

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Claire BOUSQUET

Le 11 Octobre 2019

**Prise en charge des patients ambulatoires sans signe de gravité à l'entrée du
service des urgences :
Place de la réorientation et du circuit court**

Directeur de thèse : Pr Dominique LAUQUE

JURY :

Madame la Professeur Sandrine CHARPENTIER	Président
Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Madame la Docteur Marie-Elisabeth DELGA	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean-Louis MONTSERRET	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSGOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SJAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUJEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SJAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUX Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DJCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	P.U. Médecine générale	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	M. BOYER Pierre	
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. RITZ Patrick	Nutrition	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

Remerciements aux membres du jury

Au président du jury :

Madame la Professeur Sandrine CHARPENTIER

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en suis reconnaissante. Merci également pour tous vos conseils et votre aide durant ma formation. Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

Au directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Votre soutien, votre implication et votre disponibilité m'ont été d'une aide précieuse dans l'élaboration de cette étude. Je vous prie de bien vouloir accepter mes sincères remerciements et l'expression de ma gratitude.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Merci également pour votre investissement auprès des internes de médecine générale. Je vous prie de croire à l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame la Docteur Marie-Elisabeth DELGA

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Votre engagement au sein ma formation m'a permis de prendre mon envol. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur Jean-Louis MONTSERRET

Je te remercie d'être présent aujourd'hui dans mon jury. Merci pour ta pédagogie et ton soutien durant mes semestres à Castres, cela a été déterminant dans mon parcours. J'espère que nous aurons l'occasion de retravailler ensemble ou, au moins, de nous recroiser aux différents congrès de médecine d'urgence.

Remerciements particuliers

Au Docteur Olivier AZEMA, je vous remercie pour l'aide que vous m'avez apportée dans mon travail. Sans vous, cette thèse n'aurait pu voir le jour.

Au Docteur Nathalie LECOULES, je vous remercie pour la relecture que vous avez faite de ma thèse. Vos remarques m'ont permis d'améliorer la pertinence de ce travail.

Remerciements personnels

A ma mère, toujours là pour n'importe quoi, du shopping au relectures de tous mes écrits, je n'aurais jamais pu avancer sans ton soutien sans faille, tout le réconfort et les encouragements que tu m'as donnés. Tu es l'actrice numéro un de ma réussite et ta présence m'a été et me sera toujours indispensable.

A mon père et ses petits plats délicieux qui ont bercés mes années d'études, tu as toujours été là quand j'en avais besoin, prêts à me soutenir en toute circonstance. Désormais, tu seras toujours prévenu à l'avance de ma présence aux repas lorsque je reviendrais de Reims.

A ma petite sœur adorée, Anne-Laure, toujours perchée et impossible à joindre, et mon frère, Jérôme, relax en toute circonstance, vos questions médicales saugrenues m'ont toujours fait mourir de rire. Vous êtes partis un peu trop loin, j'ai donc décidé de me rapprocher.

A ma marraine, Isabelle, et ma cousine, Juliette, toutes les deux dans le milieu et avec qui je peux partager tous les détails de mes histoires de jeune médecin. Il me tarde de vous rejoindre en Champagne-Ardenne.

A mes grands-parents et au reste de ma famille, j'attends toujours nos rassemblements avec impatience, ils ont balisé mes semestres d'études et sont un repère important. Vos encouragements de toute la France sont toujours les bienvenus.

A Gabrielle, mon éternelle partenaire de cosplay, nos après-midi couture ont été un point d'ancrage indispensable pendant mes années d'internat. Même à l'autre bout de la France, j'ai bien l'intention de continuer tous nos projets. On se retrouvera en convention au quatre coins du monde.

A Serein, tu seras toujours mon petit Gus, nos soirées dansantes et canapé se sont faites de plus en plus rares avec mon internat, mais chaque moment avec toi étaient source de réconfort. Malgré mon départ dans le Grand Nord, je resterai toujours là si tu as besoin.

A Choupy, Dianou, Laura, Mogghi, Pauline, Wiwie, Ellynn, et tous les autres choupinets, sans vous, l'externat aurez été bien terne. J'espère que vous resterez mes « enfants » encore de très longues années pour pleins de voyages (le Japon !) et de soirées (arrosés). Finalement, je vais m'occuper de malades réveillés et vivants (spéciale pour Dianou) et je me rapproche des exilés de Lille.

A Simon, notre crevette « blond vénitien », tes cas rocambolesques et tes projets uniques vont terriblement me manquer après ton départ pour le Japon. Entre nos journées de BU pendant l'externat et nos soirées d'internes au Black Lion, il s'est passé pas mal de temps. Même de l'autre bout du monde, tu pourras toujours compter sur moi.

A Cécile, ma co-délinquante, sans toi je n'aurais pas pu écrire aussi vite et bien cette thèse. Nos soirées de boulot m'ont littéralement sauvé la mise. Tes « petits commentaires » en arrière-plan m'ont permis de tenir pendant ces dernières semaines épuisantes.

A Axelle, Lise, Laura, Julie, Léo, Pierre, Alexandre, Elodie, Marion, Julien et tous les internes de Castres, les semestres ensemble étaient les meilleurs que j'ai passés. J'espère que nous aurons l'occasion de tous nous retrouver régulièrement.

A Marie et Amandine, mes colocs ou presque, qui ont rendu mon semestre à Rodez vraiment agréable. Entre la couture et les festivals, j'ai passé de supers moments, j'espère que nous pourrons remettre ça de temps en temps.

A Claire, Kevin, Hugo et Paolo, mes co-internes de MPR qui m'ont supporté durant mon dernier semestre. Grâce à vous, je peux terminer cet internat en beauté avant de nouvelles aventures.

Enfin à tous les autres, amis d'externat ou d'internat, amis d'avant ou d'ailleurs, médecins que j'ai croisés tout au long de mes études et qui m'ont donné le goût de ce métier, merci pour votre présence, vos conseils, et tout le soutien que vous m'avez apporté.

Table des matières

1	Glossaire	12
2	Introduction	13
2.1	Encombrement des SU.....	13
2.2	IOA et triage (7).....	14
2.3	MCO et réorientation	15
2.4	Circuits de soins au SU Purpan.....	16
2.5	Objectifs de l'étude	18
3	Matériels et méthodes	19
3.1	Type d'étude	19
3.2	Population cible	19
3.2.1	Critères d'inclusion	19
3.2.2	Critères d'exclusion.....	19
3.3	Extraction des données	20
3.4	Critères d'évaluation.....	20
3.4.1	Relatifs au patient	20
3.4.2	Relatifs à la pathologie	21
3.4.3	Relatifs à la prise en charge.....	21
4	Résultats	23
4.1	Diagramme de flux	23
4.2	Caractéristiques des patients réorientés vers la médecine ambulatoire	25
4.3	Impact du MCO de journée	28
4.4	Circuits des patients réorientés	29
4.5	Critères de qualité et de sécurité des soins	30
5	Discussion.....	31
6	Conclusion.....	35
7	Bibliographie	36
8	Annexes	39
8.1	Module ORBIS URGENCE du SU de Purpan.....	39
8.2	Fiche IOA	40

1 Glossaire

ATS : Australian Triage Scale

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CTAS : Canadian Triage and Acuity Scale

EIAS : Evènement Indésirable Associé aux Soins

EN : Echelle Numérique

ESI : Emergency Severity Index

IMV : Intoxication Médicale Volontaire

IOA : Infirmière Organisatrice d'Accueil

MCO : Médecin de Coordination et d'Orientation

MTS : Manchester Triage System

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

SU : Service des Urgences

TS : Transport Sanitaire

VSAV : Véhicule de Secours et d'Aide aux Victimes

2 Introduction

Le recours aux urgences est, à l'heure actuelle, de plus en plus fréquent. L'encombrement des services d'urgence (SU) est devenu un problème majeur des systèmes de santé. De nombreuses stratégies ont été développées pour aider à l'amélioration de la prise en charge des patients dès leur arrivée aux urgences (1). La mise en place d'un Médecin de Coordination et d'Orientation (MCO) dans la zone de triage est l'une des mesures pouvant amener à une diminution du temps d'attente et de la durée de prise en charge aux urgences (2). Le rôle du MCO est multiple et devient primordial dans la gestion des patients ne relevant pas de soins d'urgence ni d'acte médicotechnique. Pour libérer les services d'urgences de ces patients considérés comme ne présentant pas d'urgence, des systèmes de réorientation peuvent être développés avec la participation du secteur ambulatoire de soins.

Caractériser ces patients qui ne nécessitent pas de plateau technique hospitalier dès leur passage auprès de l'Infirmière Organisatrice d'Accueil (IOA) permettrait une diminution de l'encombrement des SU en les réorientant précocement vers une prise en charge ambulatoire hors du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU).

2.1 Encombrement des SU

Depuis de nombreuses années, les SU sont devenus l'un des premiers recours au système de santé en France. En effet, de nombreux changements sociétaux poussent les patients à consulter en premier lieu un service d'urgences : l'absence croissante de médecins intervenant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets en ambulatoire, la présence simultanée d'un plateau technique complet et de spécialistes, l'inquiétude des patients face à une situation de détresse,...(3) (4) Il y a donc une nette augmentation du nombre de passages dans les SU. En France, nous pouvons chiffrer cette augmentation à 15% en 4 ans entre 2012 et 2016 sur l'ensemble du territoire, soit environ 3.6% par an (4). Au CHU de Toulouse, en 2018, le SU de Purpan a noté une augmentation de 4.3% des passages par rapport à 2017, avec un nombre de passages, toutes gravités confondues, s'élevant à 78 009 patients adultes. La moyenne du nombre de passages par jour est alors de 214 patients. Parmi ces patients, environ 25% des cas sont considérés comme ne relevant pas de soins d'urgence ni d'acte médicotechnique, selon la classification clinique des malades des urgences (CCMU) (5). Cette classification française développée en 1994, est utilisée comme un indicateur de charge en soins et permet de distinguer les patients stables (CCMU 1 ou 2), potentiellement instables

(CCMU 3) ou instables (CCMU 4 et 5) (6). De ce fait, la possibilité de les adresser vers la médecine ambulatoire aussi appelée « médecine de ville » dès leur arrivée aux urgences permettrait de fluidifier le flux dans les SU. Le triage correct de ces patients devient donc une priorité pour les réorienter dans des conditions adéquates de qualité et de sécurité des soins.

2.2 IOA et triage (7)

Depuis les années 1980, les SU européens ont mis en place des systèmes de triage à l'entrée des urgences, copiant ainsi les modèles australiens, américains et canadiens développés depuis plus de dix ans. Ce triage est réalisé par une infirmière dont les compétences et les responsabilités ont été définies au fur et à mesure, amenant à une formation spécifique. Actuellement, les Infirmières Organisatrices d'Accueil (IOA) sont en charge d'accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants dès leur arrivée, de définir les besoins de santé et les priorités de soins, de décider du lieu de prise en charge dans le SU qui soit le plus adapté aux besoins de chaque patient. Le temps d'accueil et de triage doit être court afin de repérer rapidement les patients nécessitant des soins urgents. Ainsi, les experts estiment que l'IOA peut voir entre 5 et 8 patients par heure, soit un temps d'attente et de triage entre 5 et 10 min (8).

Pour orienter les patients au mieux, le système de triage s'appuie sur différentes échelles de gravité. Les plus utilisées d'entre elles, du fait de leur validité scientifique, sont celles développées aux Etats-Unis (Emergency Severity Index ESI), au Royaume-Uni (Manchester Triage System MTS), au Canada (Triage and Acuity Scale CTAS) et en Australie (Australian Triage Scale ATS) (9) (10) (11) (12) (13). Ces échelles permettent de faire un bilan global du patient, de connaître rapidement ses besoins médicaux et d'établir un délai de prise en charge adapté. Elles classifient les patients en 5 niveaux de gravité du plus urgents au non urgents, et permettent ainsi de reconnaître rapidement les patients n'ayant pas besoin de plateau technique et ne nécessitant pas une prise en charge urgente. Ainsi, en fonction de ces classifications, des délais d'attente maximale ont été établis (*tableau 1*).

Au CHU de Toulouse, l'échelle choisie est la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU). Très utilisée en France, elle a été créée en 1996 par et pour les infirmières en s'appuyant sur la CCMU et les échelles de tri internationales (14).

Tableau 1 : Echelle de gravité utilisée au SU de Purpan

CIMU	Délai de prise en charge	Gravité
1	< 1 min	Détresse vitale majeure
2	< 20 min	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)
3	< 90 min	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)
4	< 120 min	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable
5	< 240 min	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente

2.3 MCO et réorientation

Pour améliorer la prise en charge des patients dès l'accueil, différentes stratégies peuvent être développées : la mise en place d'un médecin sénior dédié à l'orientation (le MCO) est l'une d'elles qui est particulièrement utilisée. Son rôle principal est de fluidifier le parcours du patient en anticipant ses besoins (15). Il complète ainsi la fonction de l'IOA en permettant un examen médical et la possibilité, si nécessaire, de lancer les différents examens complémentaires avant que le patient ne soit installé en box, ce qui permettra une réduction du temps de prise en charge global (16). Il est le référent médical permanent pour l'orientation initiale dans le SU et coordonne les différents acteurs des secteurs du SU entre eux et avec le reste de l'environnement médical, hospitalier et ambulatoire.

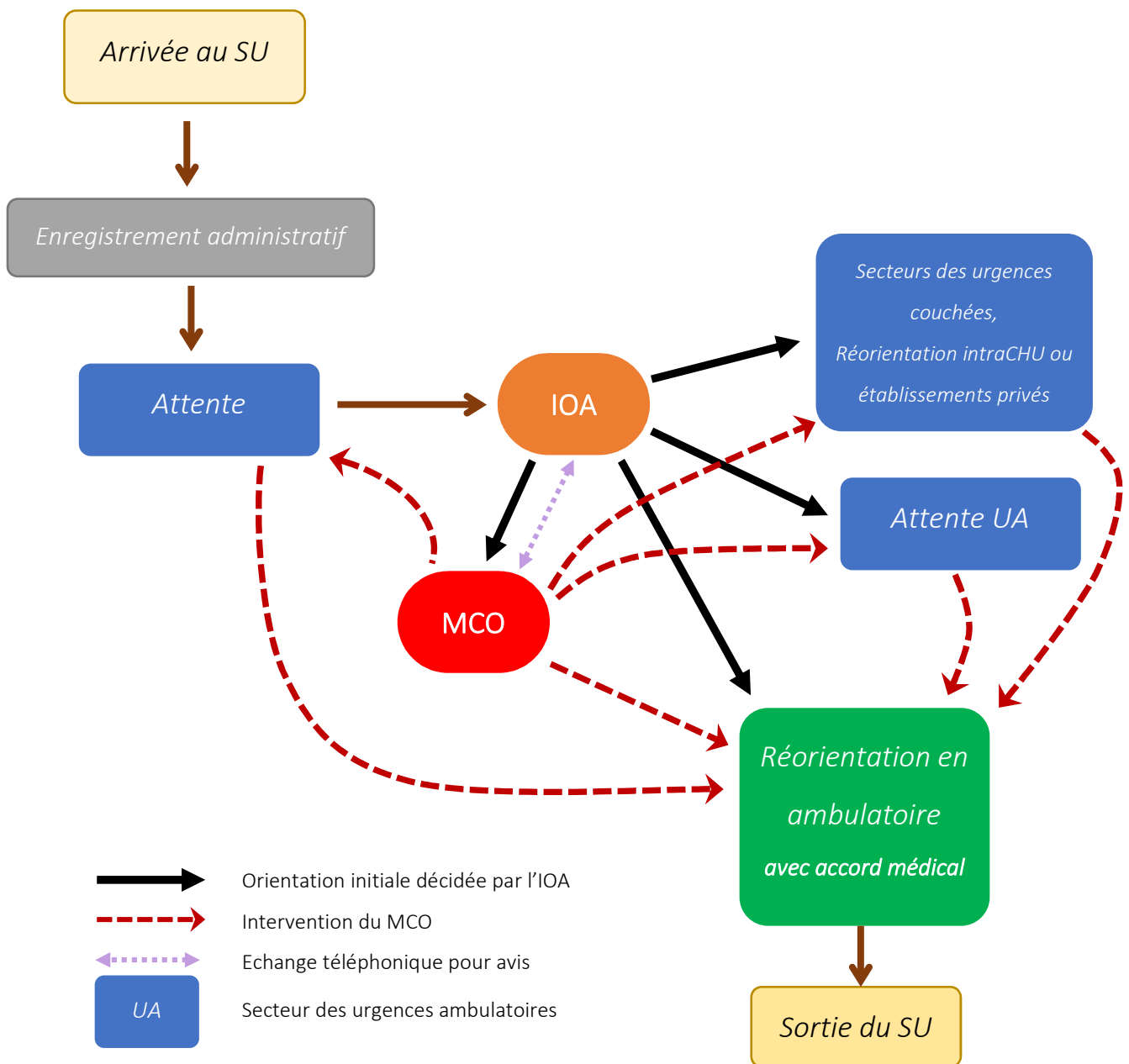
Il est également courant que le MCO décide de prendre en charge en totalité les patients qui ne nécessitent pas l'utilisation du plateau technique et ne relevant pas de soins d'urgence. Lorsque ce rôle est défini dans sa fiche de mission, comme au CHU de Toulouse, ce système peut être considéré comme une filière « courte » qui permet de décharger le SU par la prise en charge rapide des patients les moins graves ne nécessitant pas d'examen complémentaires comme un bilan biologique. Le MCO peut par ailleurs considérer que le patient n'a pas besoin d'un examen clinique même en circuit court et le renvoyer vers la médecine ambulatoire après des explications appropriées (17).

En France, la possibilité de réorienter les patients du SU vers des structures de soins primaires non hospitalières vient du développement du système de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) mise en place par le gouvernement en 2006 (18). En effet, dans le but d'aider à réguler le flux de patients des urgences, le réseau ambulatoire s'est développé en

coordination avec les services hospitaliers et assure ainsi une continuité des soins primaires indépendante. La PDSA offre ainsi la possibilité de soins premiers aux heures de fermeture des cabinets de médecine générale, soit en soirée et le week-end. La réorientation des patients considérés comme non-urgents dès l'accueil des urgences peut ainsi diminuer le nombre de patients en attente de soins au SU. Elle est proposée par l'IAO en accord avec le médecin référent ou par le MCO lui-même, avant ou après une prise en charge en circuit « court ».

2.4 Circuits de soins au SU Purpan

Figure 1 : Schéma de l'accueil et du circuit court des patients ambulatoires



En 2015, le SU de Purpan déménageait dans un nouveau bâtiment du CHU. C'est à cette date qu'un poste spécifique de MCO est créé pour la gestion du flux des patients. Désormais un urgentiste sénior dédié à l'accueil est en poste de 8 heures à 18 heures les jours de semaine. Pour les horaires de garde (de 18 heures à 8 heures) et de week-end, c'est le médecin en charge de la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) qui est le référent d'accueil lorsque l'IOA le sollicite. En 2017, le rôle du MCO dans la prise en charge des patients ambulatoires est clairement défini avec la mise en place d'un circuit court.

Depuis le 2 Avril 2019, un nouveau système informatique a été mis en place au SU. Ce module d'ORBIS, logiciel utilisé au CHU de Toulouse, est spécifique aux urgences et offre une vision dynamique du flux des patients. Il consigne toutes les données relevées par l'équipe soignante au fur et à mesure de la prise en charge, depuis la fiche IOA jusqu'au diagnostic médical et au devenir du patient. Adapté à l'organisation du SU de Purpan, il permet de visualiser le circuit de chaque patient selon les décisions soignantes et médicales prises dès son accueil (Cf. Annexe). Ainsi, à leur arrivée au SU, chaque patient est enregistré informatiquement par un agent d'accueil avant d'être placé en salle d'attente en l'absence d'urgence immédiate. Dans les 5 à 10 minutes suivant son arrivée, il doit être vu par l'IOA qui remplit une fiche avec notamment son motif de venue, l'évaluation de sa douleur, ses paramètres vitaux, ses antécédents principaux et sa classification CIMU (Cf. Annexe). En fonction de ces données, l'IOA décide d'une orientation initiale, soit vers les différents secteurs du SU (en général, pour les patients ambulatoires, vers le secteur des Urgences Ambulatoires UA), soit vers d'autres services du CHU ou d'autres établissements privés, ou enfin, vers le circuit court géré par le MCO (souvent noté comme « orientation autre » dans le dossier informatique). L'aval médical du MCO est indispensable pour une orientation extérieure au CHU (Cf. Figure 1). Ce dernier peut également intervenir avant l'IOA ou en amont de sa décision d'orientation vers les secteurs du SU pour une prise en charge et une réorientation plus rapide.

2.5 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est de caractériser les patients ambulatoires qui ont été réorientés vers la médecine de ville après une prise en charge exclusive à l'entrée des urgences du SU de Purpan. Ces patients n'ont donc pas bénéficié d'un passage en box individuel ou d'un recours au plateau technique.

Nos critères d'évaluation comprendront des données relatives aux patients, à leur pathologie et à leur prise en charge.

Nos objectifs secondaires sont :

- Comparer les groupes de patients arrivés au SU en période de non-garde (8 heures à 18 heures en semaine) ou de garde pour estimer l'impact du poste de MCO dédié ;
- Analyser les différents circuits des patients ambulatoires de l'accueil à la décision de réorientation en fonction des intervenants ;
- Observer si la réorientation répond à des critères de qualité et de sécurité des soins : respect des délais d'attente préconisés par la CIMU, durée de prise en charge, réorientation inappropriée de patients très douloureux ou âgés, reconsultation au SU Purpan ou Rangueil dans les 3 jours pour le même motif. Le nombre de patients repartis avant d'avoir vu l'IOA ou le MCO a été également calculé comme critère qualité.

3 Matériels et méthodes

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective et monocentrique réalisée au SU de Purpan à Toulouse.

3.2 Population cible

3.2.1 Critères d'inclusion

Les patients ont été inclus sur une période de 3 mois, entre le 3 Avril 2019 et le 2 Juillet 2019, selon les critères suivants :

- Patients de plus de 15 ans enregistrés administrativement à l'accueil des urgences de Purpan,
- CIMU 5 ou non classés*,
- N'ayant pas été pris en charge en box individuel dans une unité de soins du SU,
- Réorientés vers la médecine ambulatoire.

** Les patients non classés en CIMU n'ont pas été prise en charge par l'IOA qui détermine seule la classe CIMU, en général du fait d'une réorientation précoce par le MCO ou d'une sortie du SU sans soins.*

3.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Patients de moins de 15 ans,
- Patients réorientés à l'accueil des urgences vers une unité du CHU (unités neuro-vasculaires, consultations spécialisées, urgences gynécologiques),
- Patients réorientés vers un autre établissement de soins que le CHU,
- Patients arrivés avec les forces de l'ordre dans le cadre d'une garde à vue,
- Patients se présentant pour un Accident d'Exposition au Sang (AES) et pris en charge exclusivement par le médecin du service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU,
- Patients partis sans attendre avant ou après l'accueil par l'IOA.

Ces patients criblés lors de l'extraction des données et exclus par l'investigateur sont notés dans le diagramme de flux (Cf. Figure 2).

3.3 Extraction des données

Le criblage des dossiers et l'extraction des données ont été faits à partir du logiciel informatique ORBIS par le médecin du département d'information médicale du CHU qui est le référent pour les urgences. Les données ont été collectées puis analysées sur un tableur Microsoft Excel Office 365.

3.4 Critères d'évaluation

3.4.1 Relatifs au patient

Les caractéristiques propres aux patients que nous avons étudiés incluent : l'âge, le sexe, la localisation de leur domicile et le mode d'arrivée.

Pour étudier la provenance des patients tout en conservant leur anonymat, nous avons choisi de relever uniquement les codes postaux du domicile des patients (et non du lieu d'adressage ou de départ vers le SU). Nous avons analysé la répartition géographique en fonction de l'éloignement par rapport au CHU. Nous avons étudié chaque commune toulousaine puis ses communes limitrophes, le département de Midi-Pyrénées et ses départements limitrophes enfin le reste de la France.

Le mode d'arrivée des patients était classé selon plusieurs catégories : moyens personnels, Transports Sanitaires (TS), Véhicule de Secours et d'Aide aux Victimes (VSAV), ou via d'autres moyens ce qui inclut l'arrivée avec les forces de l'ordre.

3.4.2 Relatifs à la pathologie

Nous avons étudié des variables suivantes relatives à la pathologie : le motif de recours, l'intensité douloureuse et le diagnostic final.

Les motifs de recours sont cotés par l'IOA en fonction d'une grille préétablie de symptômes. Nous les avons vérifiés individuellement et regroupés en fonction des différents domaines médicaux ou symptômes principaux.

L'intensité douloureuse est cotée sur une Echelle Numérique EN allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insoutenable) (19). Cette donnée subjective au patient est relevée par l'IOA et fait partie des critères permettant la classification des patients selon la gravité : une douleur supérieure à 7/10 est un critère de gravité pouvant modifier la catégorie CIMU du patient pour accélérer la prise en charge(20). Un geste thérapeutique est conseillé par la CIMU dans les 20 minutes suivant l'accueil IOA pour une douleur ressentie supérieure à 8/10 (21).

Le diagnostic médical a été relevé en fonction du diagnostic final codé par le MCO en utilisant la Classification Internationale des Maladies (CIM). Nous avons également utilisé la conclusion médicale lorsqu'elle était renseignée pour une meilleure caractérisation du diagnostic. Nous avons relu chaque dossier pour les classer en fonction des domaines médicaux principaux.

3.4.3 Relatifs à la prise en charge

Les variables relatives à la prise en charge incluaient : les jours de venue des patients, les horaires d'arrivée, les délais de prise en charge, l'orientation initiale par l'IOA, l'intervention du MCO et les reconsultations au SU dans les 3 jours suivants.

Nous avons étudié les jours de consultation des patients en prenant en compte chaque jour de la semaine, du lundi au dimanche. Les heures d'arrivée ont été extraites selon les tranches horaires 8 heures à 18 heures ou 18 heures à 8 heures, sans précision plus approfondie pour conserver l'anonymat des données. Ces tranches horaires correspondent à celles des gardes, ou de non-garde en semaine, les journées de week-end étant considérées de garde quel que soit l'horaire.

Pour les durées de prise en charge, nous avons choisi d'étudier le délai de pré-triage qui correspond au temps d'attente des patients entre leur enregistrement administratif et le début de la prise en charge par l'IAO, ainsi que la durée de prise en charge totale, qui détermine le temps de passage complet entre l'arrivée et la sortie informatique des patients. Les durées de

prise en charge aberrantes du fait d'une panne informatique de quelques heures pendant notre période de recueil, ont été supprimées (13 dossiers concernés).

L'orientation initiale est proposée par l'IOA au terme de son examen d'entrée. Les possibilités d'orientation sont fixées informatiquement en fonction des besoins du SU de Purpan. Elles peuvent indiquer un secteur du SU (secteur UA), une réorientation intra CHU, une réorientation ambulatoire (vers le médecin traitant ou vers les maisons médicales de garde). Le terme « autre » est également utilisé pour l'orientation, il indique en général une orientation soit vers le circuit court soit une orientation externe vers des soins ambulatoires.

Pour connaître l'intervention du MCO dans la prise en charge, nous avons recoupé plusieurs informations disponibles dans notre base de données. Nous avons considéré que le MCO était intervenu si au moins un des trois critères suivants était présent (annexe 8.1) :

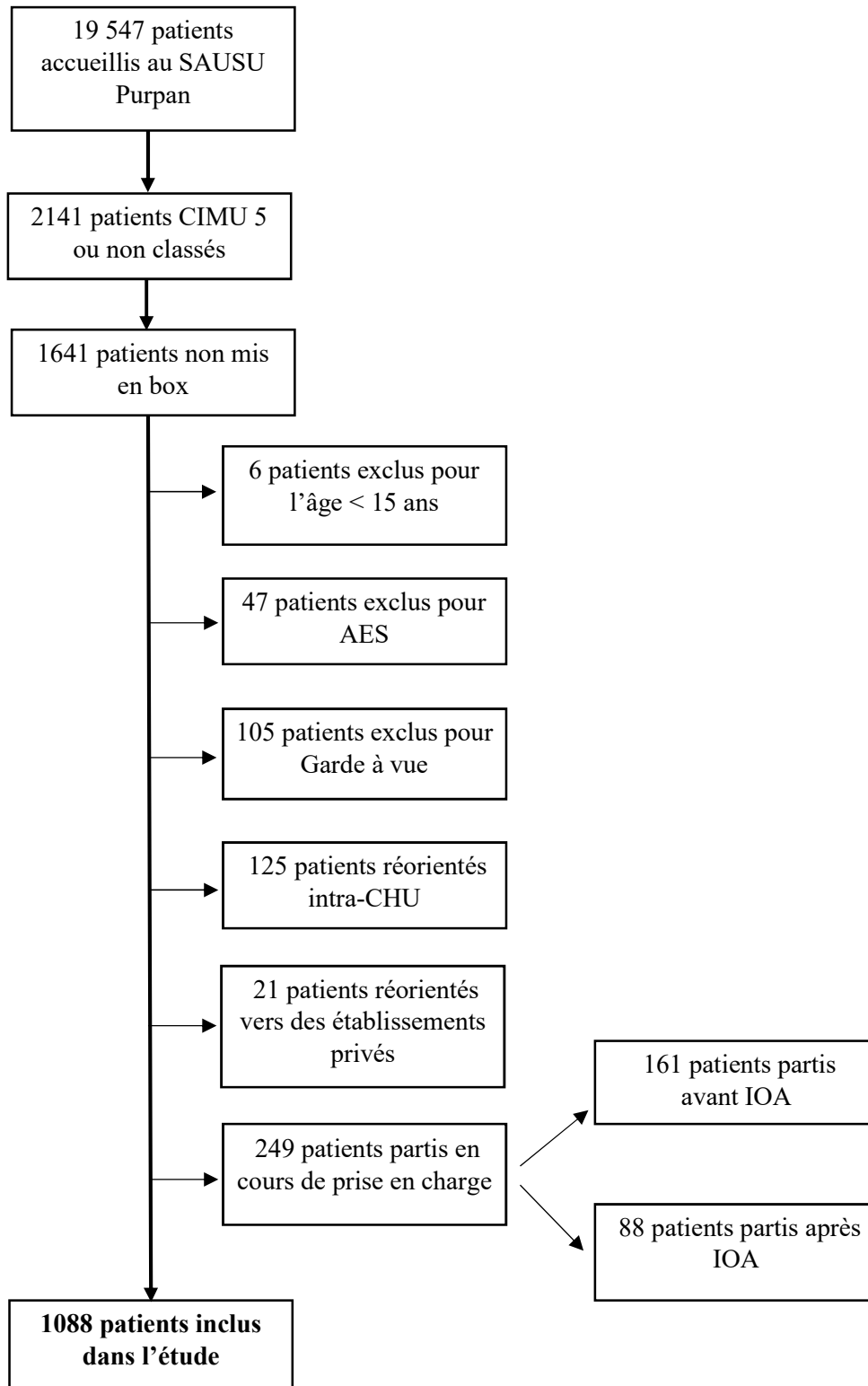
- Le timbre du patient a été placé dans la zone « MCO » du logiciel informatique ;
- La feuille de conclusion médicale du dossier, dont l'accès médical est exclusif, était complétée par le MCO ;
- Le timbre du patient a été placé dans la zone « Réorientation » du logiciel informatique sans passage par l'IOA, ce qui requiert une action médicale.

Nous avons identifié les patients réorientés vers la médecine ambulatoire qui reconsultaient au SU adulte du CHU de Toulouse (Purpan et Rangueil) dans les trois jours suivants et analysé les dossiers de ceux qui ont nécessité une hospitalisation à la suite de ce second passage afin de rechercher des Evènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) en lien avec la réorientation lors du premier passage.

4 Résultats

4.1 Diagramme de flux

Figure 2 : Diagramme de flux



Durant les 3 mois de notre étude, le SU de Purpan a reçu 19 547 patients toutes gravités confondues. Parmi eux, le triage initial nous permettait d'isoler 2 141 patients en CIMU 5 ou non classés soit 11% de la totalité des patients reçus au SU sur les 3 mois. Une analyse en fonction des horaires montre que 909 de ces patients consultaient aux horaires de présence du MCO dédié soit 42,5% des patients CIMU 5 ou non classés.

Nous avons extrait les données médicales de 1 641 de ces patients qui n'ont pas été placés en box, soit 77% des patients CIMU 5 ou non classés. Nous avons ensuite exclu 553 patients qui ne répondaient pas à nos critères d'inclusion, dont 249 patients partis sans attendre leur prise en charge médicale, soit 1,3% de l'ensemble des patients passés dans le SU pendant la période d'étude.

Au total, 1 088 patients ont été inclus dans notre étude, ce qui représente 51% de la totalité des patients CIMU 5 ou non classés et 6% de la totalité des patients reçus au SU de Purpan pendant 3 mois.

4.2 Caractéristiques des patients réorientés vers la médecine ambulatoire

Tableau 2 : Caractéristiques des 1088 patients réorientés vers la médecine ambulatoire

Variables	Effectif (%)
Relatives au patient :	
Sexe (hommes) : (n = 1088)	578 (53%)
Age, médiane (EIQ) (n = 1088)	30 (23-42)
> 75 ans	20 (2%)
Domicile : (n = 1078)	
Agglomération toulousaine	636 (59%)
Midi-Pyrénées (hors agglomération toulousaine)	309 (29%)
France (hors Midi-Pyrénées)	133 (12%)
Modes d'arrivée : (n = 1080)	
Moyens personnels	1007 (93%)
VSAV	21 (2%)
TS	25 (2%)
Autres	27 (2%)
Passage au SU dans les 6 mois précédents (n = 1088)	147 (14%)
Relatives à la pathologie :	
Motifs de consultation : (n = 911, 84%)	
Douleur	262 (29%)
- dont Douleur abdominale	55 (5%)
- dont Douleur thoracique	16 (2%)
Traumatismes, plaies, brûlures	235 (26%)
Motifs ORL et maxillofacial	72 (8%)
Demande de conseils, d'ordonnances ou d'examens complémentaires	55 (6%)
Autres	287 (32%)
Intensité douloureuse : (n = 546, 50%)	
EN* globale, médiane (EIQ)	2 (0-5)
EN < 7	471 (86%)
Diagnostics : (n= 360, 33%)	
Traumatismes, plaies, brûlures	82 (23%)
Ostéoarticulaire	75 (21%)
Infectieux	45 (13%)
Demande de conseils, d'ordonnances ou d'examens complémentaires	36 (10%)
Digestif	24 (7%)
Autres	98 (27%)

Relatives à la prise en charge :	
Jour de venue : (n = 1088)	
Lundi	200 (18%)
Mardi	136 (13%)
Mercredi	102 (9%)
Jeudi	160 (15%)
Vendredi	146 (13%)
Samedi	168 (15%)
Dimanche	176 (16%)
Arrivée hors des horaires de garde[□] (n = 1088)	486 (45%)
Durées de prise en charge :	
Attente avant IOA (min), médiane (EIQ) (n= 989)	13 (6-25)
- Délai < 10 min	427 (43%)
Durée totale (min), médiane (EIQ) (n = 1075)	21 (12-35)
- PEC < 60 min	978 (91%)
Orientation initiale par l'IOA : (n = 975)	
Réorientation vers le médecin généraliste	384 (39%)
Réorientation vers la maison médicale de garde	195 (20%)
Autre	297 (30%)
UA	94 (10%)
Réorientation intra CHU	5 (1%)
Critères d'intervention du MCO : (n = 1088)	
Passage du timbre patient en zone informatique « MCO »	455 (42%)
Dossiers informatiques complétés par le MCO	360 (33%)
Passage du timbre patient en zone « Réorientation » avant IOA	59 (5%)
Un ou plus de ces 3 critères	523 (48%)
Patients réorientés par le MCO : (n = 523)	
Horaires :	
- Patients réorientés entre 8h et 18h en semaine	329 (63%)
Circuit :	
- Patients réorientés avant l'IOA	99 (19%)
- Passage réorientés après mise en salle d'attente UA [▪]	11 (2%)
Retour au SU dans les 3 jours suivants	40 (4%)
- dont hospitalisation	7

* EN : échelle Numérique de la douleur de 0 (absente) à 10 (insoutenable)

□ Horaires des gardes : 18 heures à 8 heures en semaine et jour de week-end en totalité

▪ UA : secteur des urgences ambulatoires

Le tableau 2 présente les caractéristiques de notre population d'étude. Les patients ambulatoires réorientés à l'accueil du SU sont majoritairement des hommes (53% des cas) jeunes (30 ans en médiane d'âge) dont la résidence est proche de l'hôpital et qui viennent par des moyens personnels (93% des cas). Nous notons que seulement 14% des patients ont consultés au SU dans les 6 mois précédents notre étude.

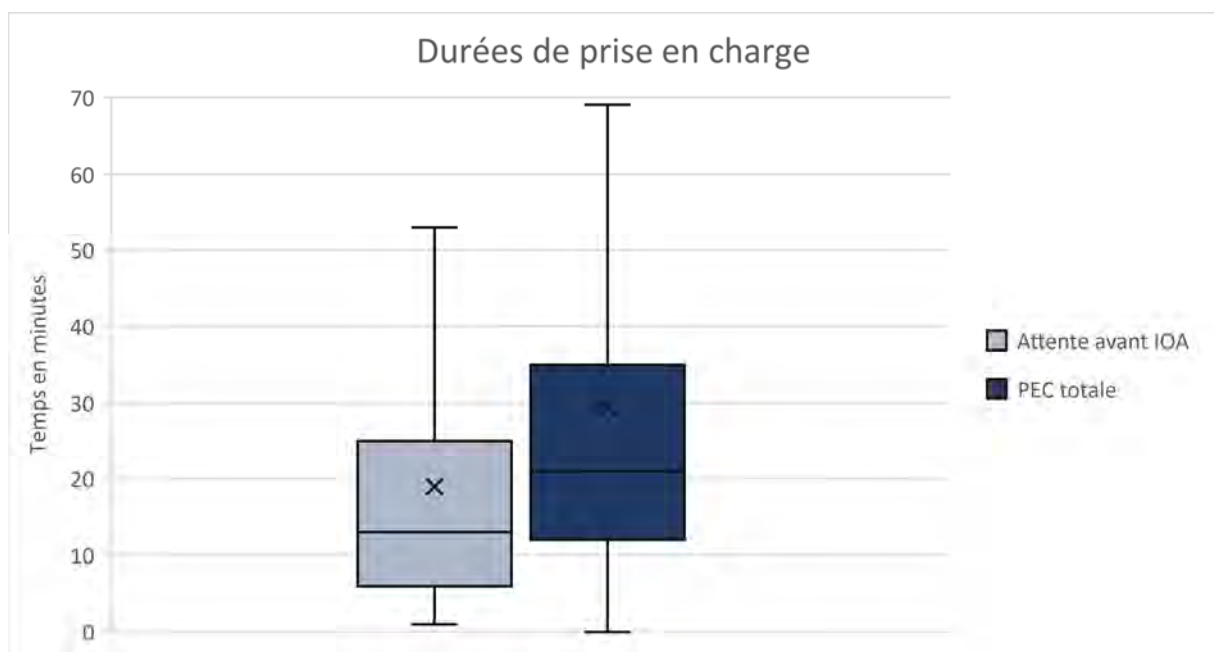
Le motif principal de consultation au SU est la douleur dans 29% des cas, bien que la cotation de son intensité montre que celle-ci est majoritairement considérée par les patients

comme faible ou moyenne (médiane à 2/10 (0-5), avec dans 86% des cas une intensité inférieure à 7/10).

Les durées de prise en charge sont courtes avec une attente avant l'IOA de 13 minutes de médiane et une durée de prise en charge totale majoritairement inférieure à 60 minutes (91% des cas) (figure 3).

Nous retrouvons une trace de l'intervention du MCO dans le système informatique dans 48% des cas. Parmi ces patients réorientés après intervention du MCO, la plupart ont consulté aux horaires de permanence du MCO posté à l'accueil (n = 329, 63% des cas vus par le MCO de journée).

Figure 3 : Durées de prise en charge



4.3 Impact du MCO de journée

Le tableau 3 présente les caractéristiques des patients réorientés en fonction de leurs horaires d'arrivée afin de mettre en évidence l'impact du MCO lorsque ce dernier est dédié à l'accueil soit de 8 heures à 18 heures en semaine.

Tableau 3 : Comparatif des patients selon leurs horaires d'arrivée

	Présence d'un MCO de journée (non-garde) n = 486	Garde avec le MCO détaché de la SAUV n = 602
Variables	Effectifs (%)	Effectifs (%)
Relatives aux patients :		
Sexe (hommes) :	257 (53%)	321 (53%)
Age, médiane (EIQ) (années)	32 (23-44)	29 (23-41)
Domicile :	n = 483	n = 564
Agglomération toulousaine	289 (60%)	347 (58%)
Midi-Pyrénées (hors agglomération toulousaine)	131 (27%)	178 (30%)
France (hors Midi-Pyrénées)	32 (7%)	39 (6%)
Mode d'arrivée :	n = 485	n = 595
Moyen personnel	465 (96%)	542 (91%)
TS	9 (2%)	16 (3%)
VSAV	7 (1%)	14 (2%)
Autres	4 (1%)	23 (4%)
Relatives à la prise en charge :		
Durées de prise en charge :		
Attente avant IOA (min), médiane (EIQ)	(n = 432) 12 (6-24)	(n = 557) 11 (4-23)
- Délai < 10 min	173 (40%)	254 (46%)
Durée totale (min), médiane (EIQ)	(n = 473) 21 (13-26)	(n = 602) 21 (12-36)
- PEC < 60 min	440 (91%)	538 (89%)
Critères d'intervention du MCO :		
Passage du timbre patient en zone informatique « MCO »	301 (62%)	154 (26%)
Dossiers informatiques complétés par le MCO	263 (54%)	97 (16%)
Passage du timbre patient en zone « Réorientation » avant IOA	20 (4%)	39 (6%)
Un ou plus de ces 3 critères	329 (68%)	194 (32%)
Patients réorientés par le MCO :		
Présence d'une conclusion médicale	263 (80%)	97 (50%)
Nombre moyen de patients réorientés par heure	0,36	0,15
Circuit :		
Patients réorientés avant l'IOA	54 (16%)	45 (23%)
Passage réorientés après mise en salle d'attente UA [▪]	4 (1%)	7 (4%)
Retour au SU dans les 3 jours suivants	12 (2%)	28 (5%)
- dont hospitalisation	4	3

▪ UA : secteur des urgences ambulatoires

Nous pouvons remarquer que les populations sont similaires en termes de sexe et d'âge et de lieu de domicile. Le mode d'arrivée principal des patients réorientés reste les moyens personnels mais nous notons une légère augmentation des autres modes d'arrivée en période de garde.

Les durées d'attente et de prise en charge ne se modifient pas selon l'heure d'enregistrement, avec des délais rapides même la nuit ou le week-end (environ 90% des patients sont réorientés en moins de 60 min).

En journée, nous mettons en évidence un taux d'intervention du MCO deux fois plus élevé (68% des cas) qu'en période de garde (32% des cas). De même, le nombre de dossiers informatiques complétés par le MCO lorsqu'une intervention de ce dernier est stipulé est plus important en journée, avec 80% des dossiers complétés par le MCO dédié contre seulement 50% par le MCO la nuit lorsqu'il doit se détacher de la SAUV pour venir à l'accueil. Nous retrouvons un nombre moyen de patients réorientés par le MCO par heure à 0.36 patient/heure en journée contre 0.15 patient/heure aux horaires de garde.

4.4 Circuits des patients réorientés

Pour ce qui relève du circuit des patients réorientés, nous avons mis en évidence que, dans la majorité des cas, l'IOA identifie, dès son tri, les patients relevant d'une orientation ambulatoire. En effet, l'orientation initiale est proposée vers une réorientation vers le médecin généraliste ou la maison médicale de garde dans 59% des cas et dans 30% des cas, l'IOA envoie les patients vers le circuit ou une orientation externe.

L'intervention du MCO permet cependant de réorienter 94 patients (9% des cas) que l'IOA avait positionnés en attente de soins dans le secteur des urgences ambulatoires.

Nous notons que l'intervention précoce du MCO en amont de la prise en charge de l'IOA représente 20% des patients réorientés avec une fréquence de ce « shunt » plus important en période de garde.

4.5 Critères de qualité et de sécurité des soins

En termes de qualité des soins, notre étude montre qu'il y a peu de patients âgés (2% de patients de plus de 75 ans) dans notre population de patients réorientés. De même, les patients présentant des douleurs extrêmes sont peu représentés avec seulement 14% des patients réorientés qui cotent l'intensité de leur douleur à plus de 7/10.

Pour les délais de prise en charge, les recommandations pour les patients CIMU 5 préconisent un temps d'attente inférieur à 240 min. Pour notre étude, ce critère est respecté avec une durée médiane d'attente de 13 min (EIQ= 6-25) et de prise en charge totale de 21 min (EIQ = 13-36).

En termes de sécurité des soins, nous retrouvons un taux bas de reconsultation au SU dans les 3 jours (4% des cas). Parmi ces patients initialement réorientés, nous avons identifié 7 (0,6%) d'entre eux ayant nécessité une hospitalisation au décours de leur second passage au SU. L'étude individuelle de leurs dossiers médicaux a mis en évidence 3 potentiels cas d'évènements porteurs de risque du fait de leur réorientation en ambulatoire lors de leur premier passage au SU. En effet, nous retrouvons un patient envoyé par une clinique psychiatrique pour des troubles du comportement rendant impossible la poursuite de son hospitalisation dans cet établissement. Renvoyé dès l'accueil à la clinique, il est de nouveau adressé le lendemain et admis dans le SU avant d'être hospitalisé. Ce premier cas a été considéré comme un EIAS porteur de risque et sans gravité. Le deuxième patient présente une schizophrénie, il est réorienté dès son arrivée au SU sans information notée dans son dossier, avec un retour précoce pour une intoxication médicale volontaire (IMV). Le troisième cas est celui d'un phlegmon péri-amygdalien non diagnostiqué lors du premier passage au SU qui motive la reconsultation au SU après avis d'un médecin généraliste entre les deux passages. Nous considérons ces deux derniers cas comme des EIAS de faible gravité car les hospitalisations ont été courtes et sans conséquences cliniques importantes pour les patients.

Pour un regard plus général sur la qualité du SU de Purpan, nous pouvons noter que les patients partis avant ou pendant les soins sans prise en charge complète ne représente que 1,3% de la totalité des patients accueillis au SU toutes gravités confondues.

5 Discussion

Notre étude cherchait à caractériser les patients consultant au SU sans critère de gravité et réorientés vers le secteur ambulatoire dès l'accueil après une prise en charge en circuit court.

Nos premiers résultats montrent que cette population est jeune et majoritairement masculine. Ces résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans la littérature au sujet des patients considérés comme non urgents. En effet, plusieurs études s'intéressant à la filière courte retrouvent des population aux caractéristiques d'âge et de genre semblable aux nôtres (22) (17).

Si la plupart des patients réorientés sont originaires de l'agglomération toulousaine, nous retrouvons environ 40% dont le domicile est plus éloigné voire hors de notre département (12% des cas). Cette proportion importante de patients réorientés nous questionne sur les motifs de leur venue et l'accessibilité aux soins notamment en médecine ambulatoire. Notre étude ne met pas en évidence de différence dans leurs motifs de consultation ou leurs diagnostics finaux par rapport au reste de notre population et ne nous permet pas de connaître le lieu d'adressage ou de départ de ces patients vers le SU. Une étude spécifique pourrait faire ressortir des demandes de soins particulières, par exemple des problèmes d'accessibilité à des avis spécialisés non urgents, et permettrait une remise en question des filières ambulatoires et hospitalières en fonction.

Dans notre étude, le premier motif de consultation est la douleur, pour des diagnostics tels que des traumatismes, des plaies ou des pathologies ostéoarticulaires. La douleur est un motif majeur de consultation aux urgences (23). Elle peut être considérée comme un critère de gravité si son intensité est importante et donc nécessite une prise en charge thérapeutique rapide (21) (24). Pourtant, nos résultats montrent que les patients ambulatoires estiment leur douleur comme relativement faible ou moyenne puisque 75% d'entre eux la déclare inférieure ou égale à 5/10, ce qui ne peut être considéré, sans autres symptômes, comme relevant d'une urgence. Il est possible que, si le symptôme douloureux reste principal, il n'est qu'un des facteurs ayant motivé la décision de consultation au SU. Plusieurs études montrent que l'inquiétude quant à la sévérité de l'état de santé et la facilité d'accès aux soins sont des critères motivant la consultation dans un SU (25) (26) (27). Ces derniers pourraient également expliquer la fréquentation du SU par des patients non-urgents pendant la journée en semaine. En effet, nous retrouvons 45% des patients réorientés vers le secteur ambulatoire à des horaires compatibles à l'ouverture des cabinets de médecine générale. Notre étude, basée sur

l'analyse des données informatiques du dossier médical, ne permet pas de mettre en évidence les facteurs externes aux soins ayant participé à la décision de venue au SU des patients. Une étude complémentaire pourrait mettre en évidence les réelles motivations de cette population ambulatoire sans critère de gravité, et d'en préciser les déterminants socio-économiques.

Les caractéristiques relatives à la prise en charge des patients réorientés montrent que, si leur délai d'attente avant le premier contact avec l'IOA n'est pas toujours optimal (seuls 43% des patients sont vus en moins de 10 minutes), la durée de prise en charge totale est au contraire faible. En effet, le circuit court permet une réorientation en ambulatoire en moins d'une heure pour 91% des patients de notre étude. La rapidité de cette filière peut être considérée comme un marqueur de son efficacité car le but d'un tel circuit est également de réduire le nombre de patients présents au SU à l'instant t afin d'améliorer la fluidité de la totalité du service (15).

Parmi notre population, on retrouve une trace de l'intervention du MCO dans presque la moitié des cas. La comparaison entre les patients arrivant aux horaires de journée et ceux venant aux heures de garde montre un réel impact de la présence d'un MCO dédié à l'accueil. En effet, nous avons d'abord remarqué que le taux de patients réorientés par rapport aux patients potentiellement réorientables, soit la totalité des patients CIMU 5 ou non classés, est plus important aux horaires de présence de MCO dédié (53.5% sur ces créneaux horaires contre 48.9% en période de garde). De plus, en journée, le MCO voit deux fois plus de patients (environ 60% des patients réorientés) avec des dossiers informatiques complétés dans 80% des cas. En horaire de garde, le MCO étant détaché de la SAUV, il est compréhensible que la possibilité de son intervention physique soit réduite du fait de sa charge de travail. Néanmoins, la réorientation en externe d'un patient ne peut se faire qu'après un avis médical, même si ce dernier n'est que téléphonique et n'est donc pas toujours tracé dans le système informatique. Ce manque de traçabilité pourrait être un problème en cas de litige et une adaptation du mode de recueil informatique pourrait être envisagée pour pallier ce risque. Cependant, notre étude semble montrer que la coopération entre MCO et IOA fonctionne bien puisque nous ne retrouvons que très peu de retour au SU dans les 3 jours, avec seulement 3 cas d'évènements indésirables que nous estimons liés à la réorientation lors du premier passage.

L'orientation initiale des patients inclus dans notre étude et qui est proposée par l'IOA montre un repérage correct des patients pouvant bénéficier d'une prise en charge en circuit court. La population des patients non mis en box correspond à presque 80% des patients estimés comme non urgents à leur arrivée (CIMU 5 ou non classé). Ce résultat montre que le

système de circuit court et de réorientation est très fonctionnel sur le SU de Purpan. L'importance quantitative de cette population pourrait questionner sur l'intérêt de développer à proximité du CHU un réseau ambulatoire de soins primaires. Une structure ambulatoire de proximité pourrait accélérer la prise en charge des patients non-urgents et limiter la réalisation d'examen complémentaires inutiles et potentiellement iatrogènes très facilement accessibles au SU. De plus, différentes études ont montré que ce type de structures alternatives proches avait un impact favorable sur la fluidité et les durées d'attente au SU (16) (28). Nous notons également que 500 patients (23%) parmi les 2 141 estimés comme n'ayant pas besoin du plateau technique du SU (CIMU 5) sont tout de même mis en box dans un des secteurs du SU. Ces patients considérés comme non-urgents contribuent à l'encombrement des SU (29). Une des causes possibles quant à leur mise en box pourrait être leur refus de la réorientation. En effet, les orientations initiales sont uniquement des propositions de prise en charge et non une contrainte et le patient peut s'y opposer. Néanmoins, plusieurs études sur la satisfaction des patients mis en circuit court ou réorientés montrent que cette option de prise en charge est bien acceptée (17) (30). Il serait intéressant de compléter notre étude par les caractéristiques de ces patients ne relevant pas de soins d'urgences mais vus dans un box, pour poursuivre l'amélioration des circuits d'accueil initial dans le SU. De plus, connaître les attentes des patients non-urgents en termes de soins et de prises en charge permettrait de leur offrir une réponse plus adaptée à leur demande, par exemple par des structures de soins non programmés plus accessibles. Ces dernières permettraient non seulement de fluidifier le SU et de recentrer ses ressources vers les soins d'urgences, mais surtout de simplifier le parcours des patients non-urgents en leur offrant un cadre adapté à la prise en charge de leurs problèmes de santé aigus.

Notre étude n'avait pas pour objectif d'analyser les patients partis avant ou pendant la prise en charge mais il est intéressant de noter que leur proportion est très faible par rapport au nombre de passages total sur le SU de Purpan (1.3% des cas). Le taux de patients partis sans prise en charge complète (*Left Without Being Seen* en anglais) est un marqueur international de qualité des SU très étudié dans la littérature (31) (32) (33). Ce taux est très variable en fonction des SU et des pays pouvant aller jusqu'à 15% (34). Si cette population ne fait partie de notre étude, sa faible proportion peut être considérée comme un témoin indirect du bon fonctionnement du circuit court du SU de Purpan.

En termes de qualité et sécurité, les paramètres des patients réorientés que nous avons analysés semblent montrer que le circuit court du SU garantit un bon niveau de sûreté des soins. En effet, les patients les plus vulnérables du fait d'un âge élevé ou d'une intensité

douloureuse importante sont peu représentés dans notre population. L'âge et l'intensité douloureuse font partie des critères qui peut amener l'IOA à décider d'un niveau de gravité supérieur (11) (21) (35). L'âge des patients ne peut, à lui seul, décider d'une mise en box mais il fait partie des paramètres relatifs à l'état général qui doivent être relevés pour la classification de la gravité du patient. La prise en charge de la douleur est une notion très développée dans les SU et il est estimé qu'une douleur supérieure à 7/10 doit bénéficier d'une intervention thérapeutique rapide et donc nécessite une mise en box (23) (24). De même, les patients revenant au SU dans les 3 jours toutes causes confondues est très faible ce qui se retrouve dans la littérature (36). Nous n'avons pas étudié les dossiers des seconds passages lorsque les patients ne sont pas hospitalisés en décours. Des études sur ces retours précoces au SU montrent que les raisons principales citées par les patients sont un défaut d'information, une incertitude diagnostique et un défaut de prise en charge de la douleur (37) (38).

Notre étude présente plusieurs limites et risques de biais. Tout d'abord, elle a été faite sur un seul centre du CHU et sur une période courte. Le système de circuit court est également mis en place au SU de Ranguel et l'activité y étant différente du site de Purpan, une étude complémentaire pourrait apporter des éléments nouveaux notamment sur l'impact du MCO et l'importance de la réorientation. Notre période de recueil n'incluait que 3 mois d'avril à juillet. Prolonger notre recherche sur l'année pourrait mettre en évidence des variations en fonctions des périodes, scolaires ou saisonnières par exemple. Au niveau de l'extraction de données, certains dossiers n'étaient pas complets, notamment l'intervention du MCO qui n'était pas toujours tracé. À la suite de la relecture individuelle de tous les dossiers que nous avons faite et de la discussion avec les membres de l'équipe du SU sur les pratiques des MCO et IOA, nous avons choisi un algorithme qui se rapproche au mieux de la réalité et nous permet d'estimer l'intervention du MCO même lorsque le dossier médical n'est pas renseigné. Ce problème de dossiers incomplets pose les questions de la traçabilité des actes, du respect des procédures locales et de responsabilité surtout en termes de réorientation où un avis médical est obligatoire. Enfin, nous n'avons pas mesuré les déterminants sociaux qui peuvent motiver les patients considérés comme non-urgents à consulter au SU. Une étude ultérieure pourrait compléter notre travail en prenant en compte la couverture sociale et les critères non médicaux de cette population afin d'apporter des éléments de réponse sur les motivations des patients ambulatoires se présentant au SU.

6 Conclusion

Notre étude montre que les patients considérés comme les moins graves et qui bénéficient d'une prise en charge en circuit court au SU de Purpan représentent une population jeune majoritairement masculine, dont le domicile est plutôt à proximité du CHU. Ils sont, pour la plupart, orientés rapidement par l'IOA vers le circuit court. Leur temps de passage dans le SU est très court et l'implication du MCO dans leur prise en charge est importante, particulièrement lorsqu'il est dédié à l'accueil et à la filière courte.

Nos résultats montrent que le circuit court du SU de Purpan semble avoir un fonctionnement de bonne qualité. En effet, une grande partie des patients non-urgents bénéficient d'une prise en charge par cette filière et les critères de sécurité et de qualité des soins que nous avons observés ne révèlent pas de défaillances importantes.

Le nombre des patients réorientés vers la médecine ambulatoire pourrait justifier la mise en place de structures alternatives à proximité du SU afin d'améliorer la prise en charge globale de ces patients tout en fluidifiant le SU et en recentrant les ressources de ce dernier vers les soins urgents.

Pr Sandrine CHARPENTIER



Toulouse, le 17.09.2019

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE

7 Bibliographie

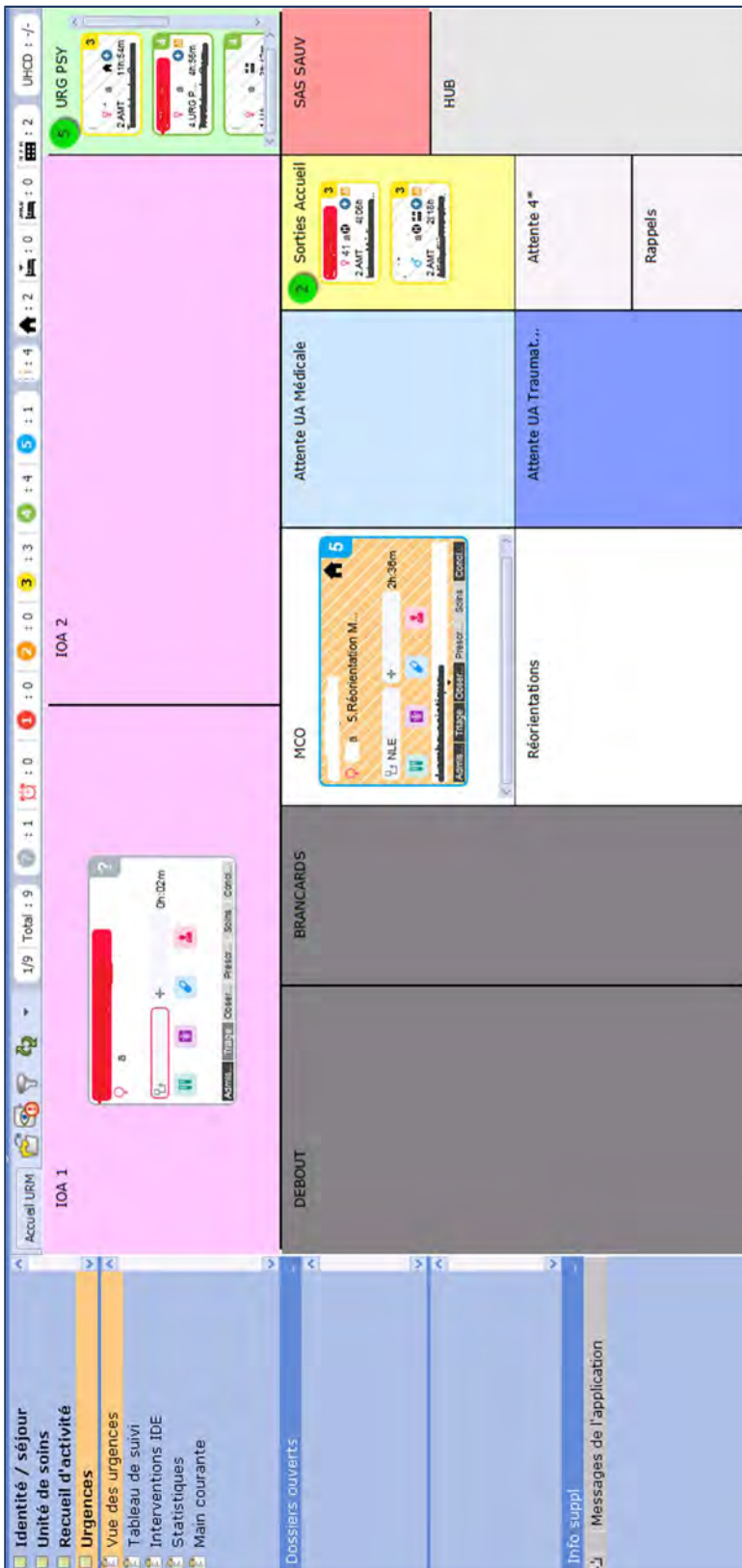
1. Wiler JL, Gentle C, Halfpenny JM, Heins A, Mehrotra A, Mikhail MG, et al. Optimizing emergency department front-end operations. *Ann Emerg Med.* févr 2010;55(2):142-160.e1.
2. Abdulwahid MA, Turner J, Mason SM. Senior doctor triage (SDT), a qualitative study of clinicians' views on senior doctors' involvement in triage and early assessment of emergency patients. *Emerg Med J EMJ.* juill 2018;35(7):440-6.
3. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html#toc8
4. Rapport de la cour des comptes : Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités; 2019 [Internet]. [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
5. Rapport_2018_Urgences_CHU_Tlse_Purpan [Internet]. Google Docs. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: https://docs.google.com/document/d/1ISifCN0GBF8URe3vpmS1M1sshqnz2lJNnv6Dj4oUbo/edit?usp=drive_web&ouid=118376240841952507449&usp=embed_facebook
6. Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences : Définition et reproductibilité: Association Pour La Recherche Aux Urgences. *Réanimation Urgences.* 1 janv 1994;3(5):573-8.
7. Société francophone de médecine d'urgence, Boivin M. Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil. Paris: Brain Storming; 2004.
8. SFMU. Le triage en structure des urgences [Internet]. 2013 [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/consensus/RFE_triage_IOA_2013.pdf
9. Bullard MJ, Chan T, Brayman C, Warren D, Musgrave E, Unger B, et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines. *CJEM.* nov 2014;16(6):485-9.
10. Forero DR. Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) Literature Review on the Australasian Triage Scale (ATS). :53.
11. Elsi M, Novera I. Different triage categorization using Emergency Severity Index (ESI) method in emergency department. *Enfermeria Clin.* 2019;29 Suppl 1:101-4.
12. Zachariasse JM, Seiger N, Rood PPM, Alves CF, Freitas P, Smit FJ, et al. Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. *PloS One.* 2017;12(2):e0170811.
13. Kuriyama A, Urushidani S, Nakayama T. Five-level emergency triage systems: variation in assessment of validity. *Emerg Med J EMJ.* nov 2017;34(11):703-10.
14. triage-urgence.com-Historique CIMU [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: http://www.triage-urgence.com/historique_cimu.php
15. Beltramini A, Debuc E, Pateron D. L'organisation des services d'urgences : un enjeu face à la surcharge. *Ann Fr Médecine Urgence.* 1 mars 2014;4(2):106-15.

16. Soremekun OA, Capp R, Biddinger PD, White BA, Chang Y, Carignan SB, et al. Impact of physician screening in the emergency department on patient flow. *J Emerg Med.* sept 2012;43(3):509-15.
17. Gentile S, Vignally P, Durand A-C, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Serv Res.* 15 mars 2010;10:66.
18. Code de la santé publique - Article R6315-3. Code de la santé publique.
19. HAS. Echelles de la douleur, recommandations HAS [Internet]. 2019 févr [cité 19 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/liste_echelles_douleur_2019.pdf
20. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. :114.
21. déterminants du tri [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: http://www.triage-urgence.com/downloads/determinants_tri.pdf
22. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care.* janv 2013;19(1):47-59.
23. Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel J-C, et al. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Ann Emerg Med.* oct 2007;50(4):462-71.
24. Vuille M, Foerster M, Foucault E, Hugli O. Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study. *J Clin Nurs.* févr 2018;27(3-4):669-76.
25. Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 Hours in the ED Study Group. *JAMA.* 14 août 1996;276(6):460-5.
26. Miyazawa A, Maeno T, Shaku F, Tsutsumi M, Kurihara H, Takayashiki A, et al. Inappropriate use of the emergency department for nonurgent conditions: Patient characteristics and associated factors at a Japanese hospital. *J Gen Fam Med.* juill 2019;20(4):146-53.
27. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* déc 2004;11(12):1302-10.
28. Crawford J, Cooper S, Cant R, DeSouza R. The impact of walk-in centres and GP co-operatives on emergency department presentations: A systematic review of the literature. *Int Emerg Nurs.* sept 2017;34:36-42.
29. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med.* août 2008;52(2):126-36.
30. Lutze M, Ross M, Chu M, Green T, Dinh M. Patient perceptions of emergency department fast track: a prospective pilot study comparing two models of care. *Australas Emerg Nurs J AENJ.* août 2014;17(3):112-8.
31. Stacy Fiedler, NQF. Endorses measures to address care coordination and efficiency in hospital emergency departments. 2008;3.



32. Mataloni F, Colais P, Galassi C, Davoli M, Fusco D. Patients who leave Emergency Department without being seen or during treatment in the Lazio Region (Central Italy): Determinants and short term outcomes. *PloS One*. 2018;13(12):e0208914.
33. Johnson M, Myers S, Wineholt J, Pollack M, Kusmiesz AL. Patients who leave the emergency department without being seen. *J Emerg Nurs JEN Off Publ Emerg Dep Nurses Assoc*. avr 2009;35(2):105-8.
34. Clarey AJ, Cooke MW. Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis. *Emerg Med J EMJ*. août 2012;29(8):617-21.
35. Vivien B, Riou B, Carli P. Critères et scores de gravité. 2008;18.
36. White D, Kaplan L, Eddy L. Characteristics of patients who return to the emergency department within 72 hours in one community hospital. *Adv Emerg Nurs J*. déc 2011;33(4):344-53.
37. Crafford L, Jenkins LS. Why seek a second consultation at an emergency centre? A qualitative study. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 27 juill 2017;9(1):e1-8.
38. Hayward J, Hagtvedt R, Ma W, Gauri A, Vester M, Holroyd BR. Predictors of Admission in Adult Unscheduled Return Visits to the Emergency Department. *West J Emerg Med*. 2018;19(6):912-8.

8 Annexes

8.1 Module ORBIS URGENCE du SU de Purpan



8.2 Fiche IOA

		HOPITAUX DE TOULOUSE HOPITAUX DE TOULOUSE [BU01]			
Hôpitaux de Toulouse		SERV ACCUEIL URGENCES P PPR F -			
Pat. : [REDACTED] né(e) [REDACTED]		Né(e) le : [REDACTED] F			
Triage IAO					
<input checked="" type="checkbox"/> Score 5 < 240 min Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente					
Date et heure triage IAO		[REDACTED] 2019 13:06		<input type="checkbox"/> Bracelet d'identification	
Nom IAO			Médecin traitant		
[REDACTED]			Dr [REDACTED]		
Circonstances			Risque infectieux		
			<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non		
Motif de triage					
[REDACTED]					
Localisation du problème actuel					
[REDACTED]					
Vaccinations					
<input type="checkbox"/> Ne sait pas					
Tétanos Vaccin à jour <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Date					
Quick Test <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non					
Mode de vie					
[REDACTED]					
Antécédents					
Personnels					
[REDACTED]					
Familiaux					
[REDACTED]					
Allergies					
[REDACTED]					
Histoire de la maladie					
[REDACTED]					
[REDACTED]					
[REDACTED]					
Vu avec MCO : ok pour RAD					
Traitement habituel					
[REDACTED]					

Paramètres vitaux

Poids (kg)

Dernier poids (kg)

Taille (cm)

PA (mm HG) 115 / 59 Bras D Bras G Jambe D Jambe GPAM (mm HG) **77**

2ème Mesure

Pouls (BPM) 71 Rythme irrégulier

SpO2 (%) 100 En air Sous O2

Temp (°C) 36.6 axillaire auriculaire Rectal Frontal

FR (nb/mn)

GCS Normal / 15 Ouverture des Yeux Réponse verbale Réponse Motrice

Ramsay

Peak Flow (l/min)

Dextro g/l

Cétonémie capillaire (mmol/l)

Hb Cap (g/dl)

Ethylo (g/l expiré)

Pupilles D G Symétriques Oui Non

BHCG urinaire Oui Non

EVA N/A

Commentaires

Bandelette Urinaire

Filière

5.Réorientation Medecin Généraliste

Score IAO

- | | | | |
|-------------------------------------|---------|-----------|---|
| <input type="checkbox"/> | Score 1 | < 1 min | Détresse vitale majeure |
| <input type="checkbox"/> | Score 2 | < 20 min | Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente) |
| <input type="checkbox"/> | Score 3 | < 90 min | Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle) |
| <input type="checkbox"/> | Score 4 | < 120 min | Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Score 5 | < 240 min | Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente |

AUTEUR : Claire BOUSQUET

TITRE : Prise en charge des patients ambulatoires sans signe de gravité à l'entrée du service des urgences : Place de la réorientation et du circuit court

DIRECTEUR DE THESE : Pr Dominique LAUQUE

Introduction : L'encombrement dans les Service d'Urgences (SU) est devenu un problème de santé publique majeur. Des stratégies pour fluidifier le flux des patients ont été mises en place. Positionner un Médecin sénior de Coordination et d'Orientation (MCO) à l'accueil des urgences permet d'accélérer la prise en charge et la réorientation des patients considérés comme les moins graves. Ce circuit court est une des stratégies qui a montré son efficacité.

Objectif : L'objectif de l'étude est de caractériser les patients bénéficiant d'une prise en charge en circuit court à l'accueil du SU de Purpan.

Méthodes : Notre étude observationnelle, rétrospective et monocentrique a été réalisé entre le 3 avril et le 2 juillet 2019. Nous avons analysé les 1 088 dossiers médicaux des patients non-urgents et non mis en box selon des variables relatives au patient, à sa pathologie et à sa prise en charge.

Résultats : Notre population est jeune (30 ans, 23-42) majoritairement masculine (n=578, 53%). Leur motif principal de consultation est la douleur (n=262, 29%) d'intensité faible (Echelle Numérique=2/10, 0-5). Leur durée de prise en charge totale est courte (23 min, 12-35). Le MCO intervient dans 68% des cas en journée et dans 32% des cas en horaires de garde. L'orientation initiale des patients est correcte dans 80% des cas. Le nombre de retours au SU dans les 3 jours est faible (n=40, 4%).

Conclusion : Le circuit court du SU de Purpan semble adapté à la demande de soins des patients les moins urgents. Le nombre de ces patients réorientés vers la médecine ambulatoire pourrait justifier la mise en place de structures alternatives à proximité du SU.

Introduction: Emergency Department (ED) overcrowding is a major public health issue. Strategies to improve the patient flow have been implemented. Placing a Senior Doctor in the triage area allows to speed up low-acuity patients care and redirection. This fast-track process is one of the strategies which has proved its effectiveness.

Objective: The objective of the study is to identify characteristics of patients who are cared in the fast-track process in the Purpan ED.

Methods: Our observational, retrospective and monocentric study was conducted over a three-month period between April 3rd, 2019 and July 2nd, 2019. We have analyzed the 1,088 medical records of low-acuity patients without using an ED bed according to data related to the patient, his pathology and his care.

Results: Our sample is a young (30 years old, 23-42), mostly male (n = 578, 53%) group of patients. Their main reason for consultation is pain (n = 262, 29%) of low intensity (Pain score = 2/10, 0-5). Their length of stay is short (23 min, 12-35). The Senior Doctor's assessment is found in 68% of the cases during daytime and in 32% of the cases during out-of-hours period. The triage is right first time in 80% of cases. Return to ED within 3 days rate is low (n = 40, 4%).

Conclusion: The Purpan ED fast-track seems to be adapted to care needs for the low-acuity patients. The high number of these patients needing only ambulatory medical care could lead to the implementation of alternative structures closed to the ED.

MOTS CLES : Service d'Urgence, patients ambulatoires, circuit court, médecin d'accueil

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex 04, France