem.2001.111571>.

TABLE DES ANNEXES

1. Annexe 1 : Protocole « douleur biliaire »
2. Annexe 2 : Protocole de prise en charge ambulatoire
3. Annexe 3 : Fiche conseil
4. Déclaration CNIL

2. Annexe 2 : Protocole de prise en charge ambulatoire



3. Fiche conseil



POLE CHIRURGICAL

Consignes de prise en charge des coliques hépatiques

Monsieur, madame,

Vous venez de bénéficier d'une consultation aux urgences pour des douleurs évocatrices de « colique hépatique », ce qui signifie la présence probable de calcul dans vos voies biliaires.

Cette pathologie nécessite que vous soyez revu en consultation rapidement, muni d'une échographie et d'un bilan biologique (ordonnances ci-jointes).

Votre rendez-vous d'échographie est le àh ou vous allez être convoqué pour une échographie.

Vous devez vous rendre dans le service de radiologie muni de votre ordonnance. En cas d'impossibilité, veuillez annuler votre rdv au 0320993138.

Vous devez effectuer votre prise de sang le jour de votre consultation. Pour cela, il faut vous rendre 2 heures avant votre consultation au centre de prélèvement du CH Victor Provo, situé au rez de chaussée, à droite du hall, muni de votre ordonnance.

Vous serez ensuite vu en consultation en gastro-entérologie/chirurgie viscérale par le Dr le àh....., ou vous allez être convoqué dans 24-48h en consultation. En cas d'impossibilité, veuillez annuler votre rdv au 0320993201 / 0320993190.

Vous devez reconsulter aux urgences si :

- Douleurs importantes
- Et/ou fièvre
- Et/ou ictère (« jaunisse »).

4. Déclaration CNIL

CNIL.
3 Place de Fontenay - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**
Numéro de déclaration
2213245 v 0
du 26 avril 2019

Madame MONTAIGNE BEATRICE
CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX
DIRECTION GÉNÉRALE
37 RUE DE BARBIEUX - BP359
59058 ROUAIX CEDEX 1

A LIRE IMPÉRATIVEMENT
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des Intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Nom : CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX Service : DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES ET DE LA RECHERCHE CLINIQUE Adresse : 37 RUE DE BARBIEUX - BP359 Code postal : 59058	265908727 00184 Code NAF ou APE : 8610Z Tél. : 0320993295 Fax. : 0320993163
--	---

Finalité : MR4 - Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 26 avril 2019
Par délégation de la commission

N-L. Denis
Marie-Laure DENIS
Présidente

AUTEUR : Nom : Awner

Prénom : Laura

Date de soutenance : 09 juillet 2020

Titre de la thèse : Etude de l'efficacité de la filière de prise en charge ambulatoire des douleurs biliaires au sein du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Roubaix.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine d'Urgence

DES + spécialité : Diplôme d'Etudes Spécialisées Médecine d'Urgence

Mots-clés : ambulatoire, douleur biliaire, urgence

Résumé :

Contexte : La pathologie biliaire est un véritable enjeu de santé publique puisqu'elle concerne 20% de la population, ce qui concorde avec un nombre conséquent de passage au SAU pour ce motif. Dans le contexte actuel où trouver des lits d'hospitalisation devient de plus en plus complexe, développer les filières de soins ambulatoires en coopération avec les médecins spécialisés pourrait permettre de désengorger les urgences et de diminuer le nombre de passage au SAU si le patient est correctement suivi. Ainsi, l'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de la filière ambulatoire du protocole « douleur biliaire » des urgences de Roubaix, à travers le taux de présence en consultation.

Méthodes : Cette étude était rétrospective, analytique, monocentrique. Elle incluait tous les patients ayant consulté au SAU de Roubaix entre le 1^{er} Mai 2017 et le 1^{er} Novembre 2018 et ayant été traité en ambulatoire. Les patients étaient ensuite séparés en deux groupes « filière + » et « filière - » selon s'ils avaient été ou non inclus dans la filière de reconsultation par l'urgentiste. Il s'agissait principalement d'évaluer l'efficacité de la filière de reconsultation. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la qualité de l'information délivrée au patient, l'influence des horaires de garde sur la prise en charge, et l'impact de la réalisation d'une EAU sur le nombre d'imageries spécialisées réalisées. Ces analyses ont été possible grâce à l'accès aux dossiers médicaux informatisés via le logiciel Easyli® des urgences.

Résultats : 281 patients ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen de la population était de 42,6ans, avec une majorité de femmes, et l'antécédent le plus significatif était la survenue d'une colique hépatique. 36,30% de patients ont été revus en consultation, si la période de garde a une influence avec significativement moins de patients reconvoqués, ce n'est pas le cas de la fiche conseil. Enfin, il n'a pas été mis en évidence que la réalisation d'une échographie par l'urgentiste pouvait permettre de diminuer le taux d'imageries spécialisées

Discussion : Le taux de présence en consultation est significativement plus important chez les patients « filière+ » mais reste insuffisant. Pour le moment il est difficile de placer le patient au cœur de sa filière de soin mais les axes d'amélioration sont nombreux.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur E.WIEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur P.ZERBIB, Monsieur le Professeur A.LOUVET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur L.PRUVOST

