



UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**IMPACT D'UN MEDECIN D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION
SUR LE DELAI DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AU SAU DU CENTRE
HOSPITALIER DE BOULOGNE SUR MER**

Présentée et soutenue publiquement le 14 mars 2025 à 16 heures
au *Pôle Recherche*

par Chloé DEPLECHIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Monsieur le Docteur Philippe BOUREL

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Aurore COMMONT

AVERTISSEMENT

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

Table des matières

Table des matières	7
Liste des abréviations	9
I. Résumé	11
II. Introduction	12
A. L’histoire des urgences	12
B. Les urgences : état des lieux	13
1) A l’international	13
2) En France métropolitaine	13
3) Dans les Hauts de France	14
C. Les urgences du CHB : organisation générale	14
D. La durée moyenne de passage (DMP)	16
1) Facteurs influençant le délai de prise en charge	16
2) Problème de santé publique.....	17
a) Majoration de la morbi-mortalité	17
b) Impact sur les équipes	17
c) Insatisfaction des patients et recrudescence de la violence.....	18
3) Stratégies de gestion du temps d’attente	18
a) Les échelles de triage	18
b) Outil informatique de gestion.....	21
c) L’IAO.....	21
E. Le MAO dans la littérature	23
III. Matériel et méthodes	25
A. Organisation générale	25
B. Définition du poste de MAO au CHB	26
C. Population étudiée	27
D. Recueil de données	27
E. Critères de jugement	28
F. Analyse statistique	29
G. Éthique	29
IV. Résultats	30
A. Population de l’étude	30
B. Critère de jugement principal	31
C. Critères de jugement secondaires	33
D. Analyse descriptive des échantillons	34
1) En fonction de l’âge	34
2) En fonction du jour d’admission	39

3)	En fonction de l'orientation du patient	41
E.	Analyse des questionnaires	42
1)	Questionnaires « IDE »	42
2)	Questionnaires « AS »	43
3)	Médecins « MAO »	44
4)	Médecins « non-MAO »	46
V.	Discussion	48
A.	Analyse de la durée moyenne de passage	48
B.	Analyse des critères de jugement secondaires.....	49
C.	Analyse des questionnaires	50
D.	Limites	51
E.	Perspectives.....	52
VI.	Conclusion	53
VII.	Références bibliographiques	54
VIII.	ANNEXES	58
A.	Annexe 1.....	58
B.	Annexe 2.....	60
C.	Annexe 3.....	62
D.	Annexe 4.....	64
E.	Annexe 5.....	69

Liste des abréviations

AHRQ : Agency for Healthcare and Research and Quality

AS : Aide-Soignant(e)

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CH : Centre Hospitalier

CHB : Centre Hospitalier de Boulogne sur mer

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CJP : Critère de Jugement Principal

CJS : Critère de Jugement Secondaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRAAL : Centre de Réception et de Régulation des Appels libéraux

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DIM : Département d'Information Médicale

DM : Délai Moyen

DMP : Durée Moyenne de Passage

DU : Diplôme Universitaire

ECG : Électrocardiogramme

ESI : Emergency Severity Index

ETG : Échelle de Triage et de Gravité

FEDORU : Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences

FPU : Forfait Patient Urgence

IADÉ : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'État

IAO : Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation
MCF : Médecin Coordonnateur de Flux
MMG : Maison Médicale de Garde
MTS : Manchester Triage Scale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SU : Soins Urgents
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
ZAD : Zone d'Attente et de Diagnostique
ZAO : Zone d'Accueil et d'Orientation

I. Résumé

Contexte :

La notion d'engorgement des services d'accueil des urgences par l'augmentation constante du nombre de recours et de la durée moyenne de passage s'inscrit dans une problématique de santé publique. Il existe probablement une majoration de la morbidité et de la mortalité liée. Nous avons donc cherché à évaluer l'impact d'un MAO sur le délai de prise en charge des patients.

Méthode : Étude observationnelle comparative, monocentrique, rétrospective au sein du Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer comparant une période sans MAO (du 10 octobre au 4 novembre 2022) à une période avec MAO (du 7 novembre au 2 décembre 2022). Le critère de jugement principal était la durée moyenne de passage des patients correspondant au temps entre l'entrée administrative et la décision médicale.

Résultats :

Nous avons inclus 1650 patients sur la période sans MAO et 1710 patients sur la période avec MAO. La présence d'un MAO a permis la réduction significative de la durée moyenne de passage de 355 minutes à 310 minutes (p-value 0,0007). Nous avons également montré une diminution significative du délai entre le premier contact paramédical et premier contact médical ainsi qu'entre l'entrée administrative et le premier contact médical. La présence du MAO a permis une réduction de la durée moyenne de passage des patients âgés de plus de 18 ans et pour les patients pris en charge le lundi.

Conclusion : La présence d'un MAO a amélioré significativement la durée moyenne de passage des patients aux urgences par des possibilités d'intervention définies pour l'étude.

Mots clés : Urgences – Triage – MAO – Durée moyenne de passage

II. Introduction

A. L'histoire des urgences

La première fonction des Services d'Accueil des Urgences (SAU) autrefois nommés « services porte » était celle d'un lieu d'accueil avant l'admission hospitalière. (1)

A partir de la seconde moitié du 21^{ème} siècle se sont développées de nouvelles approches thérapeutiques. Une nouvelle fonction de ces services est née, celle d'être le premier lieu de mise en place de ces traitements améliorant le pronostic vital. (2)

La circulaire du 13 août 1965 (3) définit l'organisation des SAU et de réanimation des hôpitaux avec notamment la création des Salles d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV). La consultation se démocratise pour les urgences relatives telles que la traumatologie et les symptômes intenses et aigus. Se met alors en place le principe de triage permettant d'organiser les prises en charge en fonction du degré d'urgence.

Cette notion de triage apparaît pour la première fois sur les champs de bataille au 19^{ème} siècle. Napoléon Bonaparte et Le Baron Dominique Jean Larrey sont les pionniers de cette méthode (4) qui sera largement reprise par la suite en médecine militaire. Ce triage est un moyen de classer les blessés en plusieurs catégories selon l'urgence des soins à donner et des possibilités de transport. Devant les moyens dépassés, le classement des blessés apparaît indispensable dans la volonté de soigner le plus grand nombre.

B. Les urgences : état des lieux

1) A l'international

En 2005, la durée moyenne de passage (DMP) calculée entre l'admission ou le triage et celui de la sortie est évaluée à 128 minutes au Canada contre 187 minutes en moyenne dans 40 établissements en France. Néanmoins le pourcentage des séjours de plus de 6 heures est évalué à 10 % de manière équivalente dans les deux pays. Le pourcentage des prises en charge de moins de 4 heures évalué au Canada, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en France respectivement à 72 %, 76 %, 96 % et 77 %. (5)

2) En France métropolitaine

En France métropolitaine, en 2022 selon le rapport de la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU), on compte 93 Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), 426 Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et 675 SAU. (6) Ces structures recensent plus de 20,8 millions de passages soit une hausse de 6.1 % par rapport à 2021 et une hausse de 48,6 % par rapport à 1996. Il existe en moyenne 57 168 passages par jour soit 30 % de la population générale par an. 27 % de ces consultations surviennent de 20 h à 8h et 27 % le week-end.

La DMP aux urgences est de 4 heures et 23 minutes. (6) 61 % des séjours durent moins de 4 heures dans les SAU. Parmi ceux-ci 30 % sont hospitalisés contre 19 % en population générale et 68 % regagnent leur domicile.

La gravité selon la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) est évaluée à 18 % pour la CCMU 1 et contre 2 % pour les CCMU 4 et 5.

En ce qui concerne les diagnostics, 63 % relèvent du domaine médico-chirurgical, 29 % de traumatologie, 3 % de la psychiatrie, 1 % de la toxicologie et 4 % d'un autre motif.

3) Dans les Hauts de France

En 2022, dans les Hauts de France, 64 SAU ont enregistré 1 996 787 passages soit une hausse de 9.1 % par rapport à 2021. Il existe une moyenne de 5471 passages par jour soit 33.4 % de la population générale par an. On compte 5 SAMU, 36 SMUR et 64 SAU27 % de ces consultations ont lieu de 20 h à 8h et 27 % le week-end.

La gravité selon la CCMU est évaluée à 17 % de pour la CCMU 1 contre 1 % pour les CCMU 4 et 5.

62 % des patients passent moins de 4 heures dans les SAU, il faut noter que cela correspond à 33 % des patients qui seront hospitalisés et 68 % des patients qui regagnent leur domicile. 18 % des patients sont hospitalisés après leur passage aux urgences.

En ce qui concerne les diagnostics, 62 % relèvent du domaine médico-chirurgical, 28 % de traumatologie, 3 % de la psychiatrie, 2 % de la toxicologie et 4 % d'un autre motif. (6)

C. Les urgences du Centre Hospitalier de Boulogne sur mer : organisation générale

Le Centre Hospitalier Boulogne sur mer (CHB) est créé en 1980, il a ouvert son SAU en 2006 et a connu de nombreuses modifications de sa structure et de son organisation au fil des années.

Le SAU est organisé en 6 zones principales ; la zone d'accueil et d'orientation (ZAO), la filière courte, ou « soins urgents » (SU), la filière longue conventionnelle et le SAUV. Une fois les soins effectués les patients sont orientés en Zone d'Attente et de Diagnostique (ZAD) dans l'attente d'une décision médicale, et enfin le service d'Unité Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

Chaque filière de soins se compose d'au moins un binôme infirmier/aide-soignant (2 pour la filière longue), d'un médecin sénior (urgentiste et/ou médecin généraliste) et d'un interne.

En ZAO, un premier IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation) est présent 24h/24h et un second poste a été ouvert en 2021 de 10 à 22 heures.

Le CHB dispose également d'un SMUR qui se compose d'un médecin urgentiste, d'un IADE et d'un ambulancier.

Le SAU du CHB dispose d'une salle de radiologie et d'un scanner dédiés et à proximité immédiate.

A noter que les urgences pédiatriques sont assurées par le service de pédiatrie à l'exception de la traumatologie et des urgences chirurgicales.

Une maison médicale de garde (MMG) est accessible à l'entrée du SAU. Elle est ouverte le soir en semaine, le samedi après-midi et le dimanche toute la journée, sur orientation par le Centre de réception et de régulation des appels libéraux (CRAAL) ou par l'IAO directement.

D. La durée moyenne de passage

1) Facteurs influençant le délai de prise en charge

La littérature recense de nombreux facteurs influençant la DMP aux urgences. Parmi ceux-ci, on trouve principalement l'augmentation du nombre de passage aux urgences (6) mais également l'étendue du recours à des actes et soins techniques. En effet, la DMP sans acte ni soins est mesurée à 76 minutes contre 106 minutes si une radiographie est réalisée. (7) Chaque acte de biologie prend en moyenne 24 minutes, chaque acte de radiologie 40 minutes voire 33 minutes supplémentaires si les deux actes sont réalisés.(8)

D'autres facteurs interviennent également tels que les soins primaires, la gestion de l'aval et le vieillissement de la population.

La fréquentation d'un SAU dépend de l'offre de soins primaires du secteur, qui constitue le premier contact de la population avec le système de santé selon l'OMS. (9) Il existe une relation inversement proportionnelle entre la densité des soignants libéraux et le recours aux urgences pour des motifs bénins. (8) Par ailleurs, il existe une diminution des effectifs de médecins généralistes de l'ordre de 5.6 % entre 2012 et 2021 en France. (10)

Concernant l'aval, on parle de l'encombrement défini comme le nombre de patients côtoyés par un soignant au cours de son passage. (8) En effet, plus nombreux sont les patients à se trouver simultanément dans un service, moins les soignants sont disponibles pour s'occuper de l'un d'entre eux en particulier. (8)

Quant aux personnes âgées, leur prise en charge comporte un nombre d'actes plus élevé, une hospitalisation plus fréquente et se caractérise donc par une DMP plus longue que celle des patients plus jeunes. (11) De plus, le délai pour obtenir un lit est plus important. (12)

Les critères de gravité (CCMU 4 et 5) augmentent la sollicitation des soignants et donc la DMP, on retrouve la même constatation pour la prise en charge des troubles du comportement pouvant solliciter plus de personnel qu'à l'habitude. (8)

2) Problème de santé publique

a) Majoration de la morbi-mortalité

La survenue d'une saturation aux urgences et donc d'une DMP estimée importante peut entraîner une majoration de la morbi-mortalité des patients. (13,14)

Cependant, aucune donnée bibliographique n'a été retrouvée en France concernant l'impact d'un engorgement des SAU sur le nombre de décès inopinés.

b) Impact sur les équipes

Le retentissement de l'engorgement des SAU est également qualitatif. En effet, l'inadaptation de la réponse médicale aux urgences vitales et relatives en raison d'une

surcharge de travail. Celle-ci est responsable d'une baisse de productivité des équipes médicales et paramédicales (15) et d'une surcharge mentale pouvant être l'origine d'une mauvaise santé au travail, susceptible d'altérer les capacités. (16)

c) Insatisfaction des patients et recrudescence de la violence

Une DMP élevée entraîne une insatisfaction des patients et de leurs accompagnants principalement en l'absence d'information fournie sur le délai de leur prise en charge ou sur les raisons de l'augmentation de ce délai. (17) Or, la transmission de ces informations pourrait améliorer ce sentiment. (18)

Une attente considérée comme longue pour le patient et la famille peut être source d'anxiété et d'incompréhension pouvant aboutir à des situations d'agressivité verbale et physique voire de violence. (19)

3) Stratégies de gestion du temps d'attente

a) Les échelles de triage

La première étape d'une prise en charge optimale est définie par un triage en fonction du degré d'urgence.

Les échelles de triage validées et utilisées par les services d'urgences sont les suivantes:

- Aux Etats-Unis, l'Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ) recommande l'Emergency Severity Index (ESI) répartie en 5 niveaux. (20)

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

Tableau 1 - Emergency Severity Index

- Au Royaume-Uni, l'échelle de triage la plus répandue est la « Manchester Triage Scale » (MTS) (21)

Niveau MTS	Prise en charge	Délai recommandé
MTS 1	Immédiate	0 minute
MTS 2	Très urgente	10 minutes
MTS 3	Urgente	60 minutes
MTS 4	Standard	120 minutes
MTS 5	Non urgente	240 minutes

Tableau 2 - Manchester Triage Scale

- En France, la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) est recommandée par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). (22)

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

Tableau 3 - Classification Infirmière des Malades aux Urgences

- D'autres échelles de triage sont validées notamment au Canada où l'Échelle Canadienne de Triage & de Gravité (ETG) comprend 5 niveaux de gravité. (23)

Niveau de triage	I	II	III	IV	V
Délai	Immédiat	15 min.	30 min.	60 min.	120 min.
Réponse fractile	98%	95%	90%	85%	80%
Taux d'admission attendu	70-90%	40-70%	20-40%	10-20%	0-10%

Tableau 4 – Échelle Canadienne de Triage et de Gravité

Les objectifs principaux du triage sont donc d'analyser le motif de recours qui déterminera les besoins en soins et la priorité à leur donner ; de faciliter la gestion du flux et l'optimisation des délais d'attente. (24)

b) Outil informatique de gestion

Plusieurs stratégies ont été adoptées ces dernières années pour réduire cette DMP notamment l'utilisation d'un outil informatique de gestion des flux. (5)

La mise en place dans la plupart des CH de cet outil remplit plusieurs fonctions. Il permet notamment à l'IAO de piloter l'activité du SAU, d'identifier le personnel médical et paramédical responsable du patient, de jouer un rôle d'alerte sur le temps d'attente des patients. De plus, cet outil permet d'avoir une vision complète du parcours du patient rendant plus accessible la communication avec le personnel, avec les autres services hospitaliers et la famille. L'informatisation des services d'urgences a également permis une mesure plus précise des délais de passage aux urgences. (25)

c) L'IAO

Au Canada, les prescriptions médicales peuvent être déléguées à l'IAO pour la prise en charge de problèmes médicaux courants selon différents algorithmes validés par des médecins. Ces protocoles ont permis une réduction significative de la DMP de 46 minutes pour les soins « non urgents » de niveaux III, IV et V voire de 76 minutes les soins « urgents » de niveaux I et II. (23) Cette optimisation du délai d'attente grâce à la réalisation des examens biologiques et radiologiques en amont de la consultation

médicale, améliorerait la satisfaction des patients. Les agents paramédicaux étaient aussi valorisés devant l'initiation des investigations améliorant ainsi leur sentiment d'appartenance au service. (26)

La France autorise la réalisation des premières prescriptions par l'IOA notamment la prise en charge de la douleur après cotation, la réalisation d'un ECG ou d'une biologie dans le cadre de protocoles internes. Néanmoins, ces pratiques ne permettent pas de mettre en évidence une réduction de la DMP à l'échelle nationale. (27)

Selon Oredsson et al., le triage en équipe avec un médecin accessible, permettrait probablement de réduire la DMP, ainsi que le nombre de patients qui quittent le service avant d'avoir pu être examinés. (27)

Un médecin dédié au triage paraît donc utile afin d'affiner la qualité du triage et de réaliser une évaluation médicale rapide de la gravité. (28)

Dans la continuité d'une amélioration de la prise en charge du patient par une meilleure communication, des nouveaux rôles médicaux sont apparus comme celui du Médecin coordinateur de flux (MCF) ou du Médecin d'accueil et d'orientation (MAO).

E. Le MAO dans la littérature

La notion de MAO repose selon un modèle de *Triage Liaison Physician*, relevant d'organisateur aux urgences, de premier contact médical et d'action de « *see and treat* ». (29)

Les interventions du MAO varient selon le lieu d'exercice. La plupart du temps, des missions similaires sont retrouvées telles que la prescription d'une radiographie, d'une biologie, d'un antalgique ; l'interprétation d'un ECG, d'une bandelette urinaire, d'une glycémie ; la sortie directe, la réorientation des patients, l'admission directe dans un service d'aval. (30)

La prescription anticipée de bilan biologique ou radiologique, augmente indéniablement le temps de triage. Des recommandations françaises intègrent la notion de temps d'attente maximum avant le triage de 30 minutes.(24)

Il existe peu d'études évaluant l'intérêt du MAO. Certaines d'entre elles ont montré un effet bénéfique sur la durée de séjour des patients (31) mais également sur le délai de premier contact médical concernant principalement la filière courte traumatologique. (32) (33)

La DMP dépend la plupart du temps du flux d'aval, ne permettant pas à la présence du MAO de l'améliorer. Néanmoins, en diminuant la DMP des patients en filière courte et donc en diminuant le nombre de patients présents dans le service d'urgences de manière

globale, la présence du MAO permettrait une réduction de la DMP des autres patients notamment ceux de la filière longue. (30)

Devant le manque de données de la littérature et l'augmentation du nombre de passage aux urgences ces dernières années ; notre étude a pour but d'objectiver l'impact d'un MAO sur la DMP des patients au SAU du CHB.

III. Matériel et méthodes

A. Organisation générale

Nous avons intégré dans l'organisation de l'accueil des urgences du CHB la présence d'un MAO, du lundi au vendredi, en dehors des jours fériés, entre 10 heures et 20 heures. Les horaires de présence du MAO ont été choisis en fonction de l'importance du flux. Il a été décidé de ne pas poster de MAO la nuit et le week-end faute d'effectif médical suffisant.

Le médecin disposait d'un ordinateur dédié pour consulter les motifs de recours et effectuer les prescriptions. Aucune ligne téléphonique dédiée n'était présente mais le médecin communiquait son numéro de téléphone au standard lors de la prise de poste.

Nous avons étudié le critère de jugement principal (CJP) sur une période de 4 semaines avec MAO comparée aux 4 semaines précédentes sans MAO selon les mêmes modalités.

Un questionnaire était également remis au personnel paramédical (infirmiers et aides-soignants) et médical à la suite de cette période décrite (annexes 1, 2 et 3) afin d'évaluer leur perception de la présence d'un MAO sur la qualité de la prise en charge et les conditions de travail. Ces questionnaires étaient remplis de manière anonyme et récoltés dans un espace dédié. Le personnel devait répondre à plusieurs questions de manière fermée (pas du tout d'accord, plutôt pas d'accord, plutôt d'accord, tout à fait d'accord).

B. Définition du poste de MAO au CHB

Le MAO était défini comme un médecin ayant une formation d'urgentiste (DES, DU). Il a été décidé de ne pas inclure les médecins généralistes dans la réalisation de cette mission. Une fiche de poste était diffusée à l'ensemble du personnel des urgences (annexe 4)

Le MAO disposait donc d'une liste non exhaustive des possibilités d'intervention décrites ci-dessous. Il pouvait débiter la prise en charge de certains motifs de consultation et disposait de propositions d'actions à effectuer dès l'accueil en fonction du motif de recours et des filières déjà identifiées au sein de l'hôpital. La liste de ces motifs comportait : abcès cutané, brûlures mictionnelles, colique néphrétique, déficit neurologique, douleur abdominale, douleur thoracique, dyspnée, lombalgie sans traumatisme, panaris, phlegmon, problème dentaire, réfection de plâtre, traumatisme crânien sous anticoagulant et traumatisme de membre.

Il était également référent de l'IAO pour la lecture des ECG, pour le tri des motifs de recours au sein d'une même CCMU en fonction de la réévaluation clinique. Il devait réévaluer les patients présents dans la zone d'attente, coordonner les soins aux patients présents dans la zone d'attente, réorienter les patients vers la MMG.

C. Population étudiée

La population étudiée concernait tous les individus se présentant à l'entrée administrative du SAU du CHB en semaine, durant les deux périodes d'inclusion, soit entre le 10 octobre et le 4 novembre 2022 (période sans MAO) puis du 7 novembre au 2 décembre 2022 (période avec MAO).

Les critères d'exclusions étaient les suivants :

- Les patients se présentant aux urgences le week-end et les jours fériés
- Les patients relevant des urgences pédiatriques et obstétricales

Il existait des critères de non-inclusion comprenant les patients réorientés :

- Vers la MMG
- Vers le centre dentaire
- En consultation ophtalmologique et ORL
- En consultation traumatologique
- En consultation addictologique
- En consultation externe non précisée

D. Recueil de données

Le recueil des données a été réalisé grâce au Département d'Information Médicale (DIM) du CHB. Les données anonymisées et agrégées ont été extraites du logiciel SILLAGE®.

E. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la DMP définie comme le délai entre l'entrée administrative et la décision médicale.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- Le délai moyen (DM) de prise en charge entre l'entrée administrative et le premier contact paramédical
- Le DM de prise en charge entre le premier contact paramédical et premier contact médical
- Le DM de prise en charge entre l'entrée administrative et le premier contact médical

Nous avons analysé les effectifs des patients admis, la date et l'heure de l'entrée administrative aux urgences, la date et l'heure de prise en charge paramédicale, la date et l'heure de prise en charge médicale, la date et l'heure de la décision médicale.

Nous avons également comparé les DMP en fonction de l'âge et du jour de la semaine et décrit l'orientation des patients.



Figure 1 – Séquence de prise en charge des patients

F. Analyse statistique

Nous avons réalisé une étude comparative, monocentrique et rétrospective.

Les statistiques ont été obtenues par les logiciels R et XLSTAT en utilisant les tests de Student et Khi 2 de comparaison de moyennes. Les résultats étaient arrondis à l'unité et présentés en moyenne et écart-type pour les données quantitatives.

G. Éthique

Compte tenu d'une seule exploitation des données collectées de façon rétrospective et anonyme, l'étude ne nécessitait pas d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP).

Cette étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et était conforme à la méthodologie MR-005 (déclaration 2237352 v 0).

IV. Résultats

A. Population de l'étude

Nous avons étudié deux échantillons de la population correspondant aux périodes « sans MAO » et « avec MAO », incluant respectivement 1650 et 1710 patients, soit 37 % et 38 % du nombre total de consultations au SAU sur les périodes observées.

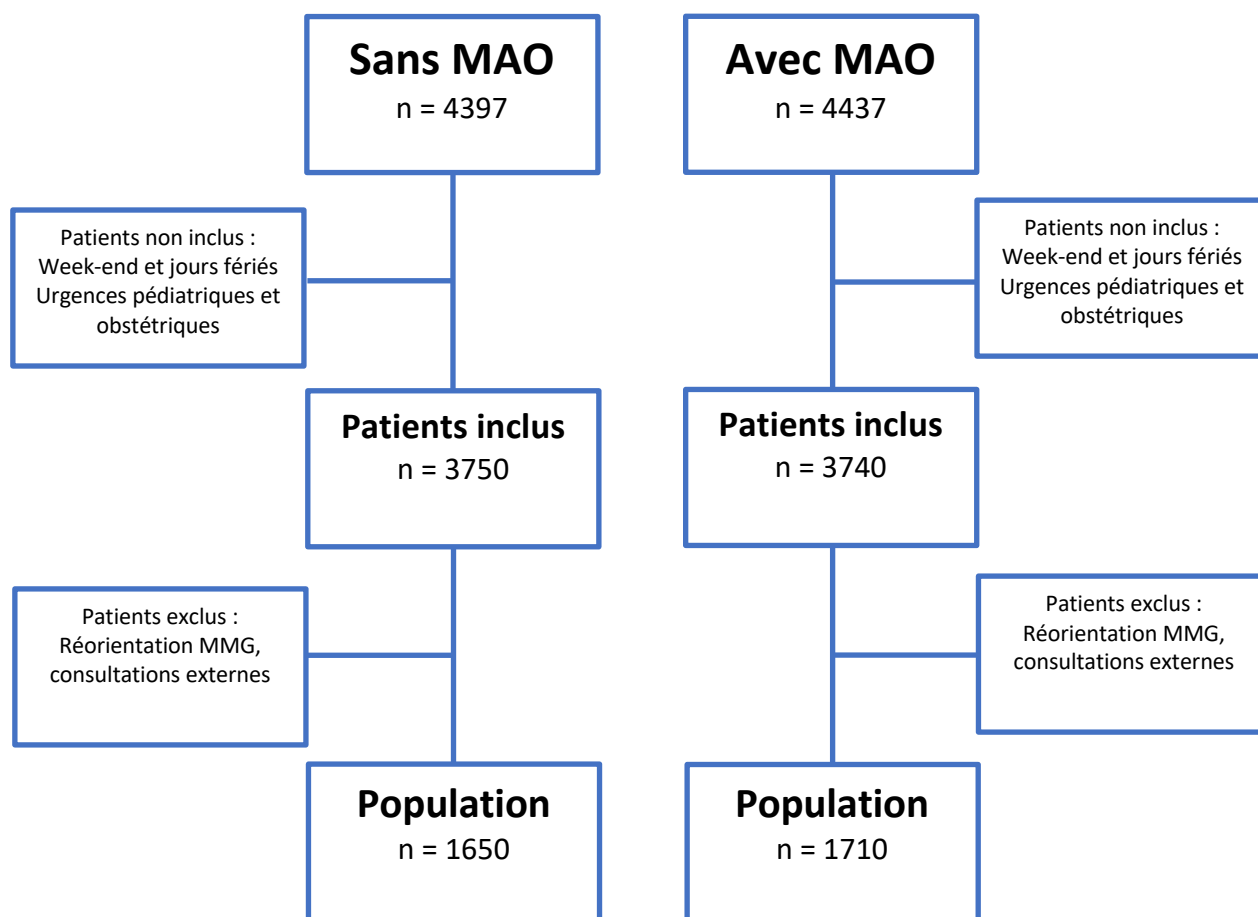


Figure 2 – Diagramme résumant les critères d'inclusion et d'exclusion des deux échantillons

B. Critère de jugement principal

Pour la période sans MAO, la durée moyenne de passage (DMP) était de 355 minutes, la durée minimale était de 6 minutes, le premier quartile à 144 minutes, la médiane à 279 minutes, le troisième quartile à 470 minutes et la durée maximale à 9728 minutes.

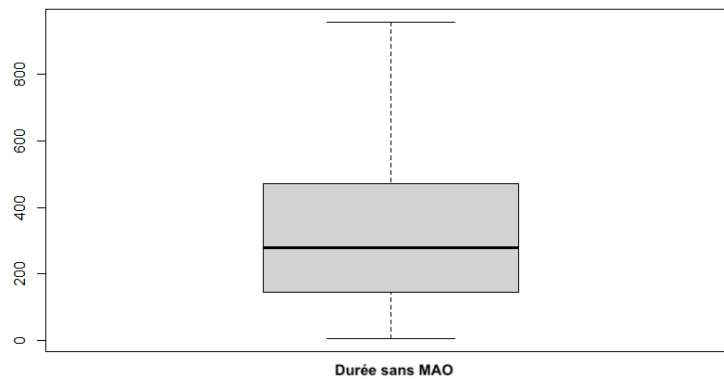


Figure 3 – Box plot de la durée de prise en charge sans MAO

Pour la période avec MAO, la durée moyenne de passage (DMP) du patient était de 310 minutes, la durée minimale était de 15 minutes, le premier quartile à 134 minutes, la médiane à 254 minutes, le troisième quartile à 413 minutes et la durée maximale à 3958 minutes.



Figure 4 – Box plot de la durée de prise en charge avec MAO

	DMP	Durée minimale	Q1	Médiane	Q3	Durée maximale
Période SANS MAO (n = 1650)	355	6	144	279	470	9728
Période AVEC MAO (n = 1710)	310	15	134	254	413	3958

Tableau 5 – Récapitulatif des durées en minutes

Il existait donc une différence significative entre les DMP des deux échantillons ($p = 0.0001707$; valeur $T = 4$; IC95% [21 - 68]).

C. Critères de jugement secondaires

Les résultats de l'étude des critères de jugement secondaires sont présentés dans le tableau suivant :

	Sans MAO	Avec MAO	Valeur T [IC 95 %]	P (seuil 0,05)
Entrée administrative et premier contact paramédical	7.71	7.78	0.24 [0.61 – 0.48]	0.8
Premier contact paramédical et premier contact médical	161	132	3 [12 - 46]	0.0007
Entrée administrative et premier contact médical	168	139	3 [12 - 46]	0.0007

Tableau 6 – Délais moyens en minutes selon les critères de jugement secondaires

Ces résultats mettaient donc en évidence une différence significative entre les deux groupes sur :

- Le DM de prise en charge entre l'entrée administrative et le premier contact médical
- Le DM de prise en charge entre le premier contact paramédical et le premier contact médical

Il n'existait pas de différence significative du DM de pris en charge entre l'entrée administrative et le premier contact paramédical.

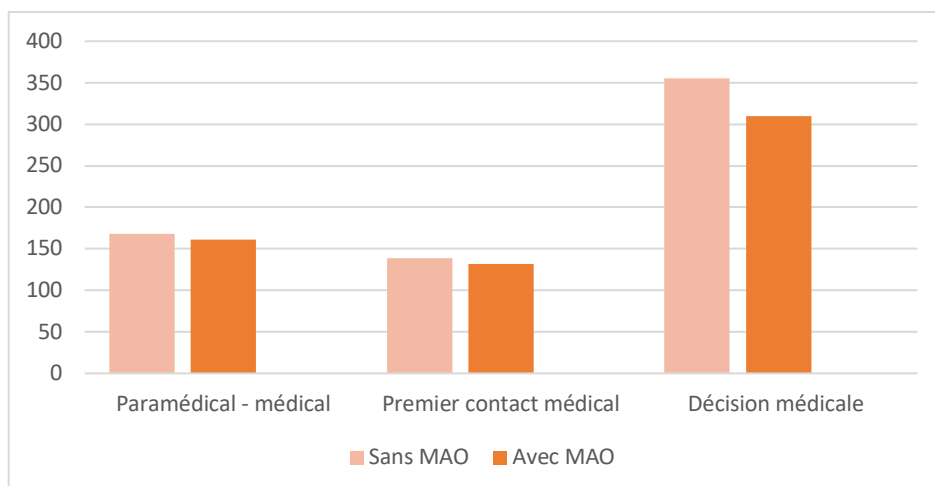


Figure 5 – Délai moyen de prise en charge en fonction de la période

D. Analyse descriptive des échantillons

1) En fonction de l'âge

L'échantillon « sans MAO » était composé de 13% de patients âgés de moins de 18 ans, 65% de patients âgés de 18 à 75 ans et de 22% de patients âgés de plus de 75 ans.

L'échantillon « avec MAO » était composé de 17 % de patients âgés de moins de 18 ans, 63 % des patients âgés de 18 à 75 ans et 20 % de patients âgés de plus de 75 ans.

Les échantillons étaient comparables sur l'âge avec une moyenne de 47 ans pour la période « sans MAO » et 49 ans pour la période « avec MAO », avec un risque alpha à 0.05 ($p = 0.053$; valeur $T = 1.9$; IC95% [3,6 – 0,002]).

Les DMP selon la tranche d'âge étaient présentées dans le tableau suivant :

	Sans MAO	Avec MAO	Valeur T [IC 95 %]	P (seuil 0,05)
< 18 ans	154	192	1.965 [1.4 - 78]).	0.059
18 à 75 ans	349	298	3,6 [19 - 82]	0.002
> 75 ans	485	443	4 [21 - 68]	0.0001707

Tableau 7 – DMP selon l'échantillon et la tranche d'âge, exprimées en minutes

Il existait une différence significative des DMP pour la tranche des 18 – 75 ans et celle des plus de 75 ans.

Les dispersions des données en fonction de l'échantillon et de la tranche d'âge étaient présentées dans les figures suivantes :

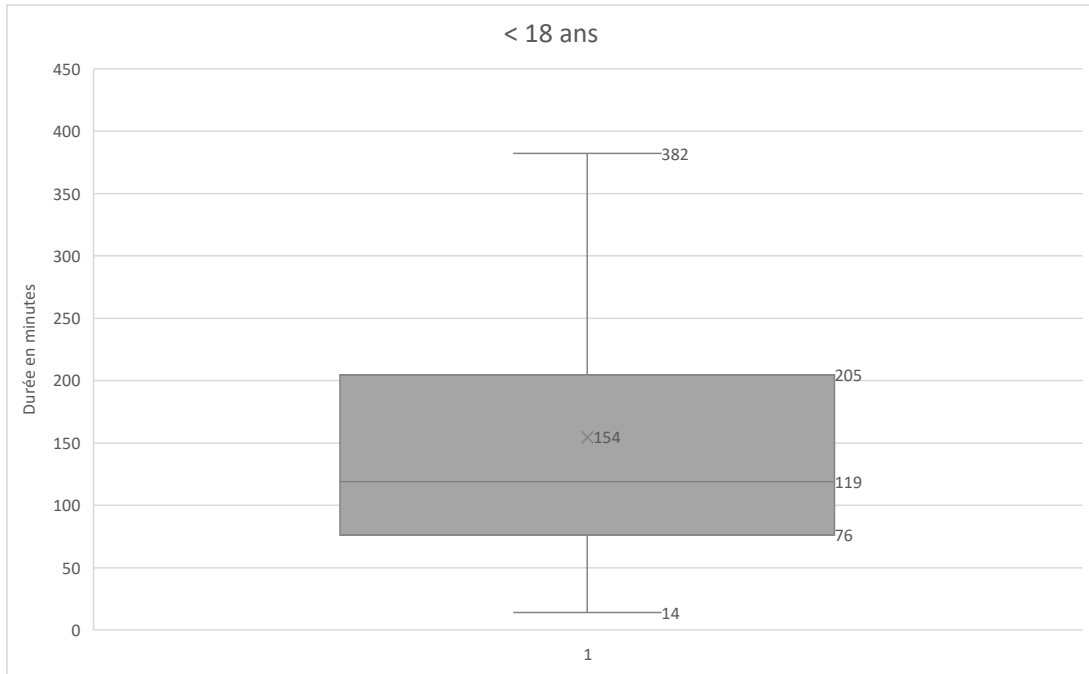


Figure 6 – Box plot des DMP des patients âgés de moins de 18 ans (période sans MAO)

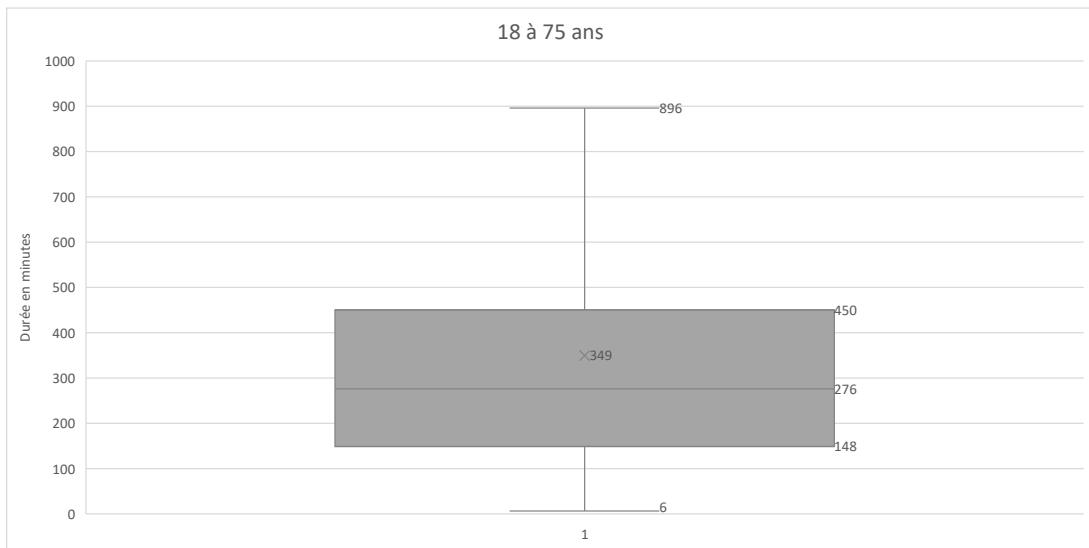


Figure 7 – Box plot des DMP des patients âgés de 18 à 75 ans (période sans MAO)

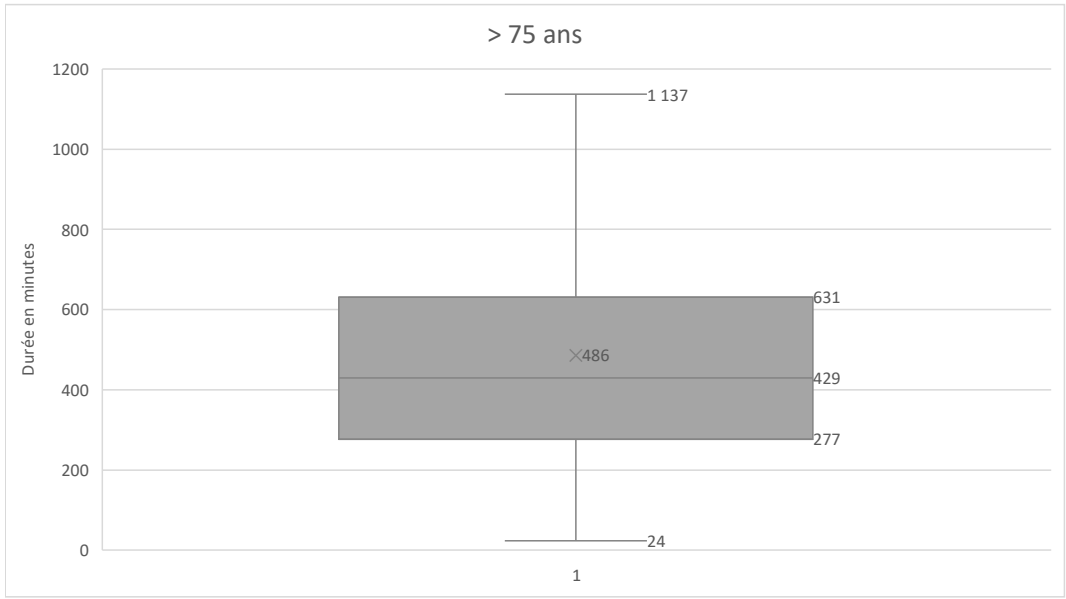


Figure 8 – Box plot des DMP des patients âgés de plus de 75 ans (période sans MAO)

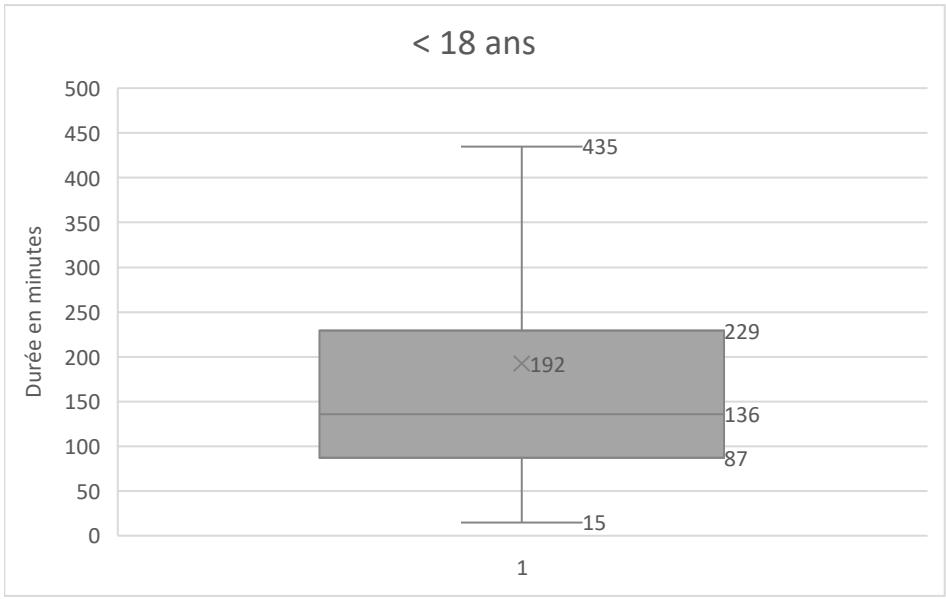


Figure 9 – Box plot des DMP des patients âgés de moins de 18 ans (période avec MAO)

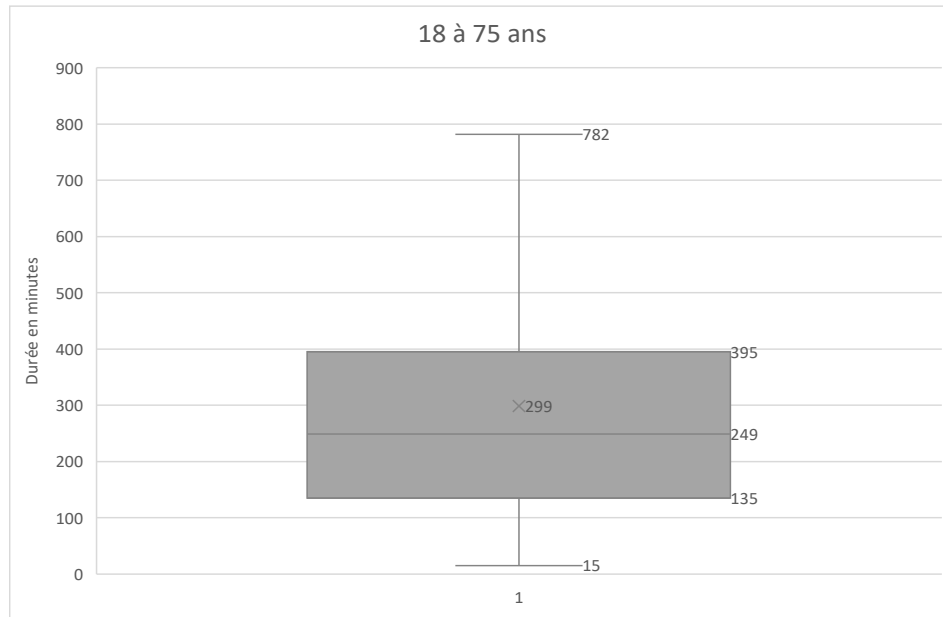


Figure 10 – Box plot des DMP des patients âgés de 18 à 75 ans (période avec MAO)

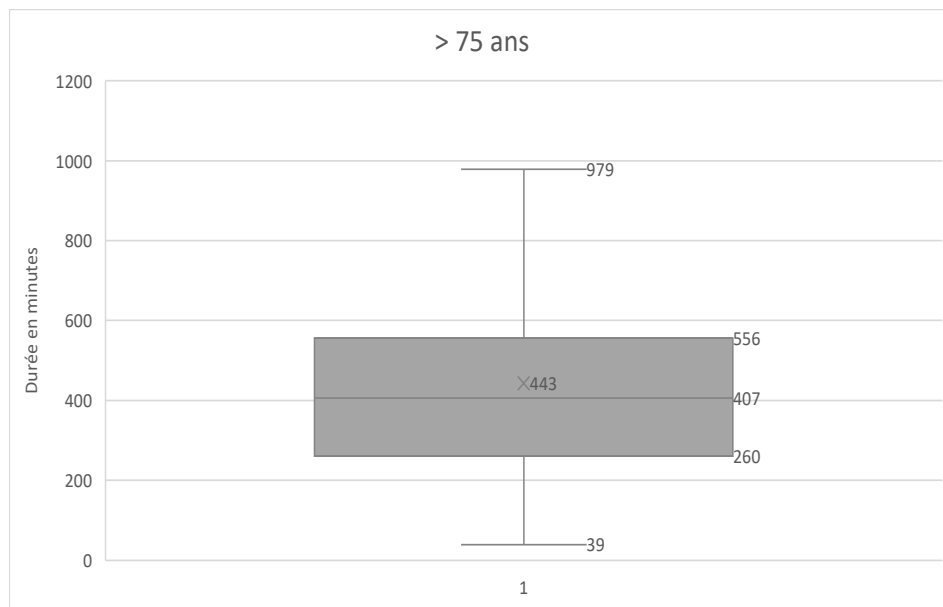


Figure 11 – Box plot des DMP des patients âgés de plus de 75 ans (période avec MAO)

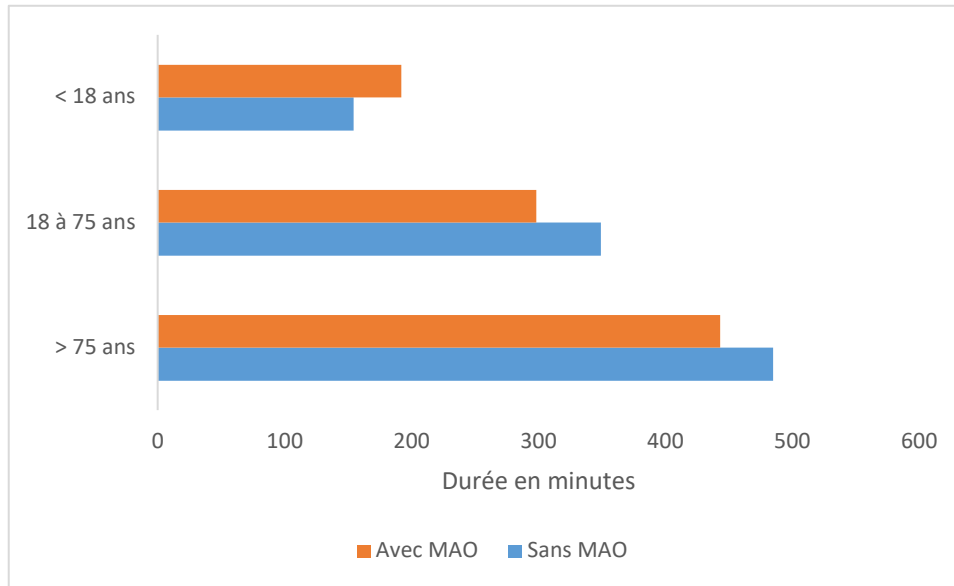


Figure 12 – DMP des échantillons selon l'âge

2) En fonction du jour d'admission

Dans l'échantillon « sans MAO », Les patients se présentaient pour 23 % d'entre eux le lundi, 14 % le mardi, 20 % le mercredi, 22 % le jeudi et 21 % le vendredi.

Dans l'échantillon « avec MAO », les patients se présentaient pour 19 % d'entre eux le lundi, 20 % le mardi, 20 % le mercredi, 22 % le jeudi et 19 % le vendredi.

Les échantillons étaient comparables avec une p-value à 0.000059 pour un risque alpha à 0.05.

Les DMP en fonction de l'échantillon et du jour d'admission étaient présentées dans le diagramme suivant :

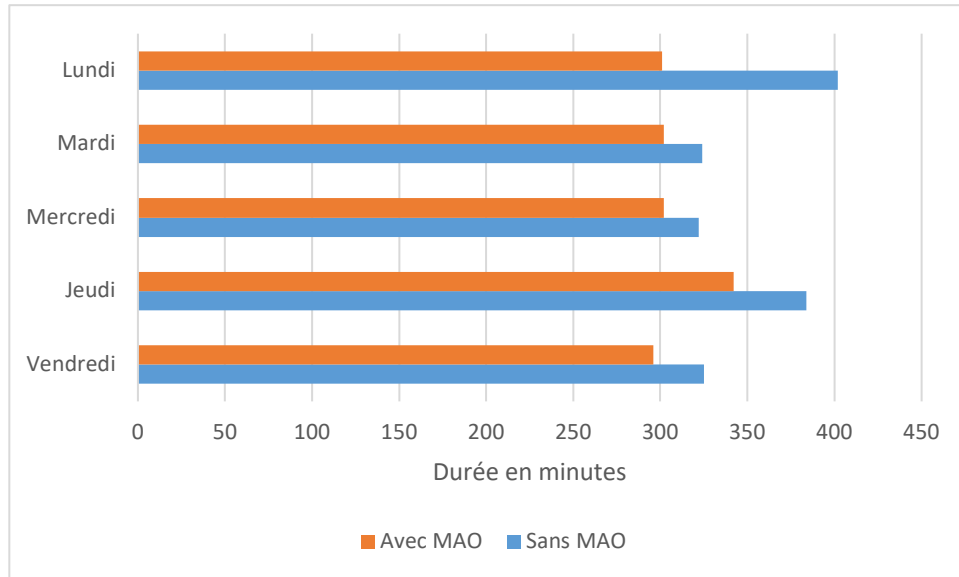


Figure 13 – DMP des échantillons selon le jour d'admission

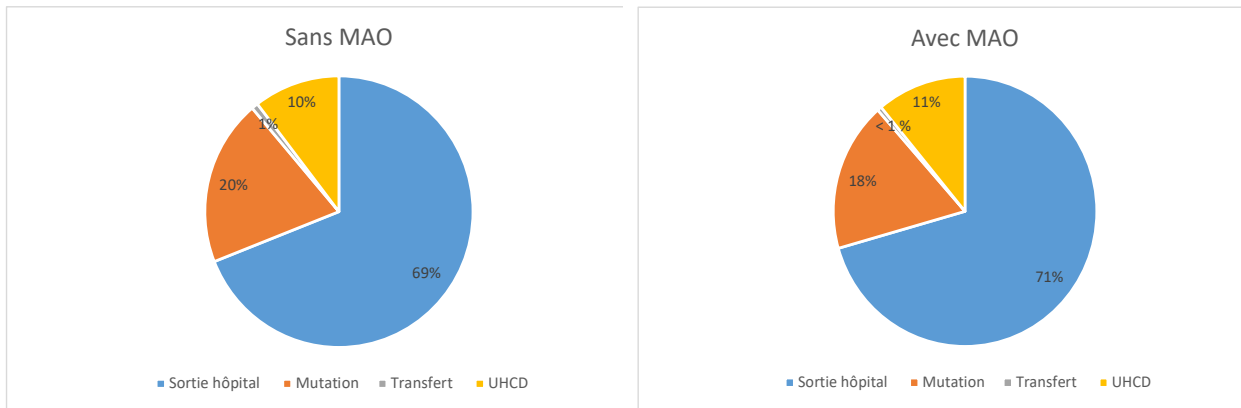
	Sans MAO	Avec MAO	Valeur T [IC 95 %]	P (seuil 0,05)
Lundi	402	301	3.12 [22 - 99]	0.002
Mardi	324	302	0.7 [38 - 82]	0.471
Mercredi	322	302	0.97 [21 - 63]	0.329
Jeudi	384	342	1.175 [28 - 114]	0.24
Vendredi	325	296	1.5 [8 - 67]	0.124

Tableau 8 – DMP selon l'échantillon et le jour d'admission exprimées en minutes

Il existait une différence significative des DMP entre les deux échantillons lors d'une admission le lundi.

3) En fonction de l'orientation du patient

La répartition des patients en fonction de l'orientation dans chaque échantillon était représentée dans les diagrammes suivant :



Figures 14 & 15 – Diagrammes de répartition des patients

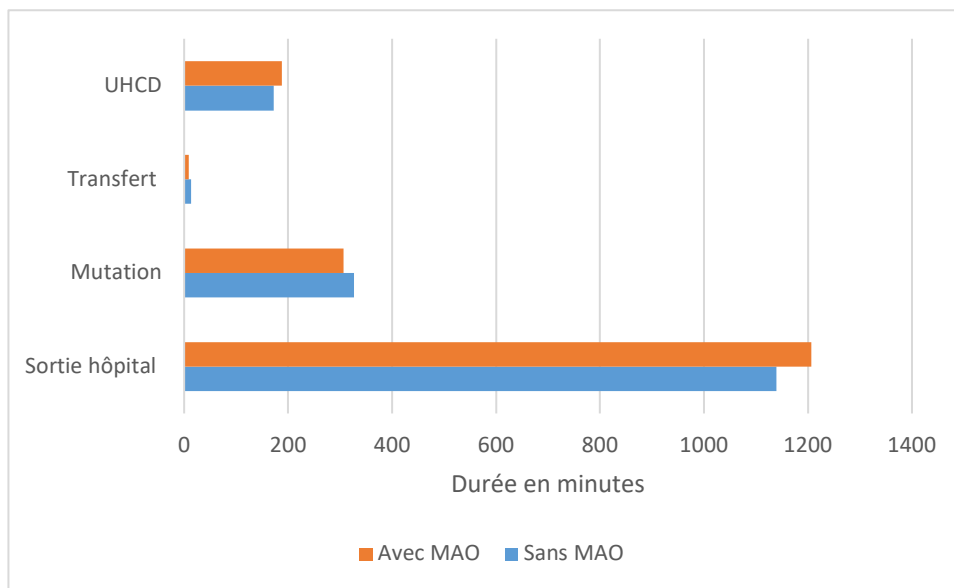


Figure 16 – DMP des échantillons selon l'orientation

E. Analyse des questionnaires

1) Questionnaires « IDE »

17 questionnaires ont été analysés. Les résultats de l'analyse des réponses à ces questionnaires étaient présentés dans la figure ci-contre :

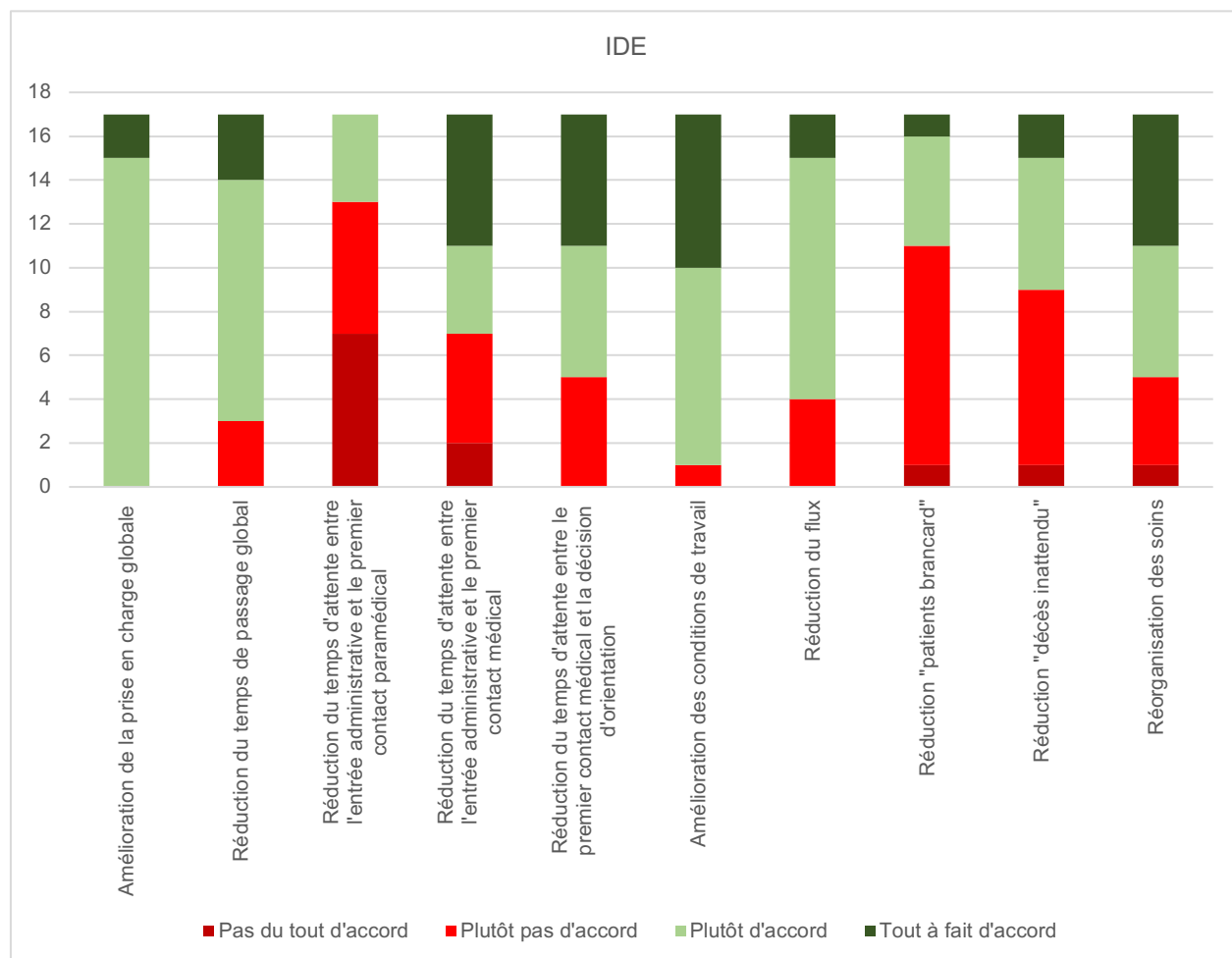


Figure 17 – Résultats des questionnaires pour les IDE

Les questionnaires permettaient de mettre en évidence chez les IDE un ressenti plutôt positif (« plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord ») sur la présence d'un MAO concernant :

:

- l'amélioration de la prise en charge (100 %)
- la réduction du temps de passage global (82 %)
- l'amélioration des conditions de travail (94 %)
- la réduction du temps d'attente entre le premier contact médical et la décision d'orientation (70 %)
- la réduction du flux et la réorganisation des soins. (73 %)

2) Questionnaires « AS »

9 questionnaires ont été analysés. Les résultats de l'analyse des réponses à ces questionnaires étaient présentés dans la figure ci-contre :

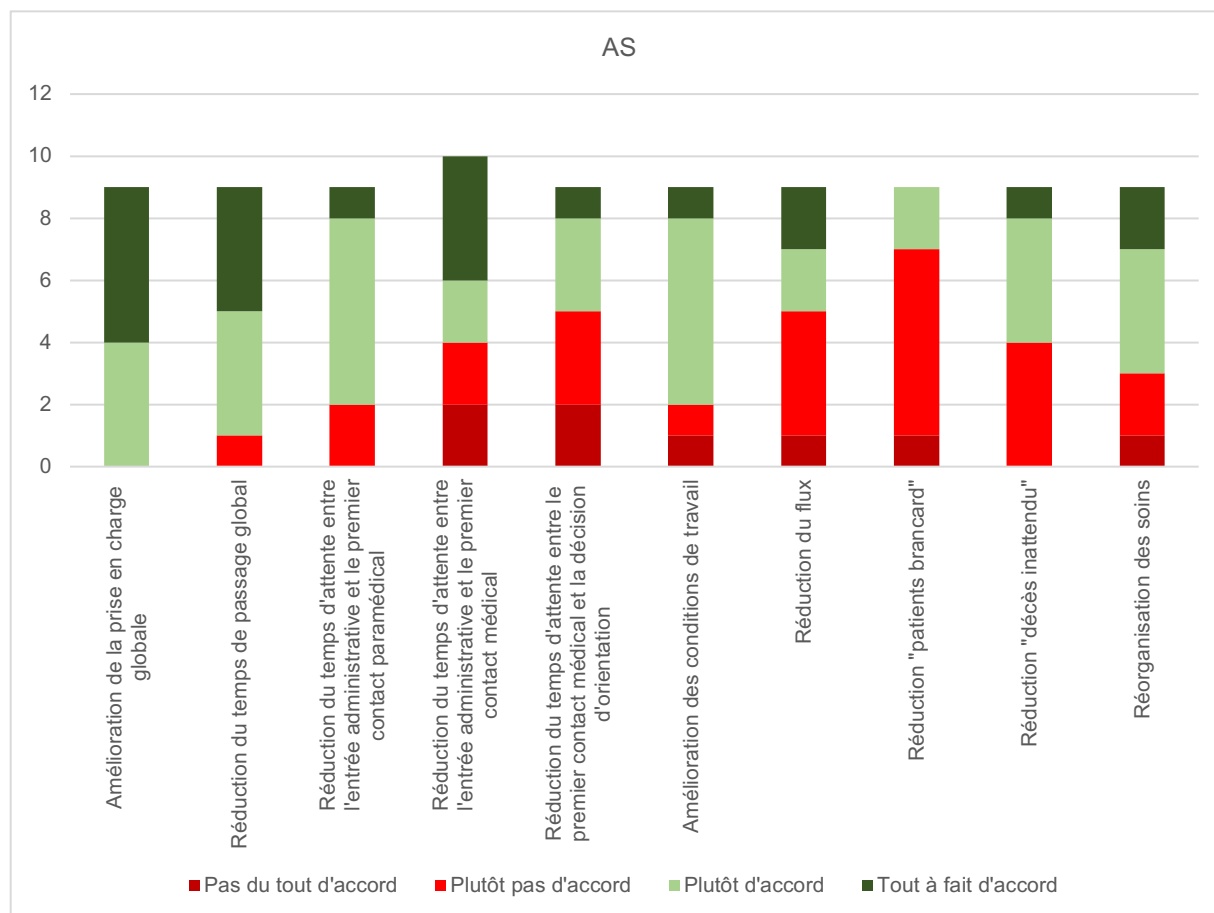


Figure 18 – Résultats des questionnaires pour les AS

Les questionnaires permettaient de mettre en évidence chez les AS un ressenti plutôt positif sur la présence d'un MAO concernant :

- l'amélioration de la prise en charge globale (100 %)
- la réduction du temps de passage global (89 %)
- la réduction du temps d'attente entre l'entrée administrative et le premier contact paramédical (78 %)
- l'amélioration des conditions de travail (78 %)
- la réorganisation des soins (67 %)

3) Médecins « MAO »

11 questionnaires ont été analysés. Les résultats de l'analyse des réponses à ces questionnaires étaient présentés dans la figure ci-contre :

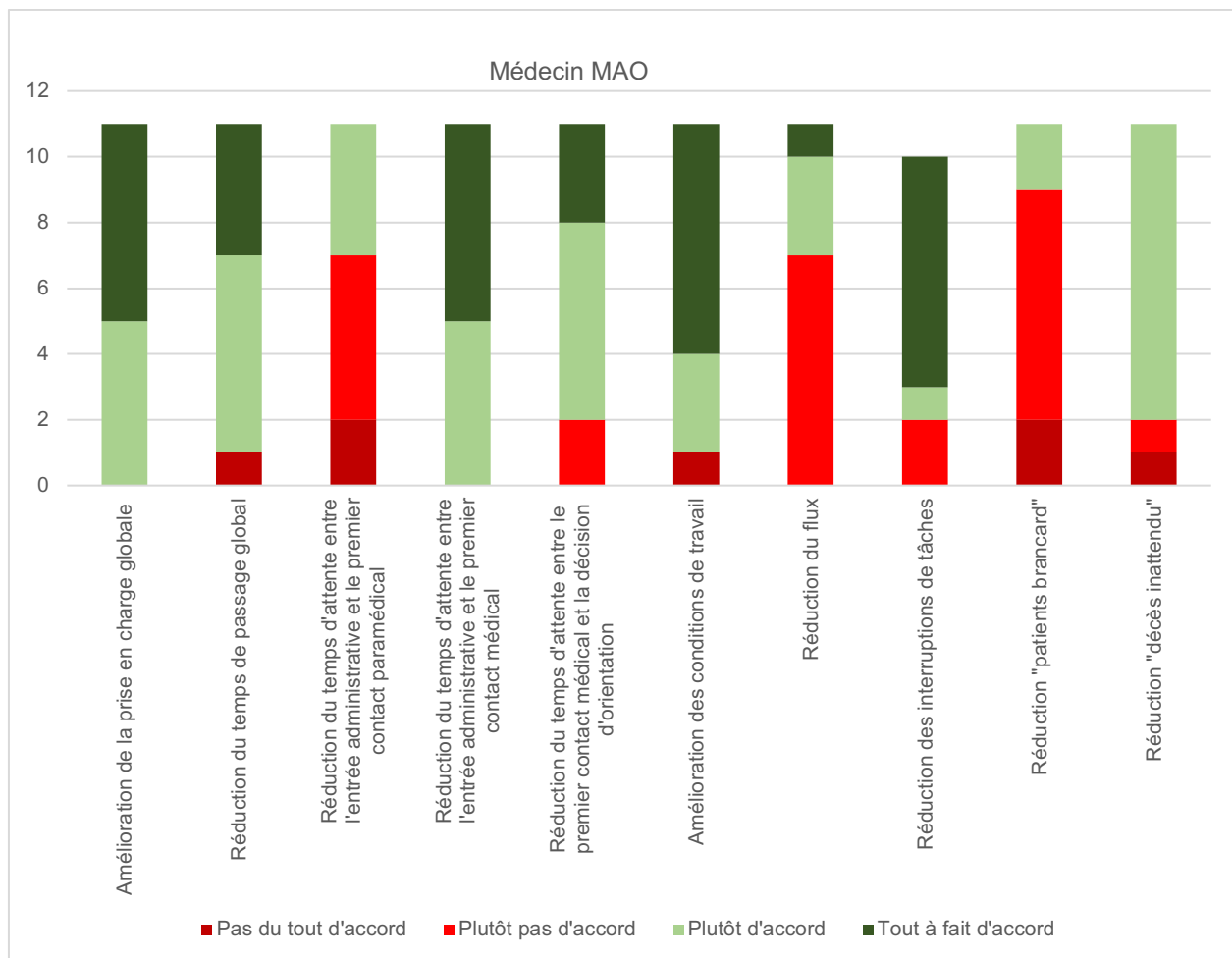


Figure 19 – Résultats des questionnaires pour les « MAO »

Les questionnaires permettaient de mettre en évidence chez les médecins participant à la permanence des soins du MAO, un ressenti positif concernant leur présence sur :

- l'amélioration de la prise en charge globale (100 %)
- une réduction du temps de passage global (91 %)
- une réduction du temps d'attente entre l'entrée administrative et le premier contact médical (100 %)
- une réduction du temps d'attente entre le premier contact médical et la décision d'orientation (81 %)

- une amélioration des conditions de travail (91 %)
- une réduction des interruptions de tâches (73 %)
- une réduction des décès inattendus (81 %)

4) Médecins « non-MAO »

5 questionnaires ont été analysés. Les résultats de l'analyse des réponses à ces questionnaires étaient présentés dans la figure ci-contre :

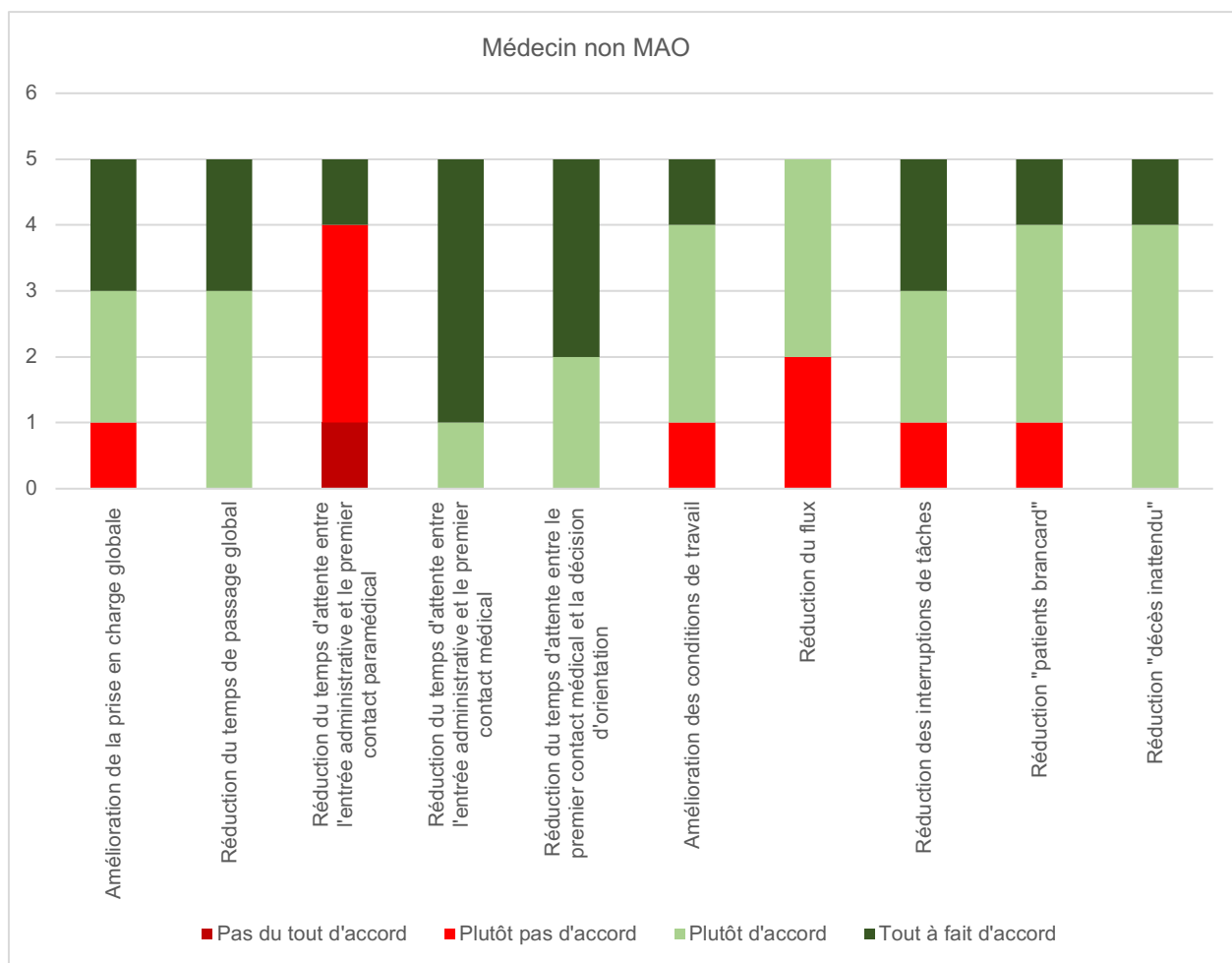


Figure 20 – Résultats des questionnaires pour les « non-MAO »

Les questionnaires permettaient de mettre en évidence chez les médecins ne participant pas à la permanence des soins du MAO, un ressenti positif sur la présence d'un MAO concernant :

- l'amélioration de la prise en charge globale (80 %)
- la réduction du temps de passage global (100 %)
- la réduction du temps d'attente entre l'entrée administrative et le premier contact médical (100 %)
- la réduction du temps d'attente entre le premier contact médical et la décision d'orientation (100 %)
- l'amélioration des conditions de travail (80 %)
- la réduction du flux (60 %)
- la réduction de l'interruption de tâches (80 %)
- la réduction des « patients brancard » (80 %)
- la réduction des décès inattendus (100 %)

V. Discussion

A. Analyse de la durée moyenne de passage

Notre étude s'inscrit dans un contexte d'augmentation constante du nombre de passage aux urgences. Cela constitue un problème de santé publique en raison de l'augmentation de la morbi-mortalité et de l'insatisfaction des patients lié à l'engorgement des services. Le délai d'attente étant le premier traceur de qualité de la prise en charge.

Il existe divers leviers permettant d'agir et de fluidifier ce passage aux urgences. Parmi ceux-ci, de précédents travaux ont préconisé un changement de l'organisation médicale, fondé sur la présence permanente d'un médecin coordonnateur. (34)(35) Une étude interventionnelle iranienne de 2023 (36) employant un binôme IAO-médecin a mis en évidence une diminution significative du temps d'attente notamment grâce à l'anticipation des examens complémentaires.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la possibilité de réduire cette DMP par la mise en place d'un MAO dans la filière de soins. Cette diminution de la DMP pouvant être corrélée à une diminution du nombre de patients en attente de prise en charge. On peut donc supposer qu'elle permettrait également une diminution de nombre de décès inattendus, qui a fait l'objet d'un recensement par SAMU-Urgences de France de décembre 2022 au 31 janvier 2023 lors de l'opération « No Dead », source de mortalité évitable et témoin de la saturation des services d'urgences.(37) D'autre part, elle permettrait la diminution du nombre de patients partis sans attendre. (38)

Néanmoins, une étude jamaïcaine (39) suggérait plutôt d'enrichir la formation des IAO, la présence d'un binôme médecin-infirmier ne permettant pas une réduction significative du DMP. Il n'existe pas de données comparant l'impact d'une prise en charge avec MAO à celui d'une prise en charge avec IAO et protocoles de prescriptions.

Une autre étude démontrait que la présence d'un médecin lors du triage diminuait les temps d'attente avant prise en charge sans améliorer la DMP, principalement chez les patients les plus graves ce qui n'a pas été évalué dans notre étude. (35)

B. Analyse des critères de jugement secondaires

Les résultats de notre étude n'ont pas mis en évidence de différence significative sur la DM de prise en charge entre l'entrée administrative et le premier contact paramédical, celui-ci restant inférieur à 30 minutes pour les deux périodes comme le préconisent les recommandations de la SFMU. (40)

Dans notre étude, nous avons étudié la DMP sur les 24 heures de consultation. Néanmoins le MAO n'était présent que de 10 à 20 heures. Cette notion a également été abordée dans une étude qui a mis en évidence que trois heures de triage combiné du médecin et de l'infirmière réduisent le temps d'évaluation médicale, de radiologie et de décision médicale d'orientation pendant la période d'intervention. Les temps d'attente étaient plus courts à la mi-journée dans le groupe triage, mais il n'y a pas eu de différence significative sur le reste de la journée. (41)

La présence d'un MAO a montré une différence une réduction de la DMP chez les patients âgés de plus de 18 ans et pour les patients pris en charge le lundi. A noter qu'à l'échelle nationale dans 92 départements, le lundi est identifié comme le jour de la semaine le plus chargé avec une activité journalière supérieure de 11% à celle des autres jours. (42)

La présence d'un MAO n'a pas montré de différence dans notre étude sur l'orientation des patients mais on pourrait supposer que cette présence permettrait également d'agir sur d'autres leviers tels que le nombre de recours aux urgences en favorisant notamment la réorientation. Le SAU du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer travaille actuellement sur l'intégration d'un logiciel permettant d'identifier à l'accueil les patients susceptibles d'être réorientés.

C. Analyse des questionnaires

L'utilisation de questionnaires nous a permis d'évaluer le ressenti du personnel médical et paramédical quant à la mise en place de ce nouveau poste aux urgences. Ils mettent en évidence une impression de réduction de la DMP confirmée par les résultats de notre étude.

Ce travail a également a montré un ressenti plutôt positif sur les conditions de travail par la réduction du flux, la diminution de l'interruption de tâches pour les médecins, et la réduction des décès inattendus.

D. Limites

Il existe certainement un biais lié à la période de recueil, avec un sous-effectif relatif lié à la période de vacances scolaires pendant la période « sans MAO ». D'autre part, la création du poste était concomitante au début du recueil pour la période « avec MAO », les praticiens n'ayant jamais occupé ce poste. De fait, il existait une certaine hétérogénéité des pratiques, en dépit de la fiche et du fait que le poste était réservé à des urgentistes expérimentés.

Il existe également un biais d'information sur le recueil de l'heure de sortie des patients, celle-ci étant renseignée lors de la clôture du dossier et non au départ effectif du patient, ne tenant pas compte des délais non négligeables de transfert ou de retour à domicile.

(43)

Des problématiques structurelles liées à l'architecture et à l'organisation du service se sont imposées lors de la mise en place de ce travail, notamment le manque de salles d'examen disponibles pour installer de nouveaux patients ou l'absence d'une infirmière dédiée pour exécuter les prescriptions faites par le MAO dès l'accueil. Il faut noter également l'absence d'un laboratoire à proximité immédiate. Pourtant la DMP pourrait être diminuée si celui-ci était présent dans le service (44) ou s'il était possible de transmettre les bilans sanguins de manière automatisée.

Enfin, il s'agit d'une étude monocentrique donc elle ne permet pas d'extrapoler les résultats dans d'autres centres hospitaliers.

E. Perspectives

Les résultats de notre étude et le sentiment d'amélioration des conditions de travail qu'elle a suscité ont permis la pérennisation du poste de MAO aux urgences du CHB de 9h à 19h tous les jours de la semaine.

Néanmoins, la pénurie de médecins urgentistes (45) dont n'est pas exempt le CHB ne permet pas l'occupation systématique de ce poste

Des protocoles de coopération médico-infirmier sont en cours de création, notamment pour les prescriptions anticipées de radiologies en traumatologie, de bilans biologiques, mais aussi pour la réalisation de sutures de plaies simples. (46)

Depuis 2022, il existe un forfait patient urgence (FPU) pour chaque personne se rendant aux urgences sans être hospitalisé. (47) Cette mesure visant à réduire les consultations « non urgentes ».

Enfin, il serait intéressant d'étudier l'impact du MAO pour la prise en charge des patients les plus graves comme d'autres études l'ont déjà fait.(32,48,49)

VI. Conclusion

Le MAO est un rempart à l'augmentation des délais de prise en charge des patients aux urgences, son utilité est démontrée dans la plupart des études.

Notre étude a permis de montrer une réduction significative de la durée moyenne de passage lors de la présence du MAO. La création de ce nouveau poste au sein des urgences de Boulogne sur Mer rentre dans le projet de restructuration du service en ayant une perspective d'avoir le personnel médical suffisant pour assurer cette mission.

Néanmoins, il faut s'interroger sur toutes ces mesures ayant pour but d'améliorer la prise en charge des patients aux urgences ; l'idéal étant un retour à la mission initiale des urgences de soins non programmés et non reportables. (14)

VII. Références bibliographiques

1. Dodier N, Camus A. L'Admission des Malades. Histoire et Pragmatique de l'accueil à l'hôpital. Ann Hist Sci Soc. août 1997;52(4):733-63.
2. Albert Vuagnat FT. Histoire des urgences et des évaluations de l'adéquation à leur recours [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=171>
3. Circulaire du 13 août 1965 relative à l'instruction sur l'organisation des services d'urgence et de réanimation dans les hôpitaux. Ministère de la Santé publique et de la Population. [Internet]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/1985-1986/i1985_1986_0059.pdf
4. La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie : les cahiers du centre Georges Canguilhem [Internet]. Disponible sur: Lachenal G, Lefève C, Nguyen V-K. La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie: Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, N° 6. Presses Universitaires de France; 2014. 368 p.
5. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences, retour d'expériences. 2008.
6. PANORAMA FEFORU 2022 [Internet]. Disponible sur: https://fedoru.fr/wp-content/uploads/2023/12/PANORAMA_FEDORU_2022_WEB.pdf
7. DREES. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er929.pdf>
8. Belorgey N. Pourquoi attend-on aux urgences ? : Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière. Trav Empl. 15 mars 2013;(133):25-38.
9. Safon MO. Soins de santé primaires - Les pratiques professionnelles en France et à l'étranger [Internet]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>
10. DREES. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1267.pdf>
11. DRESS. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1007.pdf>
12. DRESS. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>
13. Sprivulis PC, Da Silva J, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency

departments. *Med J Aust.* juin 2006;184(12):616-616.

14. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* janv 2009;16(1):1-10.

15. Surcharge et engorgement des urgences. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2013-2-page-87?lang=fr>

16. Kchaou A, Hakim Z, Rmadi N, Dhouib F, Chakroun O, Rekik N, et al. La surcharge mentale chez le personnel soignant des urgences. *Arch Mal Prof Environ.* oct 2020;81(5):480-1.

17. Frank-Soltysiak M, Court C. [Waiting time and satisfaction of patients attending the emergency surgery unit of a university hospital center]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 9 nov 2002;31(36):1690-5.

18. Pitrou I, Lecourt AC, Bailly L, Brousse B, Dauchet L, Ladner J. Waiting time and assessment of patient satisfaction in a large reference emergency department: a prospective cohort study, France: *Eur J Emerg Med.* août 2009;16(4):177-82.

19. FERRARI R. La violence aux urgences : une triste réalité [Internet]. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/110_Ferrari.pdf

20. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Adams JG. The Emergency Severity Index (version 3) 5-Level Triage System Scores Predict ED Resource Consumption. *J Emerg Nurs.* févr 2004;30(1):22-9.

21. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med.* mai 1999;16(3):179-81.

22. Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine JP, et al. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med.* avr 2009;16(2):61-7.

23. L'association des médecins d'urgence au Québec. L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence [Internet]. Disponible sur: https://amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/eTG_L_echelle_canadienne_de_triage_et_de_gravite.pdf?phpMyAdmin=i,heTT,BhLKb96mm75DwfLeUjab

24. <https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/ioa2004.pdf>.

25. FAURE, JEANNIN. L'informatisation du service des urgences. Disponible sur: <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/systeme-information-sante/informatisation-urgences.asp>

26. Cheung WWH, Heeney L, Pound JL. An Advance Triage System. *Accid Emerg Nurs.* janv 2002;10(1):10-6.
27. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011;19(1):43.
28. Desmettre T, Baron AF, Capellier G, Tazarourte K. L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) : rôle et fonctions. *Réanimation.* nov 2013;22(6):610-5.
29. Joubert E, Gire DC, Jammes DD, Nakhla PM. RÉSULTATS D'ANALYSE ET PERSPECTIVES ORGANISATIONNELLES.
30. Choi YF. Triage rapid initial assessment by doctor (TRIAD) improves waiting time and processing time of the emergency department. *Emerg Med J.* 1 avr 2006;23(4):262-5.
31. Morais Oliveira M, Marti C, Ramlawi M, Sarasin FP, Groscurin O, Poletti PA, et al. Impact of a patient-flow physician coordinator on waiting times and length of stay in an emergency department: A before-after cohort study. *Buttigieg SC, éditeur. PLOS ONE.* 14 déc 2018;13(12):e0209035.
32. Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, Gordon D, Allen S, Tam S, et al. Impact of a Triage Liaison Physician on Emergency Department Overcrowding and Throughput: A Randomized Controlled Trial. *Acad Emerg Med.* août 2007;14(8):702-8.
33. Cooke MW. The effect of a separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times. *Emerg Med J.* 1 janv 2002;19(1):28-30.
34. Perruche F, Pourriat JL, Claessens YE. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. *J Eur Urgences.* mars 2008;21(1):14-21.
35. Lauks J, Mramor B, Baumgartl K, Maier H, Nickel CH, Bingisser R. Medical Team Evaluation: Effect on Emergency Department Waiting Time and Length of Stay. *Groeneveld ABJ, éditeur. PLOS ONE.* 22 avr 2016;11(4):e0154372.
36. Yousefi Z, Feizollahzadeh H, Shahsavarinia K, Khodadadi E. The Impact of Team Triage Method on Emergency Department Performance Indexes: A quasi-interventional study. *Int J Appl Basic Med Res.* juill 2023;13(3):168-74.
37. Dr NOIZET M. NO DEAD ! ou comment tolérer l'inacceptable. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/presse/cp-sudf-06-02-2023-no-dead-ou-comment-tolerer-l-inacceptable/art_id/1098
38. Terris J. Making an IMPACT on emergency department flow: improving patient processing assisted by consultant at triage. *Emerg Med J.* 1 sept 2004;21(5):537-41.
39. French S, Lindo JLM, Williams Jean EW, Williams-Johnson J. Doctor at triage – Effect

on waiting time and patient satisfaction in a Jamaican hospital. *Int Emerg Nurs*. juill 2014;22(3):123-6.

40. Société française de médecine d'urgence. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts. Paris, 2013 [Internet]. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf

41. Subash F. Team triage improves emergency department efficiency. *Emerg Med J*. 1 sept 2004;21(5):542-4.

42. Passage aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-12/ER1320_0.pdf

43. Andrianjafy. Délai d'attente de transfert (DAT) en unités de soins (UDS) des patients d'un service d'urgences (SU) : un critère de qualité à améliorer [Internet]. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2012/donnees/communications/resume/posters/P23.pdf

44. Steindel SJ, Howanitz PJ. Physician Satisfaction and Emergency Department Laboratory Test Turnaround Time. *Arch Pathol Lab Med*. 1 juill 2001;125(7):863-71.

45. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. Etat des lieux et propositions concrètes. [Internet]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/04/Rapport-Deserts-medicaux-2023-04-21.pdf>

46. Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences, JO du 26 octobre 2021.

47. Arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

48. Quitt J, Ryser D, Dieterle T, Lüscher U, Martina B, Tschudi P. Does nonmedical hospital admission staff accurately triage emergency department patients? *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med*. août 2009;16(4):172-6.

49. Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA. Impact of Rapid Entry and Accelerated Care at Triage on Reducing Emergency Department Patient Wait Times, Lengths of Stay, and Rate of Left Without Being Seen. *Ann Emerg Med*. déc 2005;46(6):491-7.

VIII. ANNEXES

A. Annexe 1

Questionnaire Aide soignant(e)

Dans l'intérêt de l'étude de l'impact d'un MAO aux urgences de Boulogne sur mer sur le temps d'attente, il a été mis en place un médecin d'accueil et d'orientation pour une durée de 4 semaines. Pour évaluer le ressenti paramédical, il vous est proposé de remplir un questionnaire de façon anonyme.

1. Année d'obtention du diplôme d'état :

2. Pensez vous que la mise en place d'un MAO a amélioré la qualité de prise en charge globale du patient ?
(entourez la réponse choisie)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

3. Pensez vous que la présence d'un MAO a amélioré le temps de passage globale du patient (entourez la réponse choisie)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

4. Pensez vous que la présence d'un MAO a réduit le temps d'attente entre l'entrée administrative et le premier contact paramédical ? (entourez la réponse choisie)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

5. Pensez vous que la présence d'un MAO a réduit le temps d'attente entre l'entrée administrative et le premier contact médical ? (entourez la réponse choisie)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

6. Pensez vous que la présence d'un MAO a réduit le temps d'attente entre le premier contact médical et la décision d'orientation ? (entourez la réponse choisie)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

7. Pensez vous que la présence d'un MAO a été bénéfique pour la qualité de vos conditions de travail ?
(entourez la réponse choisie)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

9. Pensez vous que la présence d'un MAO a permis la réduction du flux aux urgences par la réorientation des patients par exemple ? (entourez la réponse choisie)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

10. Pensez vous que la présence d'un MAO a permis de réduire le nombre de « patients brancard » ?
(entourez la réponse choisie)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

11. Pensez vous que la présence d'un MAO a permis de réduire le nombre de « décès inattendu » ? (entourez la réponse choisie)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------



12. Pensez vous que la présence d'un MAO doit nécessiter une réorganisation des soins et de la répartition des postes d'agents (IDE/AS), notamment avec la présence d'un(e) IDE dédié(e) à la ZAO ? *(entourez la réponse choisie)*

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

Questionnaire à déposer dans le PC médical dans la bannette dédiée, merci à vous.

B. Annexe 2

Questionnaire infirmier(e)

Dans l'intérêt de l'étude de l'impact d'un MAO aux urgences de Boulogne sur mer sur le temps d'attente, il a été mis en place un médecin d'accueil et d'orientation pour une durée de 4 semaines. Pour évaluer le ressenti paramédical, il vous est proposé de remplir un questionnaire de façon anonyme.

1. Année d'obtention du diplôme d'état :
2. Exercez vous en tant qu'IOA : OUI/NON (*entourez la réponse choisie*)
3. Pensez vous que la mise en place d'un MAO a amélioré la qualité de prise en charge globale du patient ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

4. Pensez vous que la présence d'un MAO a amélioré le temps de passage globale du patient (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

5. Pensez vous que la présence d'un MAO a réduit le temps d'attente entre l'entrée administrative et le premier contact paramédical ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

6. Pensez vous que la présence d'un MAO a réduit le temps d'attente entre l'entrée administrative et le premier contact médical ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

7. Pensez vous que la présence d'un MAO a réduit le temps d'attente entre le premier contact médical et la décision d'orientation ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

8. Pensez vous que la présence d'un MAO a été bénéfique pour la qualité de vos conditions de travail ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

9. Pensez vous que la présence d'un MAO a permis la réduction du flux aux urgences par la réorientation des patients par exemple ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

10. Pensez vous que la présence d'un MAO a permis de réduire le nombre de « patients brancard » ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

11. Pensez vous que la présence d'un MAO a permis de réduire le nombre de « décès inattendu » ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------



12. Pensez vous que la présence d'un MAO doit nécessiter une réorganisation des soins et de la répartition des postes d'agents (IDE/AS), notamment avec la présence d'un(e) IDE dédié(e) à la ZAO ? *(entourez la réponse choisie)*

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

Questionnaire à déposer dans le PC médical dans la bannette dédiée, merci à vous.

C. Annexe 3

Questionnaire médecin

Dans l'intérêt de l'étude de l'impact d'un MAO aux urgences de Boulogne sur mer sur le temps d'attente, il a été mis en place un médecin d'accueil et d'orientation pour une durée de 4 semaines. Pour évaluer le ressenti médical, il vous est proposé de remplir un questionnaire de façon anonyme.

1. Avez vous réalisé une journée ou plus en tant que MAO ? OUI/NON (*entourez la réponse choisie*)
2. Pensez vous que la mise en place d'un MAO a amélioré la qualité de prise en charge globale du patient ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

3. Pensez vous que la présence d'un MAO a amélioré le temps de passage globale du patient (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

4. Pensez vous que la présence d'un MAO a réduit le temps d'attente entre l'entrée administrative et le premier contact paramédical ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

5. Pensez vous que la présence d'un MAO a réduit le temps d'attente entre l'entrée administrative et le premier contact médical ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

6. Pensez vous que la présence d'un MAO a réduit le temps d'attente entre le premier contact médical et la décision d'orientation ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

7. Pensez vous que la présence d'un MAO a été bénéfique pour la qualité de vos conditions de travail ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

8. Pensez vous que la présence d'un MAO a permis la réduction du flux aux urgences par la réorientation des patients par exemple ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

9. Pensez vous que la présence d'un MAO a permis de réduire les interruptions de tâches liées aux appels téléphoniques et avis ? (*entourez la réponse choisie*)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

Si pas d'accord, pour quelles raisons ?

.....
.....



10. Pensez vous que la présence d'un MAO a permis de réduire le nombre de « patients brancard » ?
(entourez la réponse choisie)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

11. Pensez vous que la présence d'un MAO a permis de réduire le nombre de « décès inattendu » ? (entourez la réponse choisie)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

Questionnaire à déposer dans le PC médical dans la bannette dédiée, merci à vous.

D. Annexe 4



Centre Hospitalier
Boulogne sur Mer

FICHE DE POSTE MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation)

Référents :
Dr Gregory Duncan
Dr Philippe Bourel
Dr Aurore Comment
Chloé Deplechin

Dans le cadre d'un travail de thèse portant sur l'évaluation de la mise en place d'un Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) aux urgences, nous allons intégrer à l'accueil la présence d'un médecin en complément des deux IAO sur une période de 4 semaines (du 7 novembre au 2 décembre) du lundi au vendredi, de 10h à 20h. Notre critère de jugement principal sera de déterminer si cela permet de diminuer le temps de passage des patients aux urgences.

Message pour le MAO :

Votre rôle sera notamment d'évaluer le patient dès l'accueil afin de débiter une prise en charge orientée en fonction d'un algorithme prédéfini pour chaque motif de consultation, basé sur les recommandations. Ainsi, le rôle du MAO n'est pas de voir tous les patients mais d'améliorer la prise en charge de certains motifs de consultation. A noter, néanmoins que l'IAO qui vous accompagne peut vous solliciter pour un motif non présent dans cette liste, il vous sera alors demandé de répondre à ses sollicitations mais également de nous transmettre le motif l'ayant mis en difficulté. Pour cela nous allons mettre à votre disposition une fiche à remplir avec le motif de sollicitation de l'IAO et la réponse apportée (Annexe 3)

Message pour l'IAO :

Le MAO sera présent en complément du travail de l'IAO qui reste indispensable. En effet, le rôle du MAO n'est pas de voir tous les patients mais d'améliorer la prise en charge de certains motifs de consultation. Il sera présent pour répondre à vos sollicitations en lieu et place des médecins postés en secteur, évaluer certains patients et préciser leur orientation. Il pourra également être amené à prescrire des bilans biologiques ou des examens complémentaires qui seront réalisés dans la zone d'attente, dans la mesure du possible. La liste des MAO est affichée à l'accueil, le médecin sera joignable sur son DECT habituel.

Interventions du MAO :

- Débuter la prise en charge des patients dont le motif de consultation figure ci-dessous (Annexe 1).
- Lecture de tous les ECG réalisés à l'accueil
- Répondre aux sollicitations de l'IAO
- Priorisation des patients au sein d'une même CCMU en fonction de l'évaluation clinique de chaque médecin
- Réévaluation des patients présents dans la zone d'attente
- Coordination des soins aux patients présents dans la zone d'attente (notamment réponse aux besoins primaires)
- Réorienter les patients vers la Maison Médicale de Garde (MMG) ou la médecine de ville selon la grille de réorientation (Annexe 2). Pour cela nous allons mettre à votre disposition une fiche à remplir avec le motif de consultation, les prescriptions réalisées et la solution de réorientation proposée.
- Réception des appels d'un interlocuteur médical (médecin traitant, médecin spécialiste)
- Réception des appels du centre d'appel du SAMU et organisation de l'arrivée d'un SMUR
- Réalisation de certificats médicaux : certificat de non hospitalisation (CNH), certificat de réquisition
- Donner un avis somatique avant une consultation psychiatrique
- Anticiper si possible l'admission en aval dans les services des patients chroniques

I. Listes de motifs de consultation nécessitant une évaluation médicale par le MAO et proposition de prise en charge (Annexe 1)

Motif de consultation	Proposition de prise en charge	Orientation
Abcès cutané	Appel chirurgical viscéral d'avis (cf.tableau)	Admission au SAU ou reconvoquation par le chirurgien
Brûlures mictionnelles	Si <u>sexe féminin apyrétique sans comorbidité</u> : Réalisation BU (+/- ECBU si récurrence), prescription sur ordonnance du traitement minute en heures ouvrables	Retour au domicile Consignes de reconsultation Mise à disposition du SAU si besoin
	Si <u>hyperthermie, lombalgies, comorbidités ou sexe masculin</u> : - Réalisation BU +/- envoi ECBU - Bilan sanguin - Prescription antalgiques, antipyrétiques	Admission au SAU
Colique néphrétique	- Bilan sanguin - Prescription antalgiques, antipyrétiques - Prescription « mise à jeun » - Appel du radiologue (cf.tableau) et prescription échographie abdominale en heures ouvrables	Admission au SAU
Déficit neurologique Céphalée brutale	- Si suspicion d'AVC <4h30 : appel du neurologue d'avis (cf. tableau) - Bilan sanguin - Prescription de l'IRM en l'absence de contre-indication à l'IRM et/ou à la thrombolyse - Prescription « mise à jeun »	Admission au SAU
Douleur abdominale	- Bilan sanguin - Prescription antalgiques, antipyrétiques - Prescription « mise à jeun » Si abdomen chirurgical, hernie étranglée: installation en box et appel chirurgical viscéral d'avis (cf. tableau) Si syndrome occlusif : installation en box	Admission au SAU
Douleur thoracique	- Lecture ECG par le MAO - Bilan sanguin - Radio de thorax Si suspicion de SCA ou urgence cardio-vasculaire : appel cardiologue d'avis (DECT 4524 ou cf. planning des cardiologues)	Admission au SAU
Dyspnée	- Bilan sanguin, GDS en air ambiant si possible avant prescription oxygénothérapie - Radio de thorax - Prescription traitement d'urgence si besoin (aérosols, corticothérapie etc.)	Admission au SAU
Problème de matériel médical	- Sonde d'alimentation (gastrostomie, jejunostomie, sonde nasogastrique): appel du service adapté en heures ouvrables - Sonde d'évacuation (colostomie, sonde vésicale) : remplacement si possible sinon appel du chirurgien d'avis (cf.tableau)	

Motif de consultation	Proposition de prise en charge	Orientation
Traumatisme crânien sous anticoagulant	<ul style="list-style-type: none"> - Appel du radiologue (cf. tableau) et prescription du TDM cérébral - Prescription « mise à jeun » 	Retour à domicile ou surveillance clinique
Traumatisme membre	<ul style="list-style-type: none"> - Prescription des antalgiques - Prescription orientée des radiographies - Prescription « mise à jeun » et bilan pré-opératoire en cas de suspicion de fracture chirurgicale 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Si entorse bénigne de cheville, avec critères d'Ottawa</u> : Retour à domicile avec prescription antalgiques, attelle amovible, +/- béquilles, et consultation post-urgence (RDV à noter dans le cahier au SU) • <u>Si traumatisme de genou en torsion, avec critères d'Ottawa</u> : RAD avec prescription antalgiques, attelle amovible +/- béquilles, ordonnance IRM, RDV consultation post-urgence (RDV à noter sur le cahier au SU) • <u>Autres cas de figure</u> : admission au SAU

II. Réévaluation et gestion des patients en zone d'attente

Réévaluation des patients à l'appréciation de chaque médecin urgentiste.

- Prise de constantes
- Evaluation de la douleur
- Coordination de la réponse aux besoins primaires en lien avec les agents paramédicaux : hydratation, alimentation, élimination
- Consultation des résultats des examens complémentaires éventuellement prescrits et réévaluation du triage initial si besoin

III. Réorientation des patients

FICHE DE POSTE MAO
(Médecin d'Accueil
et d'Orientation)

Référents :
Dr Gregory Duncan
Dr Philippe Bourel
Dr Aurore Commont
Chloé Deplechin

Critères positifs <i>proposés et non exhaustifs</i>	Critères d'exclusion	Possibilités
<ul style="list-style-type: none"> - CCMU 4 ou 5 cotée par l'IOA - Lombalgies sans traumatisme, aiguës ou chroniques, sans déficit moteur ou impotence fonctionnelle à la marche - Signes fonctionnels urinaires sans signe de gravité chez la femme apyrétique sans comorbidité - Réfection de plâtre (<i>réorientation vers la consultation de traumatologie aux heures ouvrables</i>) - Traumatisme mineur sans critère de gravité ni indication d'imagerie - Otalgie ou odynophagie isolée, sans anomalie des paramètres vitaux - Problèmes dentaires sans argument pour une cellulite - Troubles du transit isolés, sans anomalie des paramètres vitaux - Troubles du sommeil isolés - Effets indésirables non graves d'un traitement - Problèmes sociaux - Coups de soleil sans signe de gravité 	<ul style="list-style-type: none"> - CCMU 1,2 ou 3 - Patient se présentant au SAU avec un courrier médical - Le patient ne bénéficie pas de droit ouvert (CPAM et complémentaire ou CMU) - Absence d'obtention de l'accord éclairé du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>En cas de réorientation</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Vers le médecin traitant ou la maison médicale de garde (RDV à prendre par l'IOA si MMG) • Vers un médecin spécialiste (hospitalier ou libéral, chirurgien dentiste notamment) sans reconvoque d'office, prise de rendez-vous laissée aux soins du patient • Vers la consultation post-urgence pour la traumatologie (au SSR, assurée par les Drs MORVAN et SIX), prise de rendez-vous au SAU (cf. cahier) - <u>Prescriptions et conseils</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Remise d'une ordonnance de traitements pour une délivrance en pharmacie de ville, possibilité de dispensation au SAU en dehors des heures ouvrables • Consignes de reconsultation (en ville ou aux urgences) • Mise à disposition des urgences même en cas de réorientation en cas de modification ou d'aggravation des symptômes

E. Annexe 5



Référence CNIL :

2237352 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-005

reçue le 28 janvier 2025

Madame CHLOE DEPLECHIN

62200 BOULOGNE SUR MER

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Madame DEPLECHIN CHLOE	N° SIREN/SIRET :	
Service :		Code NAF ou APE :	
Adresse :		Tél. :	0605283035
CP :	62200	Fax. :	
Ville :	BOULOGNE SUR MER		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 29 janvier 2025

—RÉPUBLIQUE FRANÇAISE—

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

AUTEURE : Nom : DEPLECHIN

Prénom : Chloé

Date de soutenance : 14 mars 2025

Titre de la thèse : Impact de la présence d'un Médecin d'accueil et d'Orientation sur le délai de prise en charge des patients au SAU du Centre hospitalier de Boulogne sur mer

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : *Médecine d'Urgences*

DES : *Médecine d'urgences*

Mots-clés : Urgences – Triage – MAO – Durée moyenne de passage

Contexte :

La notion d'engorgement des services d'accueil des urgences par l'augmentation constante du nombre de recours et de la durée moyenne de passage s'inscrit dans une problématique de santé publique. Il existe probablement une majoration de la morbidité et de la mortalité liée. Nous avons donc cherché à évaluer l'impact d'un MAO sur le délai de prise en charge des patients.

Méthode : Étude observationnelle comparative, monocentrique, rétrospective au sein du CHB comparant une période sans MAO (du 10 octobre au 4 novembre 2022) à une période avec MAO (du 7 novembre au 2 décembre 2022). Le critère de jugement principal était la durée moyenne de passage des patients correspondant au temps entre l'entrée administrative et la décision médicale.

Résultats :

Nous avons inclus 1650 patients sur la période sans MAO et 1710 patients sur la période avec MAO. La présence d'un MAO a permis la réduction significative de la durée moyenne de passage de 355 minutes à 310 minutes (p-value 0,0007). Nous avons également montré une diminution significative du délai entre le premier contact paramédical et premier contact médical ainsi qu'entre l'entrée administrative et le premier contact médical. La présence du MAO a permis une réduction de la durée moyenne de passage des patients âgés de plus de 18 ans et pour les patients pris en charge le lundi.

Conclusion : La présence d'un MAO a amélioré significativement la durée moyenne de passage des patients aux urgences par des possibilités d'intervention définies pour l'étude.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD, Monsieur le Docteur Philippe BOUREL

Directeur de thèse : Madame le Docteur Aurore COMMONT

