

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**UAVISPEC : Etat des lieux des avis spécialisés au sein des Services
d'Accueil des Urgences adultes du Groupement Hospitalier de l'Institut
Catholique de Lille.**

Présentée et soutenue publiquement le 24 Septembre 2020 à 16H00
Au Pôle Formation
par **Valentin CALVEYRAC**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Grégory BERTOLOTTI

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION	16
MATERIELS ET METHODES	19
I. Projet initial et SARS-CoV2	19
II. Type d'étude	19
III. Objectifs et critères de jugement	20
IV. Critères d'inclusion et de non inclusion	22
V. Recueil des données	23
VI. Constitution de la base de données	26
VII. Aspects éthiques	26
VIII. Analyse statistique	28
RESULTATS	29
I. Analyse descriptive au sein de la population totale	29
A. Site d'inclusion	29
B. Sexe et âge	30
C. Caractéristiques nosographiques	30
D. Modalités d'entrée aux urgences	30
E. Prise en charge aux urgences	31
F. Orientation au décours du passage aux urgences	31
II. Analyse descriptive des avis spécialisés	32
A. Traçabilité de l'avis spécialisé dans le DPI	32
B. Modalités de demande de l'avis spécialisé par l'urgentiste	32
1. Format de demande de l'avis spécialisé	32
2. Spécialité de l'avis demandé	33
3. Nombre de relances par l'urgentiste	33
C. Modalités de réalisation de l'avis par le spécialiste	34
1. Format de réalisation	34

2. Statut et localisation du spécialiste	34
3. Examen clinique et demande d'examens complémentaires par le spécialiste	35
4. Modalités d'accès aux examens complémentaires par le spécialiste	36
D. Temps moyen de réalisation de l'avis spécialisé	37
I. Analyse descriptive en fonction de la période de demande de l'avis spécialisé (heures ouvrables vs. Permanence des soins)	38
A. Caractéristiques individuelles de la population en fonction de la période de demande de l'avis	38
1. Site d'inclusion	38
2. Sexe et âge	39
3. Caractéristiques nosographiques	39
4. Modalités d'entrée aux urgences	40
5. Prise en charge aux urgences	40
6. Orientation au décours du passage aux urgences	41
B. Caractéristiques des avis spécialisés en fonction de la période de demande de l'avis	42
1. Traçabilité de l'avis spécialisé dans le DPI	42
2. Modalités de demande de l'avis spécialisé par l'urgentiste	42
3. Modalités de réalisation de l'avis par le spécialiste	44
4. Temps moyen de réalisation de l'avis spécialisé	47
I. Analyse descriptive en fonction du site d'inclusion du patient	47
A. Caractéristiques individuelles de la population en fonction du site d'inclusion du patient	48
1. Site d'inclusion	48
2. Sexe et âge	48
3. Caractéristiques nosographiques	48
4. Modalités d'entrée aux urgences	49
5. Prise en charge aux urgences	49
6. Orientation au décours du passage aux urgences	50
B. Caractéristiques des avis spécialisés en fonction du site d'inclusion du patient	50
1. Traçabilité de l'avis spécialisé dans le DPI	51
2. Modalités de demande de l'avis spécialisé par l'urgentiste	51

3. Modalités de réalisation de l'avis par le spécialiste	53
4. Temps moyen de réalisation de l'avis spécialisé	55
DISCUSSION	56
I. Intérêt et forces de l'étude	56
II. Biais et limites	59
III. Validité externe	61
IV. Pistes de réflexion	62
A. Perception des avis spécialisés par les médecins demandeurs.....	62
B. Perception des avis spécialisés par les médecins effecteurs	63
C. Perspectives de développement	64
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	70

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAU	Service d'Accueil des Urgences
CH	Centre Hospitalier
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
ECG	Électrocardiogramme
SMS	Short Message Service
SARS-CoV 2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
COMU 59-62	Collège de Médecine d'Urgence du Nord-Pas-de-Calais
COVID 19	Coronavirus Disease 2019
DESMU	Diplôme d'Enseignement Spécialisé en Médecine d'Urgence
GHICL	Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille
MCO	Médico-Chirurgical et Obstétrique
SSR	Service de Soins et Rééducation
DPI	Dossier Patient Informatisé
EEG	Electroencéphalogramme
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CRF	Case Report Form
VSAV	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
RNIPH	Recherche N'Impliquant Pas la personne Humaine
CPP	Comité de Protection des Personnes
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
DRCI	Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation
IC95%	Intervalle de Confiance à 95%
n	Nombre de sujets
Q1	Premier Quartile

Q3	Troisième Quartile
CMF	Chirurgie Maxillo-Faciale
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
CHSP	Centre Hospitalier Saint Philibert
CHSV	Centre Hospitalier Saint Vincent de Paul
USC	Unité de Surveillance Continue
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
USIC	Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

INTRODUCTION

La médecine d'urgence est devenue une spécialité médicale à part entière le 13 Novembre 2015 par la publication de l'arrêté créant le diplôme d'études spécialisées de Médecine d'Urgence (1).

Cette spécialité transversale (2) nécessite la prise en charge dans les meilleurs délais des patients qui ont recours aux structures d'urgences, avec un large champ de compétences : prise en charge des urgences médicales et chirurgicales, gestes de réanimation, gestion du flux, orientation des malades ... De par la variété des pathologies rencontrées, la médecine d'urgence est complémentaire aux autres spécialités médicales, avec lesquelles elle établit des liens étroits. L'urgentiste, comme tout autre médecin, a pour devoir d'assurer à son malade une prise en charge de qualité.

L'OMS définit la qualité comme la capacité à « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques (...) lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains (...) » (3).

Toutefois, la définition la plus largement employée vient de l'institut de médecine des Etats-Unis, qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » (4).

C'est dans ce contexte que le médecin urgentiste peut avoir recours à des consultants d'autres spécialités médicales au sein des SAU. Le Code de Déontologie médicale reprend ce principe, en rappelant que tout médecin "s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents" (5).

Tout cela s'inscrit pour l'urgentiste dans une temporalité marquée par l'augmentation notable du nombre de passages au sein des structures d'urgences françaises, de l'ordre de 3,5% par an depuis 1996 (6), avec 21,2 millions de passages pour l'année 2016 (7).

Dans la stratégie de démarche qualité, la Société Française de Médecine d'Urgence considère comme essentiel d'évaluer les moyens mis en œuvre par les établissements de santé, et notamment de chiffrer le pourcentage de passages aux urgences bénéficiant du recours aux médecins consultants extérieurs au service (8).

Après une revue de la littérature, il s'avère qu'il existe peu d'études traitant de la problématique des avis spécialisés au sein des structures de médecine d'urgence. Un travail de thèse de 2015 a retrouvé un taux de recours aux spécialistes de 21,2% sur une série de 344 passages au sein des urgences du CH Cambrai (9) alors que celui-ci montait à 32,6% pour 319 patients inclus au SAU du CH Albi (10)

Dans la pratique quotidienne des services d'urgence, alors que tout médecin consultant est tenu de produire un compte rendu écrit de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions, cela est rarement réalisé en pratique, notamment aux heures de la permanence des soins, et lorsque les avis sont pris à distance (astreinte, spécialité non présente au sein de l'établissement hospitalier).

De plus, bien que des plateformes de télé-expertise se développent pour les avis délocalisés (Télurge, Télé-AVC, ...), la question se pose d'autres formats d'avis, purement téléphonique ou associés à l'envoi de documents du dossier patient (photographie de lésions, radiographie, ECG...), pouvant être effectués par des moyens non sécurisés (smartphone via SMS ou applications de messagerie mobile, mail non sécurisé).

Enfin une problématique supplémentaire retrouvée en pratique clinique concerne le recours aux spécialistes pouvant être vécu comme un vecteur d'allongement important du temps de passage aux urgences par les usagers et les professionnels de santé y exerçant, bien que nécessaire pour la prise en charge du patient, et pouvant notamment conditionner les modalités thérapeutiques et l'orientation. Pour rappel, le temps de passage aux urgences est estimé à 4h33 avec une médiane de 2h53 pour la région Hauts-de-France (11).

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la traçabilité de l'avis par le médecin spécialiste dans le dossier médical informatisé. Nous étudierons également les modalités de demande d'avis effectués par les urgentistes, ainsi que leur réalisation par les spécialistes. Enfin, nous regarderons le temps de réalisation moyen de ces avis spécialisés.

MATERIELS ET METHODES

I. **Projet initial et SARS-CoV2**

Cette étude avait pour ambition initiale de prendre la forme d'une étude observationnelle descriptive, prospective, multicentrique, à l'échelon de l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais, soumise aux 24 SAU la composant, sur une durée de 7 jours durant le mois d'avril 2020.

Dans cette perspective, une présentation de notre projet était réalisée auprès de la commission recherche du COMU 59-62, permettant d'en obtenir l'approbation et la rédaction d'une lettre de soutien (Annexe 1).

Cependant la crise sanitaire causée par la pandémie de SARS-CoV2 a mise en sommeil les projets universitaires non en lien avec la COVID 19. Nous avons été contraint de réduire notre champ de recrutement afin d'assurer les impératifs de délais inhérents aux nouvelles modalités régissant la validation de la phase d'approfondissement du DESMU et l'accession au statut de Docteur Junior (12).

II. **Type d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, prospective, multicentrique, n'impliquant pas la personne humaine.

Celle-ci se déroule sur une période de 7 jours du 15 au 22 juillet 2020, au sein des SAU des centres hospitalier Saint Philibert (Lomme) et Saint Vincent de Paul (Lille). Ces deux hôpitaux appartiennent au Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille.

Le GHICL est un ensemble universitaire d'hôpitaux, de clinique et de services médico-sociaux, d'inspiration catholique et de gestion privée à but non lucratif participant pleinement au service public de santé. Bénéficiant d'une certification de niveau A, le GHICL comprend 894 lits de MCO, 39 lits de SSR, 30 lits de psychiatrie ainsi que 60 places d'hospitalisation, permettant 95 770 admissions en hospitalisation par an et 255 passages aux urgences par jour (13).

III. Objectifs et critères de jugement

L'objectif principal est d'évaluer la traçabilité de l'avis par le spécialiste dans le dossier patient informatisé. Elle est appréciée par la présence de l'avis horodaté et signé du spécialiste dans le DPI.

Les objectifs secondaires sont :

- ☐ Décrire les modalités de demande de l'avis spécialisé par l'urgentiste. Celles-ci sont appréciées par :
 - ☐ Le format de demande de l'avis : présentiel, plateforme informatique d'établissement, téléphonique, mail, plateforme de télé expertise.
 - ☐ Le nombre nécessaire de relances
 - ☐ L'heure de la demande de l'avis spécialisé
- ☐ Décrire les modalités de réalisation de l'avis par le spécialiste. Celles-ci sont appréciées par :
 - ☐ Les caractéristiques du spécialiste de recours : spécialité, localisation, statut (sénior ou interne).

- ☐ Le format de réalisation de l'avis : présentiel, plateforme informatique d'établissement, téléphonique, mail, plateforme de télé expertise.
- ☐ L'examen clinique du patient
- ☐ La demande d'examen(s) complémentaire(s) supplémentaire(s), et si oui, le type : biologie, imagerie, ECG, EEG, autre.
- ☐ Les modalités d'accès aux résultats d'examens du patient par le spécialiste : en main propre, mail institutionnel, mail personnel, téléphone personnel (SMS, application de messagerie type WhatsApp), logiciel d'établissement, logiciel de télémedecine ; ainsi que le type d'examen auquel le spécialiste accède : biologie, imagerie, ECG, EEG, autre.
- ☐ Évaluer le temps moyen de réalisation de l'avis spécialisé, correspondant au temps écoulé entre l'heure de la demande et l'heure de fin de la réalisation de l'avis.
- ☐ Réaliser un descriptif des patients bénéficiant d'un avis spécialisé lors de leur passage aux urgences (âge, sexe, CCMU, mode d'entrée, caractère polypathologique, adressage par un médecin extérieur), et leur orientation au décours (retour au domicile, consultation externe ou hospitalisation).

IV. Critères d'inclusion et de non inclusion

Les critères d'inclusion retenus étaient tout avis spécialisé concernant un patient consultant au sein du SAU et majeur (≥ 18 ans). Un patient pouvait donc être inclus pour plusieurs avis spécialisés différents.

L'avis spécialisé était défini comme le recours par le médecin urgentiste à un médecin consultant externe du service, considéré comme expert dans son domaine, au sein du centre hospitalier ou non, afin d'obtenir une aide sur l'évaluation, la prise en charge clinique, paraclinique et/ou thérapeutique, et/ou l'orientation d'un patient.

Les critères de non inclusion étaient :

- ☐ Les patients dont le passage au SAU était organisé à la demande du médecin spécialiste
- ☐ Les patients ayant exprimé leur souhait de ne pas participer à l'étude
- ☐ Les patients chez qui la non opposition n'a pu être recherchée auprès du patient lui-même ou de sa personne de confiance

La figure 1 présente le diagramme de flux, nous ayant permis d'inclure 123 patients pour un total de 139 avis.

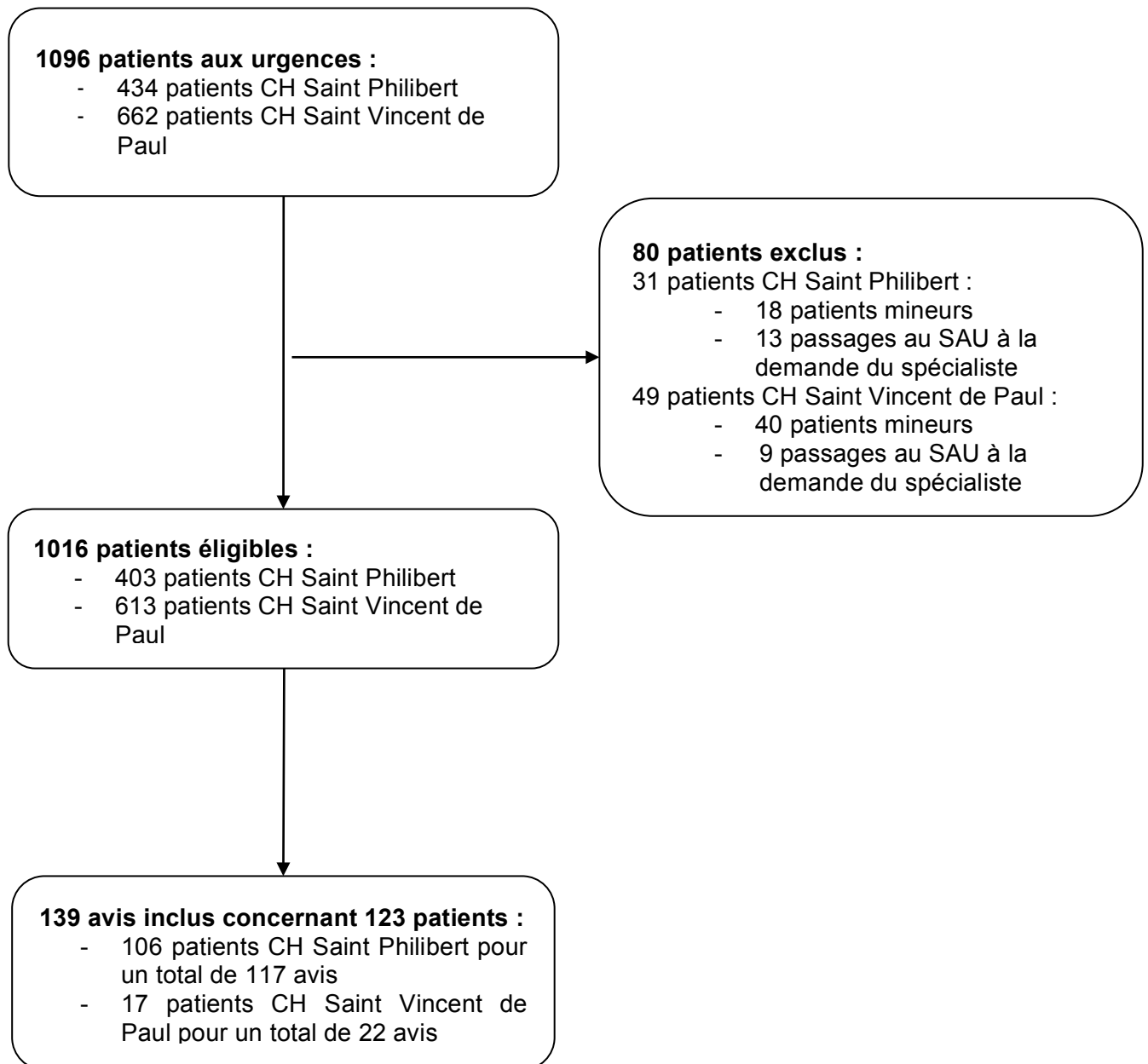


Figure 1. Diagramme de Flux

V. Recueil des données

Les investigateurs de chaque centre proposent aux patients éligibles de participer à cette étude. Il leur est remis une lettre d'information (Annexe 2). Les patients bénéficient alors d'un mois pour faire valoir leur opposition à l'utilisation de leurs données médicales.

Suite à l'inclusion des patients, les informations suivantes sont recueillies par l'intermédiaire d'un CRF papier (Annexe 3) par le médecin urgentiste en charge du patient :

- ☐ Données concernant le spécialiste : spécialité d'exercice, localisation (sur place, astreinte, autre établissement) et le statut (sénior / interne)
- ☐ Données concernant la demande d'avis :
 - ☐ Format de la demande d'avis : présentiel, téléphonique, courriel, logiciel d'établissement, plateforme de télémedecine, bon d'avis
 - ☐ Date et heure de la demande d'avis
 - ☐ Nombre de nécessaire de relances
- ☐ Données concernant la réalisation de l'avis :
 - ☐ Date et heure de fin de réalisation de l'avis
 - ☐ Examen clinique réalisé ou non par le spécialiste
 - ☐ La demande d'accès aux examens complémentaires
 - ☐ Les modalités de transmission des examens complémentaires éventuels (En main propre, par email institutionnel, par email personnel, par téléphone personnel, logiciel d'établissement, logiciel de télémedecine) et le type d'examen transmis (biologie, imagerie, ECG, EEG, autre)
 - ☐ Demande d'examens complémentaires supplémentaires et le type d'examen (biologie, imagerie, ECG, EEG, autre)

Des données complémentaires sont recueillies par l'investigateur principal et ses collaborateurs dans le DPI des patients inclus :

- ☐ Données démographiques : sexe, âge
- ☐ Données épidémiologiques :
 - ☐ Le caractère polypathologique du patient définit selon Fortin par “la cooccurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période” (14)
 - ☐ La classification CCMU (Annexe 4)
 - ☐ Le type de recours : médical, chirurgical, psychiatrique, social, adressage par un médecin extérieur.
 - ☐ Le mode d'arrivée : personnel, ambulance, VSAV, SMUR, autre.
 - ☐ L'adressage ou non aux urgences par un médecin de ville
- ☐ Données concernant le séjour :
 - ☐ Date et heure d'arrivée aux urgences
 - ☐ Date et heure de départ du service
 - ☐ Devenir du patient : retour au domicile, consultation externe ou hospitalisation
- ☐ Données concernant l'avis spécialisé : traçabilité écrite par le médecin consultant externe dans le dossier du patient, type d'avis (diagnostic, thérapeutique, orientationnel).

VI. Constitution de la base de données

Afin d'assurer la protection des patients inclus, nous recourons à une procédure de pseudonymisation. Une table de concordance est constituée pour chaque centre participant, détenue par l'investigateur principal dudit centre, sous format électronique Microsoft Excel créée exclusivement pour l'étude, et protégée par un mot de passe.

Une fois pseudonymisées, les données nécessaires à l'étude sont stockées sur une base de données OpenClinica version 3.13 *Copyright © 2005 - 2016, Openclinica, LLC*, créée selon le respect des bonnes pratiques cliniques.

La base de données est stockée sur un serveur sécurisé du GHICL, non accessible depuis l'extérieur. L'authentification pour accéder à la base de données est réalisée par mots de passe sécurisés envoyés par mail sécurisé. Toutes les connexions et tentatives de connexion sont tracées.

VII. Aspects éthiques

Cette étude ne correspond pas à la définition des recherches médicales, selon la Loi Jardé (15,16). Elle est donc qualifiée de « hors loi Jardé », c'est-à-dire un type 4, ou recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH), et ne relève donc pas d'un CPP.

Ce projet de recherche est conforme à la méthodologie de référence n°4, éditée par la CNIL. Le GHICL, responsable du traitement de données pour cette étude, s'est engagé à respecter cette méthodologie (déclaration de conformité à la méthodologie de référence n°2205968 v0 du 30 août 2018). Conformément à cet

engagement de conformité et à l'article 30 du RGPD, le responsable du traitement de données a inscrit ce projet à son registre interne des activités de traitement.

Le protocole d'étude a été soumis à l'évaluation du Comité Interne d'Éthique de la Recherche du GHICL et en a reçu l'approbation le 14 février 2020 (numéro de référence RNIPH-2020-05) (Annexe 5).

VIII. Analyse statistique

L'analyse statistique a été menée par la cellule biostatistique de la DRCI du GHICL à l'aide du logiciel R version 3.6.1 *Copyright © 2013. The R Foundation for Statistical Computing*.

Nous avons débuté l'analyse par une analyse descriptive des données : les moyennes, écart-types, médianes, quartiles, minimum et maximum ont été calculés pour les variables quantitatives, tandis que les effectifs et fréquences ont été calculés pour les variables qualitatives. Cette analyse descriptive a été effectuée au sein de la population totale, puis selon la période de demande de l'avis (heures ouvrables versus Permanence de soins), et enfin selon le centre (St Vincent vs. St Philibert).

La période de demande de l'avis était dichotomisée en :

- ☐ Heures ouvrables : avis demandés du Lundi au Vendredi de 8h30 à 18h30 et Samedi de 08h30 à 12H30.
- ☐ Permanence des soins : avis demandés du Lundi au Vendredi de 18h30 à 08h30, le Samedi après 12h30, ainsi que les Dimanche et jours fériés.

Les intervalles de confiance à 95% autour des proportions d'avis tracés et autour de la durée moyenne/médiane de réalisation de l'avis ont été calculés.

Les variables quantitatives ont été illustrées par des histogrammes et des boîtes de Tukey. Les variables binaires ont été représentées à l'aide de diagrammes circulaires. Les variables qualitatives ont été illustrées par des diagrammes en barres et des diagrammes circulaires.

Une analyse bivariée a été effectuée pour comparer les caractéristiques des patients et des avis selon le jour de demande de l'avis : des tests du Khi-2 (ou de Fisher exact en cas de faibles effectifs) ont été réalisés pour les variables qualitatives, tandis que des tests de Mann-Whitney-Wilcoxon (en l'absence de normalité) ont été réalisés pour les variables quantitatives.

RÉSULTATS

I. Analyse descriptive au sein de la population totale

Nous avons tout d'abord effectué une analyse descriptive de l'échantillon complet.

Le Tableau 1 disponible en Annexe 6 décrit les caractéristiques individuelles de la population (n = 123) en reprenant les variables qualitatives, le Tableau 2 en Annexe 7 reprend quant à lui les variables quantitatives.

A. Site d'inclusion

Nous avons inclus 106 patients sur le site de Saint Philibert (86.2%) et 17 patients pour l'hôpital Saint Vincent de Paul (13.8%).

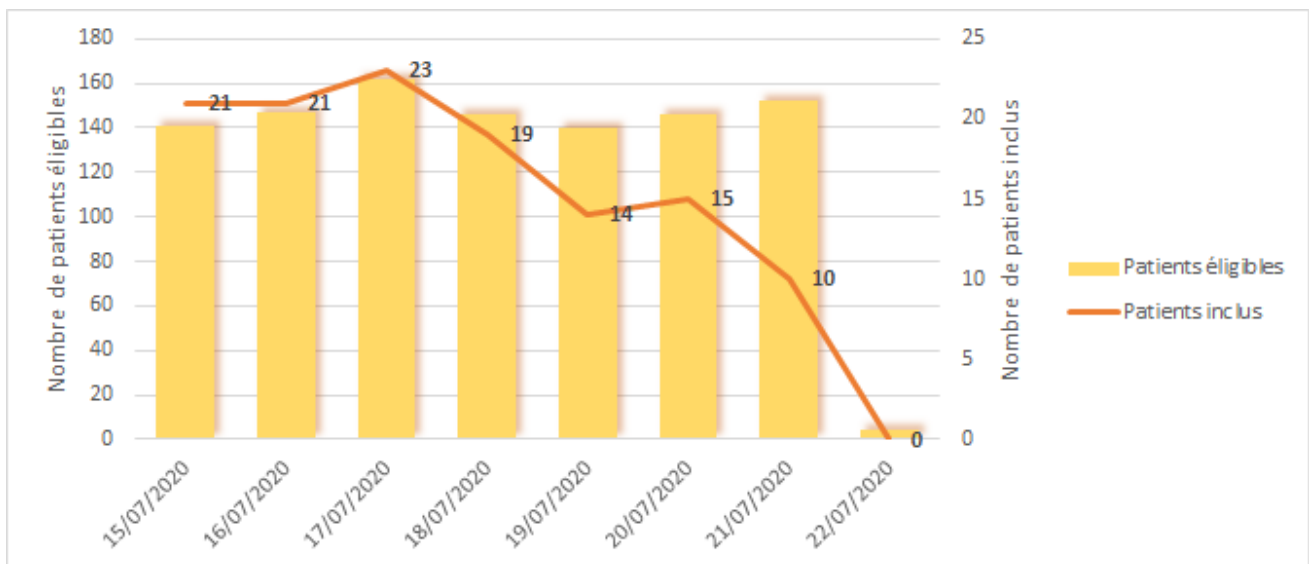


Figure 2. Nombre de patients inclus par jour en fonction du nombre de patients éligibles.

B. Sexe et âge

Les patients inclus étaient pour 43.1% des femmes (n = 53 ; IC95% [42.24 ; 63.76]) et pour 56.9 % des hommes (n = 70 ; IC95% [48.16 ; 65.66]).

L'âge des patients s'étendait de 18 à 94 ans. La moyenne d'âge était de 59.1 ans (écart-type +/- 20.7 ans). La médiane était de 63 ans (Q1 = 41 ans, Q3 = 77,5 ans).

C. Caractéristiques nosographiques

Le caractère polypathologique était retrouvé chez 39.8% des patients (n= 53 ; IC95% [34.34 ; 51.84]).

Concernant le codage CCMU, on notait 0,8% de CCMU 1 (n =1, IC95% [0 ; 2.4%]), 69,1% de CCMU 2 (n= 85%, IC95% [60.94 ; 77.27]), 27.6% de CCMU 3 (n = 34, IC95% [19.74 ; 35.55]) et 2.4% de CCMU 4 (n = 3, IC95% [0 ; 5.17]).

Le type de recours, défini selon la pathologie principale motivant la consultation aux urgences, était médical pour 53.7% des patients (n= 66, IC95% [44.85 ; 62.47]), chirurgical pour 42.3% des patients (n = 52, IC95% [33.55 ; 51.01]) et psychiatrique pour 4.1% des patients (n = 5 ; IC95% [0.58 ; 7.56]).

D. Modalités d'entrée aux urgences

Le patient était adressé par un médecin de ville dans 27.6% des cas (n = 34 ; IC95% [19.74 ; 38.55]).

Le mode d'entrée aux urgences était représenté par le véhicule personnel pour 53.7% des patients, 31.4% d'ambulance, 12.4% de VSAV et 2.5% de SMUR. L'information était manquante pour 2 patients.

E. Prise en charge aux urgences

Un nombre total de 139 avis était demandé pour nos 123 patients, avec 63.4% patients bénéficiant d'une demande d'avis en heures ouvrables (n = 78 ; IC95% [54.90 ; 71.93]).

Concernant le nombre d'avis demandé, 8,1% des patients (n = 10 ; IC95% [3,30 ; 12,96]) bénéficiaient d'une double demande d'avis et 2.4% des patients (n = 3 ; IC95% [0 ; 5,17]) de trois demandes d'avis distinctes.

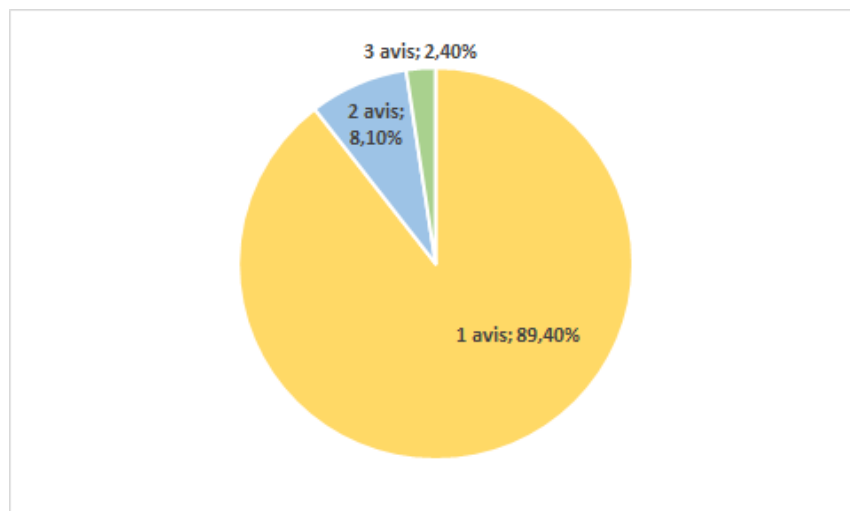


Figure 3. Répartition des patients inclus en fonction du nombre d'avis spécialisé demandé

F. Orientation au décours du passage aux urgences

La durée moyenne de séjour aux urgences était de 7 heures (écart-type +/- 6 heures). Elle s'étendait de 1 heure et 36 minutes à 34 heures et 54 minutes. La médiane était de 5,2 heures soit 5 heures et 12 minutes (Q1 = 3.5 ; Q3 = 7.6).

Concernant le devenir des patients inclus, le retour au domicile était retenu pour 29.3% (n= 36, IC95% [21.23 ; 37.31]), 15.4% bénéficiaient de consultation externe à distance (n= 19, IC95% [9.06 ; 21.83]) et 55.3% d'entre eux étaient hospitalisés au décours (n= 68; IC95% [46.50 ; 64.07]).

II. Analyse descriptive des avis spécialisés

Le Tableau 3 disponible en Annexe 8 décrit les caractéristiques des avis spécialisés (n = 139) en reprenant les variables qualitatives, le Tableau 4 en Annexe 9 reprend quant à lui les variables quantitatives.

Nous étudions 139 demandes d'avis spécialisés concernant 123 patients, soit une moyenne de 1,1 avis par patient (écart-type +/- 0,4) avec un minimum d'un avis et un maximum de 3 avis pour un même patient, la médiane étant à 1.

A. Traçabilité de l'avis spécialisé dans le DPI

Notre critère de jugement principal concernait le nombre d'avis spécialisé signé et horodaté par le spécialiste dans le DPI. On retrouvait 73 avis tracés (52,5% ; IC95% [43,9 ; 61,0]), et donc 66 avis non tracés (47,5% ; IC95% [39,0 ; 56,1]).

B. Modalités de demande de l'avis spécialisé par l'urgentiste

1. Format de demande de l'avis spécialisé

Le principal format de demande de l'avis était téléphonique représentant 87.1% des demandes (n = 121 ; IC95% [81.47 ; 92.63]). Une demande directe en présentiel était effectuée pour 12.9% des cas (n = 18 ; IC95% [7.37 ; 18.53]).

2. Spécialité de l'avis demandé

La demande d'avis était formulée pour 14,4% des cas auprès d'un spécialiste en Chirurgie Orthopédique et traumatologie (n = 20 ; IC95% [8.55 ; 20,22]), 13,7% auprès d'un cardiologue (n = 19 ; IC [7.96 ; 19,38]), 12.9% auprès d'un neurologue (n = 18 et IC95% [7.37 ; 18.53 %]) et 8.6% auprès d'un hépato-gastro-entérologue (n = 12 ; IC95% [3.96 ; 13.30]).

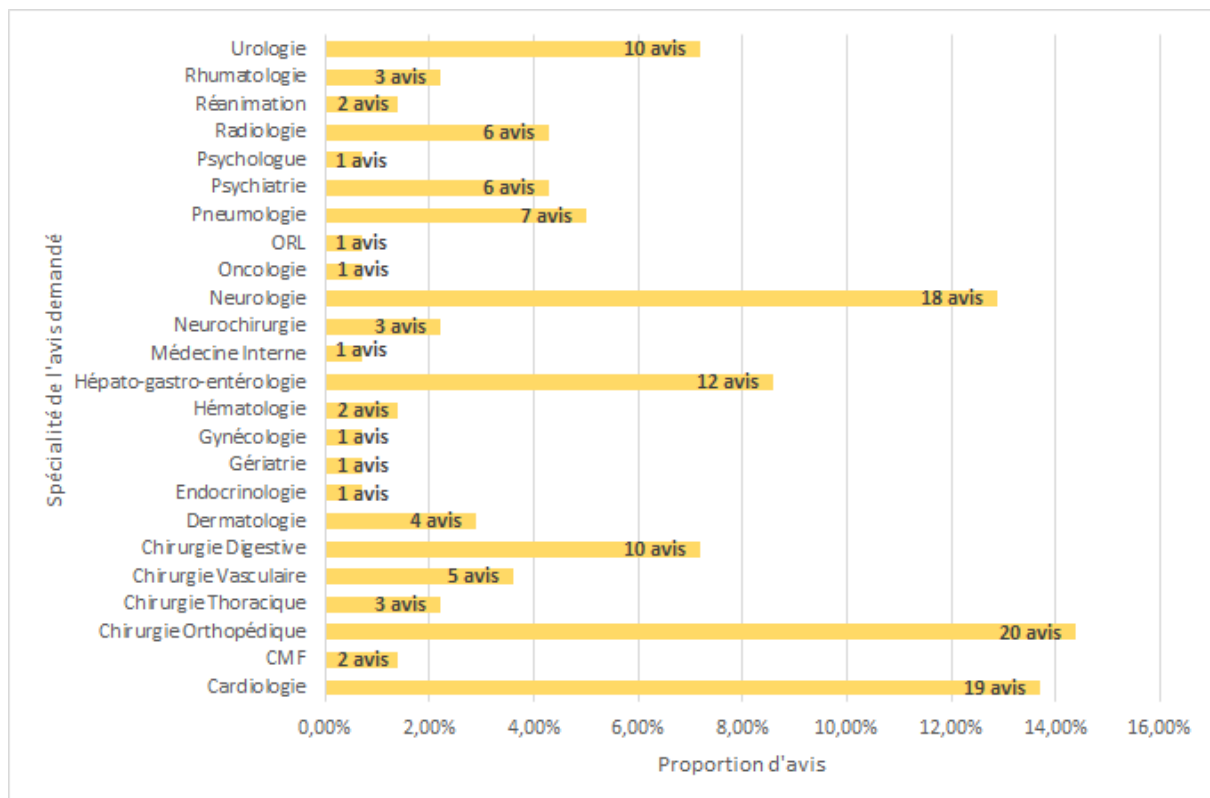


Figure 4. Proportion d'avis en fonction de la spécialité de l'avis demandé

3. Nombre de relances par l'urgentiste

Le nombre de relances était de 0.8 en moyenne (écart-type 1.1), s'étendant de 0 à 6 relances par avis. La médiane était de 1 (Q1 = 0 ; Q3 = 1).

C. Modalités de réalisation de l'avis par le spécialiste

1. Format de réalisation

L'avis était réalisé sous forme présenteielle dans 54.7% des cas ($n = 76$, IC95% [46.4 ; 62.95]) et par téléphone dans 43.9% des cas ($n = 61$, IC95% [35,6 ; 52,1]). On notait la réalisation d'un avis par l'intermédiaire de la plateforme informatique d'établissement (0.7%, IC95% [0 ; 2.12]) et un autre par une plateforme de télé-expertise (0.7%, IC95% [0 ; 2.12]).

2. Statut et localisation du spécialiste

Le spécialiste était un sénior dans 71.9% des cas ($n = 100$; IC95% [64.47 ; 79.41]), alors qu'il s'agissait d'un interne dans 28.1% des avis réalisés ($n = 39$; IC95% [20.59 ; 35.53]).

Concernant la localisation lors de la demande de l'avis, le spécialiste se trouvait au sein même de l'établissement dans 63.3% des cas ($n = 88$; IC95% [55.30 ; 71.32]) et en astreinte à son domicile pour 26.6% des avis ($n = 37$; IC95% [19.27 ; 33.96]). L'avis était demandé à un spécialiste d'un autre établissement dans 10.1% des cas ($n = 14$, IC95% [5.07 ; 15.08]). Parmi les avis demandés à un spécialiste d'un autre établissement, 50% l'étaient entre les établissements composant le GHICL ($n = 7$, IC95% [23.81 ; 76.19]).

3. Examen clinique et demande d'examens complémentaires par le spécialiste

Le spécialiste examinait lui-même le patient lors de la réalisation de 54% des avis (n = 75 ; IC95% [45.67 ; 62.24]).

Le spécialiste demandait la réalisation d'examen(s) complémentaire(s) supplémentaire(s) pour 43.9% des avis réalisés (n = 61 ; IC95% [35.64 ; 52.14]). Il s'agissait dans 54.1% des cas d'un examen d'imagerie complémentaire (n = 33 ; IC95% [41.59 ; 66.60]) et d'une biologie en sus pour 19.7% des avis réalisés (n = 12 ; IC95% [9.70 ; 29.65]). On notait également la demande de 10 ETT pour réalisation de l'avis (16.4%, IC95% [7.10 ; 25.68]).

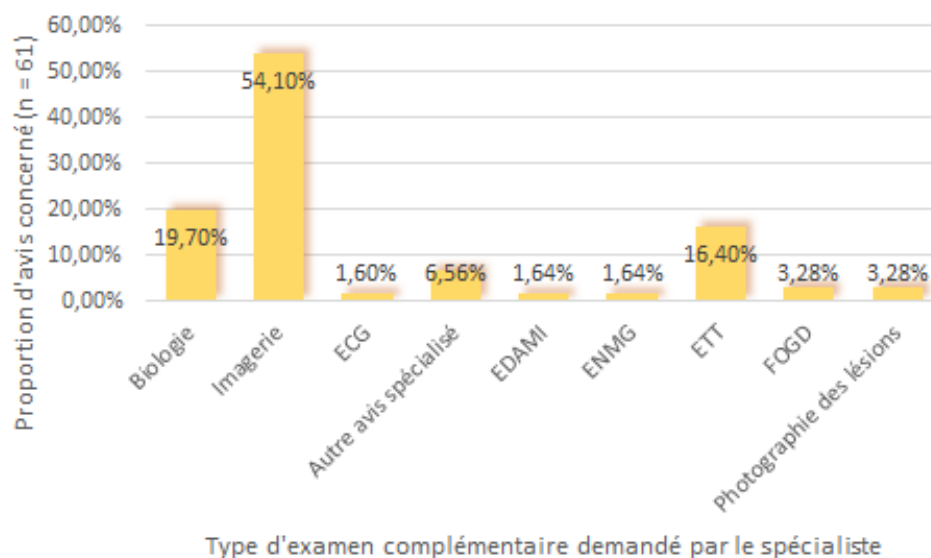


Figure 5. Proportion d'avis en fonction du type d'examen(s) complémentaire(s) supplémentaire(s) demandé(s) par le spécialiste

4. Modalités d'accès aux examens complémentaires par le spécialiste

L'accès aux examens complémentaires par le spécialiste pour réalisation de l'avis était nécessaire dans 54.7% des cas ($n = 76$, IC95% [46.40 ; 69.95]).

Cet accès était réalisé par l'intermédiaire du logiciel informatique d'établissement dans 69.7% des cas ($n = 53$; IC95% [59.41 ; 80.07]), en main propre pour 26.3% des documents ($n = 20$; IC95% [16.42 ; 36.22]) et par téléphone personnel (via applications de type WhatsApp ou SMS) dans 9.2% ($n = 7$; IC95% [2.71 ; 15.71]).

Les examens complémentaires communiqués pour accès par le spécialiste étaient dans 73.7% des avis concernés de l'imagerie ($n = 56$; IC95% [63.78 ; 83.58]), de la biologie dans 27.6% ($n = 21$; IC95% [17.59 ; 37.69]) et des ECG pour 10.5% des avis ($n = 8$; IC95% [3.63 ; 17.43]).

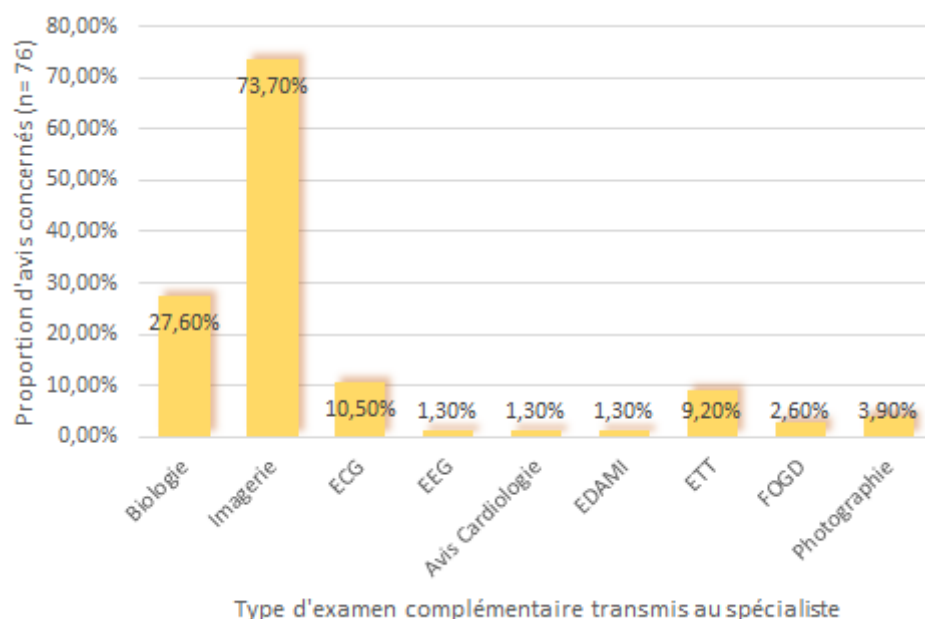


Figure 6. Proportion d'avis concerné en fonction du type d'examen(s) complémentaire(s) transmis au spécialiste

D. Temps moyen de réalisation de l'avis spécialisé

La durée de réalisation moyenne d'un avis spécialisé était de 1.3 heure (1h18) (écart-type +/- 1.3). La médiane de réalisation de l'avis était de 0.9 heure (54 minutes) (Q1 = 0.1 ; Q3 = 1.9]). La durée minimale de réalisation était de 0 minute contre un délai maximal de 8.3 heures (8h18).

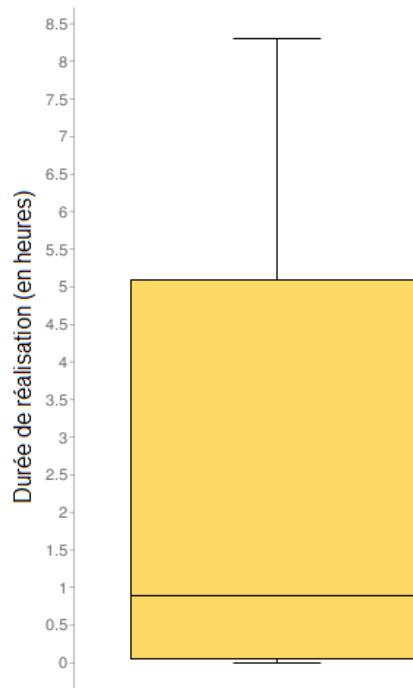


Figure 7. Durée de réalisation de l'avis spécialisé (en heures)

III. Analyse descriptive en fonction de la période de demande de l'avis spécialisé (heures ouvrables versus permanence des soins)

Nous poursuivons par une analyse bivariée en fonction de la période de demande de l'avis :

- ☐ *Heures ouvrables* : du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30, et le samedi de 8h30 à 12h30
- ☐ *Horaires de permanence des soins* : du lundi au vendredi de 18h30 à 8h30, le samedi à partir de 12h30, le dimanche et les jours fériés

A. Caractéristiques individuelles de la population en fonction de la période de demande de l'avis

Le Tableau 5 disponible en Annexe 10 présente les résultats de l'analyse bivariée comparant les caractéristiques individuelles de la population (n = 123) en reprenant les variables qualitatives, le Tableau 6 en Annexe 11 reprend quant à lui les variables quantitatives.

1. Site d'inclusion

Parmi les 45 patients du groupe *permanence des soins*, 43 (95.6%) ont été inclus à Saint Philibert, et 2 (4.4%) à Saint Vincent. Parmi les 78 patients du groupe *heures ouvrables*, 63 (80.8%) ont été inclus à Saint Philibert, et 15 (19.2%) à Saint Vincent.

2. Âge et sexe

Parmi les patients du groupe *permanence des soins*, 20 (44.4%) étaient de sexe féminin ; parmi les patients du groupe *heures ouvrables*, 33 (42.3%) étaient de sexe féminin. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (p-valeur = 0.97).

Concernant l'âge, en l'absence de normalité des variables, nous utilisons un test de Mann-Whitney-Wilcoxon. Les comparaisons s'interprètent donc sur les médianes dans chaque groupe. L'âge médian dans le groupe *permanence des soins* était de 68 ans, contre 53 ans dans le groupe *heures ouvrables*. L'âge était tout juste significativement plus élevé dans le groupe *permanence de soins* (**p-valeur = 0.049**).

3. Caractéristiques nosographiques

On notait 20 patients (44.4%) du groupe *permanence des soins* qui ont un caractère polypathologique, et 29 patients (37.2%) du groupe *heures ouvrables* ayant un caractère polypathologique. Les proportions ne variaient pas entre les deux groupes (p-valeur = 0.55).

Parmi les patients du groupe *permanence des soins*, aucun n'avait de classification CCMU 1, 27 patients (60%) avaient une classification CCMU 2, 17 patients (37.8%) une classification CCMU 3, et 1 patient (2.2%) une classification CCMU 4. Parmi les patients du groupe *heures ouvrables*, 1 patient (1.3%) avait une classification CCMU 1, 58 patients (74.4%) une classification CCMU 2, 17 patients (21.8%) une classification CCMU 3, et 2 patients (2.6%) une classification CCMU 4. La distribution de la variable ne variait pas entre les deux groupes (p-valeur = 0.19).

Parmi le groupe *permanence des soins*, 27 patients (60%) venaient pour un recours médical, et 18 patients (40%) un recours chirurgical. Parmi le groupe *heures ouvrables*, 39 patients (50%) avaient un recours médical, 34 (43.6%) un recours chirurgical, et 5 (6.4%) un recours psychiatrique (p-valeur = 0.2).

4. Modalités d'entrée aux urgences

Il y avait 16 patients (35.6%) du groupe *permanence des soins* adressés par un médecin de ville, pour 18 patients (23.1%) du groupe *heures ouvrables* (p-valeur = 0.2).

Parmi le groupe *permanence des soins*, on retrouvait 24 patients (53.3%) entrant par leur propre moyen aux urgences, 15 patients (33.3%) par ambulance, 4 (8.9%) par VSAV et 2 (4.4%) par l'intermédiaire d'un SMUR. Dans le groupe *heures ouvrables*, ils étaient 41 patients (53.9%) à entrer par leur propre moyen, 23 patients (30.3%) par ambulance, 11 (14.5%) par VSAV et 1 (1.3%) par SMUR. La distribution de la variable ne variait pas entre les deux groupes (p-valeur = 0.62)

5. Prise en charge aux urgences

Pour le groupe *permanence des soins*, 38 patients (84,4%) bénéficiaient d'une seule demande d'avis, alors que 4 patients (8,9%) et 3 patients (6,7%) exigeaient respectivement deux et trois avis distincts, soit une moyenne de 1,2 avis (écart-type +/- 0,6) avec une médiane à 1 (Q1 = 1 ; Q3 = 1).

Dans le groupe *heures ouvrables*, il y avait 72 patients (92,3%) ayant un seul avis sur leur prise en charge, et 6 patients (7,7%) ayant une double demande d'avis

spécialisé. La moyenne était donc de 1,1 avis (écart-type +/- 0,3) avec une médiane à 1 (Q1 = 1 ; Q3 = 1).

Une comparaison à l'aide d'un test de Mann-Whitney-Wilcoxon (en l'absence de normalité des variables), sur les médianes de chaque groupe, ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes (p-valeur = 0,15).

6. Orientation au décours du passage aux urgences

La durée médiane du séjour aux urgences était de 5,1 heures (Q1 = 3,6 ; Q3 = 7,2) dans le groupe *permanence des soins*, avec une moyenne de 7,4 heures (écart-type +/- 7,2). Pour le groupe *heures ouvrables*, la durée médiane du séjour aux urgences était de 5,3 heures (Q1 = 3,4 ; Q3 = 7,4), avec une moyenne de 6,7 heures (écart-type +/- 5,1). La comparaison des variables par un test de Mann-Whitney-Wilcoxon ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes (p-valeur = 0,89)

Dans le groupe *permanence de soins*, 11 patients (24.4%) retournaient au domicile, 2 (4.4%) étaient orientés vers une consultation externe, et 32 (71.1%) étaient hospitalisés. Dans le groupe *heures ouvrables*, 25 patients (32.1%) rentraient au domicile, 17 (21.8%) étaient orientés vers une consultation externe, et 36 (46.2%) finissaient hospitalisés. La distribution de la variable variait significativement entre les deux groupes, avec davantage d'hospitalisations dans le groupe *permanence des soins* (p-valeur = 0.0094).

B. Caractéristiques des avis spécialisés en fonction de la période de demande de l'avis

Le Tableau 7 disponible en Annexe 12 décrit les résultats de l'analyse bivariable concernant les caractéristiques des avis spécialisés (n = 139) en reprenant les variables qualitatives, le Tableau 8 en Annexe 13 reprend quant à lui les variables quantitatives.

1. Traçabilité de l'avis spécialisé dans le DPI

Dans le groupe *permanence des soins*, 23 avis (41.8%, IC95% = [28.9% ; 55.9%]) étaient tracés, 32 avis (58.2%, IC95% = [44.1% ; 71.1%]) ne l'étaient pas.

Dans le groupe *heures ouvrables*, 50 avis (59.5%, IC95% = [48.2% ; 69.9%]) étaient tracés, 34 avis (40.5%, IC95% = [30.1% ; 51.8%]) ne l'étaient pas.

La p-valeur du test de comparaison était tout juste non significative (p-valeur = 0.061).

2. Modalités de demande de l'avis spécialisé par l'urgentiste

a) Format de demande de l'avis spécialisé

Dans le groupe *permanence des soins*, 3 avis (5,5%) étaient sollicités en présentiel, contre 52 (94,5%) par téléphone. Dans le groupe *heures ouvrables*, 15 avis (17,9%) étaient demandés en présentiel, contre 69 (82,1%) par téléphone. La distribution de la variable ne variait pas significativement entre les deux groupes (p-valeur = 0.061).

b) Spécialité de l'avis demandé

Les principales spécialités des avis demandés dans le groupe *permanence des soins* étaient la Neurologie (n = 12 ; 21,8%), la Cardiologie (n = 10 ; 18,2%) et la Radiologie (n = 5 ; 9,1%). Concernant le groupe heures ouvrables, il s'agissait de la Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (n = 17 ; 20,2%), de la Cardiologie (n = 9 ; 10,7%) et l'Hépto-gastro-entérologie (n = 8 ; 9,5%). La figure 8 reprend l'ensemble de la distribution des avis spécialisés demandés selon la spécialité du consultant externe.

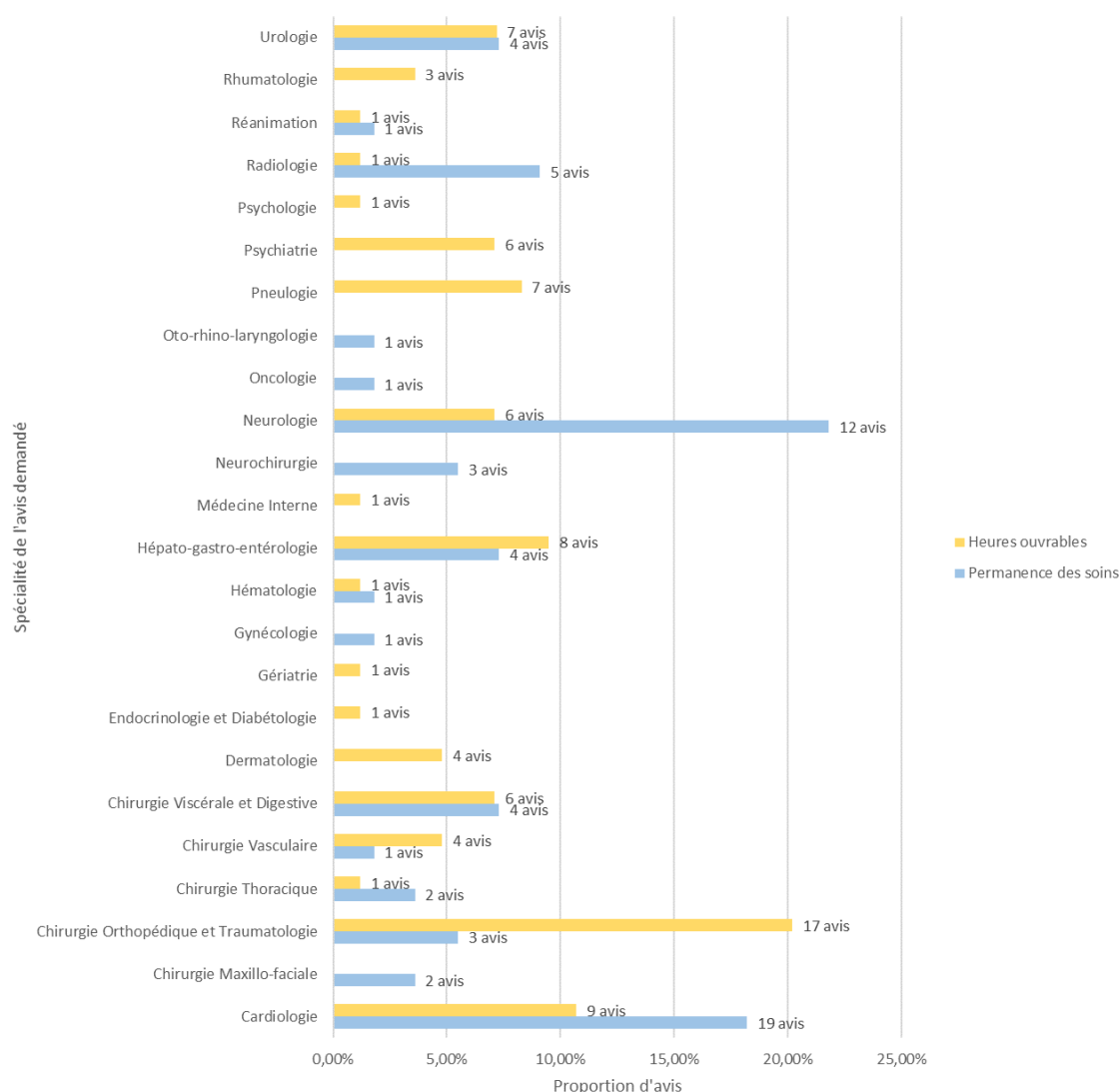


Figure 8. Proportion d'avis par spécialité en fonction de la période de demande de l'avis (permanence des soins versus heures ouvrables)

c) Nombre de relances par l'urgentiste

Le nombre de relances par l'urgentiste était en moyenne de 0,6 (écart-type +/- 0,8) dans le groupe *permanence des soins* contre 0,9 (écart-type +/- 1,2) dans le groupe *heures ouvrables*.

La médiane du nombre de relances était de 0 dans le groupe *permanence des soins*, et de 1 dans le groupe heures ouvrables. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (p-valeur = 0,26).

3. Modalités de réalisation de l'avis par le spécialiste

a) Format de réalisation

Dans le groupe *permanence des soins*, 17 avis (30.9%) étaient réalisés en présentiel, aucun par l'intermédiaire de la plateforme informatique d'établissement, 37 (67.3%) par téléphone, et 1 (1.8%) grâce à la plateforme de télé expertise. Dans le groupe *heures ouvrables*, 59 avis (70.2%) étaient réalisés en présentiel, 1 (1.2%) par la plateforme informatique d'établissement, 24 (28.6%) par téléphone, et aucun via la plateforme de télé expertise. La distribution de la variable variait significativement entre les deux groupes (**p-valeur < 0.0001**).

b) Statut et localisation du spécialiste

Dans le groupe *permanence des soins*, 15 spécialistes (27.3%) étaient sur place, 33 (60%) étaient d'astreinte, et 7 (12.7%) d'un autre établissement. Dans le groupe *heures ouvrables*, 73 spécialistes (86.9%) étaient sur place, 4 (4.8%) d'astreinte, et 7 (8.3%) d'un autre établissement. La distribution de la variable variait significativement entre les deux groupes (**p-valeur < 0.0001**).

Dans le groupe *permanence des soins*, 48 spécialistes (87.3%) étaient des séniors, et 7 (12.7%) internes. Dans le groupe *heures ouvrables*, 52 spécialistes (61.9%) étaient des séniors, et 32 (38.1%) internes. Ainsi, la proportion d'internes est significativement plus élevée dans le groupe *heures ouvrables* (**p-valeur = 0.0022**).

c) Examen clinique et demande d'examens complémentaires par le spécialiste

Les patients du groupe *permanence des soins* bénéficiaient d'un examen clinique par le spécialiste dans 30,9% des cas ($n = 17$), alors que cette proportion montait à 69% ($n = 58$) dans le groupe *heures ouvrables*. Il y avait une différence significative en faveur des patients du groupe *heures ouvrables* (**p-valeur < 0,0001**).

Le spécialiste demandait des examens complémentaires supplémentaires pour 21 patients (38,2%) du groupe *permanence des soins*, et pour 40 (47,6%) patients du groupe *heures ouvrables*. Cette différence de proportion était non significative (p-valeur = 0,36).

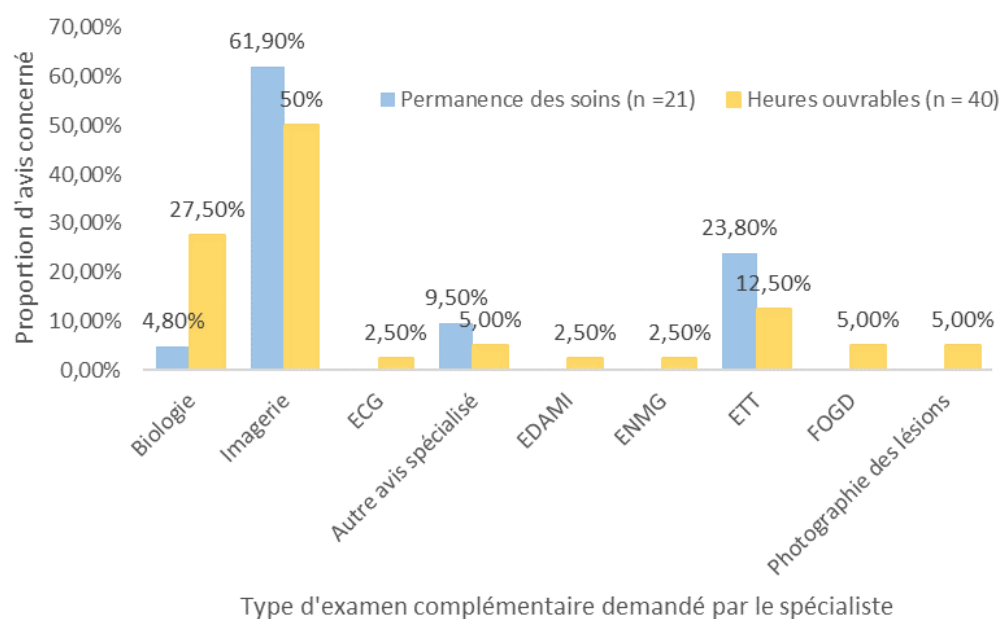


Figure 9. Proportion d'avis concernés en fonction du type d'examen(s) complémentaire(s) demandé(s) par le spécialiste et selon la période de demande de l'avis (permanence des soins versus heures ouvrables)

d) Modalités d'accès aux examens complémentaires par le spécialiste

Dans le groupe *permanence des soins*, parmi les 30 avis requérant l'accès aux examens complémentaires, 9 (30%) étaient communiqués en main propre, 4 (13.3%) par téléphone personnel, 3 (10%) par logiciel de télémedecine, et 19 (63.3%) par logiciel d'établissement. Dans le groupe *heures ouvrables*, parmi les 46 avis nécessitant l'accès aux examens complémentaires, 11 (23.9%) étaient transmis en main propre, 3 (6.5%) par téléphone personnel, et 34 (73.9%) par logiciel d'établissement.

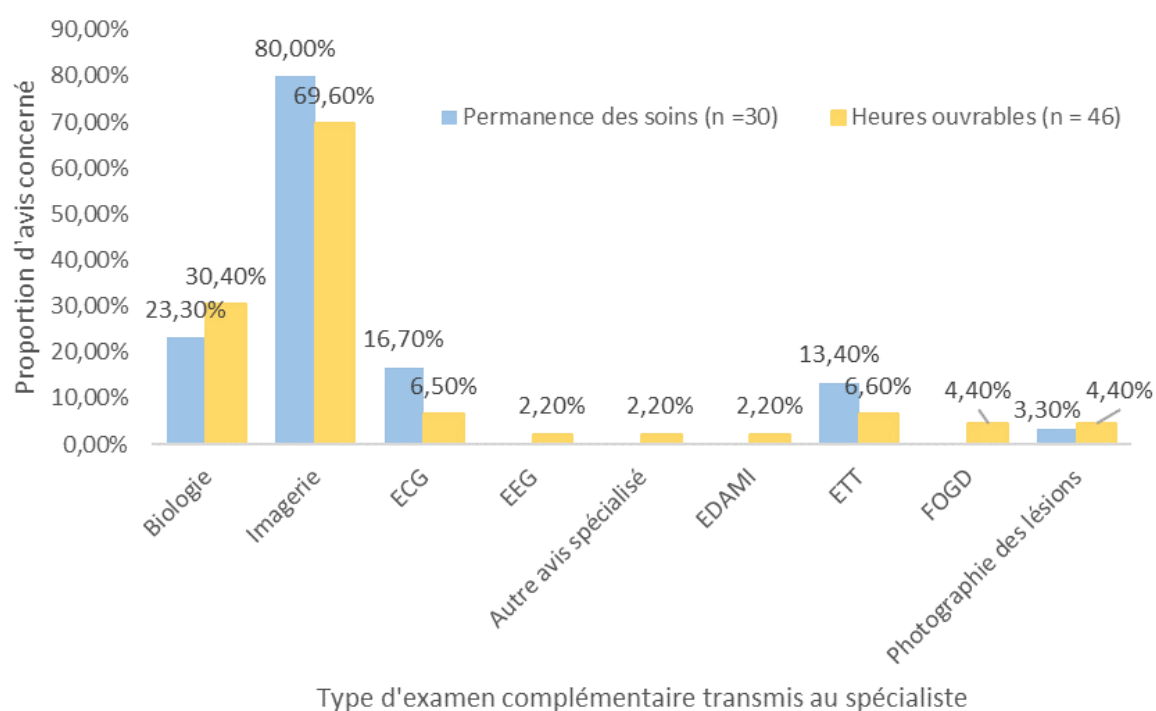


Figure 10. Proportion d'avis concernés en fonction du type d'examen(s) complémentaire(s) transmis au spécialiste et selon la période de demande de l'avis (permanence des soins versus heures ouvrables)

4. Temps moyen de réalisation de l'avis spécialisé

La durée de réalisation médiane d'un avis spécialisé était de 0.4 heure (IC95% [0.1 ; 0.7] ; Q1 = 0,1 ; Q3 = 1,1) dans le groupe *permanence des soins* soit 24 minutes. La moyenne était quant à elle de 0,7 heure (écart-type +/- 0,9) soit 42 minutes.

La durée médiane de réalisation d'un avis spécialisé était de 1.2 heure dans le groupe *heures ouvrables* (IC95% [1.0 ; 1.7] ; Q1 = 0,5 ; Q3 = 2,1) soit 1 heure et 12 minutes. La moyenne était de 1,6 heure (écart-type +/- 1,5) soit 1 heure et 36 minutes.

La comparaison des médianes par un test de Mann-Whitney-Wilcoxon montre que la durée était significativement plus longue dans le groupe *heures ouvrables* (**p-valeur < 0.0001**).

IV. Analyse descriptive en fonction du site de demande de l'avis spécialisé

Enfin, nous avons réalisé une analyse descriptive en sous-groupe en séparant les deux centres de l'étude : le centre hospitalier Saint Philibert (*CHSP*) et le centre hospitalier Saint Vincent de Paul (*CHSV*).

A noter que dans notre protocole initial, concernant le calcul du nombre de sujets nécessaires, en l'absence de données de la littérature sur le sujet, nous estimions que l'on pouvait s'attendre à 5 inclusions / centre / jour ; cet objectif était clairement atteint pour le *CHSP*, mais ne l'était pas pour le *CHSV* au-delà des deux premiers jours.

A. Caractéristiques individuelles de la population en fonction du centre d'inclusion

Le Tableau 9 accessible en Annexe 14 expose les caractéristiques individuelles de la population (n = 123) en fonction du site d'inclusion en reprenant les variables qualitatives, le Tableau 10 en Annexe 15 reprend quant à lui les variables quantitatives.

1. Site d'inclusion

Pour rappel, nous avons inclus 106 patients sur le site du *CHSP* (86.2%) et 17 patients pour le *CHSV* (13.8%).

2. Âge et sexe

50 patients (47,2%) ayant consulté au *CHSP* étaient de sexe féminin, contre 3 patients (17,6%) au *CHSV*.

L'âge moyen des patients du groupe *CHSP* était de 61,6 ans (écart-type +/- 20,4) avec une médiane de 65 ans (Q1 = 44,2 ; Q3 = 80,5). Les patients du groupe *CHSV* avaient un âge moyen de 43,5 ans (écart-type +/- 15,7) pour une médiane de 39 ans (Q1 = 32 ; Q3 = 47).

3. Caractéristiques nosographiques

Le caractère polypathologique était retrouvé pour 47 patients (44,3%) au sein du groupe *CHSP* versus 2 patients (11,8%) du groupe *CHSV*.

Parmi les patients ayant consulté au *CHSP*, aucun n'avait de classification CCMU 1, 72 (67,9%) étaient classés CCMU 2, 31 (29,2%) CCMU 3 et 3 (2,8%)

CCMU 4. À propos des patients du groupe *CHSV*, 1 (5,9%) avait une classification CCMU 1, 13 (76,5%) étaient classés CCMU 2 et 3 (17,6%) patients CCMU 3.

Le motif de recours principal aux urgences, pour le groupe *CHSP*, était pour 56,6% (n = 60) des patients inclus pour raison médicale, 39,6% (n = 42) chirurgicale et 3,8% (n = 4) psychiatrique. Pour le groupe *CHSV*, la répartition était de 35,3% (n = 6) de recours médicaux, 58,8% (n = 10) chirurgicaux et 5,9% (n = 1) psychiatrique.

4. Modalités d'entrée aux urgences

Le patient était adressé par un médecin de ville pour 28,3% (n = 30) des patients inclus sur le site du *CHSP* contre 23,5% (n = 4) des patients inclus sur le site du *CHSV*.

Dans le groupe *CHSP*, le mode d'arrivée s'accomplissait par véhicule personnel pour 58 patients (55,2%), ambulance pour 36 patients (34,3%), VSAV pour 10 patients (9,5%) et SMUR pour 1 patient (1%) (Donnée manquante pour 1 patient). Dans notre échantillon, pour le groupe *CHSV*, le mode d'arrivée aux urgences était réalisée par véhicule personnel pour 7 patients (43,75%), ambulance pour 2 patients (12,5%), VSAV pour 5 patients (31,25%) et SMUR pour 2 patients (12,5%) (Donnée absente pour 1 patient).

5. Prise en charge aux urgences

Dans le groupe *CHSP*, un nombre total de 117 avis était sollicité pour nos 106 patients, avec 59,4% (n = 63) des patients jouissant d'une demande d'avis en heures ouvrables. Pour le groupe *CHSV*, 17 patients bénéficiaient d'un total de 22 avis, dont 88,2% (n = 17) en heures ouvrables.

Concernant le nombre d'avis demandé, ils étaient 97 patients (91,5%) au *CHSP* et 13 patients (8,3%) au *CHSV* à bénéficier d'une demande unique d'avis, 7 patients (6,6%) du *CHSP* et 3 patients (17,6%) du *CHSV* bénéficiaient d'une double demande d'avis. Enfin, 2 patients (1,9%) de *CHSP* et 1 patient (5,9%) de *CHSV* avaient trois demandes d'avis distinctes pour leur prise en charge.

6. Orientation au décours du passage aux urgences

La durée moyenne du séjour était de 6,9 heures (écart-type +/- 5,6) soit 6 heures et 54 minutes à Saint Philibert avec une médiane de 5,2 heures (Q1 = 3,4 ; Q3 = 7,7). Pour le site de Saint Vincent de Paul, la durée moyenne du séjour était de 7,2 heures (écart-type +/- 7,8) soit 7 heures et 12 minutes avec une médiane de 4,5 heures (Q1 = 3,6 ; Q3 = 6,4).

Le retour au domicile était opéré pour 27,4% (n= 29) des patients inclus sur le site du *CHSP* contre 41,2% (n = 7) sur le site du *CHSV*. Une hospitalisation était retenue pour 57,5% des patients (n = 61) du *CHSP* et 41,2% des patients (n = 7) du groupe *CHSV*. Une consultation spécialisée en externe était organisée pour 15,1% des patients du *CHSP* et 17,6% du *CHSV*.

B. Caractéristiques des avis spécialisés en fonction du centre d'inclusion

Le Tableau 11 disponible en Annexe 16 décrit les résultats de l'analyse bivariée concernant les caractéristiques des avis spécialisés (n = 139) en reprenant les variables qualitatives, le Tableau 12 en Annexe 17 reprend quant à lui les variables quantitatives.

1. Traçabilité de l'avis spécialisé dans le DPI

Au *CHSP*, 66 avis (56.4%, IC95% = [46.9% ; 65.5%]) étaient tracés par le spécialiste dans le DPI, et donc 51 avis (43.6%, IC95% [34.5% ; 53.1%]) ne l'étaient pas. Au *CHSV*, 7 avis (31.8%, IC95% = [14.7% ; 54.9%]) étaient tracés, et 15 avis (68.2%, IC95% [45.1% ; 85.3%]) n'étaient pas tracés. L'intervalle de confiance était plus ample pour la proportion d'avis tracés au *CHSV* en raison du faible effectif.

2. Modalités de demande de l'avis spécialisé par l'urgentiste

a) Format de demande de l'avis spécialisé

Dans le groupe *CHSP*, 17 avis (14,5%) étaient demandés en présentiel, et 100 (85,5%) par téléphone. Dans le groupe *CHSV*, 1 avis (4,5%) était demandé en présentiel, contre 21 (95,5%) par téléphone.

b) Spécialité de l'avis demandé

Les principales spécialités des avis demandés dans le groupe *CHSP* étaient la Cardiologie (n = 19 ; 16,2%), la Neurologie (n = 18 ; 15,4%) et la Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (n = 14, 12%). Concernant le *CHSV*, il s'agissait de la Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (n = 6 ; 27,3%), de la Dermatologie (n = 4 ; 18,2%), puis à parité la Psychiatrie, la Chirurgie Maxillo-faciale et la Chirurgie Viscérale et digestive (n = 2 ; 9,1%). La Figure 11 reprend l'ensemble de la distribution des avis spécialisés demandés selon la spécialité du consultant externe.

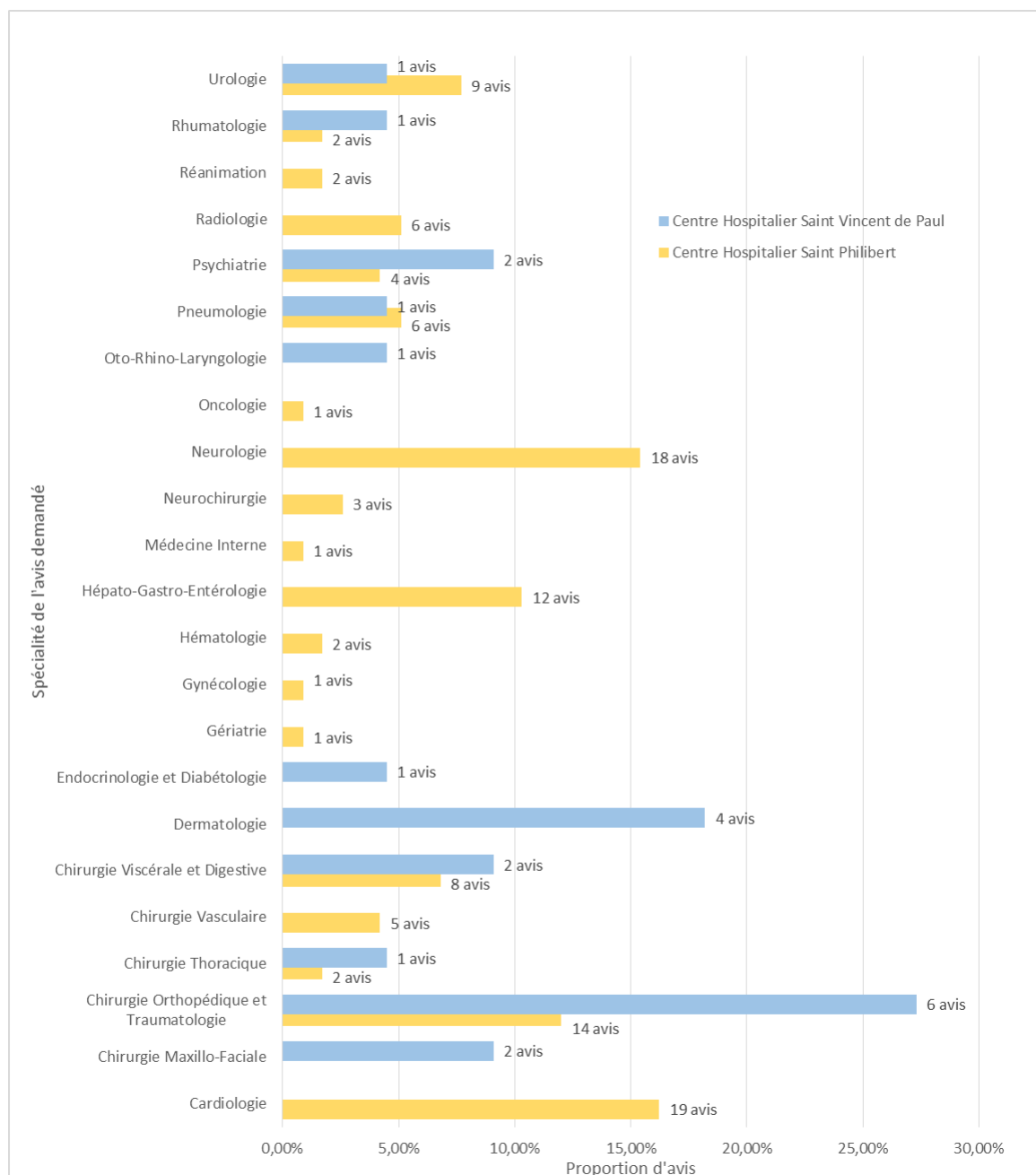


Figure 11. Proportion d'avis par spécialité en fonction du centre d'inclusion (Centre Hospitalier Saint Philibert versus Centre Hospitalier Saint Vincent de Paul)

c) Nombre de relances par l'urgentiste

Le nombre de relances par l'urgentiste était en moyenne de 0,8 (écart-type +/- 1,1) au *CHSP* et de 0,8 (écart-type +/- 0,8) dans le groupe *CHSV*.

La médiane du nombre de relances était de 0 dans le groupe *CHSP* (Q1 = 0 ; Q3 = 1), et de 1 dans le groupe *CHSV* (Q1 = 0 ; Q3 = 1). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (p-valeur = 0,26).

3. Modalités de réalisation de l'avis par le spécialiste

a) Format de réalisation

Pour le groupe *CHSP*, 65 avis (55.6%) étaient réalisés en présentiel, 1 avis (0.9%) était réalisé à l'aide de la plateforme informatique d'établissement, 50 avis (42.7%) étaient réalisés par téléphone, et 1 avis (0.9%) à l'aide d'une plateforme de télé expertise. Pour le groupe *CHSV*, 11 avis (50%) étaient réalisés en présentiel, et 11 avis (50%) par téléphone.

b) Statut et localisation du spécialiste

Dans le groupe *CHSP*, 73 spécialistes (62,4%) étaient sur place, 35 (29,9%) étaient d'astreinte, et 9 (7,7%) sur un autre établissement. Dans le groupe *CHSV*, 15 spécialistes (68,2%) étaient sur place, 2 (9,1%) d'astreinte, et 5 (22,7%) sur un autre établissement.

Dans le groupe *CHSP*, 90 spécialistes (76,9%) étaient des seniors, et 27 (23,1%) avaient le statut d'interne. Dans le groupe *CHSV*, 10 spécialistes (45,4%) étaient des seniors, et 12 (54,5%) possédaient le statut d'interne.

c) Examen clinique et demande d'examens complémentaires par le spécialiste

Les patients du *CHSP* bénéficiaient d'un examen clinique par le spécialiste dans 54,7% des cas ($n = 64$), alors que cette proportion était de 50% ($n = 11$) dans le groupe *CHSV*.

Le spécialiste demandait des examens complémentaires additionnels pour 55 patients (47%) du groupe *CHSP*, et pour 6 patients (27,3%) du groupe *CHSV*.

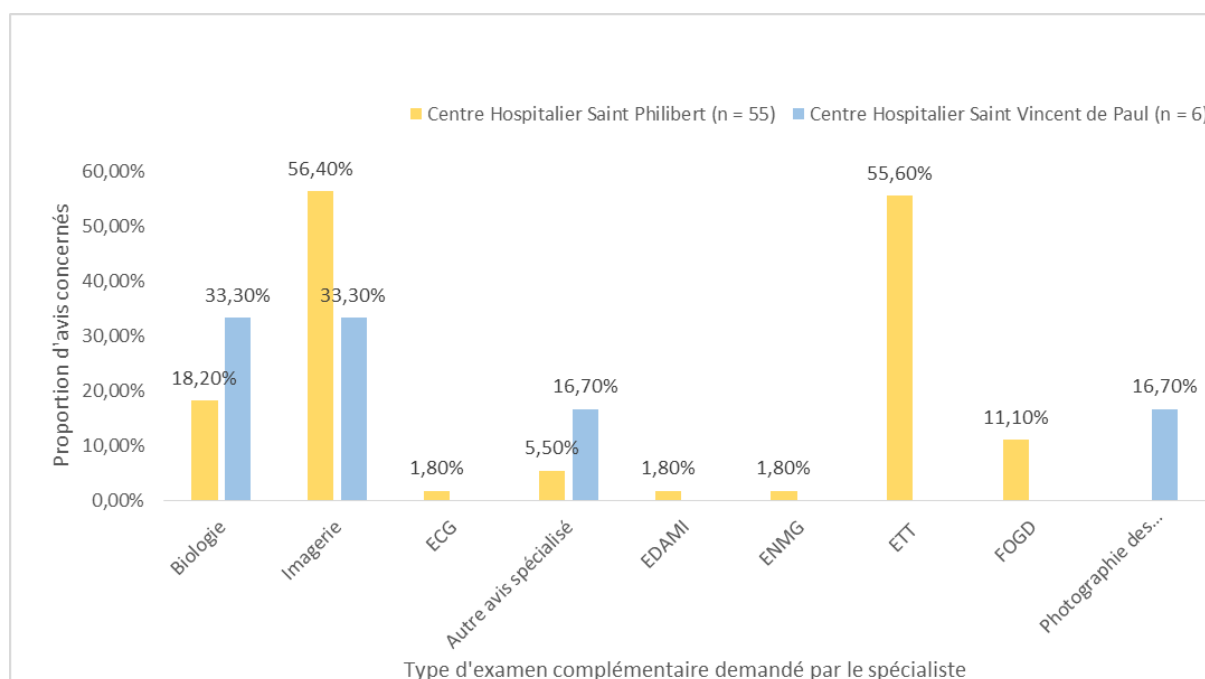


Figure 12. Proportion d'avis concernés en fonction du type d'examen(s) complémentaire(s) demandé(s) par le spécialiste et selon le lieu d'inclusion (Centre Hospitalier Saint Philibert versus Centre Hospitalier Saint Vincent de Paul)

d) Modalités d'accès aux examens complémentaires par le spécialiste

Au *CHSP*, les documents étaient communiqués en main propre pour 20 avis (31.3%), par téléphone personnel pour 4 avis (6.3%), par logiciel de télémedecine pour 3 avis (4.7%), et par le logiciel d'établissement pour 44 avis (68.8%). Au *CHSV*, les documents étaient transmis par téléphone personnel pour 3 avis (25%), et par logiciel d'établissement pour 9 avis (75%).

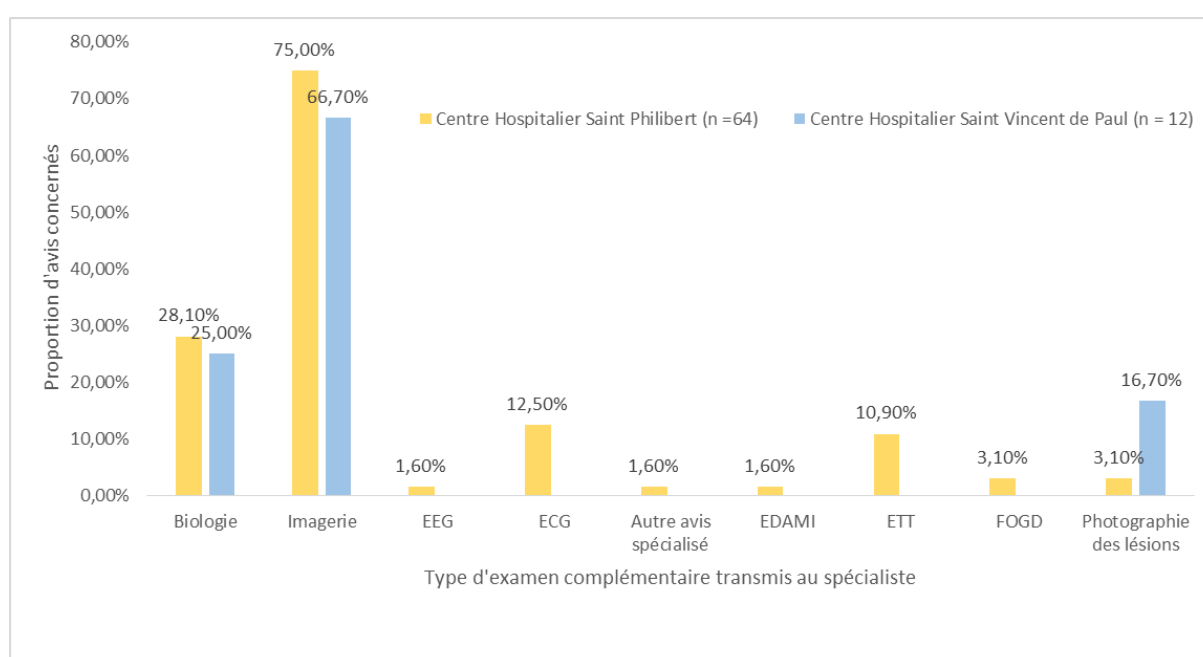


Figure 13. Proportion d'avis concernés en fonction du type d'examen(s) complémentaire(s) transmis au spécialiste et selon le lieu d'inclusion (Centre Hospitalier Saint Philibert versus Centre Hospitalier Saint Vincent de Paul)

4. Temps moyen de réalisation de l'avis spécialisé

La durée moyenne de réalisation des avis spécialisés était de 1.2 heure (IC95% [1.01 ; 1.44]) au *CHSP* soit 1 heure et 12 minutes, contre 1.5 heure (IC95% [0.83 ; 2.3]) au *CHSV* soit 1 heure et 30 minutes.

DISCUSSION

I. Intérêt et forces de l'étude

Notre étude se démarque de par son originalité en s'intéressant à la traçabilité des avis spécialisés au sein du DPI. En effet, il n'existe pas de travaux analogues dans la littérature.

Nous montrons qu'il existe près de la moitié des avis spécialisés qui ne sont pas tracés au sein du dossier patient (47,5%, IC95% [39,0 ; 56,1]). Cette absence de traçabilité monte à 58,2% (IC95% [44,1 ; 71,1]) en période de permanence des soins.

L'exhaustivité du recueil des avis spécialisés au sein du SAU du CH Saint Philibert (117 avis concernant 109 patients inclus sur 403 patients éligibles), et les caractéristiques des patients arrivés aux urgences du CHSP comparables à celles des patients des mois de Juillet 2019 et 2020, ainsi que l'année 2019, (Tableau 13, Annexe 18) rendent l'extrapolation de ces résultats possible à l'échelle de notre centre.

Nous avons fait le choix d'étudier exclusivement les avis réalisés à la demande de l'urgentiste, tout en prenant le parti de ne pas inclure les patients adressés au SAU à la demande du spécialiste. Ainsi, nous nous sommes affranchis d'un éventuel biais de sélection chez des patients qui auraient pu être attendus par le spécialiste et donc influencer sur la traçabilité de l'avis dans le DPI, ainsi que sur le temps de réalisation de l'avis spécialisé.

Notre étude devait être multicentrique et concernés davantage de structures de médecine d'urgence initialement, mais la faisabilité a été remise en question par

la pandémie à SARS-CoV2. Cependant, en choisissant de travailler sur les SAU des CH Saint Philibert et Saint Vincent de Paul, appartenant tous deux au GHICL, et ayant le même niveau d'organisation, nous avons obtenu une meilleure homogénéité des résultats.

En effectuant notre recueil sur une semaine complète, et sur l'ensemble du nycthémère, nous avons pris en compte une semaine type. En effet, la période de garde représente 67.8% (soit 114 heures) du temps hebdomadaire pour l'urgentiste, influant de facto les modalités de demande et de réalisation des avis spécialisés.

Le point intéressant de notre travail est la différence significative concernant le temps médian de réalisation de l'avis spécialisé entre la période de la *permanence des soins* et les *heures ouvrables*. Nous observons un temps médian de 24 minutes en période de *permanence des soins* versus 1 heure et 12 minutes aux *heures ouvrables*. Cela s'explique en partie par le fait que la majorité des avis donnés en période de *permanence des soins* le sont par téléphone (67,3%) alors qu'aux *heures ouvrables*, 70,2% le sont en présentiel. Le fait de livrer son avis en présentiel implique le plus souvent l'examen clinique du patient (69% aux heures ouvrables, 30,9% en période de permanence des soins), ce qui a pour vocation d'allonger le temps de réalisation de l'avis.

Un des facteurs expliquant le peu d'avis en période de *permanence des soins* réalisés de manière présentielle est dû au niveau d'organisation au sein du GHICL, avec 86,9% des avis réalisés par des spécialistes sur place aux *heures ouvrables* contre 60% d'entre eux réalisés par des spécialistes d'astreinte en horaire de *permanence des soins*. En effet, sur le site du CHSV, les médecins de garde sur place lors de la permanence des soins sont 2 urgentistes adultes et 2 internes de

médecine pour les urgences, 1 pédiatre avec 1 interne pour les urgences pédiatriques, 1 gynécologue et 1 interne pour les urgences gynécologiques, ainsi qu'un anesthésiste. Concernant le site du *CHSP*, nous dénombrons 1 urgentiste ainsi que 2 internes en médecine pour les urgences, 1 réanimateur et 1 interne pour la Réanimation polyvalente et l'USC, ainsi qu'un cardiologue, les autres spécialistes étant d'astreinte.

Un autre résultat intéressant de notre étude concerne l'orientation au décours du passage aux urgences des patients bénéficiant d'un avis spécialisé qui varie de manière significative en fonction de la période de demande de l'avis spécialisé. En période de *permanence des soins*, 71,1% étaient hospitalisés contre 46,3% en *heures ouvrables*. Cela s'explique par différents facteurs. En journée, il est nécessaire d'avoir l'accord du spécialiste pour pouvoir hospitaliser un patient dans son service, alors qu'en période de garde, pour la plupart des services, cela est laissé à l'appréciation du médecin urgentiste.

La distribution de l'âge moyen varie également en fonction de la période de demande de l'avis spécialisé, avec un âge moyen de 68 ans en *permanence des soins* versus 53 ans aux *heures ouvrables*. Une des stratégies de prise en charge de ces personnes âgées est de les garder en surveillance en UHCD en nuit profonde. En effet, lorsqu'une hospitalisation dans un service conventionnel ne paraît pas nécessaire, cela permet d'éviter les retours nocturnes au domicile, d'autant plus quand ce sont des personnes présentant des critères de fragilité ou vivant seule.

II. Biais et limites

La période d'inclusion des patients en juillet, bien qu'imposée par le contexte sanitaire, est marquée par les congés d'été. Cela peut être à l'origine d'un biais de confusion. Les congés de certains praticiens ou internes, peuvent en effet être responsable de la réorganisation des services d'aval, pouvant avoir un impact sur les modalités et délais de réalisation de l'avis. En effet, la réduction des effectifs médicaux peut être vectrice d'un allongement du temps de réalisation de l'avis spécialisé, mais également une diminution de la traçabilité pour des praticiens ne pouvant se dissocier de leur activité de soins.

Le manque d'exhaustivité des inclusions au sein du SAU du CH Saint Vincent de Paul au-delà du deuxième jour d'inclusion peut également porter interrogation, et limite la validité des résultats à l'échelle de ce centre. Nous avons estimé lors de la réalisation du protocole de cette étude pouvoir inclure au moins 5 patients par jour et par centre. Les raisons de cet échec pour le *CHSV* sont multifactorielles : une carence d'information des praticiens du service, la mauvaise signalétique relative à la localisation des CRF papiers, et une charge de travail importante pouvant être responsable d'une athymhormie de la part des praticiens en présence.

La question de la réalisation d'un CRF au format papier peut également porter question à l'ère du tout numérique au sein des structures d'urgence. Le choix de cet outil s'est justifié par la volonté de faciliter le remplissage de celui-ci, en un temps estimé de 1 minute et 30 secondes environ. Cependant, il existe des limites inhérentes à l'utilisation de ce format. En effet, il a pu être source d'un biais de mesure concernant les horaires de demande et de fin de réalisation de l'avis spécialisé. Ceux-ci n'étant pas tracés informatiquement dans le DPI, ils pouvaient

être remplis a posteriori, en ayant pour conséquence une approximation de ces horaires, responsable de ce biais.

Nous avons pris le parti de ne pas exploiter une question initialement présente dans le CRF. Dans la section « Devenir du patient », il s'agit de la question « Si hospitalisation : » avec les modalités « à la demande de l'urgentiste » et « à la demande du spécialiste ». A posteriori, nous nous sommes rendu compte que cela n'avait que peu d'intérêt pour répondre à nos interrogations, et pouvait être à l'origine d'un biais de classement, se basant sur un critère peu objectif.

Une autre limite est inhérente à l'organisation interne du GHICL. En effet, les entités Saint Philibert et Saint Vincent de Paul se comportent comme deux structures complémentaires. Le CH Saint Philibert comprend les services médicotéchniques comme la Réanimation, l'UNV, l'USIC, mais aussi un service de Gastro-entérologie faisant figure de plateau de recours à l'échelon régional pour les procédures endoscopiques interventionnelles, ainsi que des services de Chirurgie Viscérale et Digestive, Vasculaire, Orthopédique, et Thoracique. Le CH Saint Vincent de Paul comporte quant à lui le Pôle Mère-enfant, ainsi qu'un pôle de Médecine Polyvalente, la Psychiatrie, la Neurologie générale, l'ORL, l'Ophtalmologie, la Dermatologie, la Cancérologie et l'Hématologie. Les praticiens de spécialité exerçant au sein de ces deux centres se répartissent les astreintes pour l'ensemble du GHICL. Cela peut donc engendrer un biais de sélection initial sur le type d'avis de recours en fonction du centre d'inclusion du patient. Mais également un biais de mesure, en fonction de la spécialité et de la localisation du praticien au moment de la demande.

III. Validité externe

Peu d'études de la littérature se sont intéressées au sujet de la traçabilité des avis spécialisés au sein des structures de médecine d'urgence.

Concernant la proportion de patients bénéficiant d'un avis lors du passage aux urgences, si l'on compare les 106 patients inclus sur le *CHSP* pour un nombre de passages de 434 patients sur la semaine d'étude, centre dans lequel nous avons une exhaustivité des inclusions, cette proportion est de 24,3%. Elle est tout à fait comparable au résultat retrouvé par Lerat-Golasowski (9) lors de son travail de thèse au sein des urgences de Cambrai avec une proportion de 21,2% des patients.

Deux thèses se sont plus particulièrement intéressées à une population de patients consultant aux urgences et adressés par leur médecin généraliste. Chauvet et Chanson (17) retrouvaient 45,1% patients bénéficiant d'un avis spécialisé sur un échantillon de 144 patients du CH La Timone de Marseille, Strateman (10) retrouvait quant à elle 32,6% sur un échantillon de 319 patients. Ce recours plus important à l'avis spécialisé que dans notre étude peut s'expliquer principalement par le fait qu'une première évaluation médicale a pu juger de la pertinence d'un adressage aux urgences pour la réalisation de cet avis spécialisé.

Une étude menée au sein du SAU du CH Valenciennes par Le Beuan & al. (18) a étudié 232 avis de manière prospective sur le mois de mars 2016. Elle retrouvait des résultats similaires concernant les principales spécialités de recours avec la Traumatologie (17,2% ; IC95% [12,6 ; 22,7] et la Neurologie (10,3% ; IC95% [6,7 ; 15]). La principale modalité de demande de l'avis spécialisé était légèrement inférieure à celles observées dans notre étude, avec 77,4% (IC95% [71 ; 82,6%]) de demande d'avis par le biais d'un appel téléphonique. La réalisation de l'avis

spécialisé était opérée par téléphone dans 46,5% des cas (IC95% [39,8 ; 53,2]) ce qui en fait une proportion tout à fait semblable au 43,9% (IC95% [35,6 ; 52,1]) observés dans notre travail.

Concernant le temps moyen de réalisation de l'avis spécialisé aux urgences, Bazin & al. (19) notaient un temps de réalisation moyen de 45 minutes, Jarrar & al. (20) de 38 minutes et Le Beuan & al. (18) descendaient à 33 minutes. Ces résultats sont bien inférieurs au délai moyen de réalisation de l'avis spécialisé dans notre étude qui est de 1h18 (+/- 1,3).

IV. Pistes de réflexion

A. Perception des avis spécialisés par les médecins demandeurs

Nous nous sommes interrogés, à la suite de ce travail, à la perception des avis spécialisés par les médecins demandeurs exerçant aux urgences du *CHSP*.

Pour cela, nous avons rédigé un questionnaire informatisé (Annexe 19) qui a été soumis sur la boîte mail institutionnel des praticiens hospitaliers du service des Urgences du *CHSP* (n = 8), ainsi que les internes intervenant durant leur garde ou réalisant leur stage au sein de ce service (n = 26). Nous avons obtenu un taux de réponse de 76,5% (26 réponses sur 34). Les résultats sont disponibles dans le Tableau 14, Annexe 20.

Il est intéressant de relever que 57,8% des interrogés ne tracent pas de manière systématique l'identité du médecin auquel l'avis spécialisé est demandé. La majorité d'entre eux (42,3%) estiment le délai moyen de réalisation d'avis spécialisé entre 20 à 39 minutes. Ce décalage avec le délai mesuré dans notre étude peut être

en partie expliqué par le fait que les interrogés sont essentiellement des internes (80,8%) qui exercent leur activité aux urgences sur la période de la permanence des soins. Dans ce contexte de période de garde, nous retrouvons un délai de 24 minutes en moyenne.

L'utilisation du smartphone, outil présent dans la poche de la plupart des médecins de nos jours, peut être une piste à explorer pour améliorer la réalisation des avis spécialisés. En effet, 42,3% des praticiens avouent utiliser leur téléphone personnel pour la demande d'avis spécialisé, et l'utilisation de celui-ci grimpe 84,6% lorsqu'il s'agit de l'envoi d'examens complémentaires, essentiellement par le biais de SMS (84,6%). La création et l'utilisation d'une application smartphone pour demande et réalisation des avis spécialisés semble recueillir un avis favorable pour les deux tiers des interrogés (69,2%).

B. Perception des avis spécialisés par les médecins effecteurs

Sur un mode similaire présenté à celui précédemment, nous avons interrogé 166 spécialistes, seniors et internes, sur leur perception des avis spécialisés donnés aux urgences, par l'intermédiaire d'un CRF électronique (Annexe 21). Nous avons obtenu un taux de réponse de l'ordre de 54,8% (n = 91). Les résultats sont disponibles dans le Tableau 15, Annexe 22.

Sur notre échantillon ainsi sondé, il y avait 65,9 % des spécialistes qui confessaient ne pas tracer de manière systématique leur avis au sein du DPI. Le délai moyen de réalisation était estimé entre 20 et 39 minutes pour 37,4% d'entre eux, mais 20,9% l'estimaient à plus d'une heure.

Le smartphone était utilisé par 39,6% des spécialistes pour la réalisation d'avis spécialisé, et atteignait 46,2% lorsqu'il s'agit de recevoir des examens complémentaires. Il y a 47,3% de ces spécialistes qui estimaient que l'interface la plus utile pour la demande et la réalisation des avis serait une application smartphone dédiée. Pour 86,8% d'entre eux, celle-ci devrait comporter une fonction d'envoi d'examens complémentaires de manière sécurisée, et 81,3% estimaient qu'elle devrait permettre l'intégration de l'avis spécialisé signé et horodaté au sein du DPI.

C. Perspectives de développement

Une étude à plus grande échelle, notamment régionale, permettrait de pouvoir prendre en compte les disparités organisationnelles des différents établissements concernant ces avis spécialisés. En effet, les enjeux ne sont pas les mêmes au sein de structures comme les Centres Hospitalo-Universitaires, jouissant d'une présence renforcée et accrue de spécialiste sur l'ensemble du nycthémère, que dans les Centres Hospitaliers Généraux de périphérie.

Cette problématique d'avis spécialisé pourrait également être évaluée à l'échelon de l'ensemble de la structure hospitalière, et notamment des avis de spécialité entre les services, par le biais d'une étude dédiée, afin de réfléchir au développement d'outils communs à l'ensemble des services d'un groupe hospitalier.

L'intégration des outils technologiques et du numérique est inhérent à l'évolution de la médecine moderne. La médecine d'urgence ne peut pas se développer sans ces nouvelles technologies qui pourraient permettre une accentuation de la traçabilité des dossiers et ainsi un meilleur accès aux ressources concernant le patient pour lequel l'avis est demandé. Il est cependant indispensable

de ne pas occulter les problématiques de sécurité concernant la transmission des données médicales, afin de respecter le secret médical auquel le patient a droit. L'utilisation actuelle des messageries, comme WhatsApp, bien que cryptée et pouvant avoir un réel intérêt en pratique clinique pour les échanges entre cliniciens (21), n'est pas réglementée comme le rappelle Mars & al. (22).

La création d'un tel outil numérique, permettant la demande et la réalisation des avis spécialisés, est à intégrer dans le domaine de la télémédecine, et plus exactement la télé-expertise comme définit par le code de santé publique (23).

Le smartphone bénéficie de multiples avantages vis-à-vis d'une interface type ordinateur. Son accessibilité quasi permanente par le praticien qui en dispose au sein de sa poche. La facilité et le caractère intuitif d'un outil utilisé par une large partie du corps médical comme rapporté par Thomairy & al. (24). Une équipe brésilienne a par ailleurs démontrée que l'utilisation de l'interface d'un smartphone pour l'interprétation des imageries permettait une interprétation précise sans perte de qualité de l'imagerie initiale (25). Des solutions de ce type ont déjà été développées par certaine spécialité pour répondre aux problématiques de démographie médicale sur ces spécialités avec des retours encourageants (26, 27).

CONCLUSION

Notre étude est la seule dans la littérature récente à s'être penchée sur la problématique de traçabilité des avis spécialisés réalisés au sein des SAU, par les spécialistes dans le DPI.

L'observation des avis réalisés au sein des SAU du GHICL montre que 52,5% (IC95% [43,9 ; 61,0]) sont effectivement tracés, c'est à dire horodatés et signés par le spécialiste dans le DPI. Cette proportion descend à 39,6% (IC95% [28,9 ; 55,9]) en période de permanence des soins contre 59,5% (IC95% [48,2 ; 69,9]) aux heures ouvrables.

Afin de répondre aux impératifs de démarche qualité, il paraît indispensable de mettre en place des outils permettant de renforcer la traçabilité des soins apportés aux patients, et donc des avis spécialisés qui font partie intégrante de la prise en charge du patient en médecine d'urgence.

L'utilisation d'une interface numérique sécurisée, permettant l'accès au DPI à distance, ou par l'intermédiaire d'une application tierce, pourrait être envisagée afin de répondre à ces impératifs. Elle pourrait permettre la demande, l'envoi de données, notamment d'examens complémentaires, en assurant la qualité et la sécurité de ceux-ci, ainsi que la réalisation de l'avis par le spécialiste. Cet outil devrait également assurer l'intégration de l'avis spécialisé horodaté et signé au sein du DPI. Celle-ci pourrait être déployée aussi bien au sein des services d'urgences qu'à l'échelle de l'établissement pour couvrir l'ensemble des avis intra-hospitaliers. L'implantation d'un tel outil à l'échelle d'une structure hospitalière demande à être évaluée au décours.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. (2015)
- (2) Nemitz B, Carli P, Carpentier F, et al (2012). Référentiel métier compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urg* 2:125–38.
- (3) Roemer MI, Montoya-Aguilar C. (1988), Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva, WHO Offset Publication No. 105, 82 p.
- (4) Institute of Medicine (2001), Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century. Washington DC, National Academy Press.
- (5) Ordre National des Médecins (2019). Code de déontologie médicale.
- (6) Cour des Comptes (2019). Le rapport public annuel 2019 -Tome 2. 433 p.
- (7) Toutlemonde F. (2019) Les établissements de santé. DRESS; 197 p.
- (8) Rottner J. (2006). Critères d'évaluation des services d'urgences. SFMU.
- (9) Lerat-Golasowski M. (2015) Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai. Université du Droit et de la Santé - Lille.
- (10) Boudy Lapouge M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : description et analyse des motifs de recours. (2013). Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- (11) Observatoire Régional des Urgences, Haut-de-France. Plaquette ORU Données générales [Internet]. esante-hdf.fr. [cité 25 août 2020]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1--ZWLC5Pdm5t2so4TDDQzEr8v2hZGr7b/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
- (12) Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie. 2018-571 (2018).

- (13) GHICL. Chiffres clés [Internet]. ghicl.fr. [cité 25 août 2020]. Disponible sur : <https://www.ghicl.fr/ghicl/chiffres-cles.html>
- (14) Almirall, J; Fortin, M. (2013). The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *Journal of Comorbidity*, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 4-9.
- (15) Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. Code de Santé Publique (2012)
- (16) Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine. (2017).
- (17) Chauvet L, Chanson M. Patients adressés par le médecin traitant aux urgences: une prise en charge extra-hospitalière était-elle possible? Étude rétrospective du 1er juin au 30 décembre 2016. (2016) Faculté de Médecine - Aix Marseille Université.
- (18) Le Beauan C, Winter M, Tristram A, Houdre N, Maisonneuve A, Wiel E. Evaluation du recours aux avis spécialisés dans un service d'urgence en 2016. (2017) SFMU. Urgences 2017
- (19) Bazin A., Garnerin P., Vermeulen B., Unger P. F., Etude sur l'analyse des flux aux urgences: contexte, méthodes et résultats. (2001) *Urg.* 2001 ; 18:162-172.
- (20) Jarrar MS, Khelifi S, Amor WB. L'accueil et la durée de la prise en charge des patients au service des urgences du CHU Farhat Hached. Etude prospective. *J Magh A Réa Méd Urg.* XV:251- 257.
- (21) Giordano V, Koch H, Godoy-Santos A, Dias Belangero W, Esteves Santos Pires R, Labronici P. WhatsApp Messenger as an Adjunctive Tool for Telemedicine: An Overview. (2017). *Interact J Med Res.* 21 juill 2017;6(2):e11.
- (22) Mars M, Morris C, Scott RE. WhatsApp guidelines - what guidelines? A literature review. (2019) *J Telemed Telecare.* 2019;25(9):524-529.
- (23) Code de la santé publique - Article L6316-1.
- (24) Thomairry NA, Mummaneni M, Alsalamah S, Moussa N, Coustasse A. Use of Smartphones in Hospitals. (2015). *Health Care Manag (Frederick).* déc 2015;34(4):297-307.

- (25) Venson JE, Bevilacqua F, Berni J, Onuki F, Maciel A. Diagnostic concordance between mobile interfaces and conventional workstations for emergency imaging assessment. (2018). *International Journal of Medical Informatics*. 2018;113:1-8.
- (26) Ambroise B, Benateau H, Garmi R, Hauchard K, Prevost R, Veyssière A. The role of telemedicine in the management of maxillofacial trauma in emergency departments - preliminary results. (2019) *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. avr 2019;120(2):95-8.
- (27) Stahl I, Dreyfuss D, Ofir D, Merom L, Raichel M, Hous N, et al. Reliability of smartphone-based teleradiology for evaluating thoracolumbar spine fractures. (2017). *Spine J*. 2017;17(2):161-7.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de soutien du COMU 59-62



Mr Valentin Calveyrac a présenté son projet de recherche intitulé « Etat des lieux des avis spécialisés au sein des services d'accueil des urgences » à la Commission Recherche du COMU 59/62.

A l'unanimité, ce projet a obtenu le soutien du conseil d'administration pour développer ce projet au niveau des Service d'Urgences de la Région.

Fait à Lille, le 17 janvier 2020



Dr Alain-Eric Dubart
Président

Annexe 2 : Lettre d'information aux patients inclus



U-AVISPEC ETAT DES LIEUX DES AVIS SPECIALISES AU SEIN DES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES DU NORD ET DU PAS DE CALAIS NOTICE D'INFORMATION

Numéro de protocole :	RNIPH-2020-05
Responsable de traitement :	GHICL, Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille Hôpital Saint Philibert 115 Rue du Grand But - BP 249, 59160 LOMME Cedex
Responsable de la mise en œuvre :	Dr. Grégory BERTOLOTI, Praticien chef de service des urgences du GHICL, médecin urgentiste

Madame, Monsieur,

Vous avez été reçu au service d'accueil des urgences de votre hôpital, et vous y avez bénéficié d'un avis spécialisé.

Comme plusieurs autres hôpitaux du Nord et du Pas-De-Calais, votre établissement de santé réalise cette semaine une étude portant sur la pratique des avis spécialisés aux urgences, menée à l'initiative du Dr BERTOLOTI, médecin urgentiste au GHICL : nous vous proposons d'y participer.

Cette lettre d'information vise à répondre aux questions que vous seriez susceptibles de vous poser. Vous disposez d'un délai de réflexion afin de prendre connaissance de ce document. Vous pouvez, à tout moment, vous adresser à votre médecin pour lui poser toute question complémentaire.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'avis spécialisé se définit comme le recours par le médecin urgentiste à un médecin consultant considéré comme expert dans son domaine, externe du service des urgences, appartenant ou non au centre hospitalier, afin d'obtenir une aide sur l'évaluation, la prise en charge clinique, paraclinique et/ou thérapeutique, et/ou l'orientation d'un patient.

Dans la pratique, ces avis sont demandés, obtenus et tracés dans les dossiers médicaux de plusieurs manières différentes.

Cette étude vise à réaliser un état des lieux de ces pratiques.

VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consiste à donner votre accord pour l'utilisation, à des fins de recherche, des données recueillies lors de votre visite aux services d'accueil des urgences, et conservées dans votre dossier médical. Il ne vous est pas demandé de vous revenir à l'hôpital dans le cadre de cette étude.

DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche : vous pouvez refuser ou vous retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision. Ni vos relations avec l'équipe médicale ni votre prise en charge future ne seront affectées par votre décision.

- ▶ Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, veuillez renvoyer le formulaire d'opposition sous forme de coupon à la fin de ce courrier, à l'adresse.
- ▶ Si vous acceptez de participer à la recherche, vous n'avez pas de démarches particulières à effectuer. Celle-ci sera sans frais pour vous mais vous ne recevrez aucune indemnité pour cette participation.



CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS

➤ Recueil et utilisation des données

Dans le cadre de cette étude, vos données personnelles seront collectées, codées et analysées.

Si vous acceptez de participer, votre médecin, ou une personne qualifiée agissant en son nom, recueillera dans votre dossier médical les données importantes pour l'étude, conformément à votre accord de participation ainsi qu'aux lois et à la réglementation en vigueur :

- Données sociodémographiques (âge, sexe),
- Données concernant votre séjour aux urgences (heure d'arrivée et de départ du service, mode d'arrivée, types d'examen complémentaires réalisés aux urgences)
- Données concernant l'avis spécialisé (modalité de la demande, type, traçabilité, réalisation)

Afin de protéger votre vie privée, elles seront codées (= pseudonymisées), c'est-à-dire identifiées par un numéro et vos initiales (sans votre nom, ni prénom), avant d'être transmises au responsable de traitement de cette étude. Seul votre médecin pourra faire le lien entre vos données codées, vous et votre dossier médical. Votre nom et toute autre donnée permettant de vous identifier seront conservés au sein du service d'accueil des urgences de l'établissement et resteront confidentiels.

Dans le cadre de la recherche, ces données pseudonymisées seront accessibles par le responsable de traitement, le GHICL ; elles pourront être partagées avec des personnes agissant pour son compte, ou avec ses partenaires de recherche localisés en France. Vos données codées pourront également être consultées par les autorités sanitaires habilitées pour vérifier la bonne conduite de l'étude, ou par toute autre personne requise par la loi.

Les données ainsi collectées seront utilisées dans le cadre de la présente étude, et pourront également être utilisées dans des publications relatives à cette même étude, mais elles resteront codées sans que jamais votre identité n'apparaisse dans un rapport d'étude ou une publication.

➤ Accès à votre dossier médical

En acceptant de participer à l'étude, vous autorisez le responsable de traitement, les personnes qualifiées agissant pour son compte, ses collaborateurs ou partenaires de recherche, les représentants des autorités sanitaires françaises, ou toute autre personne requise par la loi, à consulter votre dossier médical, conservé à l'hôpital, pour vérifier la bonne conduite de l'étude. Le secret médical sera toujours respecté.

➤ Vos droits concernant vos données

En application du Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et son décret d'application n°2018-687 en date du 1^{er} août 2018, vous disposez :

- d'un droit d'accès
- de rectification de vos données personnelles (vous pouvez demander que vos données soient rectifiées, actualisées ou complétées).
- du droit de vous opposer à tout moment au traitement de ces données
- de demander la limitation du traitement (dans certains cas),
- de demander leur effacement.

Il faut entendre par droit d'opposition, le droit dont vous disposez d'une part de retirer votre consentement initialement donné pour la récolte et le traitement de vos données et, d'autre part, le droit de vous opposer à ce que les données déjà récoltées soient exploitées.

Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données (c'est-à-dire que vous pouvez demander à récupérer vos données afin qu'elles soient transmises à un autre responsable de traitement). Toutefois, certains de ces droits pourraient ne pas pouvoir être exercés avant la fin de l'étude afin de garantir une bonne évaluation des résultats de celle-ci.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à toute donnée de l'étude vous concernant en application des dispositions L. 1111-7 du Code de la Santé Publique. Cependant, certaines de ces informations pourraient n'être disponibles qu'en fin d'étude.



Vos droits concernant vos données s'exercent auprès du médecin responsable du service des urgences de votre hôpital. Vous pouvez en discuter avec lui. Vous pouvez également contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) du GHICL (adresse ci-dessous)

Si vous pensez que vos données personnelles sont utilisées en violation de la réglementation applicable relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Le protocole de recherche est conforme à la méthodologie de référence MR 004 édictée par la CNIL concernant le traitement des données.

➤ La durée de conservation des données

Vos données seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche puis archivées pour une période de 15 ans après la fin de la recherche conformément à la réglementation.

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Une fois les données de recherche collectées, elles seront traitées et analysées par du personnel qualifié pour cette tâche. La confidentialité des données sera respectée.

A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé(e) des résultats globaux de l'étude lorsque ceux-ci seront disponibles en vous adressant au médecin en charge de la recherche.

CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche, n'hésitez pas à vous adresser à :

- Dr Grégory BERTOLOTI 03.20.00.56.22, bertolotti.gregory@ghicl.net
- M. Valentin CALVEYRAC, calveyrac.valentin@ghicl.net, interne de médecine réalisant son travail de mémoire et de thèse sur ce sujet.
- Mme Sandrine REMY, DPO du GHICL : Hôpital Saint Philibert 115 Rue du Grand But - BP 249, 59160 LOMME
correspondant.recherche@ghicl.net

X.....

U-AVISPEC

RNIPH-2020-05

Je, soussigné(e), Mr / Mme _____, ayant consulté le service d'accueil des urgences de l'hôpital _____ m'oppose à ce que mes données médicales soient utilisées pour cette étude.

Date : _____

Signature : _____

Si vous ne voulez pas que vos données soient utilisées à des fins de recherche, merci de nous renvoyer ce coupon par courrier à l'adresse suivante dans le mois suivant la consultation aux urgences. Au-delà de ce délai, vos données auront pu déjà être collectées.

Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre au GHICL de traiter votre demande d'opposition. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats.

Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certain cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

DPO du GHICL

U-AVISPEC / RNIPH-2020-05

Hôpital St Philibert

115 rue du Grand But

BP 249, 59160 LOMME Cedex



correspondant.recherche@ghicl.net



03 20 22 57 00

Annexe 3 : CRF Papier



U-AVISPEC

Etat des lieux des avis spécialisés au sein des services d'accueil des urgences

Coller ici
l'étiquette patient

Feuillet d'identification

Cette page sera dégrafée du reste du document
au moment de la saisie des données,
et conservée par le centre investigateur

- ☐ le patient a reçu la note d'information (3 pages)
- ☐ le patient n'a pas reçu la note d'information (3 pages) et doit être informé *a posteriori*.

Nom du médecin urgentiste
en charge du patient

Partie grise réservée à l'investigateur principal	
N° PATIENT :	__ - __ - __ <i>N° centre N° inclusion (par ordre chronologique)</i>
INITIALES PATIENT :	__ - __ <i>(Nom - Prénom)</i>
Date, nom et signature de la personne relevant ce CRF :	

U-AVISPEC	N° patient : ____ - ____	Initiales : ____ - ____
Partie grise réservée à l'investigateur principal		

U-AVISPEC

Référence du projet: RNIPH-2020-05

Promoteur	Groupeement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) Hôpital Saint Philibert, 115 rue du Grand But - BP 249 59462 Lomme Cedex
Investigateur principal	Dr. Grégory BERTOLOTI Service des urgences adultes - Hôpital Saint Philibert, GHICL Tél : 03 20 00 56 22 Email : bertolotti.gregory@ghicl.net
Responsable du CIER	Domitille TRISTRAM Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation, GHICL Tél : 03 20 22 57 37 - Fax : 03 20 22 57 67 Mail : tristram.domitille@ghicl.net
Interne réalisant sa thèse	Valentin CALVEYRAC, Interne de DES Médecine d'urgence, calveyrac.valentin@gmail.com , 06.11.69.59.22

U-AVISPEC	N° patient : ____ - ____	Initiales : ____ - ____
Partie grise réservée à l'investigateur principal		

U-AVISPEC

Etat des lieux des avis spécialisés au sein des services d'accueil des urgences

CAHIER D'OBSERVATION

DATE D'INCLUSION :	____ / ____ / ____
DATE DE NAISSANCE :	____ / ____
SEXE :	MM / AAAA
	☐ HOMME ☐ FEMME

CRITERES D'ELIGIBILITE

Critères d'inclusion	Oui	Non
Patient consultant au sein du SAU	☐	☐
Majeur	☐	☐
Bénéficiaire d'un avis spécialisé* concernant sa prise en charge	☐	☐
ATTENTION Si une case " Non " est cochée, ne PAS DEBUTER l'étude , et remettre le document.		

Critères de non inclusion	Oui	Non
Passage au SAU organisé à la demande du médecin spécialiste	☐	☐
S'opposant à l'utilisation de ses données	☐	☐
ATTENTION Si une case " OUI " est cochée, ne PAS DEBUTER l'étude , et remettre le document.		

* Avis spécialisé = recours par le médecin urgentiste à un médecin consultant externe du service, considéré comme expert dans son domaine, au sein du centre hospitalier clinique ou non, afin d'obtenir son aide sur l'évaluation, la prise en charge clinique, paraclinique et/ou thérapeutique, et/ou l'orientation d'un patient.

U-AVISPEC	N° patient : ____ - ____	Initiales : ____ - ____
Partie grise réservée à l'investigateur principal		

MODALITES D'ARRIVEE AUX URGENCES

Partie grise réservée à l'investigateur principal	
Caractère polypathologique du patient	☐ Oui ☐ Non
Classification CCMU	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Mode d'arrivée	☐ Personnel ☐ Ambulance ☐ VSAV ☐ SMUR ☐ Autre : _____
Date d'arrivée aux urgences	____/____/____ JJ / MM / AAAA
Heure d'arrivée aux urgences	____ : ____ hh : mm
Patient adressé aux urgences par un médecin de ville	☐ Oui ☐ Non
Type de recours	☐ Médical ☐ Chirurgical ☐ Psychiatrique ☐ Social

U-AVISPEC	N° patient : ____ - ____	Initiales : ____ - ____
Partie grise réservée à l'investigateur principal		

AVIS DU SPECIALISTE

Spécialité du consultant externe	
☐ Allergologie ☐ Anesthésie ☐ Anatomopathologie ☐ Biologie médicale ☐ Cardiologie ☐ Chirurgie maxillo-faciale ☐ Chirurgie orale ☐ Chirurgie orthopédique et traumatologie ☐ Chirurgie plastique et reconstruction ☐ Chirurgie thoracique ☐ Chirurgie cardiaque ☐ Chirurgie vasculaire ☐ Chirurgie viscérale et digestive ☐ Dermatologie ☐ Endocrinologie et diabétologie ☐ Génétique ☐ Gériatrie ☐ Gynécologie ☐ Hématologie ☐ Hépto-gastro-entérologie	☐ Maladie infectieuse ☐ Médecine interne ☐ Médecine légale ☐ Médecine nucléaire ☐ Médecine physique et réadaptation ☐ Médecine et santé au travail ☐ Médecine vasculaire ☐ Néphrologie ☐ Neurochirurgie ☐ Neurologie ☐ Oncologie ☐ Ophtalmologie ☐ Oto-rhino-laryngologie ☐ Pneumologie ☐ Psychiatrie ☐ Radiologie et imagerie faciale ☐ Réanimation ☐ Rhumatologie ☐ Santé publique ☐ Autre :
Localisation du spécialiste	☐ Sur place ☐ Astreinte ☐ Autre établissement :
Statut du spécialiste	☐ Senior ☐ Interne
Format de la demande d'avis	☐ Présentiel ☐ Téléphone ☐ Mail ☐ Bon d'avis ☐ Télémédecine ☐ Autre :
Format de l'avis	☐ Présentiel ☐ Plateforme informatique d'établissement ☐ Téléphonique ☐ Mail ☐ Plateforme de télé expertise
Le spécialiste a examiné le patient	☐ Oui ☐ Non
Le spécialiste demande des examens complémentaires supplémentaires	☐ Oui ☐ Non

U-AVISPEC	N° patient : ____ - ____	Initiales : ____ - ____
Partie grise réservée à l'investigateur principal		

Si oui, type d'examens demandés par le spécialiste	☐ Biologie ☐ Imagerie ☐ ECG ☐ EEG ☐ Autre :
L'avis spécialisé nécessite l'accès à ces examens complémentaires pour les visualiser	☐ Oui ☐ Non
Si oui, documents transmis	☐ En main propre ☐ Par email institutionnel ☐ Par email personnel ☐ Par téléphone personnel (sms, application type Whatsapp) ☐ Logiciel d'établissement ☐ Logiciel de télémedecine
Type d'examens transmis au spécialiste	☐ Biologie ☐ Imagerie ☐ ECG ☐ EEG ☐ Autre :

Nombre de relances	_ _
Date de la demande de l'avis	_ _ / _ _ / _ _ _ _ JJ / MM / AAAA
Heure de demande de l'avis	_ _ : _ _ hh : mm
Date de réalisation de l'avis	_ _ / _ _ / _ _ _ _ JJ / MM / AAAA
Heure de fin de réalisation de l'avis	_ _ : _ _ hh : mm

U-AVISPEC	N° patient : ____ - ____	Initiales : ____ - ____
Partie grise réservée à l'investigateur principal		

BILAN DE FIN D'ETUDE

Devenir du patient	☐ Retour au domicile ☐ Consultation externe ☐ Hospitalisation
Si hospitalisation du patient	☐ A la demande de l'urgentiste ☐ A la demande du spécialiste

Nom de l'investigateur	
Date	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Signature	

Partie Réservee à l'investigateur principal	
L'avis est tracé : avis horodaté et signé dans le dossier patient	☐ Oui ☐ Non
Date de départ des urgences	__ / __ / ____ JJ / MM / AAAA
Heure de départ des urgences	__ : __ hh : mm

Annexe 4 : Classification CCMU

CCMU 1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'Urgences.
CCMU 2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'Urgences.
CCMU 3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du SMUR, sans mettre en jeu le pronostic vital.
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvre de réanimation immédiate.
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation
CCMU D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des Urgences.
CCMU P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

Annexe 5 : Avis du Comité Interne d'Éthique et de la Recherche



Délégation à la
Recherche Clinique
et à l'Innovation

COMITE INTERNE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE			
Présidente : Dr Elisabeth BAUMELOU-TORCK			
Date du CIER	14 février 2020	Référence du projet	RNIPH-2020-05
Type de projet	Projet de Recherche N'impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH) Etude, quantitative, prospective, multicentrique, de type 4a		
Titre du projet	U-AVISPEC Etat des lieux des avis spécialisés au sein des vingt-quatre services d'accueil des Urgences du Nord et du Pas De Calais		
Responsable du traitement de données :	GHICL		
Responsable de la mise en œuvre du traitement de données :	Dr Grégory BERTOLOTI		
Interne préparant sa thèse :	M. Valentin CALVEYRAC		
Lieux de l'étude :	Cf. protocole		
Demande d'avis concernant un	Projet initial		
Dans le cadre d'une	Première soumission		
Objectif	Thèse et mémoire de DES médecine d'urgence.		
Documents examinés	Protocole	Version 1	14/02/2020
	Notice d'information	Version 1	14/02/2020
Avis du CIER		Favorable	
Commentaires, discussion	Discussion à propos du projet. Demande de distinguer les différents types de consultations externes dans le devenir du patient		
Ont participé à la délibération	Membres du CIER	Titulaires	Suppléants
	Expert médical qualifié	Dr Elisabeth BAUMELOU-TORCK	Pr Pierre GOSSET
	Représentant de la DRCI	Domitille TRISTRAM	Dr Amélie LANSIAUX – Excusée
	Représentant CEM	Jean-Philippe COBBAUT – Excusé	Alain LOUTE – Excusé
	Représentant des usagers	Gilbert PETOUX	–
	Membre DIM et KASHMIR	Dr Marysa GERMAIN – Excusée	Marine VANBERLEERE – Excusée Elodie BURY
	Membre CME	Dr Emmanuel BARTAIRE	Dr Charles CHARANI – Excusé
	Membre CRD2M	Dr Marion LEVECOQ – Excusée	–
	Juriste - DPO	Sandrine REMY	Flavie MAES – Excusée
	Biostatisticien	Laurène NORBERCIAK	Dr Thomas DEVELTER – Excusé
	Sage-Femme	Romain DEMAILLY	Isabelle VAAST – Excusée
	Psychologue	Cédric ROUTIER	Marie BUTTITTA – Excusée
	Chargé d'études cliniques	Yvette VENDEL – Excusée	Marie DE SOLERE – Excusée
	Attachée de Recherche Clinique	Amel BOULAFI	

A Lille, le 14 février 2020

Rédaction : Domitille TRISTRAM

Annexe 6 : Tableau 1, Caractéristiques individuelles de la population – variables qualitatives (n = 123)

Tableau 1. Caractéristiques individuelles de la population - variables qualitatives (n = 123)

		Effectif (%)
Site	Centre Hospitalier Saint Philibert	106 (86,2%)
	Centre Hospitalier Saint Vincent de Paul	17 (13,8%)
Date d'inclusion	15/07/2020	21 (17,1%)
	16/07/2020	21 (17,1%)
	17/07/2020	23 (18,7%)
	18/07/2020	19 (15,4%)
	19/07/2020	14 (11,4%)
	20/07/2020	15 (12,2%)
	21/07/2020	10 (8,1%)
	22/07/2020	0 (0%)
Sexe féminin	Oui	53 (43,1%)
Caractère polypathologique	Oui	49 (39,8%)
Classification CCMU*	CCMU P	0 (0%)
	CCMU 1	1 (0,8%)
	CCMU 2	85 (69,1%)
	CCMU 3	34 (27,6%)
	CCMU 4	3 (2,4%)
	CCMU 5	0 (0%)
	CCMU D	0 (0%)
Mode d'arrivée †	Personnel	65 (53,7%)
	Ambulance	38 (31,4%)
	VSAV	15 (12,4%)
	SMUR	3 (2,5%)
Date d'arrivée	15/07/2020	24 (19,5%)
	16/07/2020	21 (17,1%)
	17/07/2020	21 (17,1%)
	18/07/2020	19 (15,4%)
	19/07/2020	13 (10,6%)
	20/07/2020	15 (12,2%)
	21/07/2020	10 (8,1%)
	22/07/2020	0 (0%)
Patient adressé aux urgences par un médecin de ville	Oui	34 (27,6%)
Type de recours principal	Médical	66 (53,7%)
	Chirurgical	52 (42,3%)
	Psychiatrique	5 (4,1%)
Devenir du patient	Retour au domicile	36 (29,3%)
	Consultation externe	19 (15,4%)
	Hospitalisation	68 (55,3%)
Si hospitalisation :	A la demande de l'urgentiste	37 (54,4%)
	A la demande du spécialiste	31 (45,6%)
Nombre d'avis demandé par patient	1	110 (89,4%)
	2	10 (8,1%)
	3	3 (2,4%)
Demande d'avis spécialisé en heures ouvrables	Oui	78 (63,4%)

* Classification Clinique des Malades aux Urgences Données manquantes sur 2 patients ;

† Données manquantes pour deux patients

Annexe 7 : Tableau 2, Caractéristiques individuelles de la population – variables quantitatives (n = 123)

Tableau 2. Caractéristiques individuelles de la population - variables quantitatives (n = 123)

	<i>Moyenne +/- écart-type</i>	<i>Médiane (Q1 - Q3)</i>	<i>Minimum - Maximum</i>
Durée de séjour aux urgences (heures)	7 +/- 6	5,2 [3,5 ; 7,8]	1,6 - 34,9
Age (années)	59,1 +/- 20,7	63 [41 ; 77,5]	18 - 94
Nombre d'avis par patient	1,1 +/- 0,4	1 [1 ; 1]	1 - 3

Annexe 8 : Tableau 3, Caractéristiques des avis spécialisés – variables qualitatives (n = 139)

Tableau 3. Caractéristiques des avis spécialisés - variables qualitatives (n = 139)

	Effectif (%)
Avis tracé	73 (52,5%)
Spécialité du consultant externe :	<i>Cardiologie</i> <i>Chirurgie Maxillo-faciale</i> <i>Chirurgie Orthopédique et Traumatologique</i> <i>Chirurgie Thoracique</i> <i>Chirurgie Vasculaire</i> <i>Chirurgie Viscérale et Digestive</i> <i>Dermatologie</i> <i>Endocrinologie et Diabétologie</i> <i>Gériatrie</i> <i>Gynécologie</i> <i>Hématologie</i> <i>Hépto-gastro-entérologie</i> <i>Médecine Interne</i> <i>Neurochirurgie</i> <i>Neurologie</i> <i>Oncologie</i> <i>Oto-rhino-laryngologie</i> <i>Pneumologie</i> <i>Psychiatrie</i> <i>Psychologie</i> <i>Radiologie et Imagerie Faciale</i> <i>Réanimation</i> <i>Rhumatologie</i> <i>Urologie</i>
Localisation du spécialiste :	<i>Sur Place</i> <i>Astreinte</i> <i>Autre établissement</i>
Si autre établissement :	<i>Centre Oscar Lambret, Lille</i> <i>Centre Hospitalier Victor Provo, Roubaix</i> <i>Centre Hospitalier Saint Philibert, Lomme</i> <i>Centre Hospitalier Saint Vincent de Paul, Lille</i> <i>Centre Hospitalier Régional Universitaire, Lille</i>
Statut du spécialiste :	<i>Sénior</i> <i>Interne</i>
Nombre de relance par avis :	<i>0</i> <i>1</i> <i>2</i> <i>3</i> <i>4</i> <i>5</i> <i>6</i>
Format de la demande d'avis	<i>Présentiel</i> <i>Téléphonique</i>
Format de réalisation de l'avis	<i>Présentiel</i> <i>Plateforme informatique d'établissement</i> <i>Téléphonique</i>

		Effectif (%)
	Plateforme de télé-expertise	1 (0,7%)
Examen du patient par le spécialiste		75 (54%)
Demande d'examens complémentaires supplémentaire par le spécialiste		61 (43,9%)
Si oui, Type d'examens demandés*	Biologie	12 (19,7%)
	Imagerie	33 (54,1%)
	ECG*	1 (1,6%)
	Autres	20 (32,8%)
Si autre :	Avis Cardiologique	2 (10%)
	Avis Chirurgie Thoracique	1 (5%)
	Avis Oncologie	1 (5%)
	EDAMI †	1 (5%)
	ENMG ‡	1 (5%)
	ETT §	10 (50%)
	FOGD	2 (10%)
	Photographie de lésions	2 (10%)
L'avis spécialisé nécessite l'accès à des examens complémentaires pour les visualiser :	Oui	76 (54,7%)
Si oui, modalités de transmission des documents :	En main propre	20 (26,3%)
	Téléphone personnel (SMS, WhatsApp,...)	7 (9,2%)
	Logiciel de télé-médecine	3 (3,8%)
	Logiciel d'établissement	53 (54,7%)
Si oui, type d'examens transmis au spécialiste :	Imagerie	56 (73,7%)
	Biologie	21 (27,6%)
	ECG *	8 (10,5%)
	EEG ¶	1 (1,3%)
	Autre	14 (18,4%)
Si autre :	Avis Cardiologique	1 (7,1%)
	EDAMI †	1 (7,1%)
	ETT §	7 (50%)
	FOGD	2 (14,3%)
	Photographie de lésions	3 (21,4%)

* Electrocardiogramme ; † Echo-Doppler Artériel des Membres Inférieurs ; ‡ Electro-Neuro-Myogramme ; § Echographie Trans-Thoracique ; || Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale ; ¶ Electro-Encéphalogramme

Annexe 9 : Tableau 4, Caractéristiques des avis spécialisés – variables quantitatives (n = 139)

Tableau 4. Caractéristiques des avis spécialisés - variables quantitatives (n=139)

	<i>Moyenne +/- écart-type</i>	<i>Médiane (Q1 - Q3)</i>	<i>Minimum - Maximum</i>
Durée de réalisation de l'avis (heures)	1,3 +/- 1, 3	0,9 [0,1 ; 1,9]	0 - 8,3
Nombre de relances	0,8 +/- 1,1	1 [0 ; 1]	0 - 6

Annexe 10 : Tableau 5, Analyse bivariée comparant les caractéristiques individuelles de la population en fonction de la période de demande de l'avis – variables qualitatives (n = 123)

Tableau 5. Analyse bivariée comparant les caractéristiques individuelles de la population en fonction de la période de demande de l'avis - variables qualitatives (n = 123)

		Pernance des soins	Heures ouvrables	p-valeur
Nombre de patients		45 (36,8%)	78 (63,4%)	
Site				
	<i>Centre Hospitalier Saint Philibert</i>	43 (95,6%)	63 (80,8%)	
	<i>Centre Hospitalier Saint Vincent de Paul</i>	2 (4,4%)	15 (19,2%)	
Date d'inclusion				
	<i>15/07/2020</i>	2 (4,4%)	19 (24,4%)	
	<i>16/07/2020</i>	3 (6,7%)	18 (23,1%)	
	<i>17/07/2020</i>	6 (13,3%)	17 (21,8%)	
	<i>18/07/2020</i>	15 (33,3%)	4 (5,1%)	
	<i>19/07/2020</i>	14 (31,1%)	0 (0%)	
	<i>20/07/2020</i>	2 (4,4%)	13 (16,7%)	
	<i>21/07/2020</i>	3 (6,7%)	7 (9%)	
	<i>22/07/2020</i>	0 (0%)	0 (0%)	
Sexe féminin		20 (44,4%)	33 (42,3%)	0,97
Caractère polypathologique		20 (44,4%)	29 (37,1%)	0,55
Classification CCMU*				0,19
	<i>CCMU P</i>	0 (0%)	0 (0%)	
	<i>CCMU 1</i>	0 (0%)	1 (1,3%)	
	<i>CCMU 2</i>	27 (60%)	58 (74,4%)	
	<i>CCMU 3</i>	17 (37,8%)	17 (21,8%)	
	<i>CCMU 4</i>	1 (2,2%)	2 (2,6%)	
	<i>CCMU 5</i>	0 (0%)	0 (0%)	
	<i>CCMU D</i>	0 (0%)	0 (0%)	
Mode d'arrivée †				0,62
	<i>Personnel</i>	24 (53,3%)	41 (53,9%)	
	<i>Ambulance</i>	15 (33,3%)	23 (30,3%)	
	<i>VSAV</i>	4 (8,9%)	11 (14,5%)	
	<i>SMUR</i>	2 (4,4%)	1 (1,3%)	
Date d'arrivée				
	<i>15/07/2020</i>	4 (8,9%)	20 (25,8%)	
	<i>16/07/2020</i>	2 (4,4%)	19 (24,4%)	
	<i>17/07/2020</i>	6 (13,3%)	15 (19,2%)	
	<i>18/07/2020</i>	15 (33,3%)	4 (5,1%)	
	<i>19/07/2020</i>	13 (28,9%)	0 (0%)	
	<i>20/07/2020</i>	2 (4,4%)	13 (16,7%)	
	<i>21/07/2020</i>	3 (6,7%)	7 (9%)	
	<i>22/07/2020</i>	0 (0%)	0 (0%)	
Patient adressé aux urgences par un médecin de ville		16 (35,6%)	18 (23,1%)	0,2
Type de recours principal				0,2
	<i>Médical</i>	27 (60%)	39 (50%)	
	<i>Chirurgical</i>	18 (40%)	34 (43,8%)	
	<i>Psychiatrique</i>	0 (0%)	5 (6,4%)	
Devenir du patient				0,0094
	<i>Retour au domicile</i>	11 (24,4%)	25 (32,1%)	
	<i>Consultation externe</i>	2 (4,4%)	17 (21,8%)	
	<i>Hospitalisation</i>	32 (71,1%)	36 (46,2%)	
Si hospitalisation :				
	<i>A la demande de l'urgentiste</i>	18 (56,8%)	19 (52,8%)	
	<i>A la demande du spécialiste</i>	14 (43,8%)	17 (47,2%)	
Nombre d'avis demandé par patient				
	<i>1</i>	38 (84,4%)	72 (92,3%)	
	<i>2</i>	4 (8,9%)	6 (7,7%)	
	<i>3</i>	3 (6,7%)	0 (0%)	

* Classification Clinique des Malades aux Urgences ; † Données manquantes pour deux patients

Annexe 11 : Tableau 6, Analyse bivariée comparant les caractéristiques individuelles de la population en fonction de la période de demande de l'avis – variables quantitatives (n = 123)

Tableau 6. Analyse bivariée comparant les caractéristiques individuelles de la population en fonction de la période de la demande de l'avis - variables quantitatives (n = 123)

	<i>Permanence des soins</i>	<i>Heures ouvrables</i>	<i>P-valeur</i>
Nombre de patients	45 (36,6%)	78 (63,4%)	
Durée de séjour aux urgences (heures)			0,89
Moyenne +/- écart-type	7,4 +/- 7,2	6,7 +/- 5,1	
Médiane [Q1 ; Q3]	5,1 [3,6 ; 7,2]	5,3 [3,4 ; 7,7]	
Age (années)			0,049
Moyenne +/- écart-type	64,1 +/- 19,2	56,2 +/- 21,1	
Médiane [Q1 ; Q3]	68 [50 ; 81]	53 [39 ; 74,8]	
Nombre d'avis par patient			0,15
Moyenne +/- écart-type	1,2 +/- 0,6	1,1 +/- 0,3	
Médiane [Q1 ; Q3]	1 [1 ; 1]	1 [1 ; 1]	

Annexe 12 : Tableau 7, Analyse bivariée comparant les caractéristiques des avis spécialisés en fonction de la période de demande de l'avis – variables qualitatives (n = 139)

Tableau 7. Caractéristiques des avis spécialisés en fonction de la période de demande de l'avis - variables qualitatives (n = 139)

		Permanence des soins	Heures ouvrables	p-valeur
Nombre d'avis		55 (35,0%)	84 (60,4%)	
Avis tracé		23 (41,8%)	50 (59,5%)	0,061
Spécialité du consultant externe :	<i>Cardiologie</i>	10 (18,2%)	9 (10,7%)	
	<i>Chirurgie Maxillo-faciale</i>	2 (3,6%)	0 (0%)	
	<i>Chirurgie Orthopédique et Traumatologique</i>	3 (5,5%)	17 (20,2%)	
	<i>Chirurgie Thoracique</i>	2 (3,6%)	1 (1,2%)	
	<i>Chirurgie Vasculaire</i>	1 (1,8%)	4 (4,8%)	
	<i>Chirurgie Viscérale et Digestive</i>	4 (7,3%)	6 (7,1%)	
	<i>Dermatologie</i>	0 (0%)	4 (4,8%)	
	<i>Endocrinologie et Diabétologie</i>	0 (0%)	1 (1,2%)	
	<i>Gériatrie</i>	0 (0%)	1 (1,2%)	
	<i>Gynécologie</i>	1 (1,8%)	0 (0%)	
	<i>Hématologie</i>	1 (1,8%)	1 (1,2%)	
	<i>Hépto-gastro-entérologie</i>	4 (7,3%)	8 (9,5%)	
	<i>Médecine Interne</i>	0 (0%)	1 (1,2%)	
	<i>Neurochirurgie</i>	3 (5,5%)	0 (0%)	
	<i>Neurologie</i>	12 (21,8%)	6 (7,1%)	
	<i>Oncologie</i>	1 (1,8%)	0 (0%)	
	<i>Oto-rhino-laryngologie</i>	1 (1,8%)	0 (0%)	
	<i>Pneumologie</i>	0 (0%)	7 (8,3%)	
	<i>Psychiatrie</i>	0 (0%)	7 (8,3%)	
	<i>Radiologie et Imagerie Faciale</i>	5 (9,1%)	1 (1,2%)	
	<i>Réanimation</i>	1 (1,8%)	1 (1,2%)	
	<i>Rhumatologie</i>	0 (0%)	1 (1,2%)	
	<i>Urologie</i>	4 (7,3%)	6 (7,1%)	
Localisation du spécialiste :	<i>Sur Place</i>	15 (27,3%)	73 (86,9%)	< 0,001
	<i>Astreinte</i>	33 (60%)	4 (4,8%)	
	<i>Autre établissement</i>	7 (12,7%)	7 (8,3%)	
Si autre établissement :	<i>Centre Oscar Lambret, Lille</i>	1 (14,3%)	0 (0%)	
	<i>Centre Hospitalier Victor Provo, Roubaix</i>	0 (0%)	1 (14,3%)	
	<i>Centre Hospitalier Saint Philibert, Lomme</i>	0 (0%)	3 (42,0%)	
	<i>Centre Hospitalier Saint Vincent de Paul, Lille</i>	1 (14,3%)	3 (42,0%)	
	<i>Centre Hospitalier Régional Universitaire, Lille</i>	5 (71,4%)	0 (0%)	
Statut du spécialiste :	<i>Sénior</i>	48 (87,3%)	52 (61,0%)	0,0022
	<i>Interne</i>	7 (12,7%)	32 (38,1%)	
Nombre de relance par avis :	<i>0</i>	29 (52,7%)	40 (47,6%)	
	<i>1</i>	21 (38,2%)	27 (32,1%)	
	<i>2</i>	4 (7,3%)	9 (10,7%)	
	<i>3</i>	0 (0%)	4 (4,8%)	
	<i>4</i>	1 (1,8%)	2 (2,4%)	
	<i>5</i>	0 (0%)	1 (1,2%)	
	<i>6</i>	0 (0%)	1 (1,2%)	
Format de la demande d'avis	<i>Présentiel</i>	3 (5,5%)	15 (17,9%)	0,061
	<i>Téléphonique</i>	52 (94,5%)	69 (82,1%)	< 0,001
Format de réalisation de l'avis	<i>Présentiel</i>	17 (30,9%)	59 (70,2%)	
	<i>Plateforme informatique d'établissement</i>	0 (0%)	1 (1,2%)	
	<i>Téléphonique</i>	37 (67,3%)	24 (28,6%)	
	<i>Plateforme de télé-expertise</i>	1 (1,8%)	0 (0%)	
Examen du patient par le spécialiste		17 (30,9%)	59 (70,2%)	< 0,001
Demande d'examen complémentaire supplémentaire par le spécialiste		21 (38,2%)	40 (47,6%)	0,36
Si oui, Type d'examen demandés*	<i>Biologie</i>	1 (4,8%)	11 (27,5%)	
	<i>Imagerie</i>	13 (61,0%)	20 (50%)	
	<i>ECG*</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
	<i>Autres</i>	7 (33,3%)	13 (32,5%)	
Si autre :	<i>Avis Cardiologique</i>	0 (0%)	2 (15,4%)	
	<i>Avis Chirurgie Thoracique</i>	1 (14,3%)	0 (0%)	
	<i>Avis Oncologie</i>	1 (14,3%)	0 (0%)	
	<i>EDAMI †</i>	0 (0%)	1 (7,7%)	
	<i>ENMG ‡</i>	0 (0%)	1 (7,7%)	
	<i>ETT §</i>	5 (71,4%)	5 (38,5%)	
	<i>FOGD ¶</i>	0 (0%)	2 (15,4%)	
	<i>Photographie de lésions</i>	0 (0%)	2 (15,4%)	

		Permanence des soins	Heures ouvrables	p-valeur
L'avis spécialisé nécessite l'accès à des examens complémentaires pour les visualiser :	Oui	30 (54,5%)	46 (54,8%)	1
Si oui, modalités de transmission des documents :	En main propre	9 (30%)	11 (23,9%)	
	Téléphone personnel (SMS, WhatsApp,...)	4 (13,3%)	3 (6,5%)	
	Logiciel de télé-médecine	3 (10%)	0 (0%)	
	Logiciel d'établissement	19 (63,3%)	34 (73,9%)	
Si oui, type d'exams transmis au spécialiste :	Imagerie	24 (80%)	32 (69,6%)	
	Biologie	7 (23,3%)	14 (30,4%)	
	ECG *	5 (16,7%)	3 (6,5%)	
	EEG ¶	0 (0%)	1 (2,2%)	
	Autre	5 (16,7%)	9 (19,6%)	
Si autre :	Avis Cardiologique	0 (0%)	1 (11,1%)	
	EDAM †	0 (0%)	1 (11,1%)	
	ETT §	4 (80%)	3 (33,3%)	
	FOGD ‖	0 (0%)	2 (22,2%)	
	Photographie de lésions	1 (20%)	1 (11,1%)	

* Electrocardiogramme ; † Echo-Doppler Artériel des Membres Inférieurs ; ‡ Electro-Neuro-Myogramme ; § Echographie Trans-Thoracique ; ‖ Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale ; ¶ Electro-Encéphalogramme

Annexe 13 : Tableau 8, Analyse bivariée comparant les caractéristiques des avis spécialisés en fonction de la période de demande de l'avis – variables quantitatives (n = 139)

Tableau 8. Analyse bivariée comparant les caractéristiques des avis spécialisés en fonction de la période de la demande de l'avis - variables quantitatives (n = 139)

	<i>Permanence des soins</i>	<i>Heures ouvrables</i>	<i>P-valeur</i>
Nombre d'avis	55 (39,6%)	84 (60,4%)	
Durée de réalisation de l'avis (heures)			< 0,0001
Moyenne +/- écart-type	0,7 +/- 0,9	1,6 +/- 1,5	
Médiane [Q1 ; Q3]	0,4 [0,1 ; 1,1]	1,2 [0,5 ; 2,1]	
Nombre de relances pour l'avis			0,26
Moyenne +/- écart-type	0,6 +/- 0,8	0,9 +/- 1,2	
Médiane [Q1 ; Q3]	0 [0 ; 1]	1 [0 ; 1]	

Annexe 14 : Tableau 9, Caractéristiques individuelles de la population en fonction du site d'inclusion – variables qualitatives (n = 120)

Tableau 9. Analyse bivariée comparant les caractéristiques individuelles de la population en fonction du site d'inclusion du patient - variables qualitatives (n = 123)

		CHSP	CHSV
Nombre de patients		106 (86,2%)	17 (13,8%)
Date d'inclusion	15/07/2020	13 (12,3%)	8 (47,1%)
	16/07/2020	14 (13,2%)	7 (41,2%)
	17/07/2020	22 (20,8%)	1 (5,9%)
	18/07/2020	19 (17,9%)	0 (0%)
	19/07/2020	14 (13,2%)	0 (0%)
	20/07/2020	14 (13,2%)	1 (5,9%)
	21/07/2020	10 (9,4%)	0 (0%)
	22/07/2020	0 (0%)	0 (0%)
Sexe féminin		50 (47,2%)	3 (17,6%)
Caractère polypathologique		47 (44,3%)	2 (11,8%)
Classification CCMU*			
	CCMU P	0 (0%)	0 (0%)
	CCMU 1	0 (0%)	1 (5,9%)
	CCMU 2	72 (67,9%)	13 (76,5%)
	CCMU 3	31 (29,2%)	3 (17,6%)
	CCMU 4	3 (2,8%)	0 (0%)
	CCMU 5	0 (0%)	0 (0%)
	CCMU D	0 (0%)	0 (0%)
Mode d'arrivée †			
	Personnel	58 (55,2%)	7 (43,75%)
	Ambulance	36 (34,3%)	2 (12,5%)
	VSAV	10 (9,5%)	5 (31,25%)
	SMUR	1 (1%)	2 (12,5%)
Date d'arrivée	15/07/2020	15 (14,2%)	9 (52,9%)
	16/07/2020	15 (14,2%)	6 (35,3%)
	17/07/2020	20 (18,9%)	1 (5,9%)
	18/07/2020	19 (17,9%)	0 (0%)
	19/07/2020	13 (12,7%)	0 (0%)
	20/07/2020	14 (13,2%)	1 (5,9%)
	21/07/2020	10 (9,4%)	0 (0%)
	22/07/2020	0 (0%)	0 (0%)
Patient adressé aux urgences par un médecin de ville		30 (28,3%)	4 (23,5%)
Type de recours principal			
	Médical	60 (56,6%)	6 (35,3%)
	Chirurgical	42 (39,6%)	10 (58,8%)
	Psychiatrique	4 (3,8%)	1 (5,9%)
Devenir du patient			
	Retour au domicile	29 (27,4%)	7 (41,2%)
	Consultation externe	18 (15,1%)	3 (17,6%)
	Hospitalisation	61 (57,5%)	7 (41,2%)
Si hospitalisation :	A la demande de l'urgentiste	35 (57,4%)	2 (28,6%)
	A la demande du spécialiste	26 (42,6%)	5 (71,4%)
Nombre d'avis demandé par patient	1	97 (91,5%)	13 (76,5%)
	2	7 (6,6%)	3 (17,6%)
	3	2 (1,9%)	1 (5,9%)

* Classification Clinique des Malades aux Urgences ; † Données manquantes pour deux patients (1 CHSP, 1 CHSV)

Annexe 15 : Tableau 10, Caractéristiques individuelles de la population en fonction du site d'inclusion – variables quantitatives (n = 120)

Tableau 10. Caractéristiques individuelles de la population en fonction du site d'inclusion - variables quantitatives (n = 123)

	<i>Saint Philibert</i>	<i>Saint Vincent de Paul</i>
Nombre de patients	106 (86,2%)	17 (13,8%)
Durée de séjour aux urgences (heures)		
Moyenne +/- écart-type	6,9 +/- 5,6	7,2 +/- 7,8
Médiane [Q1 ; Q3]	5,2 [3,4 ; 7,7]	4,5 [3,8 ; 6,4]
Age (années)		
Moyenne +/- écart-type	61,6 +/- 20,4	43,5 +/- 15,7
Médiane [Q1 ; Q3]	65 [44,2 ; 80,5]	39 [32 ; 47]
Nombre d'avis par patient		
Moyenne +/- écart-type	1,1 +/- 0,4	1,3 +/- 0,6
Médiane [Q1 ; Q3]	1 [1 ; 1]	1 [1 ; 1]

Annexe 16 : Tableau 11, Caractéristiques des avis spécialisés en fonction du site d'inclusion – variables qualitatives (n = 139)

Tableau 11. Caractéristiques des avis spécialisés en fonction du site d'inclusion - variables qualitatives (n = 139)

		CHSP	CHSV
Nombre d'avis		117 (84,2%)	22 (15,8%)
Avis tracé		66 (56,4%)	7 (31,8%)
Spécialité du consultant externe :	<i>Cardiologie</i>	19 (16,2%)	0 (0%)
	<i>Chirurgie Maxillo-faciale</i>	0 (0%)	2 (9,1%)
	<i>Chirurgie Orthopédique et Traumatologique</i>	14 (12%)	6 (27,3%)
	<i>Chirurgie Thoracique</i>	2 (1,7%)	1 (4,5%)
	<i>Chirurgie Vasculaire</i>	5 (4,3%)	0 (0%)
	<i>Chirurgie Viscérale et Digestive</i>	8 (6,8%)	2 (9,1%)
	<i>Dermatologie</i>	0 (0%)	4 (18,2%)
	<i>Endocrinologie et Diabétologie</i>	0 (0%)	1 (4,5%)
	<i>Gériatrie</i>	1 (0,9%)	0 (0%)
	<i>Gynécologie</i>	1 (0,9%)	0 (0%)
	<i>Hématologie</i>	2 (1,7%)	0 (0%)
	<i>Hépto-gastro-entérologie</i>	12 (10,3%)	0 (0%)
	<i>Médecine Interne</i>	1 (0,9%)	0 (0%)
	<i>Neurochirurgie</i>	3 (2,6%)	0 (0%)
	<i>Neurologie</i>	18 (15,4%)	0 (0%)
	<i>Oncologie</i>	1 (0,9%)	0 (0%)
	<i>Oto-rhino-laryngologie</i>	0 (0%)	1 (4,5%)
	<i>Pneumologie</i>	6 (5,1%)	1 (4,5%)
	<i>Psychiatrie</i>	5 (4,3%)	2 (9,1%)
	<i>Radiologie et Imagerie Faciale</i>	6 (5,1%)	0 (0%)
	<i>Réanimation</i>	2 (1,7%)	1 (4,5%)
	<i>Rhumatologie</i>	2 (1,7%)	1 (4,5%)
	<i>Urologie</i>	9 (7,7%)	1 (4,5%)
Localisation du spécialiste :	<i>Sur Place</i>	73 (62,4%)	15 (68,2%)
	<i>Astreinte</i>	35 (29,0%)	2 (9,1%)
	<i>Autre établissement</i>	9 (7,7%)	5 (22,7%)
Si autre établissement :	<i>Centre Oscar Lambret, Lille</i>	1 (11,1%)	0 (0%)
	<i>Centre Hospitalier Victor Provo, Roubaix</i>	1 (11,1%)	0 (0%)
	<i>Centre Hospitalier Saint Philibert, Lomme</i>	/	3 (60%)
	<i>Centre Hospitalier Saint Vincent de Paul, Lille</i>	4 (44,4%)	/
	<i>Centre Hospitalier Régional Universitaire, Lille</i>	3 (33,3%)	2 (40%)
Statut du spécialiste :	<i>Sénior</i>	90 (76,9%)	10 (45,4%)
	<i>Interne</i>	27 (23,1%)	12 (54,5%)
Nombre de relance par avis :	<i>0</i>	60 (51,3%)	9 (40,9%)
	<i>1</i>	40 (34,2%)	8 (36,4%)
	<i>2</i>	8 (6,8%)	5 (22,7%)
	<i>3</i>	4 (3,4%)	0 (0%)
	<i>4</i>	3 (2,6%)	0 (0%)
	<i>5</i>	1 (0,9%)	0 (0%)
	<i>6</i>	1 (0,9%)	0 (0%)
Format de la demande d'avis	<i>Présentiel</i>	17 (14,5%)	1 (4,5%)
	<i>Téléphonique</i>	100 (85,5%)	21 (95,5%)
Format de réalisation de l'avis	<i>Présentiel</i>	65 (55,6%)	11 (50%)
	<i>Plateforme informatique d'établissement</i>	1 (0,9%)	0 (0%)
	<i>Téléphonique</i>	50 (42,7%)	11 (50%)
	<i>Plateforme de télé-expertise</i>	1 (0,9%)	0 (0%)
Examen du patient par le spécialiste		64 (54,7%)	11 (50%)
Demande d'examens complémentaires supplémentaire par le spécialiste		55 (47%)	6 (27,3%)
Si oui, Type d'examens demandés*	<i>Biologie</i>	10 (18,2%)	2 (33,4%)
	<i>Imagerie</i>	31 (56,4%)	2 (33,3%)
	<i>ECG*</i>	1 (1,8%)	0 (0%)

		CHSP	CHSV
Si autre :	<i>Autres</i>	18 (32,7%)	2 (33,3%)
	<i>Avis Cardiologique</i>	2 (11,1%)	0 (0%)
	<i>Avis Chirurgie Thoracique</i>	0 (0%)	1 (50%)
	<i>Avis Oncologie</i>	1 (5,6%)	0 (0%)
	<i>EDAMI †</i>	1 (5,6%)	0 (0%)
	<i>ENMG ‡</i>	1 (5,6%)	0 (0%)
	<i>ETT §</i>	10 (55,6%)	0 (0%)
	<i>FOGD </i>	2 (11,1%)	0 (0%)
L'avis spécialisé nécessite l'accès à des examens complémentaires pour les visualiser :	<i>Photographie de lésions</i>	1 (5,6%)	1 (50%)
	<i>Oui</i>	64 (54,7%)	12 (54,5%)
Si oui, modalités de transmission des documents :	<i>En main propre</i>	20 (31,3%)	0 (0%)
	<i>Téléphone personnel (SMS, WhatsApp,...)</i>	4 (6,3%)	3 (25%)
	<i>Logiciel de télémedecine</i>	3 (4,7%)	0 (0%)
	<i>Logiciel d'établissement</i>	44 (68,8%)	9 (75%)
Si oui, type d'examens transmis au spécialiste :	<i>Imagerie</i>	48 (75%)	8 (66,7%)
	<i>Biologie</i>	18 (28,1%)	3 (25%)
	<i>ECG *</i>	8 (12,5%)	0 (0%)
	<i>EEG ¶</i>	1 (1,6%)	0 (0%)
	<i>Autre</i>	12 (18,8%)	2 (16,7%)
Si autre :	<i>Avis Cardiologique</i>	1 (8,3%)	0 (0%)
	<i>EDAMI †</i>	1 (8,3%)	0 (0%)
	<i>ETT §</i>	7 (58,3%)	0 (0%)
	<i>FOGD </i>	2 (16,7%)	0 (0%)
	<i>Photographie de lésions</i>	1 (8,3%)	2 (100%)

* Electrocardiogramme ; † Echo-Doppler Artériel des Membres Inférieurs ; ‡ Electro-Neuro-Myogramme ; § Echographie Trans-Thoracique ; || Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale ; ¶ Electro-Encéphalogramme

Annexe 17 : Tableau 12, Caractéristiques des avis spécialisés en fonction du site d'inclusion – variables quantitatives (n = 139)

Tableau 12. Caractéristiques des avis spécialisés en fonction du site d'inclusion-variables quantitatives (n = 139)

	<i>Saint Philibert</i>	<i>Saint Vincent de Paul</i>
Nombre d'avis	117 (84,2%)	22 (15,8%)
Durée de réalisation de l'avis (heures)		
Moyenne +/- écart-type	1,2 +/- 1,2	1,5 +/- 1,9
Médiane [Q1 ; Q3]	0,9 [0,1 ; 1,9]	0,9 [0,1 ; 2,2]
Nombre de relances pour l'avis		
Moyenne +/- écart-type	0,8 +/- 1,1	0,8 +/- 0,1
Médiane [Q1 ; Q3]	0 [0 ; 1]	1 [0 ; 1]

Annexe 18 : Tableau 13, Caractéristiques des patients arrivés aux urgences du CH Saint Philibert lors de la semaine étudiée, en Juillet 2020, en Juillet 2019 et sur l'ensemble de l'année 2019

Tableau 13. Caractéristiques des patients consultants aux urgences de Saint Philibert la semaine étudiée, en juillet 2020, en juillet 2019 et pour l'ensemble de l'année 2019.

		<i>Semaine étudiée</i>	Juillet 2020	Juillet 2019	Année 2019
Nombre d'entrées		434	1964	2263	24309
Tranches d'âge	<i>< 15 ans</i>	12 (2,8%)	59 (3%)	64 (2,8%)	931 (3,8%)
	<i>15 - 75 ans</i>	309 (71,2%)	1414 (72%)	1674 (74%)	1774 (73%)
	<i>> 75 ans</i>	113 (26%)	491 (25%)	525 (23,2%)	5634 (23,2%)
Horaire d'arrivée	<i>0 - 4 h</i>	26 (6%)	138 (7%)	144 (6,4%)	1442 (5,9%)
	<i>4 - 8h</i>	19 (4,4%)	93 (4,7%)	120 (5,3%)	1238 (5,1%)
	<i>8 - 12h</i>	101 (23,3%)	437 (22,3%)	534 (23,6%)	5960 (24,5%)
	<i>12 - 16h</i>	107 (24,7%)	489 (24,9%)	554 (24,5%)	6261 (25,8%)
	<i>16 - 20h</i>	119 (27,4%)	530 (27%)	546 (24,1%)	5766 (23,7%)
	<i>20 - 0h</i>	62 (14,3%)	277 (14,1%)	365 (16,1%)	3642 (15%)
Mode d'arrivée	<i>Ambulance</i>	201 (46,3%)	890 (45,3%)	935 (41,3%)	9511 (39,1%)
	<i>VSAV</i>	18 (4,1%)	86 (4,4%)	111 (4,9%)	1722 (7,1%)
	<i>SMUR</i>	1 (0,2%)	1 (0,1%)	1 (0%)	7 (0%)
	<i>Véhicule personnel</i>	213 (49,1%)	983 (50,1%)	1211 (53,5%)	12999 (53,5%)
	<i>Autres</i>	1 (0,2%)	4 (0,2%)	5 (0,2%)	70 (0,3%)
CCMU	<i>Non renseigné</i>	14 (3,2%)	68 (3,5%)	67 (3%)	905 (3,7%)
	<i>CCMU 1</i>	31 (7,1%)	138 (7%)	118 (5,2%)	1032 (4,2%)
	<i>CCMU 2</i>	335 (77,2%)	1531 (78%)	1882 (83,2%)	19952 (82,1%)
	<i>CCMU 3</i>	46 (10,6%)	194 (9,9%)	172 (7,6%)	2021 (8,3%)
	<i>CCMU 4</i>	7 (1,6%)	29 (1,5%)	24 (1,1%)	372 (1,5%)
	<i>CCMU 5</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (0,1%)
	<i>CCMU D</i>	0 (0%)	1 (0,1%)	0 (0%)	1 (0%)
	<i>CCMU P</i>	0 (0%)	3 (0,2%)	0 (0%)	10 (0%)
Délai moyen	<i>Pas de délai aberrant</i>	393 (90,6%)	1767 (90%)	1937 (85,6%)	21550 (88,7%)
	<i>Délai aberrant</i>	41 (9,4%)	197 (10%)	326 (14,4%)	2759 (11,3%)
	<i>Total général (minutes)</i>	184	190	176	189

Annexe 19 : Questionnaire d'évaluation des avis spécialisés adressé aux médecins prenant des gardes aux urgences



U-AVISPEC

Avis spécialisé aux urgences : questionnaire à destination des médecins spécialistes

Dans le cadre d'un travail de thèse encadré par le Docteur Bertolotti intitulé "U-AVISPEC : état des lieux des avis spécialisés au sein des structures d'urgence", nous vous sollicitons afin de remplir ce questionnaire.

Celui-ci souhaite recueillir votre avis concernant les demandes et les modalités de réalisation des avis spécialisés, afin de réfléchir à d'éventuelles pistes d'amélioration.

Durée de remplissage estimée < 2 minutes

Vous remerciant de votre collaboration,

Dr Bertolotti (Chef des Urgences Saint Philibert)

Valentin Calveyrac (Interne de Médecine d'Urgence)

1 / Votre sexe (question à choix unique) :

☐ Femme

☐ Homme

2/ Votre tranche d'âge (question à choix unique) :

☐ < 20 ans

☐ 20 - 29 ans

☐ 30 - 39 ans

☐ 40 - 49 ans

☐ 50 - 59 ans

☐ 60 ans et plus

3/ Quel est votre statut ? (question à choix unique)

☐ Médecin Sénior

☐ Interne

4/ Quel est votre spécialité ? (Champ libre)

5/ Lors de la réalisation d'un avis spécialisé à distance, tracez vous TOUJOURS vous même votre avis dans le dossier patient informatisé ? (question à choix unique)

- ☐ Oui
- ☐ Non

6/ Selon vous, quel est le délai moyen de réalisation de l'avis spécialisé (délai entre la demande et sa réalisation effective) en minutes ? (question à choix unique)

- ☐ 0 à 19 minutes
- ☐ 20 à 39 minutes
- ☐ 40 à 59 minutes
- ☐ > 60 minutes

7/ Utilisez vous votre smartphone personnel pour la réalisation d'avis spécialisé ? (Question à choix unique)

- ☐ Oui
- ☐ Non

8/ Utilisez vous votre smartphone personnel pour la réception d'examens complémentaires ? (question à choix unique)

- ☐ Oui
- ☐ Non

9/ Si oui, par le biais de quelle(s) application(s) le faite vous ? (question à choix multiples)

- ☐ SMS
- ☐ Messagerie cryptée (Telegram, Whatsapp)
- ☐ Messagerie non cryptée (Messenger)
- ☐ Email personnel
- ☐ Email institutionnel

10/ Quel est selon vous l'interface qui serait la plus utile pour la demande et la réalisation d'avis spécialisés ? (question à choix unique)

- ☐ Ordinateur avec logiciel DPI établissement
- ☐ Ordinateur avec interface tiers
- ☐ Application pour smartphone

11/ Pensez vous qu'une application pour smartphone permettant la demande et la réalisation d'avis spécialisée pourrait être utile ? (question à choix unique)

- ☐ Oui
- ☐ Non

12/ Une standardisation des demandes d'avis par le biais de formulaire type sur une application serait elle adaptée selon vous ? (question à choix unique)

- ☐ Oui
- ☐ Non

13/ L'intégration d'une fonction d'envoi des examens complémentaires (radiographie, ECG,...) de manière sécurisées vous semble t'elle nécessaire ? (question à choix unique)

- ☐ Oui
- ☐ Non

14/ L'intégration d'une fonction de réponse du spécialiste et d'intégration de cette réponse signée et horodatée par le spécialiste vous semble t'elle nécessaire ? (question à choix unique)

15/ Commentaire (facultatif)

Annexe 20 : Tableau 14, Réponses au sondage concernant la perception des avis spécialisés par les médecins demandeurs des urgences

Tableau 14. Perception des avis spécialisés par les médecins demandeurs des Urgences de Saint Philibert (n = 26)

Femme		14 (53,8%)
Tranche d'âge	< 20 ans	0 (0%)
	20 - 29 ans	18 (69,2%)
	30 - 39 ans	4 (15,4%)
	40 - 49 ans	4 (15,4%)
	50 - 59 ans	0 (0%)
	60 ans et plus	0 (0%)
Statut	Sénior	5 (19,2%)
	Interne	21 (80,8%)
Lors de la réalisation d'un avis spécialisé à distance, tracez vous toujours l'identité du médecin spécialiste dans le DPI ?	Oui	11 (42,3%)
Selon vous quel est le délai moyen de réalisation de l'avis ?	0 à 19 minutes	3 (11,5%)
	20 à 39 minutes	11 (42,3%)
	40 à 59 minutes	8 (30,6%)
	60 minutes et plus	4 (15,4%)
Utilisez vous votre Smartphone pour la demande d'avis spécialisé ?	Oui	11 (42,3%)
Utilisez vous votre Smartphone pour l'envoi d'examen complémentaires ?	Oui	26 (100%)
Si oui, par le biais de quelle(s) application(s) ?	SMS	22 (84,6%)
	Messagerie cryptée (Telegram, WhatsApp...)	12 (46,2%)
	Messagerie non cryptée (Messenger)	0 (0%)
	Email personnel	4 (15,4%)
	Email Institutionnel	4 (15,4%)
Quelle est selon vous l'interface la plus utile pour la demande et la réalisation d'avis spécialisé ?	Ordinateur avec logiciel DPI	12 (46,2%)
	Ordinateur avec interface tiers	4 (15,4%)
	Application pour Smartphone	10 (38,5%)
Pensez vous qu'une application Smartphone permettant la demande et la réalisation d'avis spécialisé pourrait être utile ?	Oui	18 (69,2%)
Une standardisation des demandes d'avis par le biais de formulaire type sur une application serait elle adaptée selon vous ?	Oui	14 (53,8%)
L'intégration d'une fonction d'envoi des examens complémentaires (radio, ECG...) de manière sécurisée vous semble t'elle nécessaire ?	Oui	24 (92,3%)
L'intégration d'une fonction de réponse du spécialiste et d'intégration de cette réponse signée et horodatée par le spécialiste vous semble t'elle nécessaire ?	Oui	25 (96,2%)

Annexe 21 : Questionnaire d'évaluation des avis spécialisés adressé aux médecins spécialistes



U-AVISPEC

Avis spécialisé aux urgences : questionnaire à destination des médecins urgentistes et internes de garde aux urgences

Dans le cadre d'un travail de thèse encadré par le Docteur Bertolotti intitulé "U-AVISPEC : état des lieux des avis spécialisés au sein des structures d'urgence", nous vous sollicitons afin de remplir ce questionnaire.

Celui-ci souhaite recueillir votre avis concernant les demandes et les modalités de réalisation des avis spécialisés, afin de réfléchir à d'éventuelles pistes d'amélioration.

Durée de remplissage estimée < 2 minutes

Vous remerciant de votre collaboration,

Dr Bertolotti (Chef des Urgences Saint Philibert)

Valentin Calveyrac (Interne de Médecine d'Urgence)

1 / Votre sexe (question à choix unique) :

- ☐ Femme
- ☐ Homme

2/ Votre tranche d'âge (question à choix unique) :

- ☐ < 20 ans
- ☐ 20 - 29 ans
- ☐ 30 - 39 ans
- ☐ 40 - 49 ans
- ☐ 50 - 59 ans
- ☐ 60 ans et plus

3/ Quel est votre statut ? (question à choix unique)

- ☐ Médecin Sénior
- ☐ Interne

4/ Lors de la réalisation d'un avis spécialisé à distance, tracez vous TOUJOURS l'identité (Nom / Fonction) du médecin spécialiste dans le dossier patient informatisé ? (question à choix unique)

- ☐ Oui
- ☐ Non

6/ Selon vous, quel est le délai moyen de réalisation de l'avis spécialisé (délai entre la demande et sa réalisation effective) en minutes ? (question à choix unique)

- ☐ 0 à 19 minutes
- ☐ 20 à 39 minutes
- ☐ 40 à 59 minutes
- ☐ > 60 minutes

7/ Utilisez vous votre smartphone personnel pour la demande d'avis spécialisé ? (Question à choix unique)

- ☐ Oui
- ☐ Non

8/ Utilisez vous votre smartphone personnel pour l'envoi des examens complémentaires ? (question à choix unique)

- ☐ Oui
- ☐ Non

9/ Si oui, par le biais de quelle(s) application(s) le faite vous ? (question à choix multiples)

- ☐ SMS
- ☐ Messagerie cryptée (Telegram, Whatsapp)
- ☐ Messagerie non cryptée (Messenger)
- ☐ Email personnel
- ☐ Email institutionnel

10/ Quel est selon vous l'interface qui serait la plus utile pour la demande et la réalisation d'avis spécialisés ? (question à choix unique)

- ☐ Ordinateur avec logiciel DPI établissement
- ☐ Ordinateur avec interface tiers
- ☐ Application pour smartphone

11/ Pensez vous qu'une application pour smartphone permettant la demande et la réalisation d'avis spécialisée pourrait être utile ? (question à choix unique)

- ☐ Oui
- ☐ Non

12/ Une standardisation des demandes d'avis par le biais de formulaire type sur une application serait elle adaptée selon vous ? (question à choix unique)

⇔ Oui

⇔ Non

13/ L'intégration d'une fonction d'envoi des examens complémentaires (radiographie, ECG...) de manière sécurisées vous semble t'elle nécessaire ? (question à choix unique)

⇔ Oui

⇔ Non

14/ L'intégration d'une fonction de réponse du spécialiste et d'intégration de cette réponse signée et horodatée par le spécialiste vous semble t elle nécessaire ? (question à choix unique)

15/ Commentaire (facultatif)

Annexe 22 : Tableau 15, Réponses au sondage concernant la perception des avis spécialisés par les médecins spécialistes

Tableau 15. Perception des avis spécialisés par les médecins spécialistes du GHICL (n = 91)

Femme		45 (49,5%)
Tranche d'âge	< 20 ans	0 (0%)
	20 - 29 ans	17 (18,7%)
	30 - 39 ans	47 (51,6%)
	40 - 49 ans	19 (20,9%)
	50 - 59 ans	7 (7,7%)
	60 ans et plus	1 (1,1%)
Statut	Sénior	77 (84,6%)
	Interne	14 (15,4%)
Spécialité	Allergologie	1 (0,9%)
	Cardiologie	10 (9,1%)
	Chirurgie Maxillo-faciale	0 (0%)
	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	8 (7,3%)
	Chirurgie Thoracique	1 (0,9%)
	Chirurgie Vasculaire	3 (2,7%)
	Chirurgie Viscérale et Digestive	9 (9,1%)
	Dermatologie	5 (4,5%)
	Endocrinologie et Diabétologie	1 (0,9%)
	Gériatrie	3 (2,7%)
	Gynécologie	1 (0,9%)
	Hématologie	3 (2,7%)
	Hépatogastro-entérologie	5 (4,5%)
	Infectiologie	2 (1,8%)
	Médecine Interne	0 (0%)
	Médecine Polyvalente	5 (4,5%)
	Médecine vasculaire	3 (2,7%)
	MPR	1 (0,9%)
	Neurologie	9 (9,1%)
	Oncologie	1 (0,9%)
	Oto-rhino-laryngologie	2 (1,8%)
	Ophtalmologie	2 (1,8%)
	Pneumologie	3 (2,7%)
	Psychiatrie	3 (2,7%)
	Radiologie et Imagerie Faciale	1 (0,9%)
	Réanimation	4 (3,6%)
	Rhumatologie	3 (2,7%)
	Urologie	2 (1,8%)
Tracez vous toujours votre avis dans le DPI ?	Oui	31 (34,1%)
Selon vous quel est le délai moyen de réalisation de l'avis ?	0 à 19 minutes	15 (16,5%)
	20 à 39 minutes	34 (37,4%)
	40 à 59 minutes	23 (25,3%)
	60 minutes et plus	19 (20,9%)
Utilisez vous votre Smartphone pour la réalisation d'avis spécialisé ?	Oui	36 (39,6%)
Utilisez vous votre Smartphone pour la réception d'avis spécialisé ?	Oui	42 (46,2%)
Si oui, par le biais de quelle(s) application(s) ?	SMS	29 (69,0%)
	Messagerie cryptée (Telegram, WhatsApp...)	15 (35,7%)
	Messagerie non cryptée (Messenger)	4 (9,5%)
	Email personnel	4 (9,5%)
	Email Institutionnel	20 (47,6%)
Quelle est selon vous l'interface la plus utile pour la demande et la réalisation d'avis spécialisé ?	Ordinateur avec logiciel DPI	45 (49,5%)
	Ordinateur avec interface tiers	3 (3,3%)
	Application pour Smartphone	43 (47,3%)

Pensez vous qu'une application Smartphone permettant la demande et la réalisation d'avis spécialisé pourrait être utile ?	<i>Oui</i>	59 (64,8%)
Une standardisation des demandes d'avis par le biais de formulaire type sur une application serait elle adaptée selon vous ?	<i>Oui</i>	47 (51,6%)
L'intégration d'une fonction d'envoi des examens complémentaires (radio, ECG...) de manière sécurisée vous semble t'elle nécessaire ?	<i>Oui</i>	79 (86,6%)
L'intégration d'une fonction de réponse du spécialiste et d'intégration de cette réponse signée et horodatée par le spécialiste vous semble t'elle nécessaire ?	<i>Oui</i>	74 (81,3%)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement
ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés,
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs,
ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage
de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur Père.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé
de mes Confrères si j'y manque.



Université LILLE 2 Droit et Santé - Faculté de Médecine Henri WAREMBOURG

AUTEUR : Nom : CALVEYRAC

Prénom : Valentin

Date de soutenance : 24 Septembre 2020 à 16H00

Titre de la thèse : « UAVISPEC : Etat des lieux des avis spécialisés au seins des Structures d'Accueil des Urgences adultes du Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille. »

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine d'Urgence

DES + spécialité : DES Médecine d'Urgence

Mots-clés : Médecine d'urgence - Orientation vers un spécialiste - Expertise - Traçabilité - Dossiers médicaux

Résumé :

Contexte : L'objectif de notre étude était d'analyser la proportion d'avis spécialisés tracés dans le dossier patient informatisé (DPI). **Méthode** : Une étude observationnelle descriptive, prospective et multicentrique au sein des deux services d'urgences adultes du Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille a été réalisée sur une période d'une semaine du 15 Juillet 2020, 8h30 au 22 Juillet 2020, 8h30. Les patients majeurs, bénéficiant d'un avis spécialisé aux urgences étaient inclus. Un patient pouvait être inclus pour plusieurs avis. Les critères de non inclusion concernaient les patients dont le passage aux urgences était organisé par le spécialiste, ceux ayant exprimé leur souhait de ne pas participer et les patients chez qui la non opposition n'a pu être recherchée. Les données étaient recueillies par le médecin urgentiste en charge du patient sur un CRF papier, et complétées par l'investigateur principal par les données du DPI. Notre critère de jugement principal était la proportion d'avis horodatés et signés par le spécialiste dans le DPI. **Résultats** : 123 patients ont été inclus concernant 139 avis, pour un total de 1016 patients éligibles. On observait un taux de traçabilité de l'avis spécialisé dans le DPI de 52,5% (IC95% [43,9 ; 61]). En période de permanence des soins, cette proportion descendait à 41,8% (IC95% [28,9 ; 55,9]), alors qu'aux heures ouvrables, elle était de 58,2% (IC95% [44,1 ; 71,1]). Cette différence était à la limite de la significativité ($p = 0,061$). La principale modalité de demande était le téléphone pour 87,1% des avis (IC95% [81,47 ; 92,63]). Le spécialiste réalisait son avis en présentiel dans 54,7% des cas (IC95% [46,4 ; 62,95]), alors qu'il se trouvait au sein même de l'établissement dans 63,3% des sollicitations (IC95% [55,30 ; 71,32]). Des examens complémentaires supplémentaires étaient demandés pour 43,9 % des avis réalisés (IC95% [35,64 ; 52,12]). L'accès à ces examens était effectué par logiciel informatique d'établissement dans 69,7% des cas (IC95% [59,41 ; 80,07]). Le temps médian de réalisation de l'avis était de 24 minutes en période de permanence des soins, contre 1 heure et 12 minutes en heures ouvrables. Cette différence du temps de réalisation était significative ($p < 0,0001$). La durée médiane de séjour aux urgences des patients inclus était de 5 heures et 12 minutes (Q1 = 3,5 ; Q3 = 7,6). **Conclusion** : La moitié des avis demandés aux urgences demeurait non tracée par le spécialiste dans le DPI.

Composition du Jury :

Président : Professeur Eric Wiel

Assesseurs : Professeur Florence RICHARD & Docteur Jean-Marie RENARD

Directeur de thèse : Docteur Grégory BERTOLOTTI