

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2019

par

Madame Oriane CHALUMEAU

Née le 22 mars 1991 à Nogent sur Marne (94)

TITRE DE LA THÈSE :

**ETAT DES LIEUX DU SECTEUR ORANGE
DES URGENCES DU CHU DE CAEN ET IDENTIFICATION DES
CONSULTATIONS SANS ACTE DIAGNOSTIQUE, NI THÉRAPEUTIQUE**

Président : **Monsieur le Professeur ROUPIE Éric**

Membres : Monsieur le Professeur MARCELLI Christian

Monsieur le Professeur SAINMONT Nicolas

Madame le Docteur LAPLUME Stéphanie, Directrice de thèse

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaële	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUI Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence

Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie

M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie Éméritat jusqu'au 31/10/2020	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale

Remerciements

A mon président de thèse, le Professeur Eric ROUPIE :

Je vous suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté de présider le jury de soutenance de ma thèse. Vos années d'expérience au sein des services d'accueil des urgences font de vous une référence dans le domaine ainsi, votre expertise sur le sujet est inestimable. Merci de la confiance que vous m'avez accordée.

A Monsieur le Professeur Christian MARCELLI :

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de siéger dans ce jury et d'apporter votre jugement d'expert à ce travail. Votre professionnalisme, connu et reconnu, m'honore de votre présence dans mon jury. J'espère que ce travail vous plaira autant que j'ai aimé le faire.

A Monsieur Docteur Nicolas SAINMONT :

Vous me faites également l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury et d'apporter votre jugement d'expert à ce travail. Merci de me faire bénéficier de votre expérience en tant que médecin généraliste. Votre vision extrahospitalière sur notre système de soins et ses problématiques est précieuse. J'espère que vous apprécierez ce travail.

A ma directrice de thèse, le Docteur Stéphanie LAPLUME :

Un grand merci pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir guidée à travers toutes ces étapes. Merci de ta confiance en moi et en mon travail. Ce fut un honneur et un plaisir de réaliser ce travail à tes côtés.

A Madame Docteur LEROUX Catherine :

Merci de la confiance que vous m'avez accordée, merci de m'avoir acceptée au sein de votre équipe. Votre aide considérable dans ce travail m'a encouragée à réaliser cette état des lieux de la manière la plus juste possible. J'espère que vous trouverez ce travail des pistes d'amélioration dans sa gestion et son organisation. Puissent ces lignes être l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

A mon père, qui me manque.

A ma mère, que j'aime et dont je suis fière. Ta force et ton indépendance m'inspirent.

A ma sœur Vanessa, sans qui je serais perdue. A Simon, mon frère de cœur. A Samuel, qu'il me tarde de connaître et de voir grandir.

A ma vieille tante, merci d'avoir toujours veillé sur moi.

A Bruno, qui aime et supporte ma mère.

A Maxime, ma moitié.

A Michel, Martine, Aurore, Thierry, Édouard et Salomé, une belle famille en or. Merci pour votre gentillesse et votre bienveillance.

A mon frère adoré Thomas, à Sandrine ma belle-sœur et à Baptiste mon neveu chéri. Vous avez toujours été présents pour moi. Merci pour votre soutien.

A Bénédicte qui compte pour moi.

A ma Mamoue bien-aimée, je ne t'oublie pas.

A ma mamie Jeannine, la plus douce des grand-mères.

A ma famille de Guyane, les kilomètres ne sont qu'une raison de plus pour nous aimer davantage.

A Muriel et Sandy, mes meilleures amies depuis plus de vingt ans. Vous êtes toujours mes repères indéfectibles.

A mes amis, Hugues, André, Léane, Wilhem, la distance ne retire rien à l'amitié que j'ai pour vous. Vous êtes la famille que j'ai choisie.

A Julie et Léa, qui ont toujours été là pour moi. Merci de me supporter.

A Laura, Estelle, Ellen, mes amies.

A mes parasites préférés : Tom, Hélène, Florent, Fab, Jerem, Mouthy et Papy.

A mon petit Léopold chéri.

A mon parrain Janvier, aux Isabelle(s), à Laurent , aux Catherine(s) et à leurs enfants avec qui j'ai grandi.

Aux Castillons, que je tiens à remercier.

Et à tous ceux que j'ai omis, de Caen à Paris, en France et ailleurs.

Je leur dédie ce travail...

ABREVIATIONS

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CNCH : Collège National des Cardiologues de l'Hôpital

CTAS : Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale

DMS : Durée moyenne de séjour

DOM : Département d'outre-mer

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ESI : Emergency Severity Index

HGE : Hépto-gastro-entérologique

IOA : Infirmièr(e) Organisateur(trice) de l'Accueil

ISA : Imagerie Santé Avenir

MCO : Médecin coordinateur et organisateur

MTS : Échelle de Manchester ou « Manchester TriageScale »

ORL : Oto-rhino-laryngologiste

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PDSA : Permanence des soins ambulatoire

SADNT : Sans acte diagnostique ni thérapeutique

SAU : Service d'accueil et d'urgences

SAUV : Service d'accueil des urgences vitales

SCA : Syndrome coronarien aigue

SFMU : Société française de médecine d'Urgences

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

UHCD : Unité d'hospitalisation courte durée

UMJ : Unité médico-judiciaire

VSL : Véhicule sanitaire léger

Table des figures

<i>Figure 1: Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) établi par l'IOA.</i>	12
<i>Figure 2 : Classification Clinique des Malades des Urgences</i>	15
<i>Figure 3 : Motivation des patients venus consulter au SAU dans l'étude DREES 2013.</i>	16
<i>Figure 4 : Causes de la surcharge aux urgences</i>	20
<i>Figure 5 : Nombre moyen de passages en SAU par jour de 2006 à 2017</i>	23
<i>Figure 6 Répartition des passages dans les différents secteurs du SAU du CHU Caen sur l'année 2018.</i>	24
<i>Figure 7 : Nombre d'entrées en moyenne par tranche horaire par jour en 2017 au SAU de Caen.</i>	25
<i>Figure 8 : Nombre de passage par an dans le secteur Orange de 2015 à 2018</i>	26
<i>Figure 9 : Flow chart</i>	28
<i>Figure 10: Provenance des patients orientés dans le secteur Orange</i>	32
<i>Figure 11: Répartition des motifs de consultation du secteur Orange et proportion des consultations SADNT</i>	
<i> dans la population générale</i>	35
<i>Figure 12: Actes réalisés dans la population orientée secteur Orange</i>	36
<i>Figure 13: Comparaison entre la provenance de la population globale des patients du secteur Orange et celle des consultations SADNT.</i>	38
<i>Figure 14 : Devenir des patients orientés dans le secteur Orange</i>	40

Table des tableaux

<i>Tableau 1 : Caractéristiques de la population générale orientée dans le secteur Orange et selon qu'il s'agisse d'une consultation SADNT</i>	33
<i>Tableau 2 : Analyse multivariée : identification de facteur prédictif indépendant d'une consultation SADNT</i>	39
<i>Tableau 3 : Caractéristique des patients adressés par leur médecin traitant/autres médecins dans le secteur Orange</i>	66
<i>Tableau 4 : Caractéristiques des patients venus de leur propre initiative dans le secteur Orange</i>	68

Tableau 5 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif Traumatologique/Orthopédique par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange.....	70
Tableau 6 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif Rhumatologie par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange.....	71
Tableau 7 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif Psychiatrie par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange	72
Tableau 8 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif Dentaire/Stomatologie par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange.....	73
Tableau 9 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif HGE par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange	74
Tableau 10 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif ORL par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange	75
Tableau 11: : Caractéristiques de la population consultant pour un motif Ophtalmologie par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange.....	76
Tableau 12 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif Cardiologie par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange	77

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
ETAT DES CONNAISSANCES	10
1.1. Structures d'urgences et leurs spécificités	10
1.1.1.Cadre réglementaire et organisationnel	10
1.1.2.Le triage.....	11
1.2. Surcharge des urgences.....	14
1.2.1.Définition.....	14
1.2.2.Données épidémiologiques.....	14
1.2.2.1.Généralités	14
1.2.2.2.L'étude DREES	15
1.2.3.Causes de la surcharge	17
1.2.3.1.Les causes en amont	17
1.2.3.2.Les causes en aval.....	19
1.2.4. Les conséquences de la surcharge des SAU	21
1.2.4.1.Retentissement sur la prise en charge des patients	21
1.2.4.2.Retentissement sur le personnel	21
1.2.5. Solution organisationnelle : Le circuit-court	22
 ETAT DES LIEUX DU SECTEUR ORANGE DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CHU DE CAEN ET IDENTIFICATION DES CONSULTATIONS « EVITABLES »	27
2.1. Matériels et Méthodes	27
2.1.1. Sélection des patients.....	27
2.1.2. Recueil des données	29
2.1.3. Définition des critères d'évaluation	30
2.1.4. Analyses statistiques.....	31
2.2. Résultats	32
2.2.1. Consultation au secteur Orange : caractéristiques de la population globale.....	32
2.2.2. Incidence des consultations SADNT et facteurs associés à leur survenue.....	37
2.2.3. Devenir des consultations SADNT	39
2.2.4. Impact du mode d'adressage.....	40
2.2.4.1.Par le MT	40
2.2.4.2.Par ses propres moyens	41
2.2.5. Impact du motif de consultation	42
2.2.5.1. Traumatologie/Orthopédie	42

2.2.5.2.Rhumatologie	43
2.2.5.3.Psychiatrie.....	43
2.2.5.4.Stomatologie/dentaire.....	44
2.2.5.5.Hépatogastroentérologie (HGE).....	44
2.2.5.6.Oto-rhino-laryngologie (ORL)	45
2.2.5.7.Ophtalmologie.....	45
2.2.5.8.Cardiologie	46
2.3. Discussion :	47
CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	60
ANNEXES.....	65

INTRODUCTION

Le nombre de consultations dans le service d'accueil et d'urgences (SAU) ne cesse de croître (1) depuis plusieurs années, responsable aujourd'hui d'une problématique au cœur de l'actualité : l'engorgement des services d'urgences. Ce phénomène est défini par *l'Australasian College for Emergency Medicine* comme la « situation où les structures des urgences sont entravées par le nombre de patients en attente d'être vus, en attente d'un diagnostic ou d'un traitement, ou en attente du départ de la structure, excédant les capacités des médecins et des soignants »(2). Comprendre les raisons de cette surcharge et élaborer des solutions(3) apparaît être un des enjeux primordiaux de ces futures années.

Une piste d'amélioration proposée a été la mise en place dans les services d'urgence d'un circuit-court. Il s'agit d'une filière destinée aux patients valides dont les motifs de consultation sont estimés « non urgents ». Elle résulte de la volonté des équipes de fluidifier le parcours des patients en fonction de leur gravité, d'éviter ainsi un phénomène de surpopulation et de réorienter les passages dits « évitables » du circuit des urgences, c'est-à-dire dont la prise en charge aurait pu être assurée en ville.

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen a mis en place en 2015 un circuit piéton, appelé secteur Orange, dont le but est de prendre en charge tous les patients capables de marcher et ne nécessitant pas de brancardage. Ainsi, les patients relevant d'une consultation de médecine générale, de petite traumatologie ou plus globalement de motifs « non graves », sont orientés vers ce circuit. Aux heures ouvrables, des ressources médicales et paramédicales sont dédiées au secteur Orange, indépendamment de celles allouées aux patients plus lourds et sévères, suivant le parcours « habituel » d'admission aux SAU.

L'objectif de ce travail est de dresser un état des lieux des consultations relevant du secteur Orange et d'identifier celles ne nécessitant ni acte diagnostique ni acte technique afin d'explorer des pistes d'amélioration dans sa gestion et son organisation.

ETAT DES CONNAISSANCES

Dans un premier temps, nous rappellerons les spécificités d'un SAU aussi bien réglementaires qu'organisationnelles. Nous définirons le concept de surcharge, les causes et les conséquences ainsi que les propositions organisationnelles qui en résultent. Enfin, nous terminerons par une description du service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Caen et plus particulièrement du secteur Orange.

1.1. Structures d'urgences et leurs spécificités

1.1.1. Cadre réglementaire et organisationnel

L'exercice de la médecine d'urgence est régi par les décrets *n° 2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence*(4,5), ainsi que par des circulaires *DHOS/O1 n°2003-195 et n°2007-65* (6). Ces derniers déterminent les objectifs et conditions d'organisation des SAU. Ils assurent la prise en charge diagnostique et thérapeutique de tous les patients, quel que soit leur âge, leur sexe, leurs pathologies, leur niveau socio-économique. Il nécessite de la part du personnel une grande polyvalence.

Tout établissement de santé qui souhaite disposer d'une structure d'urgence doit obtenir une autorisation délivrée par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) concernée. Cette autorisation est conditionnée par plusieurs éléments. L'établissement de santé doit disposer, pour exercer l'activité de médecine d'urgence, de lits d'hospitalisation complète en médecine, d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale, en son sein ou par convention (7). La structure des urgences doit obligatoirement comporter une salle d'accueil, une salle d'attente, un espace d'examen et de soins, un service d'accueil des urgences vitales (SAUV) et une unité d'hospitalisation courte durée (UHCD).

L'organisation de la prise en charge des urgences poursuit un triple objectif (8):

- De proximité en permettant l'accès aux soins pour tous en permanence et en proximité grâce à un maillage fin du territoire.
- De sécurité en assurant un accès en permanence aux professionnels de santé et à un plateau technique performant et adapté aux besoins du patient.

- D'amélioration de la qualité des soins et de la politique globale de gestion au sein des établissements de santé, par exemple, en essayant d'optimiser l'organisation interne des structures de médecine d'urgences afin de diminuer le temps d'attente aux urgences ou encore le renforcement de la séniorisation des services des urgences.

1.1.2. Le triage

Le triage constitue une première étape organisationnelle, permettant de classer les patients en fonction de leur gravité. Bien qu'il n'existe pas de consensus d'évaluation, les SAU ont plusieurs outils de triage à leurs dispositions. Cette étape est d'autant plus indispensable, que le nombre de passage pour le SAU concerné est important. Elle permet de distinguer, au sein des consultants, ceux qui sont prioritaires en termes de pronostic vital ou fonctionnel, de ceux qui présentent un motif de consultation plus léger et une prise en charge moins conséquente. La Société française de médecine d'Urgences (SFMU) détaille ses prérogatives(9).

Selon les pays, les échelles varient mais les classifications à cinq niveaux sont les plus répandues(10).

- *Emergency Severity Index* = ESI est un score en cinq points élaboré par l'agence de recherche et de qualité pour les soins de santé américaine (*Agency for Healthcare Research and Quality*). Une étude prospective observationnelle menée par *Elshove-Bolk* en 2007 a montré sa performance pour indiquer les besoins d'un patient en termes d'investigations complémentaires et d'hospitalisation(11).
- Échelle de Manchester ou « *Manchester TriageScale* » (MTS), élaborée en 1996 en cinq points nécessite une formation de personnel pour sa bonne utilisation. Deux études ont montré que l'ESI est plus à même de prédire les hospitalisations en fonction du score attribué, la mortalité étant corrélée au score de gravité(9). Mais le MTS a une meilleure reproductibilité que celle de l'ESI (12).
- « *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* » (CTAS) mise en place en 1998 et largement adoptée dans les SU canadien. Elle prend en compte

la rapidité de mise en œuvre des soins ainsi que leur délai de réévaluation à adopter c'est-à-dire la consommation de soins(13).

- Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) utilisant une échelle en cinq stades de complexité et de gravité croissants, utilisée en France(14). En pratique courante, dans les niveaux 4 et 5 sont répertoriées les motifs de consultation aux SAU « non graves »(Figure 1).

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

Figure 1: Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) établie par l'IOA.

L'encadré regroupe les niveaux 4 et 5, définissant les motifs de consultation aux SAU « non graves ».

L'Infirmièr(e) Organisateur(trice) de l'Accueil (IOA) a un rôle essentiel dans ce triage. Il accueille les patients et les oriente en fonction de leur gravité dans un secteur adapté en se basant sur ces différents items. L'impact sur les temps d'attente globaux est faible ou nul. L'intérêt d'un échange entre l'IOA et le patient, ou son entourage, améliore leurs satisfactions, permettant de réduire le nombre de sorties prématurées. Ce taux peut atteindre 10% des patients présents à certaines heures de la journée et leur départ peut avoir des conséquences sur leur santé(15).

La présence d'un médecin coordinateur et organisateur (MCO) réduit significativement la durée de séjour des patients ambulatoires et accélère la prise en charge des patients

graves. Mais l'influence sur la durée de séjour en SAU des patients qui seront hospitalisés n'est pas démontrée(16). La présence d'un médecin en zone de triage permet une réduction du délai de premier contact médical et des « partis sans attendre »(17). Le MCO permet de décharger au maximum de ses possibilités l'équipe médicale de ce qui ne relève pas du soin direct et d'affiner le triage de l'IOA en limitant la sur-cotation des patients(18).

Mais ces mesures ne permettent pas de faire face à l'augmentation constante du nombre de passages. Il est donc nécessaire de mener des actions en amont et en aval des urgences pour une meilleure réponse du système de soins au contexte actuel d'engorgement des SAU.

1.2. Surcharge des urgences

1.2.1. Définition

On parle de « surcharge du service des urgences » lorsque les capacités de celui-ci sont dépassées par le nombre de patients en attente d'être vu, d'évaluation, de traitement et de place d'hospitalisation(3).

1.2.2. Données épidémiologiques

1.2.2.1. Généralités

Le nombre de consultation aux urgences a doublé depuis vingt ans. En 1998, on comptait un peu plus de 11 millions de passages aux SAU de France (19) versus plus de 21 millions en 2016 (20). L'augmentation constante du recours aux urgences portent essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation(21). Suite aux rapports de la Cour des Comptes en 2014, de nouvelles recommandations visaient notamment à mesurer et analyser les « passages évitables » aux urgences dont la prise en charge aurait pu être assurée en ville.

En 2019, le rapport de la Cour des Comptes révèle qu'en 2016 près de 21,2 millions de personnes ont consulté au moins une fois aux urgences dans l'année contre 18,4 millions en 2012 ; soit une augmentation de 15 % en 4 ans ou 3,6 % par an. La croissance concerne essentiellement les passages non suivis par une hospitalisation, dont le nombre a augmenté, par exemple, de 5 % entre 2014 et 2015 (20).

La cour des comptes va même plus loin dans son enquête et parvient à identifier les « passages évitables » aux urgences. Elle déclare que 10 à 20% des patients consultant dans un SAU n'ont pas eu besoin d'examen complémentaire ou de biologie médicale et donc aurait pu être pris en charge en ville en se basant sur la classification clinique des malades des urgences (*CCMU 1- figure 2*). Il s'agit d'une classification renseignée par les urgentistes à la fin de la consultation. De ce fait, il faut rester prudent puisque cette évaluation est faite rétrospectivement, ainsi, c'est grâce à l'expertise clinique du médecin que l'absence d'exploration complémentaire est confirmée, non au motif de la consultation.(22)

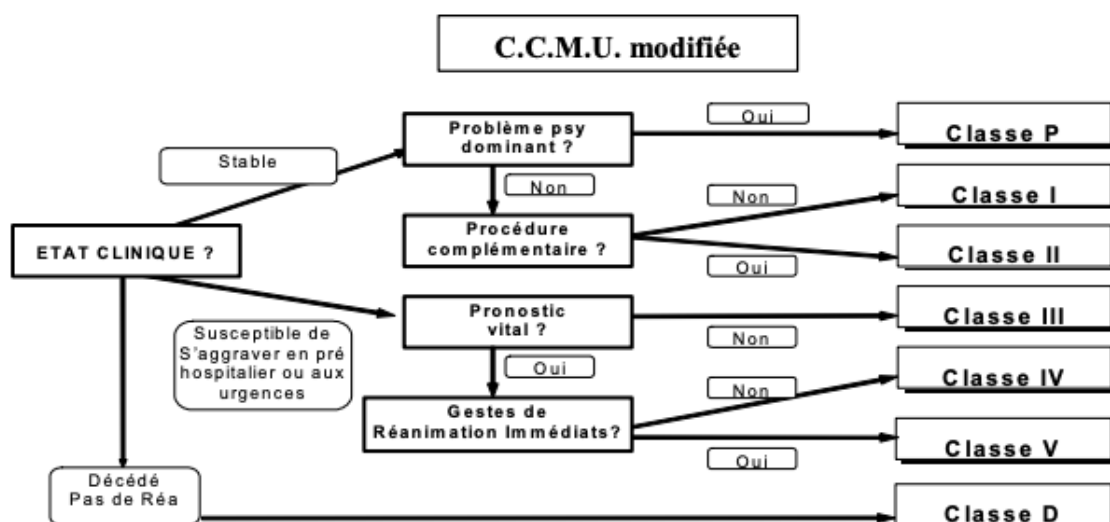


Figure 2 : Classification Clinique des Malades des Urgences

CCMU 1 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

1.2.2.2. L'étude DREES

En 2013, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a mené une enquête nationale récoltant les données de 52 000 patients s'étant présentés dans les 736 points d'accueils des urgences de France métropolitaine et des DOM, la seule journée du 11 juin 2013 (23). Il s'agissait de faire une photographie de la population des urgences à un temps T afin de connaître la genèse des recours, les modalités de prise en charge et les éventuelles difficultés rencontrées.

Cette étude montrait que 62 % des patients avaient décidé de consulter dans un service d'urgences de leur propre initiative ou sur le conseil d'un proche ; 24 % venaient sur le conseil d'un médecin (traitant ou autre) et 15 % sur l'avis du SAMU ou des sapeurs-pompiers. Donc 2 patients sur 3 venaient consulter aux urgences sans avoir eu de contact médical préalable.

Lorsqu'on les interroge sur les motivations de leur venue, on identifie les patients venant pour un motif médical justifié pour lequel les urgences constituent le lieu de soins le plus adapté à leurs problèmes et ceux venant pour l'accessibilité des soins que ce soit en termes de proximité, disponibilité, plateau technique ou encore d'horaire (Figure 3). Ce dernier motif représente près de 60% des consultations.

Concernant la prise en charge, un acte de soin est réalisé pour 40 % de la population étudiée, un acte d'imagerie pour 45 % et une analyse biologique pour 35 %. Le profil des patients n'ayant pas bénéficié d'un acte de soin, d'imagerie ou de biologie n'est pas détaillé.

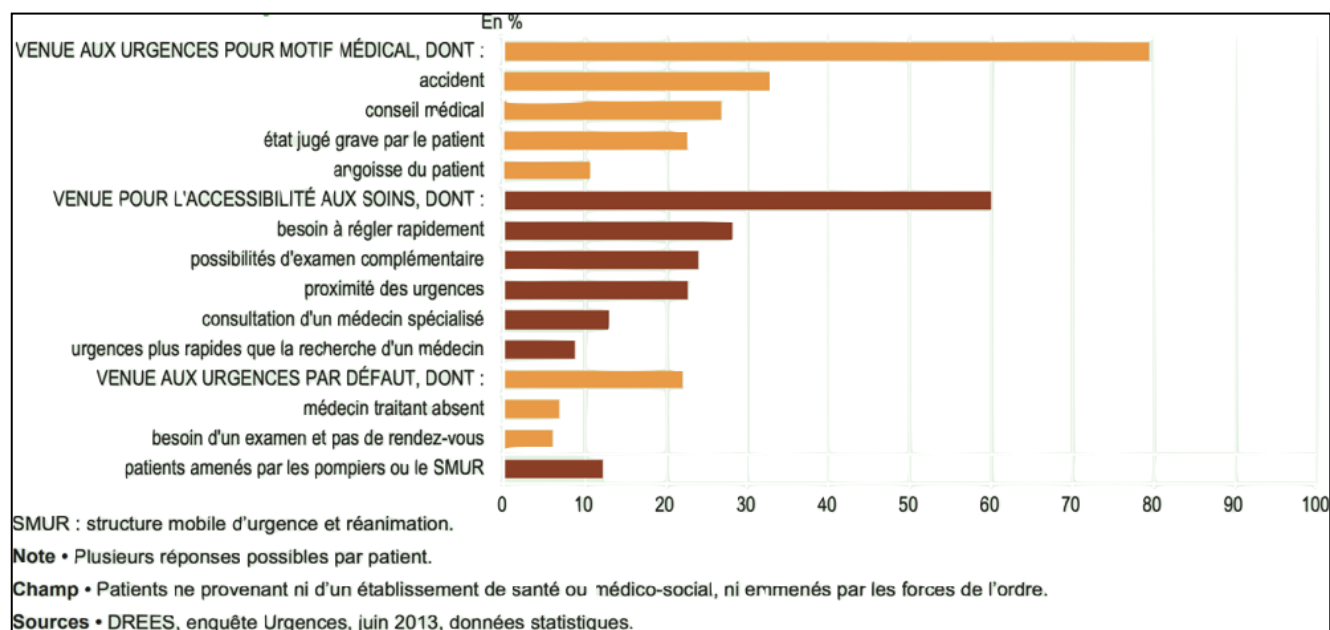


Figure 3 : Motivation des patients venus consulter au SAU dans l'étude DREES 2013

L'étude menée par la DREES a été le point de départ de notre enquête dans le secteur Orange. Elle dresse un état des lieux des consultations aux SAU et de leurs pertinences, afin de mieux comprendre la population qui y consulte et d'explorer les causes de l'engorgement problématique de ce dernier.

1.2.3. Causes de la surcharge

Depuis une dizaine d'années, les causes de cette augmentation massive du nombre de passages, à l'origine d'une surcharge des SAU, ont été étudiées. Elles sont complexes et multifactorielles et résultent de l'association de dysfonctionnements d'amont à savoir l'accès aux soins en médecine de ville, et d'aval avec des ressources insuffisantes pour gérer le flux des urgences, notamment les hospitalisations.

1.2.3.1. Les causes en amont

Le vieillissement de la population en France est un élément indissociable de l'augmentation de la demande de soins, notamment dans des situations non programmées. L'augmentation du nombre de personnes âgées a un impact négatif et significatif sur la surcharge des urgences(24). De plus, les personnes âgées sont plus fréquemment poly-pathologiques. Elles nécessitent des actes diagnostiques, biologiques et radiologiques, ainsi qu'une prise en charge plus lourde, augmentant ainsi le délai de passage au SAU, et ce d'autant plus qu'un transfert vers une unité d'hospitalisation est requis(25).

La démographie médicale et l'accessibilité aux soins sont un enjeu majeur de santé publique. Depuis 2010, le nombre de médecins généralistes libéraux est en constante diminution. Cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025 d'après les modèles de projection disponible(26). A cette date, les effectifs de médecins généralistes en activité seront inférieurs de 8 % par rapport à ceux de 2009. De ce fait, on constate un accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins tant à cause de la démographie vieillissante des médecins libéraux difficilement ou non remplacés que des aspirations des nouvelles générations de médecins moins enclins à s'installer et dont l'investissement personnel diffère de leurs aînés (27). Dès lors, en 2017, 8 % de la population résidait dans une commune sous-dense en médecins généralistes, c'est-à-dire ayant une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant.

Le nombre de consultations chez les médecins généralistes par habitant étant corrélé de façon inverse au nombre de passages aux services des urgences sans hospitalisation par

habitant, les hôpitaux et cliniques sont moins sollicités quand les consultations chez un médecin généraliste sont plus courantes(27,28).

La permanence des soins en défaut depuis plusieurs années est un point essentiel de la surcharge du SAU. Elle garantit l'accès à un médecin pour des soins non programmés, lorsque les cabinets médicaux de proximité sont fermés. Elle est assurée par des médecins généralistes volontaires (93 % de médecins généralistes installés, 1 % de médecins salariés et 5 % de médecins remplaçants exclusifs)(29) ou en cas de garde non remplie, réquisitionnés dans leurs cabinets ou maisons médicales de gardes. Les consultations sont au préalable régulées par le centre 15 ou numéros dédiés. On constate une baisse du volontariat des médecins libéraux mais aussi une réduction du nombre de permanence de soins et des plages horaires, du fait de la sectorisation. Cette sectorisation crée un maillage plus étendu et donc un territoire bien plus large à couvrir par les médecins. Les causes de ce désengagement sont multiples : déficit de médecins installés, augmentation des charges administratives, augmentation des territoires à couvrir(30).

L'accessibilité aux spécialistes et/ou aux examens complémentaires est soumise à des délais de réalisation importants et parfois à des dépassements d'honoraires. Les SAU dotés d'un plateau technique et d'avis spécialisés sont d'autant plus attractifs aux yeux des patients consultant pour avoir un avis ou examen rapidement. Par exemple, l'Imagerie Santé Avenir (ISA) mène une étude annuelle nationale sur le délai moyen d'obtention d'une IRM dans le cadre d'une pathologie néoplasique. Malgré les recommandations du plan Cancer 2014-2019 qui fixe un délai moyen acceptable de 20 jours, le délai moyen pour obtenir une IRM en France était de 34 jours en 2017. En Normandie, il était de 37,3 jours(31,31). Quant au degré d'urgence de ces avis et examens complémentaires, l'information du patient est essentielle pour l'acceptation des délais d'attente et pour calmer des inquiétudes éventuelles qui motiveraient une consultation aux urgences non justifiée.

Les facteurs économiques et sociaux sont évidemment à prendre en compte aux urgences. Pour les patients en situation précaire, les urgences hospitalières restent le seul recours possible aux structures de soins. Il peut s'agir de personnes qui en raison de leur

condition de vie (désocialisation, absence de logement), de freins économiques (couverture sociales insuffisante ou inexistante) , d'absence de droit (migration) ne peuvent accéder au système de soins(32). Le travail étroit avec la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) permet de prendre en charge les personnes en milieu extrahospitalier, avec la collaboration de partenaires extérieurs(33,34).

1.2.3.2. Les causes en aval

L'encombrement des urgences est aussi la conséquence du dépassement des capacités d'accueil de tout l'hôpital. Le manque de lit est imputable à de multiples causes : fermeture de lits, gravité des patients hospitalisés lié à leur âge, leurs pathologies, leur isolement, épidémie saisonnière(35).

L'organisation de l'offre de soins tend à une diminution des capacités d'hospitalisation à temps plein. En 2016, 404 000 lits d'hospitalisation complète ont été dénombrés soit 60000 lits en moins par rapport à 2003. Cette réduction concerne les séjours en service de Médecine-Chirurgie-Obstétrique mais surtout en USLD (Unité de Séjour Longue Durée) avec des effectifs drastiquement diminués passant de 80000 lits en 2003 à 31000 en 2016 (1). Il est plus difficile d'obtenir une place dans les services de médecine que de chirurgie, et dans les centres hospitaliers régionaux universitaires que dans les autres établissements publics.

De même, l'obtention d'un lit dans le service adapté à la pathologie du patient est plus difficile. On estime que 14 % des patients hospitalisés dans un établissement public ne sont pas dans le service jugé adapté pour leur pathologie, notamment chez les plus de 75 ans(36).

L'allongement de la durée moyenne de séjour (DMS) en SAU est également dépendant des examens complémentaires et avis spécialisés demandés. Une étude de grande envergure aux États-Unis incluant 360 millions de patient a constaté une augmentation significative de la DMS en cas d'examen complémentaire : 196 minutes supplémentaires en moyenne tous actes confondus, plus précisément 72 minutes supplémentaires pour un bilan biologique, 56 minutes supplémentaires pour une échographie et 59 minutes pour un scanner(37). De plus, ce délai ne prend pas en compte le temps d'interprétation et communication des résultats.

Les causes de surcharge aux SAU sont donc multiples (*figure 4*). Elles résultent aussi bien du vieillissement de la population responsable d'une demande en soin plus lourde, que de la défaillance de la médecine de ville, ou encore de la réduction de lits d'aval, s'opposant à la croissance constante des besoins actuels.

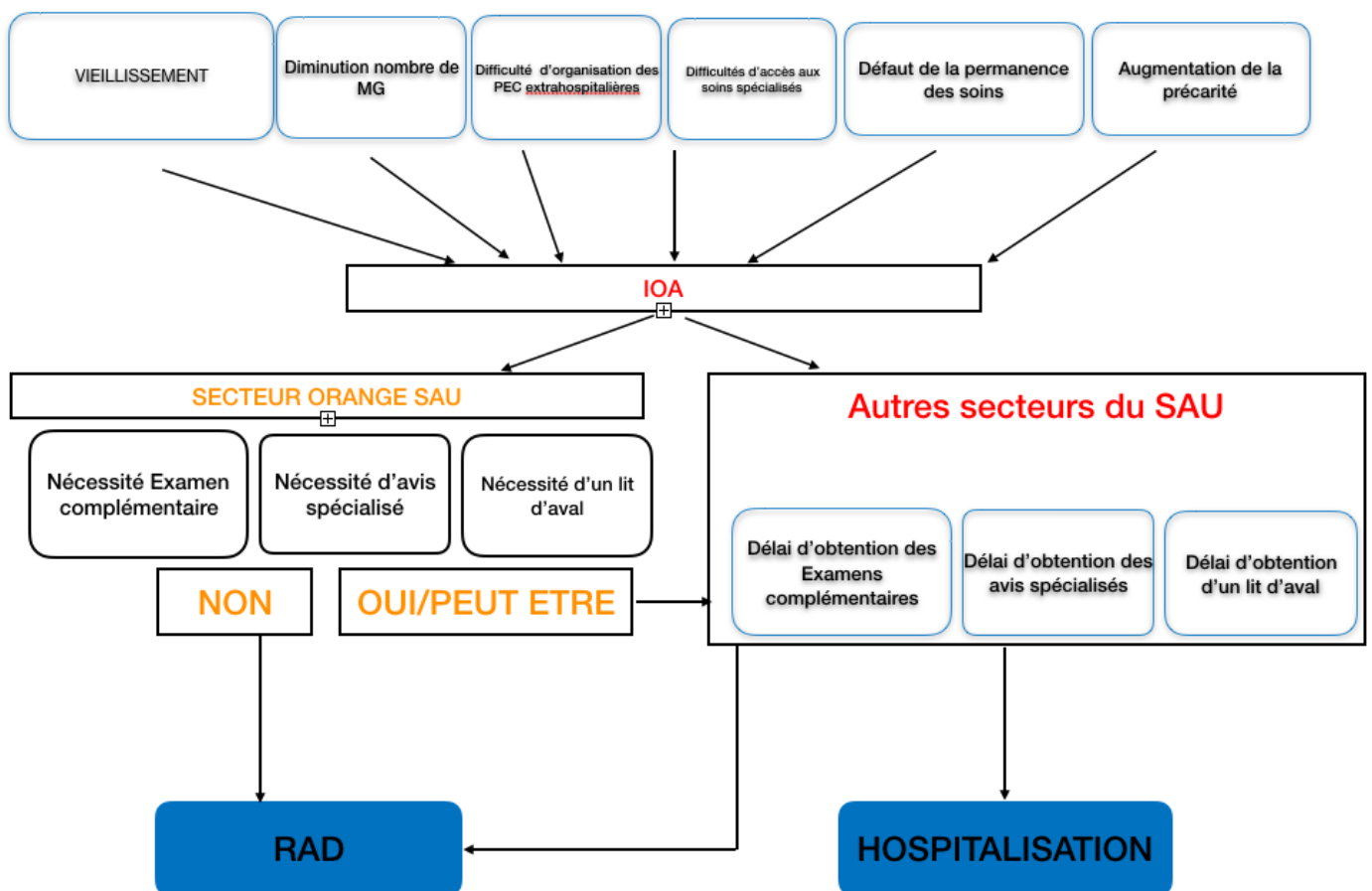


Figure 4 : Causes de la surcharge aux urgences

1.2.4. Les conséquences de la surcharge des SAU

1.2.4.1. Retentissement sur la prise en charge des patients

La surcharge des SAU est un facteur de non-qualité dans la prise en charge des patients(35). L'augmentation de la morbi-mortalité et l'allongement de la durée de séjour peuvent en être des conséquences indirectes(38). L'augmentation des délais d'attente aux urgences et de l'avis spécialisé d'un praticien est corrélée à une augmentation de la morbi-mortalité(39). De plus, l'augmentation des délais d'attente conduit à une augmentation des sorties contre avis ainsi que des fugues (40). En cas d'engorgement des urgences, on estime entre 10 % à 20 % de « partis sans être vu » (41).

La surcharge des urgences retentit inexorablement sur la qualité de la prise en charge des patients. Des erreurs de prescription et d'administration des traitements peuvent d'avantage survenir en période de surcharge(42). Les retards de prise en charge sont fréquents, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique, et notamment en ce qui concerne la gestion de la douleur(43). La confidentialité, le problème du respect et de l'autonomie du patient sont difficiles à assurer lorsque les brancards s'entassent dans les couloirs.

1.2.4.2. Retentissement sur le personnel

Les conséquences de l'engorgement du SAU touchent aussi le personnel soignant. 61 % des urgentistes interrogés ont jugé que la surcharge périodique du travail est un facteur de stress(44). Plus inquiétant, une étude rapporte que près de 20 % des urgentistes pensent à quitter la profession(45).

La notion de « *burn-out* » dans le milieu hospitalier est une thématique largement abordée récemment. On décrit classiquement trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation et le faible accomplissement personnel. Les urgentistes sont les premiers concernés par ce syndrome d'épuisement professionnel, suivi par les « jeunes médecins » et les médecins généralistes(46). Entre flux tendu, difficultés voire dégradation de la prise en charge en SAU et épuisement professionnel, le personnel des urgences craque sous la surcharge des urgences. Cette année encore, de multiples mouvements de grève du personnel des urgences ont lieu en France.

1.2.5. Solution organisationnelle : Le circuit-court

Une des solutions pour lutter contre la surcharge des urgences - et ses conséquences - est la mise en place d'un circuit-court(47). La filière de prise en charge rapide s'est développée dans les pays anglo-saxons dès les années 90. Elle est nommée « circuit-court » ou encore « *fast-track unit* ».

Le circuit-court concerne les patients valides ne présentant aucun risque vital immédiat et ne nécessitant pas ou peu d'examen complémentaire. L'ouverture d'une filière rapide diminue le temps de passage global, et notamment pour les patients « non graves », par rapport à un SAU sans circuit-court et augmente la satisfaction des patients (48). Dans ce secteur, la présence d'un médecin dédié permet une réduction des délais de consultation, des « sorties sans attendre » et des sorties contre avis médical, sans impacter sur la prise en charge des patients plus graves(49).

Bien que son développement soit largement encouragé, il n'existe jusque-là pas de cadre législatif réglementant ce circuit. L'organisation du circuit-court dépend donc de l'établissement. Elle nécessite des effectifs médicaux et paramédicaux supplémentaires car dédiés (50), ainsi que des locaux adaptés : à savoir une salle de consultation et un espace proche de l'accueil et de l'imagerie(51).

Les critères d'éligibilité des patients varient selon les établissements, avec des grilles de triage qui leur sont propres (*Annexe 1*)(52). A l'hôpital de Bichat à Paris, un parcours dit « ultra-court » permet d'accueillir les patients ne nécessitant aucun acte, ce qui représente entre 20 % et 30 % de leur flux(53). Des médecins expérimentés, hospitaliers ou médecins généralistes extra hospitaliers, peuvent en assurer le bon fonctionnement.

Le circuit-court est donc un moyen efficace pour améliorer la gestion du flux de patients au SAU. L'essor de ce parcours de soin pose néanmoins la question l'augmentation des consultations non justifiées ou qualifiées « d'évitables » par la Cour des Comptes. Le risque serait que, « victime de son succès », le circuit-court se substitue pour certains patients à la consultation chez le médecin traitant.

Depuis sa mise en place en 2015, le circuit-court du SAU du CHU de Caen, dit secteur Orange, a reçu près de 60 000 patients. L'objectif de notre étude est de dresser un état des lieux des consultations du secteur Orange, d'évaluer la proportion de consultations ne nécessitant ni d'un acte diagnostique ni d'un acte thérapeutique dans un projet d'amélioration de leur réorientation vers la médecine de ville lorsque cela est possible, privilégiant de fait les patients qui justifient d'une consultation au SAU.

1.3. Le service d'accueil des urgences du CHU Caen

1.3.1. Organisation du SAU

Le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Caen est le plus grand établissement de santé de la Basse Normandie. Cette région comporte de nombreuses zones dotées(54). Tout comme dans le reste des urgences en France, sa fréquentation ne cesse de croître tous les ans. En huit ans, l'activité du DATU a augmenté de 18 % avec 56515 passages soit 155 patients par jour en moyenne en 2017 (*figure 5*).

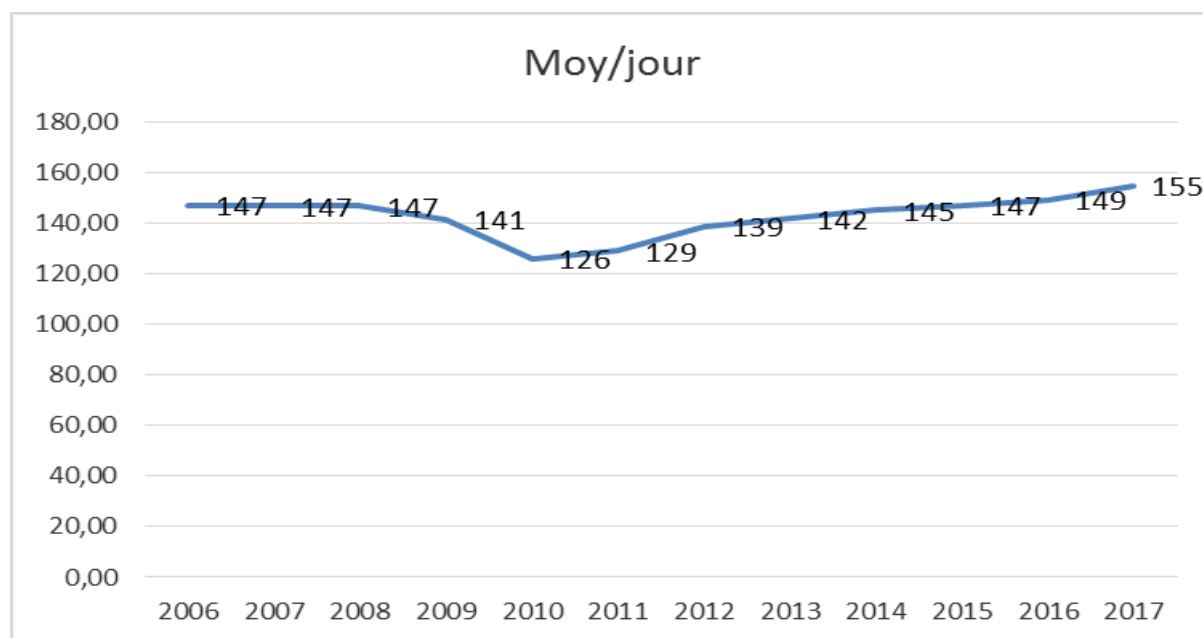


Figure 5 : Nombre moyen de passage en SAU par jour de 2006 à 2017

Les urgences du CHU de Caen sont organisées en plusieurs secteurs (*figure 6*) :

- Le secteur d'accueil des urgences vitales (SAUV), dont l'équipe médicale composé en journée d'un médecin sénior de 10h00 à 20h00 et d'un interne de 08h30 à 18h30.

- Le secteur violet, accueillant les pathologies à orientation médicale, avec un médecin senior de 8h30 à 18h30 et de deux internes, un de 8h30 à 18h30 et l'autre de 12h00 à 22h00.

-Le secteur bleu, accueillant les pathologies à orientation chirurgicale, psychiatrique et addictologique, avec médecin et d'un interne de 08h30 à 18h30.

-Le secteur Orange, avec d'un médecin senior de 14h à 00h et de deux internes, un de 8h30 à 18h30 et l'autre de 14h00 à 00h00.

-Service d'hospitalisation de courte durée (UHCD), avec d'un médecin senior et un interne de 9h à 19h00.

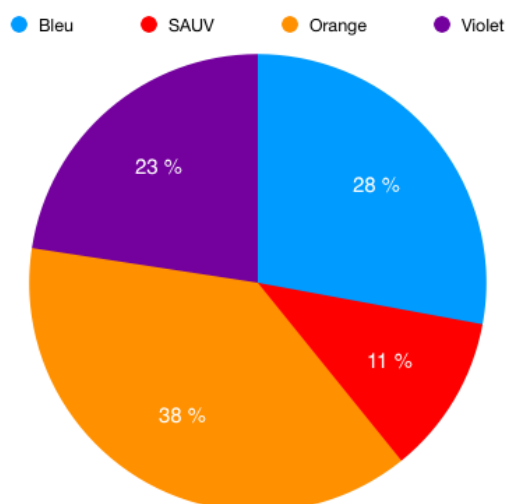


Figure 6 Répartition des passages dans les différents secteurs du SAU du CHU Caen sur l'année 2018

Le service de garde, assuré par les médecins seniors et internes, débute à 18h30 et se termine à 8h30 dans le secteur bleu et de 14h00 à 8h30 dans le secteur violet permettant ainsi un chevauchement pendant les heures de plus grande influence (*figure 7*). Dans le secteur de la SAUV, un interne de garde effectue une demi-garde de 18h30 à 00h00. En revanche, il n'y a pas de médecins de garde dans le secteur Orange. En cas de consultation après minuit, les patients sont pris en charge par les médecins du secteur bleu.

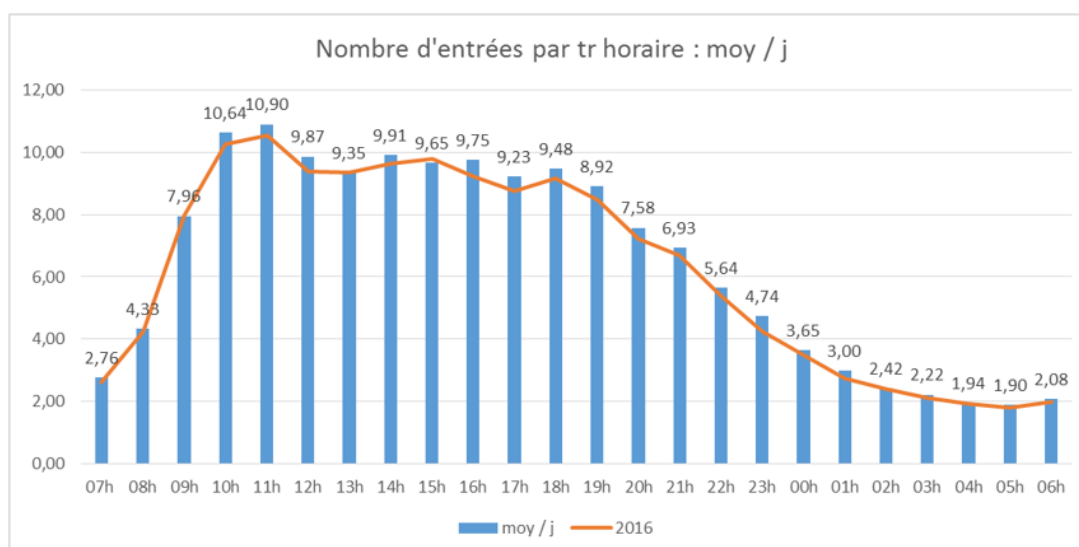


Figure 7 : Nombre d'entrées en moyenne par tranche horaire par jour en 2017 au SAU de Caen

A l'arrivée aux urgences, le patient est accueilli par l'IOA qui va évaluer sa gravité et l'orienter selon la classification CIMU dans le secteur adapté. Un médecin régulateur trieur est présent de 8h30 à 18h30 afin d'aider et coordonner le triage à l'accueil des urgences.

1.3.2. Le secteur Orange

Le circuit court au CHU Caen, appelé secteur Orange a été mis en place en aout 2015 afin de mieux gérer l'augmentation du flux des urgences. Il est dédié aux patients ne nécessitant pas d'être allongé. Son objectif est de diminuer le nombre de patient sur un brancard, récupérer de la place dans les autres secteurs et favoriser la prise en charge de ceux pouvant être verticalisés. En effet, l'installation sur un brancard de façon systématique et non médicalement justifiée des patients admis via une ambulance ou les pompiers entraîne une charge de travail supplémentaire pour le personnel soignant. La verticalisation des patients peut ainsi permettre de réduire leur temps de passage aux urgences (54).

Ce secteur n'est donc pas un véritable « circuit court » car il accueille tous types de consultations, certaines nécessitant ou pas des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques et conduisant ou non à une hospitalisation. En 2018, 21140 patients ont été admis dans ce secteur soit 38% des passages du SAU. 15% des consultations ont abouti à une

hospitalisation. Plus d'un patient sur trois est orienté vers le secteur Orange. En quatre ans, il est devenu le premier secteur en termes de passages du SAU du CHU Caen. Victime de son succès, son flux ne cesse de croître. Pour répondre à la demande de soins, un travail étroit entre la ville et l'hôpital est nécessaire car les urgences ne peuvent se substituer à la médecine de ville. Pour autant, un grand nombre de consultation sans actes, relevant potentiellement d'une consultation en médecine de ville, notamment aux heures « ouvrables » des cabinets, est réalisé au sein de ce secteur .

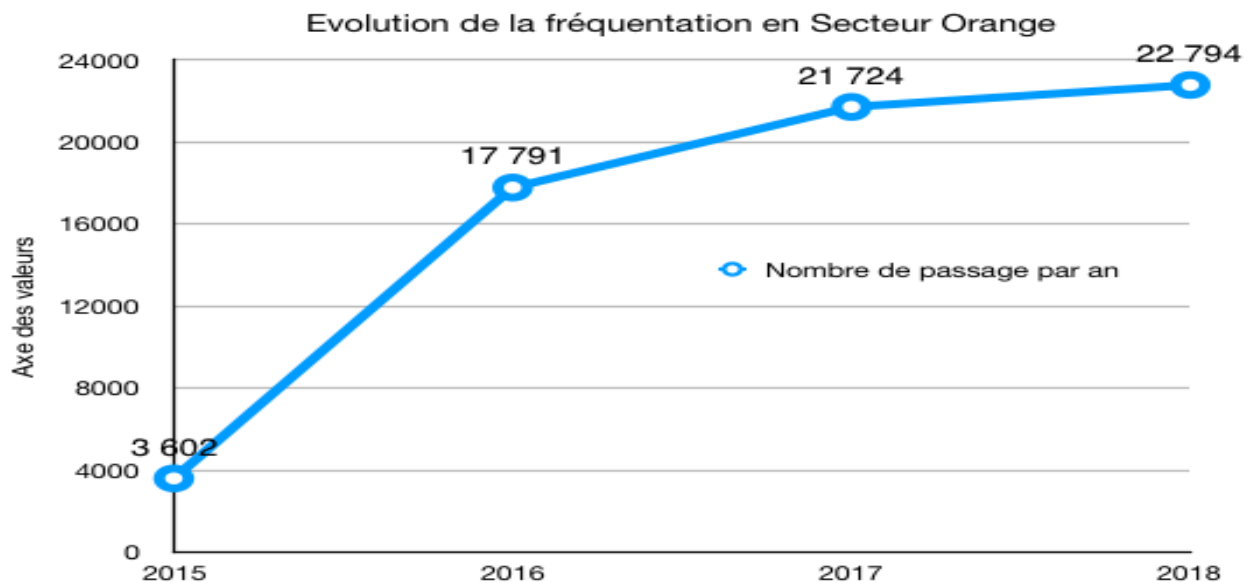


Figure 8 : Nombre de passage par an dans le secteur Orange de 2015 à 2018

Notre étude a pour objectif principal de dresser un état des lieux des consultations dans le secteur Orange, d'identifier les consultations sans acte diagnostique ni thérapeutique (SADNT) et d'élaborer des pistes d'amélioration dans la gestion et l'organisation de ce secteur.

2. ETAT DES LIEUX DU SECTEUR ORANGE DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CHU DE CAEN ET IDENTIFICATION DES CONSULTATIONS « EVITABLES »

2.1. Matériels et Méthodes

2.1.1. Sélection des patients

Du 5 au 17 mars 2018, nous avons recueilli de manière prospective l'ensemble des données démographiques, cliniques et paracliniques des patients ayant consulté au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Caen, pris en charge dans le secteur Orange à horaire ouvrable, c'est à dire du lundi au vendredi de 08h00 à 20h00 et du samedi de 08h0 à 14h00. Cette fenêtre horaire correspond aux heures d'ouvertures des cabinets de médecine générale en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) (55). Nous avons choisi ce créneau horaire pour pouvoir identifier les patients ayant privilégié une consultation en SAU plutôt qu'en médecine de ville en première intention. La période étudiée a été volontairement choisie en dehors des périodes de vacances scolaires et de pic épidémique. L'ensemble de la population est âgé de plus de 16 ans.

Les patients « non-inclus » dans l'étude étaient les patients directement orientés vers les autres secteurs (Violet, Bleu, SAUV), les consultations ne répondant pas au critère horaire, c'est-à-dire les consultations pendant la PDSA, et les consultations du week-end à compter du samedi après-midi. Les patients sortis contre avis médical ou partis sans attendre ont été exclus.

Au total, 549 patients ont été inclus dans cette analyse rétrospective observationnelle (figure 9)

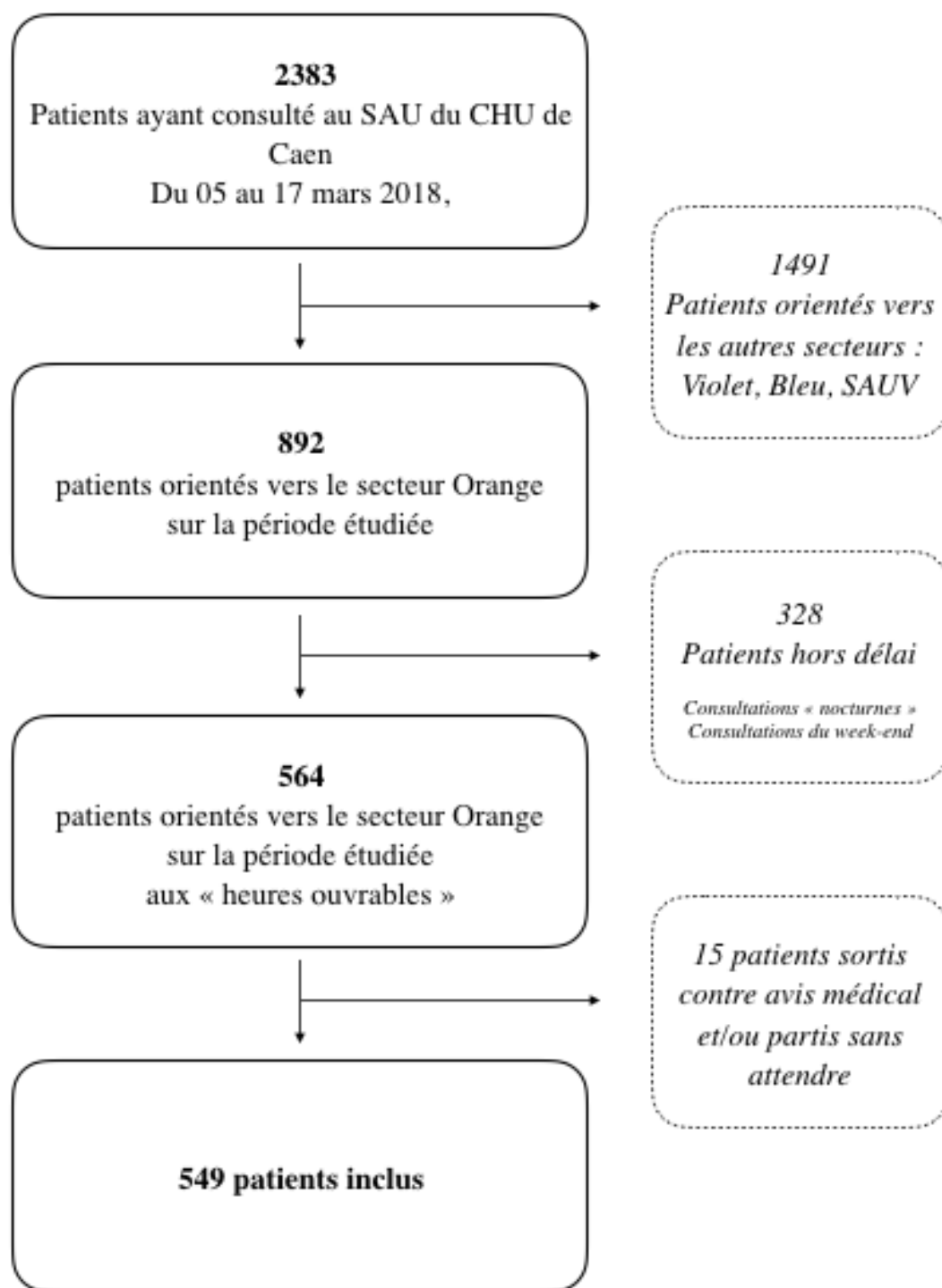


Figure 9 : Flow chart

Abreviations : SAU : Service d'accueil des Urgences – SAUV : service d'accueil des urgences vitales

2.1.2. Recueil des données

Les données des patients ont été recueillies à partir du logiciel informatique des urgences du CHU Caen, URQUAL.

Les données cliniques des patients incluant l'âge, le sexe, les antécédents médico-chirurgicaux tels que la présence d'une cardiopathie (hypertensive, ischémique, rythmique), une insuffisance respiratoire chronique, une pathologie neurovasculaire, une pathologie néoplasique, une pathologie rhumatismale chronique ou une maladie systémique ont été recueillis. De même, la prise de certains traitements dont la présence peuvent influencer grandement la prise en charge a été recueillie tel que celles d'antiagrégant ou d'anticoagulant, de cardiotrope, d'antidiabétique (oral et insulinothérapie) et d'immunosuppresseur.

Le mode d'arrivée au SAU : par leur propre moyen, par ambulance, par le SAMU, par les pompiers ou par la police ainsi que leur provenance : initiative personnelle, adressé par un médecin, par un autre établissement de santé, par la régulation ou la police, ont été détaillé.

Le motif de consultation initial et le secteur d'orientation défini par l'IOA ont été collectés prospectivement.

Le motif de consultation a été classé selon les spécialités d'organe : Traumatologie/Orthopédie, Rhumatologie, Cardiologie, Pneumologie, Hépato-gastro-entérologie, Ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie, Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, Dermatologie, Neurologie, Maladies infectieuses, Psychiatrie, Urologie et Gynécologie, Endocrinologie. D'autres classes ont été créées pour des motifs non systématisés : examens complémentaires anormaux, signes généraux aspécifiques (asthénie, anorexie,), médico-judiciaire (demande de certificats administratifs, réquisition).

Nous avons aussi précisé si la prise en charge a été initiée par l'interne ou le médecin sénior seul.

Les actes diagnostiques comme la réalisation d'une prise de sang, d'une imagerie incluant la radiographie standard, l'échographie, le scanner, l'imagerie à résonance magnétique ainsi que la demande d'un avis spécialisé téléphonique ou d'une consultation spécialisée ont été recueillis.

Les actes thérapeutiques ont aussi été recueilli, ils correspondent aux sutures, immobilisation plâtrée, réduction de fracture ou de luxation, réalisation de pansement complexe.

Le temps de passage, défini comme le temps entre l'arrivée (entrée administrative) et la sortie du patient, a été recueilli puis classé en trois groupes : moins de trois heures, entre trois et six heures et plus de six heures.

Le devenir des patients est classé selon : retour à domicile, hospitalisation conventionnelle (y compris celle en psychiatrie), UHCD. Lorsque le patient retourne à domicile, nous avons détaillé s'il a par la suite bénéficié d'une consultation spécialisée en externe et/ou d'un examen biologique ou imagerie différée.

2.1.3. Définition des critères d'évaluation

Le critère de jugement principal était la proportion de consultation sans acte diagnostique ni thérapeutique (SADNT) au sein du secteur Orange pendant les horaires ouvrables. Le terme de consultation « évitable » comme énoncé par la cour des comptes ou de pertinence des consultations n'a pas été utilisé car il n'existe pas de définition claire. La classification CCMU est établie a posteriori, au décours de la consultation par le médecin du SAU.

Les actes diagnostiques étaient définis comme la réalisation d'un bilan sanguin, d'un acte invasif (ponction lombaire, pleurale, ascite), d'une imagerie ou d'une consultation spécialisée. Les actes diagnostiques réalisables en cabinet de médecine générale tel qu'une bandelette urinaire ou un électrocardiogramme n'étaient pas inclus.

De même, nous avons fait la distinction entre le besoin d'une consultation spécialisée au SAU et un simple avis téléphonique spécialisé sans que le spécialiste ait besoin de voir le patient en urgence. Ce dernier critère peut dans certain cas être pris en charge en médecine de ville.

Les actes thérapeutiques ont été recueillis. Il s'agit de sutures, d'une immobilisation plâtrée, autres (réduction de luxation, pansement complexe).

Les consultations simples suivies d'examens complémentaires ou avis spécialisés à réaliser en externe étaient également recueillies.

2.1.4. Analyses statistiques

Les variables continues ont été exprimées en moyenne $\pm$ écart-type (DS) ou en médiane (intervalle interquartile, IQR) et les variables catégorielles ont été exprimées en nombre (pourcentage). La normalité des distributions a été évaluée à l'aide d'histogrammes et du test Shapiro-Wilk. Le taux de consultation SADNT a été calculé avec son intervalle de confiance binomial à IC95%. Les analyses univariées des caractéristiques cliniques et paracliniques de chaque patient, de celles des actes réalisés et de leur devenir entre les deux groupes d'étude (patients SADNT et les autres, puis en fonction du motif de la consultation) ont été réalisées en utilisant le test Chi-Square (ou le test exact de Fisher lorsque la fréquence cellulaire attendue était <5) pour les variables catégoriques, le test t de Student pour les variables continues gaussiennes et le test U de Mann-Whitney pour les variables catégoriques continues et ordinales non gaussiennes, le cas échéant.

L'évaluation des facteurs de risque indépendants des consultations SADNT a été réalisée à l'aide d'un modèle régression multivariée en entrant toutes les valeurs présentant une association significative $p < 0.05$. Les caractéristiques répondant à ce modèle ont été utilisées pour ajuster les valeurs pronostiques ; les odds ratio (OR) ajustés ont été calculés selon le même modèle en prenant le groupe avec actes comme groupe témoin et en tenant compte de la taille des effectifs.

Concernant les données manquantes, les variables présentant plus de 20% de données manquantes n'ont pas été introduites dans le modèle. Si une variable comportait moins de 5% de données manquantes, nous avons réalisé une imputation par la médiane pour les variables quantitatives, et par le mode pour les variables qualitatives. Si une variable présentait entre 5% et 20% de données manquantes, une imputation multivariée par équations de chaînes (MICE) a été réalisée. Les tests statistiques ont été effectués au niveau α de 0,05. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel disponible sur le site *pvalue*, interface graphique du logiciel de statistique R.

2.2. Résultats

2.2.1. Consultation au secteur Orange : caractéristiques de la population globale.

Les caractéristiques démographiques et cliniques des patients sont résumées dans le *tableau 1* pour l'échantillon global de l'étude. L'âge moyen des patients était de 39.4 ans (DS, 18,0) ; 267 patients (49%) étaient des hommes. Parmi les antécédents, tenant compte des données manquantes, une insuffisance cardiaque ou cardiopathie était retrouvée dans 12% des cas. Dans leur traitement habituel, on retrouvait des cardiotropes dans 11% des cas, des traitements anticoagulants / antiagrégants dans 8% des cas et un traitement anti diabétique dans 5% des cas.

29% d'entre eux ont consulté du lundi au vendredi sur les heures ouvrables. Le temps d'attente était inférieur à 3h dans 61% des cas. Le premier contact médical au secteur Orange était avec un interne dans 66% des cas.

La provenance des patients est détaillée dans *la figure 10*. Ils consultaient de leur propre initiative dans 77% des cas. Le mode d'admission était : par leurs propres moyens dans 96.6% des cas, par ambulance pour 2.4% des cas, par les pompiers dans 1.1% des cas.

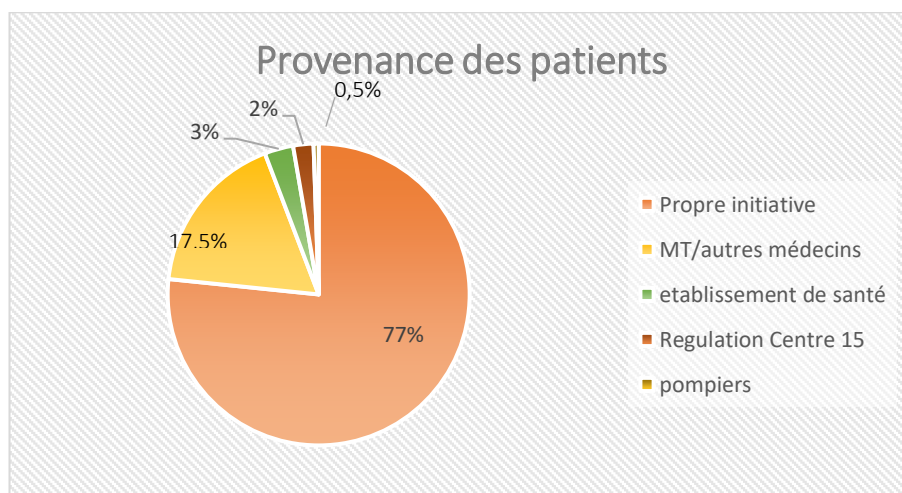


Figure 10: Provenance des patients orientés dans le secteur Orange

Tableau 1 : Caractéristiques de la population générale orientée dans le secteur Orange et selon qu'il s'agisse ou non d'une consultation SADNT

Caractéristiques	Global (n=549)	Consultation SADNT		P-Value
		Non (n=381)	Oui (n=168)	
Sexe Masculin	267 (49%)	191 (50%)	76 (45%)	0.33
Âge, années, moyenne (DS)	39.4 (18.0)	40.1 ($\pm$ 18.4)	37.9 ($\pm$ 17.1)	0.18
Jour de passage :				
L – V 08-20	491 (89%)	339 (89%)	152 (90.5%)	0.71
Samedi 08-14	57 (10%)	42 (11%)	15 (8.9%)	0.56
Antécédents :				
Ins. Respiratoire ¹	5 (1.2%)	4 (1.3%)	1 (0.88%)	1,00*
Ins cardiaque/cardiopathie ¹	51 (12%)	41 (14%)	10 (8.8%)	0.23
AVC ¹	5 (1.2%)	4 (1.3%)	1 (0.88%)	1,00*
Cancer ¹	13 (3.2%)	11 (3.7%)	2 (1.8%)	1,00*
Diabète ¹	23 (5.6%)	17 (5.7%)	6 (5.3%)	1
Pathologie Rhumatismale ¹	18 (4.4%)	13 (4.4%)	5 (4.4%)	1
Maladie systémique ¹	13 (3.2%)	13 (4.4%)	0 (0%)	NA
Traitements :				
Cardiotrope ²	45 (11%)	37 (13%)	8 (7.3%)	0,18
ATC/AAG* ²	32 (7.9%)	26 (8.8%)	6 (5.5%)	0,36
ADO/insuline ²	21 (5.2%)	15 (5.1%)	6 (5.5%)	1
Immunosuppresseurs ²	7 (1.7%)	7 (2.4%)	0 (0%)	NA
Temps de passage au SAU :				
<3H	335 (61%)	190 (50%)	145 (86%)	<0.001
3-6H	149 (27%)	129 (34%)	20 (12%)	<0.001
>6H	66 (12%)	63 (17%)	3 (1.8%)	<0.001*
Provenance des patients :				
Propre initiative	423 (77%)	276 (72%)	147 (88%)	<0.001
MT/autres médecins	97 (18%)	79 (21%)	18 (11%)	<0.01
Établissement de santé	17 (3.1%)	17 (4.5%)	0 (0%)	NA
Régulation Centre 15	12 (2.2%)	8 (2.1%)	4 (2.4%)	0.76*
Pompiers	3 (0.5%)	2 (0.0%)	1 (1,5%)	NA
Moyen d'arrivée des patients :				
Propres moyens	532 (96.9%)	367 (96.3%)	165 (98.2%)	0.36
Pompiers	6 (1.1%)	4 (1%)	2 (1.2%)	1,00*
Police	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	NA
Samu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	NA
Ambulance	13 (2.4%)	11 (2.9%)	2 (1.2%)	0.36*
PEC initiale :				
Senior	183 (33%)	126 (33%)	57 (34%)	0.92
Interne	362 (66%)	253 (66%)	109 (65%)	0.8

Motif de consultation :

Cardiologie	16 (2.9%)	11 (2.9%)	5 (3%)	1,00*
Pneumologie	17 (3.1%)	17 (4.5%)	0 (0%)	NA
Traumatologie/orthopédie	154 (28%)	138 (36%)	16 (9.5%)	<0.001
Rhumatologie	60 (11%)	33 (8.7%)	27 (16%)	0.016
HGE	35 (6.4%)	20 (5.2%)	15 (8.9%)	0.15
Ophtalmologie	30 (5.5%)	18 (4.7%)	12 (7.1%)	0.34
ORL	29 (5.3%)	8 (2.1%)	21 (12%)	<0.001
Dermatologie	23 (4.2%)	10 (2.6%)	13 (7.7%)	0.012
Neurologie	23 (4.2%)	16 (4.2%)	7 (4.2%)	1
Maladie infectieuse	16 (2.9%)	7 (1.8%)	9 (5.4%)	0.03
Stomatologie/dentaire	48 (8.7%)	24 (6.3%)	24 (14%)	<0.01
Psychiatrie	48 (8.7%)	46 (12%)	2 (1.2%)	<0.001
Urologie - gynécologie	23 (4.2%)	18 (4.7%)	5 (3%)	0.48
Maladie endocrinienne	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	NA
Résultats examens anormaux	9 (1.6%)	8 (2.1%)	1 (0.6%)	0.021
Signes généraux : asthénie,...	7 (1.3%)	2 (0.52%)	5 (3%)	0.031*
Médico-judiciaire	10 (1.8%)	4 (1%)	6 (3.6%)	0.075*

Devenir :

RAD	484 (88%)	319 (84%)	165 (98.2%)	<0.001
Hospitalisation conventionnelle	59 (11%)	59 (15%)	0 (0%)	NA
Hospitalisation en UHCD	3 (0.5%)	3 (0.8%)	0 (0%)	NA
Examens différés	58 (11%)	35 (9.2%)	23 (14%)	0,15
Consultation externe	71 (13%)	50 (13%)	21 (12%)	0,95

¹25 valeurs manquantes des données des antécédents;²26 valeurs manquantes des données des traitements * Test de Fisher

Abréviations : ADO= antidiabétique oraux ; AGG = antiagrégant ; ATC=anticoagulant ; AVC=Accident vasculaire cérébral ; DS=déviations standard ; HGE= hépato-gastro-entérologue ; Ins.=Insuffisance ; L = lundi ; MT=médecin traitant ; ORL= Oto-rhino-laryngologiste ; PEC= prise en charge ; P-Value=valeurs de P ; RAD=retour à domicile ; SAU : service d'accueil des urgences ; UHCD=unité d'hospitalisation courte durée ; V=vendredi ;

La répartition des motifs de consultation parmi les patients pris en charge en secteur Orange est détaillée dans la *figure 11*. Le motif de consultation pris en charge le plus fréquemment dans ce secteur était la Traumatologie / Orthopédie à hauteur de 28%. Puis les principaux motifs de consultation pris en charge étaient d'ordre Rhumatologique (11%), Dentaire et stomatologie (8%), Psychiatrique (8%). Les autres motifs étaient moins fréquents : Pneumologie, Cardiologie, Maladie Infectieuse. Les admissions en secteur Orange pour une demande de consultation endocrinienne, troubles du bilan biologique, signes généraux et/ou examen médico-judiciaire représentaient moins de 10% des cas.

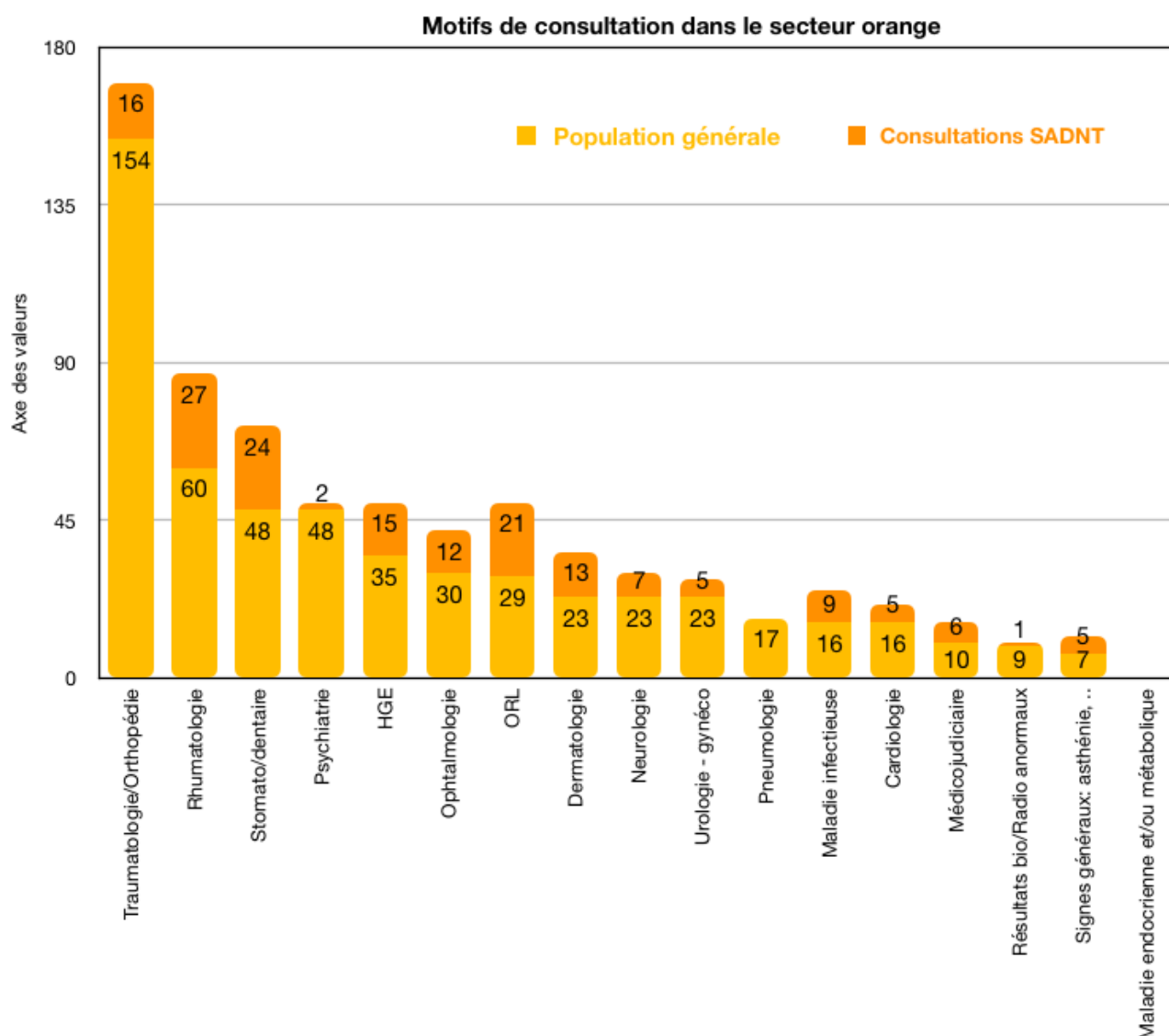


Figure 11: Répartition des motifs de consultation du secteur Orange et proportion des consultations SADNT dans la population générale

Des actes diagnostiques et / ou thérapeutiques ont été réalisés chez près de 70% des patients. Une imagerie a été réalisée chez 223 patients (40.6%), un examen d'exploration biologique sanguin ou urinaire a été réalisé chez 82 patients (14.9%). Des avis spécialisés ont été demandés pour 191 patients (34,7%), avec 160 (29,1%) de consultation du spécialiste au SAU et pour 31 patients (5.6%) un avis téléphonique. Des actes techniques ont été réalisés pour 36 patients (6.5%), dont 21 sutures, 9 plâtres et 6 autres actes divers. Ces actes sont résumés dans la *figure 12*.

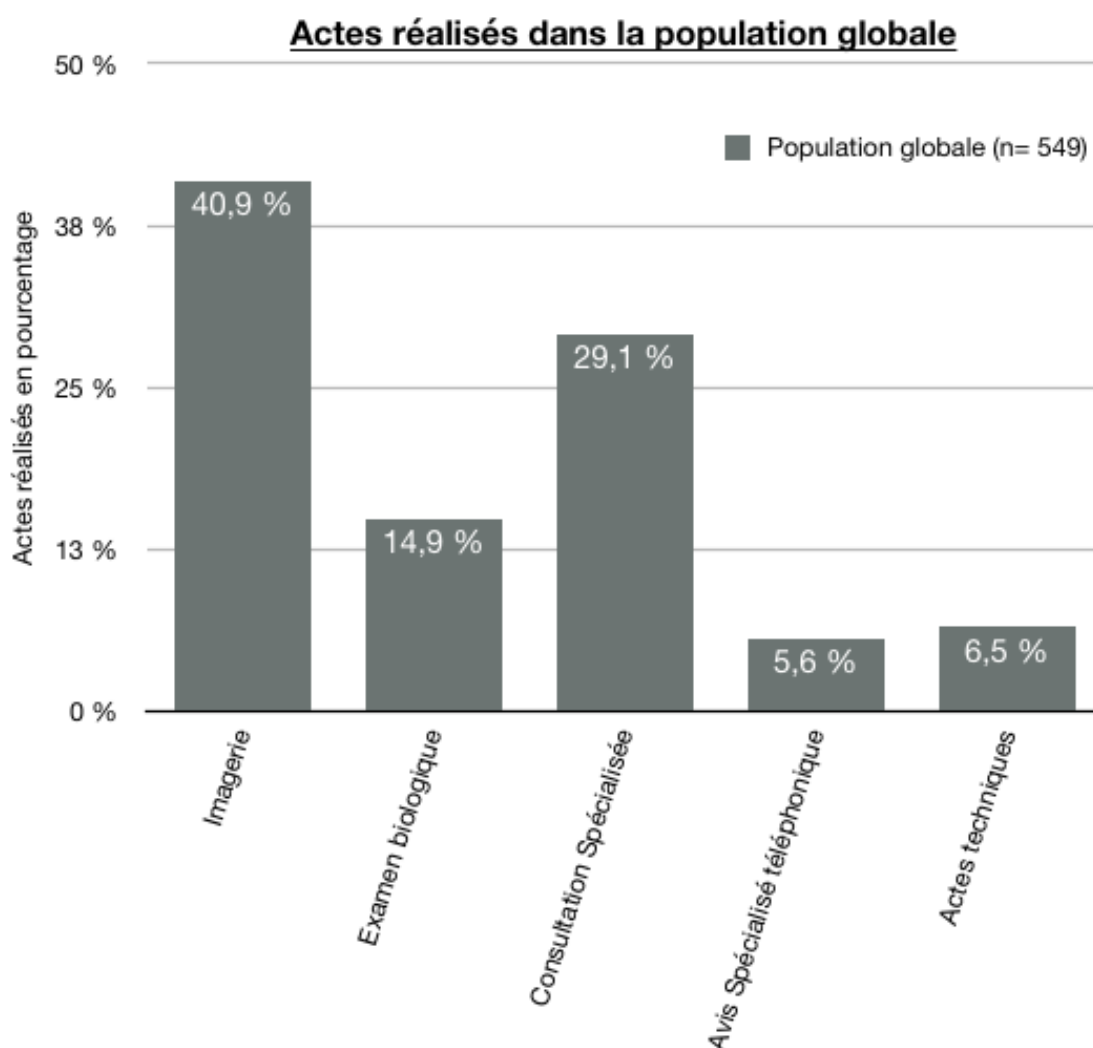


Figure 12: Actes réalisés dans la population orientée en secteur Orange

2.2.2. Incidence des consultations SADNT et facteurs associés à leur survenue

Les consultations n'ayant donné lieu ni à la réalisation d'un acte diagnostique ni à la réalisation d'un acte thérapeutique, dite consultations SADNT, représentaient 30,6% des passages au secteur Orange sur la période étudiée.

L'âge moyen des patients ayant bénéficié d'une consultation SADNT était de 37,9 ans (DS, 17,1) ; 76 (45%) étaient des hommes. Dans 90,5% des cas, ces consultations avaient lieu du lundi au vendredi aux heures ouvrables, et dans 8,5% le samedi de 8h-14h. Il n'y avait pas de différence significative d'horaire de passages entre ces consultations SADNT et les consultations avec actes.

L'absence d'antécédents médicaux ou de traitement habituel n'était pas prédictive d'une consultation SADNT. En particulier, on ne trouvait pas de différence significative entre la fréquence des antécédents cardiovasculaires, d'AVC ou de cancer. De même, la prise d'un traitement par cardiotrope, anticoagulant/antiagrégant plaquettaire ou anti diabétique oral, n'était pas un facteur significativement associé ou non à une consultation SADNT (respectivement $p=0.18$, $p=0.36$ et $p=1$).

Le temps de passage aux urgences était significativement plus court en cas de consultation SADNT ($p<0.001$).

Le statut du médecin initiant la prise en charge, médecin senior ou interne, n'était pas prédictif d'une consultation SADNT (respectivement $p=0.92$ et $p=0.8$).

Une consultation de sa propre initiative était plus fréquemment associée à une consultation SADNT (88% vs 72%, $p<0.001$). Une consultation aux urgences sur avis du médecin traitant était significativement moins fréquemment associée à une consultation SADNT (11% vs 21%, $p<0.01$). Le fait d'être adressé par un centre de régulation du 15 n'était pas significativement associé à une consultation avec acte, toutefois, l'effectif en question est faible (12 patients au total).

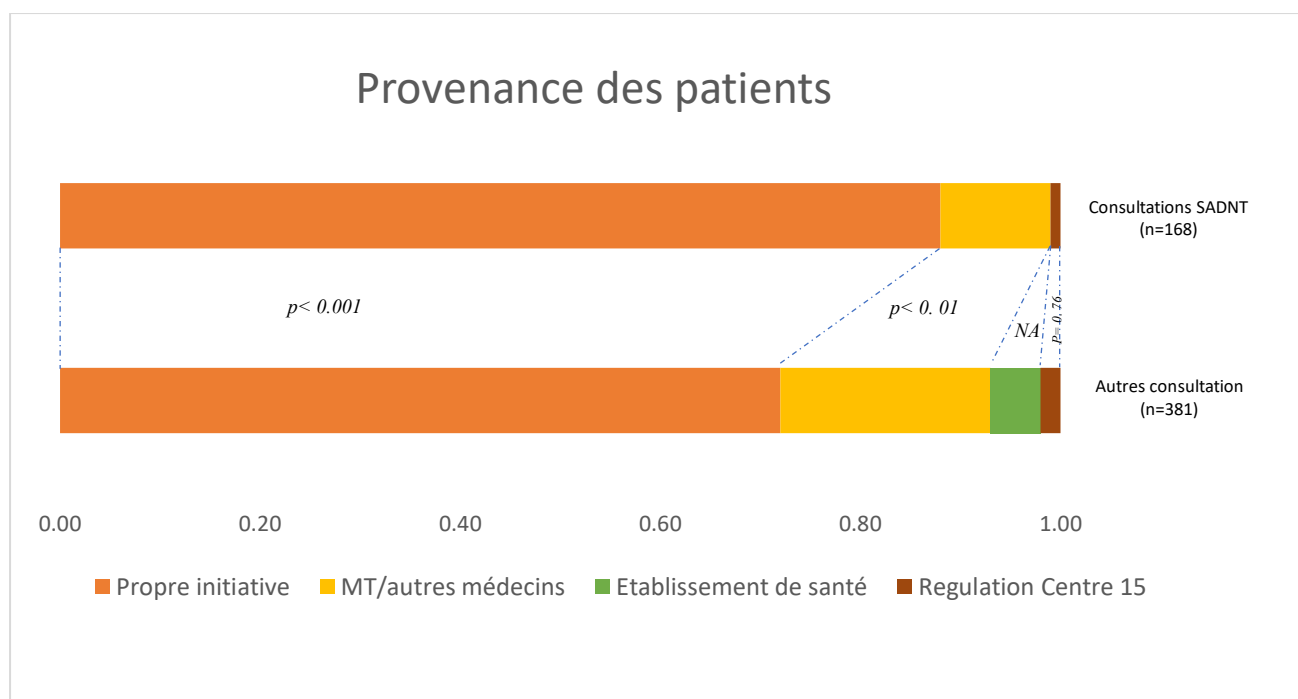


Figure 13: Comparaison entre la provenance de la population globale des patients du secteur Orange et celle des consultations SADNT

Le mode d'arrivée par leurs propres moyens, par ambulance et par les pompiers n'était pas significativement associé à une consultation SADNT.

Les motifs d'admission plus fréquemment associés à une consultation SADNT étaient d'ordre rhumatologique (16% vs 8,7% ; $p = 0.016$), dermatologique (7.7% vs 2.6% ; $p < 0.01$), maladie infectieuse (5.4% vs 1.8% ; $p < 0.03$), ORL (12% vs 2,1% ; $p < 0.001$), dentaire/stomatologique (14% vs 6,3% ; $p < 0.01$). Les motifs d'admission plus fréquemment associés à une consultation avec acte diagnostique ou thérapeutique étaient d'ordre traumatologique/orthopédie (9,5% vs 36% ; $p < 0.001$) et psychiatriques (1,2% vs 12% ; $p < 0.001$). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les motifs : cardiologique ($p = 1$), HGE ($p = 0.15$), ophtalmologique ($p = 0.34$), neurologique ($p = 1$), ou encore uro-gynécologique ($p = 0.48$).

Au risque de 5%, il existe une relation statistiquement significative entre les consultations SADNT et le temps de passage inférieur à 3 heures (OR = 4.03; p <0.001).

Les facteurs prédictifs d'une consultation avec acte diagnostique ou thérapeutique étaient : Les patients adressés par leur médecin traitant ou les patients consultant pour un motif d'ordre traumatologique/orthopédique, respectivement OR = 0.364; p = <0.01 et OR = 0.0801; p <0.001.

	Odds-Ratio	p
Temps < 3 H	4.03 [2.27; 7.44]	<0.001
Adressé par le médecin traitant/autres médecins	0.364 [0.187; 0.687]	<0.01
Dermatologie	1.50 [0.553; 4.33]	0.44
Résultats Biologiques anormaux	0 [0; 160]	0.98
Rhumatologique	0.712 [0.368; 1.37]	0.31
Stomatologique/Dentaire	0.959 [0.470; 1.97]	0.91
Traumatologie/Orthopédie	0.0801 [0.0411; 0.148]	<0.001

Tableau 2 : Analyse multivariée : identification de facteur prédictif indépendant d'une consultation SADNT

2.2.3. Devenir des consultations SADNT

Au décours de leur consultation au secteur Orange, 483 (88%) des patients sont rentrés à domicile, 58 (11%) patients ont eu des prescriptions d'examens complémentaires à réaliser en externe, dits « examens différés », et 71 (13%) ont eu une consultation externe au décours. Leur devenir est détaillé dans la *figure 14*.

Les consultations SADNT ont systématiquement abouti à un retour à domicile du patient. En comparaison, 16% des consultations avec acte diagnostique ou thérapeutique ont aboutis à une hospitalisation (p<0.001), dont 1% d'hospitalisation courte en UHCD. On

n'observait pas de différence significative entre les deux groupes en termes de prescription d'examens différés ou de consultations externes (*respectivement* $p= 0.15$ et $p= 0.95$).

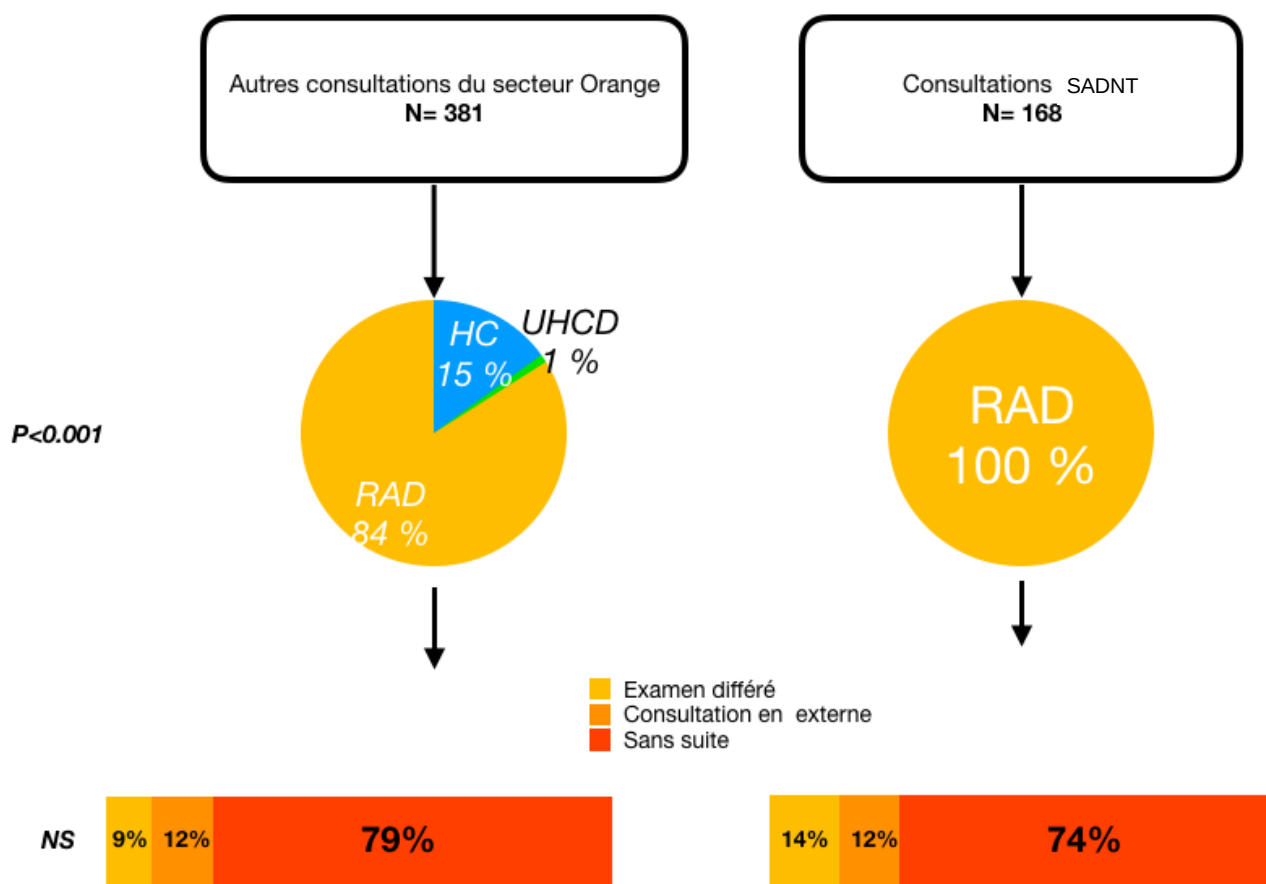


Figure 14 : Devenir des patients orientés dans le secteur Orange

2.2.4. Impact du mode d'adressage

2.2.4.1. Par le MT

Parmi les patients « piétons » orientés vers le secteur Orange, 97 (18%) étaient adressés par le médecin traitant. Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau Annexe 2.

Les patients adressés par leur médecin traitant et orientés vers le secteur Orange bénéficiaient significativement plus d'une consultation avec réalisation d'actes diagnostiques

et/ou thérapeutiques. En effet, seuls 19% des patients adressés par leur médecin traitant correspondaient à une consultation SADNT contre 33% pour les autres patients ($p < 0.01$).

Ces patients étaient plus âgés (45 ans pour ceux adressés par le MT contre 38 ans pour les autres ($p < 0.001$)) ; ils avaient plus d'antécédents médicaux, notamment d'insuffisance cardiaque ou cardiopathie, d'AVC et de néoplasie (respectivement $p=0.013$, $p < 0.01$ et $p < 0.01$) ; et étaient plus susceptibles de suivre un traitement par anticoagulant/antiagrégant ($p=0.019$). Ces patients étaient d'avantage amenés par ambulance (respectivement 6,2% vs 1,5% ; $p=0.016$).

Le temps de passage du groupe adressé par le MT était significativement plus élevé, $> 6H$, comparativement aux autres (respectivement 25% vs 9,3% ; $p < 0.001$). Leur premier contact médical par un sénior ou un interne n'était pas différent.

Concernant leur motif de consultation, les patients adressés par les médecins traitants présentaient plus fréquemment un motif de consultation d'ordre cardiaque (9,3% vs 1,5% ; $p < 0.01$), neurologique (11% vs 2,7% ; $p < 0.01$) ou une problématique concernant des résultats biologiques anormaux (11% vs 2,7% ; $p < 0.01$). Par opposition, les motifs de consultation plus fréquents chez les patients pris en charge sans être adressés par le MT étaient d'ordre traumatologique/orthopédique ($p < 0.01$).

Ils bénéficiaient davantage de la réalisation d'un bilan biologique et/ou urinaire (28% vs 12% ; $p < 0.01$) et d'un avis spécialisé au SAU (49% vs 25% ; $p < 0.01$). Les avis téléphoniques tendaient à être plus fréquents dans ce groupe (10% vs 4,7% ; $p = 0.053$). Il n'y avait pas de différence en termes d'imageries réalisées ($p = 0.98$).

Par la suite, ces patients étaient plus fréquemment hospitalisés en unité conventionnelle que les patients consultant de leur propre initiative (20% vs 8,8% ; $p < 0.01$). Une consultation externe était plus souvent organisée au décours (21% vs 11% ; $p = 0.02$).

2.2.4.2. Par ses propres moyens

Parmi les patients « piétons » orientés vers le secteur Orange, 423 (77%) consultaient de leur propre initiative (*Annexe 3*). Ces patients étaient plus fréquemment associés à des consultations SADNT (35% vs 17% , $p < 0.01$).

Leur temps de passage en SAU était significativement plus court avec une durée < 3 h, comparativement aux autres (respectivement 65% vs 49% ; $p < 0.01$)

Les motifs de consultation étaient plus fréquemment d'ordre traumatologique (31% vs 17% ; $p < 0.01$), et rhumatologique (13% vs 5.6% ; $p < 0.41$), moins fréquemment d'ordre psychiatrique (7.1 vs 14% ; $p = 0.02$)

De même, la réalisation d'acte diagnostique tel qu'un bilan biologique et une consultation spécialisée était significativement moins fréquente (respectivement 13% vs 23% ; $p < 0.01$ et 22% vs 55% ; $p < 0.001$).

Ces patients retournaient à domicile au décours de la consultation dans le secteur Orange dans 91.3% des cas vs 78% pour les autres ($p < 0.001$).

2.2.5. Impact du motif de consultation

2.2.5.1. Traumatologie/Orthopédie

Les consultations à orientation traumatologie/orthopédie étaient le premier motif de consultation dans le secteur Orange. Seules 10% des consultations pour un motif d'ordre traumatologique aboutissaient à une consultation SADNT, contre 38% ($p < 0.001$) en moyenne pour les autres motifs.

Concernant le temps de passage en SAU, il était significativement inférieur au temps de passage pour les autres motifs de consultation, inférieur à trois heures dans 71% des cas (vs 57% ; $p < 0.01$)

Il n'y avait pas de différence significative entre la prise en charge des patients qu'elle eut été initiée par le médecin senior ou l'interne.

Ce motif de consultation était un facteur de risque indépendant de nécessiter des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques. Comparativement aux autres motifs de consultations, 75% ont eu une imagerie (vs 27% ; $p < 0.001$), 16 % un acte thérapeutique (vs 2.4% ; $p < 0.001$) ; dont 12% une suture (vs 0.51 ; $p < 0.001$), et 4.5 % un plâtre (vs 0.51% ; $p < 0.001$). Ils nécessitaient moins souvent une consultation spécialisée (21% vs 32% ; $p < 0.01$).

Ces consultations aboutissaient à un retour à domicile dans 92.6% des cas (vs 86% ; $p = 0.048$) sans qu'il n'y ait de différence significative dans la suite des soins (examen différé,

consultation à distance) entre les deux groupes. Toutefois, la décision d'hospitalisation au décours était significativement plus fréquente : 20% des cas contre 8,8% ($p<0.01$) pour les autres motifs de consultation.

2.2.5.2. Rhumatologie

Les consultations à orientation rhumatologique étaient le deuxième motif le plus fréquent dans le secteur Orange. Elles donnaient plus fréquemment lieu à une consultation SADNT (45 % vs 29%, $p=0.016$), comparativement aux autres motifs.

Les patients étaient plus fréquemment de sexe féminin (63%), mais cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0.068$). Un antécédent de pathologie rhumatismale était plus fréquent (21% vs 2.2% ; $p<0.001$).

Le temps de passage était plus court (< 3 heures) dans 75% des cas (vs 59% ; pour les autres motifs, $p=0.027$).

Ils consultaient plus fréquemment de leur propre initiative (88% vs 76% ; $p=0.041$).

Concernant les ressources mobilisées lors de la consultation, il n'y avait pas de différence quant à la réalisation de bilan biologique, d'imagerie ou d'acte thérapeutique. Cependant, une consultation spécialisée était moins fréquemment demandée (8,3% vs 32% ; $p<0.001$)

Les patients à orientation rhumatologique étaient moins souvent hospitalisés et se voyaient moins souvent prescrire des examens différés, mais ces différences n'étaient pas statistiquement significatives, respectivement 3.3% vs 12% ($p=0.081$) et 17% vs 9.8% ($p=0.16$).

2.2.5.3. Psychiatrie

Les consultations à orientation psychiatrique étaient le troisième motif de consultation le plus fréquent du secteur Orange, à égalité avec les consultations à orientation stomatologie/dentaire. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau *Annexe 6*.

La prise en charge était plus fréquemment initiée par les médecins senior que par les internes ($p<0.001$).

Leur provenance était plus variée : 62 % venaient de leur propre initiative: (vs 78% ; $p=0.02$), 23% étaient adressés par un médecin (vs 17% ; $p=0.42$) et 8.3% par un établissement de santé (vs 2.6% ; $p=0.052$).

Leur durée de passage au SAU était plus longue (entre 3 et 6 heures) pour 48% des consultations (vs 25% ; $p<0.01$).

Une consultation spécialisée était presque systématiquement demandée (93.8% vs 23% ; $p<0.001$). Ils étaient plus fréquemment hospitalisés (38% vs 8.2% ; $p<0.001$).

2.2.5.4. Stomatologie/dentaire

La consultation à orientation stomatologie/dentaire était le troisième motif de consultation le plus fréquemment pris en charge au Secteur Orange, et le deuxième motif de consultation SADNT. Ses caractéristiques sont présentées dans le tableau *Annexe 7*.

Dans 50% des cas, ces consultations étaient des consultations SADNT (vs 29% ; $p<0.01$ pour les autres motifs). Les patients étaient plus jeunes (34,2 vs 39.9 ans, $p=0.012$).

Il n'y avait pas de différence significative concernant le temps de passage au SAU ni le mode d'adressage ni même les examens complémentaires.

Cependant, ces patients étaient plus souvent revus en consultation externe (35% vs 11% ; $p<0.001$) et tendaient à avoir plus fréquemment des examens différés (19% vs 9.8% ; $p=0.092$), mais cette différence n'était pas significative.

2.2.5.5. Hépto-gastro-entérologie (HGE)

Les consultations à orientation HGE représentaient 8.9 % des consultations SADNT. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau *Annexe 8*.

Leur temps de passage était significativement plus long que pour les autres motifs de consultation, supérieur à 6 heures pour 31% des consultations contre 11% ($p<0.01$) pour les autres.

Il n'y avait pas de différence significative concernant la séniorisation ni même la provenance des patients.

Ils bénéficiaient plus souvent d'un bilan biologique (49% vs 13% ; $p<0.001$). Dans 23% des cas, ils nécessitaient une consultation spécialisée. Aucun avis téléphonique n'a été recensé.

Les patients consultant pour un motif HGE tendaient à être plus fréquemment hospitalisés (20% vs 10% ; $p=0.085$).

2.2.5.6. Oto-rhino-laryngologie (ORL)

Les consultations à orientation ORL représentaient 12% des consultations SADNT. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau de l'Annexe 9.

Il n'y avait pas de différence significative entre les consultations concernant, l'âge, le sexe, le mode d'adressage ni même le devenir.

En revanche, 72% des consultations à orientation ORL étaient des consultations SADNT contre 28% ($p<0.001$) pour les autres motifs. Les actes diagnostiques étaient moins nombreux notamment l'imagerie (10% vs 42% ; $p<0.01$) et les consultations spécialisées (10% vs 30% ; $p=0.038$).

2.2.5.7. Ophtalmologie

Les consultations ophtalmologiques représentaient 7.1% des consultations SADNT. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau Annexe 10.

Leur temps de passage était plus court, inférieur à 3 heures pour 87% des consultations contre 60% ($p<0.01$) pour les autres motifs.

Il n'y avait pas de différence significative concernant leur sexe, âge, provenance ni même leur séniorisation.

Les avis spécialisés téléphoniques ou avec consultation étaient plus fréquemment demandés, avec respectivement 23% vs 4.6% ($p<0.001$) et 40% vs 29% ($p=0.25$). En revanche, ils tendaient à avoir moins d'examen biologique (3.3% vs 16% ; $p=0.068$) et avaient significativement moins d'actes d'imagerie (3.3% vs 43% ; $p<0.001$).

Il n'y avait pas de différence significative concernant leur devenir.

2.2.5.8. Cardiologie

Les consultations à orientation cardiologique étaient peu fréquentes dans le secteur Orange, elles représentent 2.9% des passages. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau *Annexe 11*.

Les patients à orientation cardiologique étaient davantage adressés par un médecin (56% vs 17% ; $p<0.001$). Ils tendaient à être plus âgés (48 ans vs 39 ans ; $p=0.098$) et avoir plus d'antécédent, notamment une cardiopathie préexistante (31% vs 12% ; $p=0.036$ pour les autres motifs) et de traitements. On retrouve tout particulièrement des cardiotropes (28% vs 11% ; $p=0.09$) et des anticoagulants et antiagrégants (25% vs 7.2% ; $p=0.03$). Ces consultations nécessitaient un examen biologique dans 50% des cas (vs 14% ; $p< 0.001$).

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative concernant leur devenir.

2.3. Discussion :

Le principal résultat de notre étude est qu'au sein du secteur Orange du CHU de Caen sur la période étudiée, 30% de consultations n'ont pas justifié d'acte diagnostique ni thérapeutique. Il s'agit de la première étude détaillant les caractéristiques des patients orientés vers ce secteur. Alors que depuis mars 2019, des mouvements de grève se sont déclarés dans de nombreux services d'urgence en France, l'engorgement des SAU, en particulier l'identification des patients dont la prise en charge aurait pu être assurée en ville, est au cœur des problématiques de Santé Publique actuelles et vise à l'amélioration de la gestion et de l'organisation de ce secteur clé du SAU.

Les consultations sans acte diagnostique ni thérapeutique (SADNT) lorsqu'elles ont lieu aux horaires d'ouverture des cabinets de ville, c'est-à-dire en dehors de la PDSA, s'apparentent pour la Cour des Comptes à des consultations « évitables »(20). Ce sont en d'autres termes des patients qui auraient pu être pris en charge en ville. Dans son rapport récent (20), la Cour des Comptes estime entre 10 et 20 % de consultations « évitables » dans les SAU de France. Ce taux est inférieur aux 30% de consultations SADNT observés dans notre étude, puisque la population étudiée diffère. En effet, notre étude n'incluait que les patients du secteur Orange, présélectionnés par leur caractère piéton, et non l'ensemble des passages en SAU. Toutefois, cette définition peu claire appelle à une certaine prudence. La classification CCMU sur laquelle elle se base a été établie de manière rétrospective et permet de rendre compte à posteriori de l'activité d'un service d'urgence, mais ne peut pas être utilisée au triage ou à l'orientation des patients accueillis dans un service d'urgence puisque ceux-ci n'ont par définition ni été examinés, ni explorés, ni traités par un urgentiste. En effet, c'est grâce à l'expertise clinique du médecin du SAU que l'absence d'acte diagnostique et thérapeutique complémentaire est confirmée.

A la différence de l'étude de la DREES, qui étudiait l'ensemble des recours au SAU, et pas seulement les secteurs piétons, on a observé plus de patients venant par leur propre moyen, et beaucoup moins par pompiers et par SMUR. Toutefois, la qualité de « piéton » pouvant consulter par ses propres moyens, ne permet pas de présumer de l'absence d'actes diagnostiques et thérapeutiques à réaliser. De même, le moyen d'arrivée par ambulance

n'était pas un facteur associé à une consultation justifiant la réalisation d'un acte. Ceci peut être lié au très faible effectif de cette catégorie. Néanmoins, il soulève la question de l'utilisation des ambulances comme moyen de transports de patients n'ayant pas besoin d'être installé par la suite sur un brancard. Même dans le cadre de patients en fauteuil roulant, l'utilisation d'un véhicule léger (VSL) peut être proposé et être bien moins coûteuse. Quant aux six patients amenés par les pompiers et ayant été orientés vers le secteur Orange, ils illustrent le fait qu'après reverticalisation, au cas par cas, de ces patients amenés par des services d'intervention extérieure, un tiers d'entre eux pourrait bénéficier d'une consultation SADNT, plus courte et libérant ainsi un brancard dans un autre secteur des urgences.

Dans notre étude, les caractéristiques démographiques des patients du secteur Orange sont comparables à celles des circuit-courts décrits dans la littérature (56,57). Concernant les consultations SADNT, de façon non significative, il s'agit d'une population qui tend à être plus jeune, âgée en moyenne de 38 ans (vs 40ans, $p=0.18$) et à présenter moins de comorbidités et d'antécédents. Récemment la création d'un triage selon l'âge des patients a largement été plébiscité. "Il faut qu'on traite différemment les personnes âgées. Ce n'est pas normal d'avoir dans la même file d'attente quelqu'un qui a 20 ans et mal à la gorge et quelqu'un qui a 90 ans et une fracture du col du fémur." Dr Philippe Juvin, chef du service des urgences de l'hôpital Georges-Pompidou à Paris, dans une interview récente préconise un parcours dédié aux personnes âgées, "comme on a créé il y a vingt ans des services de gériatrie pour faire face au fait que la population vieillissait".(58)

Or nos résultats ne permettaient pas de conclure à un caractère prédictif de l'âge, de la présence d'antécédents médico-chirurgicaux et même de la prise de certains traitements sur l'identification de ces consultations SADNT. Bien qu'il puisse s'agir d'un manque de puissance de l'étude et d'un biais lié aux données manquantes (à hauteur de 20 % pour les antécédents et les traitements antérieurs), les données démographiques de nos patients ne permettaient pas de préjuger de la nécessité d'explorations complémentaires notamment ou d'un acte thérapeutique. C'est une première donnée très intéressante, qui supporte effectivement l'idée qu'au sein du secteur Orange, aucune caractéristique démographique (sexe, âge) ni médicale de base (antécédent, traitement habituel) ne permet de distinguer avant examen médical les consultations SADNT de celles non SADNT. De ce fait, malgré une première orientation par l'IAO, l'identification des consultations SADNT n'est

pas possible. Une expertise médicale est requise afin de permettre l'identification des consultations SADNT.

Mais quand et par qui doit avoir lieu cette évaluation médicale ?

Nos résultats n'ont pas montré de différence selon que la consultation du secteur Orange soit initiée par un médecin senior ou par un interne. Pourtant l'encadrement des prescriptions des examens biologiques par un médecin senior a démontré une baisse de l'ordre de 38% (59) de cet acte diagnostique. On pourrait expliquer nos résultats par le type de pathologie rencontrée dans le secteur Orange mais aussi par une séniorisation des demandes d'examens et avis spécialisé.

La réalisation d'examen complémentaire impacte directement sur le temps de passage en SAU. Notre étude a montré que les consultations SADNT avait un temps de passage inférieur à trois heures, contrairement à l'autre groupe. Comme expliqué dans la partie « les causes de la surcharge », la multiplication d'examens complémentaires allonge considérablement le temps de passage. En France, on considère que la prescription d'un bilan biologique, ou d'une imagerie tels que la radiographie standard ou un scanner augmente d'au moins 60 à 120 minutes le temps de passage en SAU(60,61). Dans notre étude, 70 % des patients ont eu un acte complémentaire en plus d'une consultation médicale et 40% des patients restent plus de trois heures. L'amélioration de la prise en charge du patient pourrait passer par la réduction de ces délais.

Ainsi, la réalisation systématique d'actes diagnostiques principalement à visée « anxiolytique » pour l'interne, et/ou par crainte de représailles médico-légales(59,62), qui est un phénomène connu et que l'expérience permet de tempérer, est considérablement diminué par la séniorisation. Par ailleurs, rappelons que les plaintes contre le SAU (en moyenne quinze par an et débouchant rarement sur une procédure judiciaire ou administrative) sont portées majoritairement par des patients non hospitalisés (81%), classés CCMU 1 ou 2 et concernent essentiellement les pathologies traumatologiques(63,64). Le développement du secteur Orange, dédiée au traitement de ces patients, pourrait permettre d'améliorer leur ressenti vis-à-vis de la prise en charge.

Nous avons donc montré que l'évaluation médicale, après un premier tri par l'IAO, qu'elle soit réalisée par un senior ou par un interne, permet l'identification des consultations SADNT. Malheureusement, si elle permet d'optimiser et raccourcir la prise en charge de

certaines patients, elle ne permet pas d'agir sur le nombre d'admissions aux urgences, une des principales causes du dysfonctionnement des SAU.

Nous nous sommes donc intéressés à l'impact d'une évaluation médicale préalable à la consultation aux urgences. Les patients du secteur Orange consultaient davantage de leur propre initiative que ceux de la population générale des SAU. Parmi les consultations SADNT, neuf patients sur dix n'ont pas consulté leur médecin avant leur venue aux urgences. L'éducation des patients, par le médecin traitant et/ou l'urgentiste, en les incitant à entreprendre des démarches médicales avant leur venue permettraient une diminution du nombre de passages en SAU (58,65).

Afin de mieux comprendre la genèse du recours aux SAU, dans l'étude de la DREES, les motivations de venue aux urgences étaient réparties en quatre groupes : pour un motif médical, pour l'accessibilité aux soins (plateau technique, proximité ou encore gratuité), par défaut et les autres circonstances, notamment ceux emmenés par les pompiers, le SAMU ou dont l'état de santé ne leur permettent pas de choisir (23). Après évaluation par un médecin régulateur trieur, une réorientation des patients vers la médecine de ville lorsqu'elle est cela possible pourrait être proposée.

Au Danemark, le médecin généraliste est le pivot du système de soins et constitue la principale porte d'entrée aux urgences, hors urgences vitales. Pour qu'un patient ait accès à un SAU, il doit être adressé par un médecin généraliste. En cas d'indisponibilité, les patients doivent téléphoner au centre référent de leur région composé de médecins et d'infirmiers expérimentés (assistance médicale téléphonique) qui les orientent si nécessaire vers un service d'urgence, un médecin généraliste de garde ou dans le cas contraire, leur trouvent un rendez-vous médical dans les jours à venir. La mise en place de cette grande réforme en 2007 a montré son efficacité au Danemark avec une baisse de 25 % du nombre de passages aux urgences permettant ainsi une amélioration de la prise en charge des patients et des conditions de travail du personnel(58,66). D'après une étude menée en 2015 dans la Somme, 80 % des patients consultant dans un circuit-court d'Abbeville aurait accepté une consultation par un médecin généraliste si elle était proposée(65).

Parallèlement donc, on constate dans notre étude qu'être adressé par un médecin était significativement associé à la nécessité d'un acte diagnostique ou thérapeutique. En effet, le patient a pu bénéficier d'une première expertise médicale requérant une investigation complémentaire que le médecin en ville ne peut fournir. Ici, elle a abouti dans un cas sur cinq à une hospitalisation. La part des patients hospitalisés est plus élevée quand le conseil de se rendre aux urgences émane d'un médecin ou du SAMU ou des pompiers, 30% vs 10% pour les patients venus de leur propre initiative.(23) Il s'agit du principal critère permettant de préjuger de la nécessité d'exploration complémentaire. Comme expliqué en introduction, entre accroissement de la demande en soin et déficit de la médecine de ville, il semble difficile d'imaginer que les médecins généralistes libéraux puissent absorber à eux seul le flux excédent des urgences. L'installation d'une maison de santé rattachée à l'hôpital pourrait contribuer à améliorer la gestion du flux des urgences et donc la prise en charge des patients.

Finalement, ni les données démographiques ni le caractère piéton des consultations n'étaient prédictives du devenir du patient avant l'expertise médicale. Ainsi, seul l'adressage par un médecin permet de préjuger de la nécessité d'exploration complémentaire. La notion de « consultation évitables » énoncé par la Cour des Comptes n'est pas simple puisque seule une évaluation médicale permet de la juger comme telle. Ainsi, il en va de notre responsabilité de rester prudent dans la prise en charge des patients du secteur Orange puisque comme expliqué précédemment il ne s'agit pas d'un véritable circuit court : 40% des patients restent plus de trois heures, 70 % ont un acte complémentaire en plus d'une consultation médicale et 16 % sont hospitalisés.

La population de patients orientés vers le Secteur Orange constituait un groupe hétérogène en termes de motifs d'admissions et donc de type de prise en charge.

La traumatologie était le principal motif de consultation dans le secteur Orange. Elle représente une grande part d'activité des SAU. La traumatologie est depuis des années le premier motif de recours au SAU au niveau national : elle représentait 48% des consultations au SAU en 2003 et 39% du total des consultations en 2013, dont 16% pour des lésions traumatiques du poignet, de la main, de la cheville ou du pied. (23,67) Dans notre étude, elles représentaient 28% des consultations totales. En effet, les lésions traumatiques du

bassin ou des hanches sont redirigées vers les secteurs allongés. 90 % des patients consultant pour un motif traumatologique ont eu un acte diagnostique ou thérapeutique : 76% une imagerie, 21% une consultation spécialisée et 20% ont été hospitalisés. La traumatologie ne rentrait donc pas dans le cadre des consultations SADNT. Certaines études suggèrent que le recours aux examens d'imagerie diagnostique pourrait être diminué par l'utilisation systématique de scores cliniques. Par exemple, les critères d'Ottawa concernant les atteintes de la cheville ont été développés pour distinguer les entorses bénignes des entorses graves, et ainsi diminuer le recours aux radiographies standards, trop souvent réalisées en France. Ces critères, issus de l'analyse de 27 études et regroupant un total de plus de 15000 patients, définissent un test diagnostique ayant une sensibilité très élevée de 96 à 99,6% (pour exclure une fracture)(68). Ils restent néanmoins sous utilisés en France, à hauteur de 30% et la réalisation systématique d'une imagerie est fréquente(69,70). Au CHU de Strasbourg, les équipes médicales ont mis en place un guide des examens biologiques et imageries aux urgences, permettant de réduire de 14% la réalisation de radiographie de cheville(71). 80% des consultants aux SAU pour une entorse de cheville souhaitent bénéficier du plateau technique, c'est-à-dire avoir une radiographie(72). Hors une grande partie de ces entorses n'en nécessite pas et pourrait être prise en charge par des cabinets de ville.

De même, les consultations pour motif rhumatologique étaient fréquemment associées des consultations avec actes diagnostiques ou thérapeutiques. Elles représentaient 11% des consultations du secteur Orange soit le second motif de consultation de ce secteur piéton. Les troubles musculo-squelettiques dominent les consultations rhumatologiques aux urgences, notamment les lombalgies. Devant une pathologie rachidienne, le médecin doit identifier les signes d'alerte à savoir une lombosciatique paralysante, hyperalgique, un syndrome de la queue de cheval ou encore la présence de fièvre conduisant à des explorations complémentaires et avis spécialisés(73). En l'absence de signe de gravité, la prise en charge peut être organisée par le médecin généraliste. Au Canada, l'étude menée par *Jordan Edwards et al* a recensé toutes les consultations rhumatologiques aux urgences de 3 grands centres hospitaliers sur six ans. Les lombalgies aiguës communes représentaient 60% des consultations, suivies par les lombalgies secondaires (9.9%) et les lombosciatiques (6,7%).(74) Bien que la grande majorité de ces patients aient déclaré un médecin traitant, ils consultent généralement par eux-mêmes (87.4%) court-circuitant le parcours de soins (75). Une consultation au préalable avec leur médecin traitant permettrait de diminuer les consultations au SAU dans ce domaine. Dans

notre étude, 45% des consultations ayant un motif d'ordre rhumatologique étaient des consultations SADNT et 17% ont eu des examens en externe et 10% devaient prendre rendez-vous avec un rhumatologue en externe.

Le troisième motif de consultation le plus fréquent du secteur Orange était la psychiatrie. Tout patient admis aux SAU pour une consultation psychiatrique est au préalable évalué somatiquement par les urgentistes pour écarter un diagnostic différentiel non psychiatrique, puis selon le motif, il est évalué par un psychiatre. Parmi les patients admis dans le secteur Orange pour un motif psychiatrique, 46 patients soit 95%, avait bénéficié d'un avis spécialisé psychiatrique après évaluation par l'urgentiste. Les urgences psychiatriques représentent 10 à 30 % des passages en SAU général, tout âge confondu (76). Cette population représente 8.7% des consultations du secteur, mais cette proportion par rapport au SAU est largement sous-estimé. En effet, en cas d'agitation, de risque de fugue ou de violence, les patients sont orientés vers un autre secteur. D'autre part, on ne traite ici que des urgences adultes. Les tableaux cliniques les plus fréquents du SAU sont la crise suicidaire, l'état aigu transitoire ou crise psycho-sociale et la décompensation de trouble psychotique(77). Dans notre étude, 38% des patients ont été hospitalisés. L'évaluation diagnostique, l'identification d'un risque immédiat d'auto ou d'hétéro-agressivité et la mise en place d'une prise en charge ambulatoire ou hospitalière nécessitent des connaissances et expertises spécialisées. Elles justifient donc plus volontiers une consultation aux urgences.

Les patients consultant pour des motifs Odontologique , Ophtalmologique, ORL ou encore Dermatologique sont à la recherche d'une réponse que la médecine de ville ne peut leur fournir. En effet, dans ces spécialités les délais d'attente varient de quelques semaines à quelques mois et augmentent pour les habitants des communes où l'accessibilité aux professionnels de santé est plus faible. Ainsi, alors que le délai d'obtention d'un rendez-vous chez l'ophtalmologiste est de 29 jours en moyenne dans la région parisienne, il passe à 76 jours dans les communes des grands pôles ruraux et 97 jours dans les communes de petits et moyens pôles. Là encore, les disparités se creusent puisqu'il ne s'agit que d'une moyenne. L'écart type augmente lui aussi en fonction des communes avec un délai d'attente maximal de 189 jours pour un rendez-vous avec un ophtalmologiste(78). Ces délais sont intimement liés à la désertification médicale qui touche certes les médecins généralistes, mais tous

particulièrement les spécialistes libérales. Par exemple, en 2018 on dénombrait 3918 dermatologues en France dont 1054 spécialistes (27%) installés en Île-de-France contre 61 spécialistes en Basse-Normandie(79). Dans notre étude, ces 4 consultations (ORL/Stomatologie/Ophtalmologie/Dermatologie) rassemblaient un patient sur quatre.

Les consultations à motif stomatologique et odontologique représentaient 8.7% des passages en secteur Orange. Les consultations correspondaient à 14 % des consultations SADNT (vs 6.3 ; $p<0.01$). L'odontologie reconnaît avant tout trois types d'urgence : l'urgence douloureuse (75 % des consultations aux urgences odontologiques), l'urgence infectieuse nécessitant une prise en charge rapide pour éviter les risques complications (cellulite maxillo-faciale, ostéite maxillaire) et l'urgence traumatique du fait de l'atteinte esthétique. Les patients se heurtent à une difficulté voire impossibilité d'obtenir un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste dans un délai convenable (< 3 jours) motivant leur passage en SAU. (78) Dans un souci de désengorgement des urgences, l'amélioration de l'accès aux soins d'urgences odontologiques est primordiale et doit passer par une coordination efficace entre les dentistes libéraux et par une meilleure permanence des soins. Au CHU de Caen, il existe une filière dédiée aux urgences odontologiques pour les patients n'ayant pas de dentiste référent dont le premier tri se fait par le passage aux urgences générales.

Les consultations dermatologiques représentaient 4,2% des consultations du secteur Orange, mais d'après la littérature seulement 2,6% des passages en SAU (79). Dans notre étude, elles constituaient une part importante des consultations SADNT (7.7 %). En dermatologie, il n'existe pas d'urgence vitale immédiate. Les pathologies dermatologiques urgentes sont les pathologies bulleuses, toxidermie grave, terrain à risque (femme enceinte, immunodépression, nourrisson) ou encore la présence de signes généraux (fièvre, asthénie, arthralgie...). Elles nécessitent une prise en charge dans les 48 heures(81,82). Ainsi, la mise en place d'un service de consultation dermatologique d'urgence a prouvé son efficacité offrant une réponse au déficit de l'offre de soins dans cette discipline, notamment dans les centres hospitaliers régionaux(83). Il serait intéressant d'initier une réflexion en ce sens au CHU de Caen, permettant ainsi une baisse des consultations en SAU.

Les consultations ayant un motif d'ordre ophtalmologique n'étaient pas significativement associées à une consultation SADNT. Les pathologies ophtalmologiques sont peu connues par les médecins non spécialisés. Dès lors au moindre doute, les urgentistes font appel aux ophtalmologistes (60 % des cas dans notre étude) du fait du pronostic fonctionnel. La fréquence des urgences ophtalmologiques a été évaluée entre 2 à

6 % des consultations totales aux urgences (84), ce qui correspond aux valeurs retrouvées dans notre étude (5,5%), car il s'agit dans la majorité des cas de patients piétons. Les principaux motifs de consultation sont dans l'ordre l'œil rouge, le traumatisme oculaire et la baisse d'acuité visuelle(85). Une étude menée par la société française d'ophtalmologie retrouve que 40% des consultations non programmées ne justifiaient pas d'une consultation en urgence. Ainsi, les trois principaux diagnostics évoqués étaient : l'atteinte cornéenne, le corps étranger ophtalmologique et la conjonctivite (86,87). Pour éviter l'afflux de patient ne présentant pas d'urgence véritable ophtalmologique, nous pourrions développer et proposer des formations adaptées aux médecins non spécialisés (urgentistes et médecins généralistes) sur les pathologies fréquentes qui ne nécessitent pas le recours à un avis spécialisé en urgence et les signes d'alerte faisant suspecter une urgence (cécité monoculaire permanente ou transitoire, ptosis/myosis, ptosis/mydriase, ...)

Les urgences oto-rhino-laryngologiques (ORL) couvrent un large panel de pathologies : infectieuse, traumatique, vasculaire, complication de la chirurgie, dépister les situations urgentes devant une surdité, vertige, trismus.(88) Pour autant, 72% des consultations pour un motif ORL dans le secteur Orange étaient des consultations SADNT. Le motif de consultation ORL était même significativement associé à une consultation SADNT (12% vs 2.1%, $p<0.001$). On peut expliquer ce résultat par la fréquence des pathologies ORL bénignes tel que les viroses ORL et les pathologies lithiasiques salivaires, dont l'examen clinique permet de faire le diagnostic. A cela se rajoute les paralysies faciales périphériques sans autres critères de gravité (fièvre, autre signe neurologique focal, traumatisme) qui ont tendance à inquiéter la population sans qu'il n'y ait d'actes à réaliser en urgence.

Il existe aux SAU de Caen une salle de consultation dédiée exclusivement aux consultations regroupant ces motifs, permettant de les prendre en charge plus rapidement et de les réorienter vers le spécialiste lorsque cela est nécessaire. L'IOA pourrait alors identifier dès le triage à l'accueil à l'aide d'un tableau, comme inspiré dans l'annexe 1, des consultations à orienter dans ce circuit « fast-track ».

La douleur abdominale non traumatique est un motif fréquent en SAU adulte, représentant 10% des motifs de consultations (89). Sa cause peut être est diverse : hépato-gastro-entérologie (HGE), viscérale, urologique, gynécologique mais aussi extradigestive (infarctus du myocarde, épanchement pleural, foie cardiaque...) Le challenge des urgentistes

et médecins généralistes est d'une part de ne pas passer à côté d'une urgence et d'autre part de ne pas multiplier les examens inutiles, car 30 à 40 % des douleurs abdominales sont bénignes et résolutive(89). Les douleurs abdominales non spécifiques restent le diagnostic le plus fréquent aux urgences(89,90). Dans le secteur Orange, les consultations d' HGE et d'urologie-gynécologie représentaient respectivement 6.4% et 4.2% des passages avec dans 57% et 78% des cas ayant recours à un acte diagnostique ou thérapeutique. D'ailleurs, un patient sur deux consultant pour un motif HGE bénéficiait au moins d'un examen biologique. Vu la diversité des étiologies possibles devant une douleur abdominale, le recours à un médecin généraliste ou urgentiste reste nécessaire. Cependant, une évaluation préalable par le médecin traitant permettrait de diminuer le nombre de consultations évitables aux urgences.

D'autres motifs de consultation telle que la cardiologie, la pneumologie ou encore la neurologie sont peu orientés vers le secteur Orange du fait de la prévalence de pathologie plus grave.

Les consultations de motif cardiologique au secteur Orange étaient peu fréquentes, elles représentent seulement 2.9% du passage total en circuit piéton. Le secteur Orange prend en charge les patients ne justifiant pas d'une installation un brancardage mais aussi dont la gravité est jugée comme faible, ce qui explique le peu d'effectif dans cette discipline. La douleur thoracique est le motif cardiologique le plus fréquent, représentant 25% des consultations en SAU. 15 à 20 % des douleurs thoraciques ont un diagnostic de syndrome coronarien aigu (SCA). Malheureusement 6% des SCA ne sont pas diagnostiqués et renvoyés à domicile avec une mortalité 2 à 3 fois supérieure par rapport à un patient hospitalisé.(91) Le collège national des cardiologues des hôpitaux (CNCH) a proposé la mise en place de procédure « fast-track » pour favoriser les prises en charge ambulatoires des pathologies cardiologiques aiguës aux urgences. Les trois principales circonstances de survenue aux urgences pour un motif cardiologique sont dans l'ordre la suspicion d'un syndrome coronarien aigu (SCA), d'une maladie thromboembolique et d'une insuffisance cardiaque. Tous nécessitent des actes biologiques et/ou imageries pour confirmer ou infirmer le diagnostic, qu'il y ait ou non des signes de gravité.(92)

De façon un peu similaire, les consultations pour des motifs d'ordre pneumologique sont souvent directement orientées vers des secteurs autres que le secteur Orange. Chaque patient orienté en secteur Orange pour ce motif de consultation avait eu un examen complémentaire ou une demande d'avis spécialisé. Les patients à orientation pneumologique

ont systématiquement eu une radiographie pulmonaire. La prescription des examens complémentaires doit être basée sur la bonne pratique médicale. Le CHU de Strasbourg a mis en place un guide des prescriptions d'examen complémentaire qui a permis de diminuer de 34% à 3% la prescription de radiographie pulmonaire(71). Dans notre étude, l'effectif réduit pour ce motif ne permettait pas de conclure.

Les consultations à orientation neurologique dans le secteur Orange correspondaient à 4.2% des passages, soit 23 patients. Ces patients sont plus fréquemment adressés par leur médecin traitant (11% vs 2.7% ; $p < 0.001$) et requièrent un avis spécialisé dans 76% des cas dans notre étude. L'urgence neurologique peut se définir comme une « affection entraînant une perte plus ou moins complète de la conscience, des fonctions de la vie de relation ou une participation marquée de la vie végétative »(93). Elle comprend les accidents neurovasculaires, les crises convulsives, les céphalées, les troubles de la vigilance,...(94) Dès lors, ces consultations, qui représentent 2% des passages en SAU en France (23), mais qui rien que pour l'AVC représentent la première cause de mortalité chez la femme et la troisième chez l'homme(95), sont préférentiellement orientées vers les autres secteurs.

Certains motifs de consultations avaient un effectif très faible (< 10 patients), leur interprétation était donc à prendre avec précaution du fait d'un manque de puissance. C'est le cas pour les patients consultant pour des résultats biologiques ou radiologiques anormaux, des signes généraux aspécifiques et un motif médico-judiciaire. Les patients présentant une problématique concernant des résultats biologiques anormaux sont majoritairement adressés par leur médecin traitant (11% vs 2,7% ; $p < 0.01$) et davantage orientés vers d'autre secteur que le secteur Orange, non pas du fait de la nécessité d'être installé en brancard, mais parce qu'on anticipe la réalisation d'actes complémentaires qui vont prendre du temps. Par exemple, l'élévation des D-Dimères chez un patient adressé pour une suspicion d'embolie pulmonaire nécessitera la réalisation d'un angioscanner pour confirmer ou infirmer le diagnostic(96).

Concernant les motifs médico-judiciaires, la principale raison de ce faible effectif est la présence d'une unité médico-judiciaire dédiée au sein du CHU Caen. Le dernier recensement en 2007 relate que sur 630 SAU en France, seul 53 disposent d'une unité médico-judiciaire (UMJ) (97). L'alliance entre le SAU et UMJ reste essentielle car le besoin initial de la victime peut être un examen somatique dans le cadre d'une prise en charge traumatique, psychologique ou administrative. Du fait de la variété des motifs de consultations,

leurs effectifs dans notre étude étaient sous-évalués lorsque la demande de certificat n'était pas précisée bien que systématique délivrée.

Pour conclure, nous évoquerons quelques biais de notre étude. Elle a été réalisée de manière rétrospective à partir des dossiers médicaux tels qu'ils furent rédigés par les praticiens. De ce fait, le recueil des données a été incomplet pour 25% des dossiers concernant les antécédents et 26% pour les traitements. Il existe donc un biais de recueil responsable de données manquantes et pouvant potentiellement modifier le profil des patients.

De plus, il s'agit d'une étude monocentrique sur une période définie de deux semaines induisant un manque de puissance par effectif limité puisque nous n'avons inclus que 549 patients, hors le nombre de passages par an dans le secteur Orange est d'environ 21000 patients. Une étude prospective sur une durée de quelques mois nous permettrait d'obtenir un échantillonnage plus représentatif de la population du secteur Orange.

Enfin, la principale limite de ce travail est de ne pas connaître le suivi des patients retournés à domicile. A l'issue de leur consultation en SAU, certains patients ont pu reconsulter au SAU et nécessiter des explorations supplémentaires voir une hospitalisation.

Une des perspectives dans l'amélioration de l'organisation du secteur orange serait la réorientation des patients dès leur arrivée par le médecin régulateur trieur vers la médecine de ville ou l'installation d'une maison médicale de garde à proximité des urgences qui permettrait une meilleure gestion du flux dans ce secteur, ainsi que l'établissement d'un profil permettant l'identification plus facile de ces « consultations évitables » au sein d'un SAU.

Conclusion

La mise en place de circuit piéton au sein des SAU a été une réponse au phénomène d'engorgement des urgences. Toutefois, le secteur Orange est aujourd'hui le secteur du SAU accueillant le plus de patients au CHU Caen. Dans un projet d'amélioration de la gestion et de l'organisation de ce secteur Orange, nous avons pour la première fois établi un état des lieux des patients orientés vers ce secteur et identifier les consultations sans acte diagnostique ni thérapeutique (SADNT), aux heures ouvrables des cabinets de médecine générale, et dont la prise en charge aurait pu être assurée en ville.

L'état des lieux du secteur Orange sur la période étudiée reflète assez bien ceux réalisés sur d'autres circuits courts(50,98) et soulève les mêmes problématiques que celles évoquées dans l'enquête nationale DREES détaillant les consultations de l'ensemble des SAU de France sur une période d'un jour(23). Le principal motif de consultation est la traumatologie/orthopédie. Les patients adressés par un médecin aux urgences mobilisent plus de ressources, qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques et aboutissent chez près d'un patient sur cinq à une hospitalisation. La réalisation d'une imagerie et la demande d'un avis spécialisé sont le plus souvent requises. Toutefois, un certain nombre de ces consultations pourrait être pris en charge en ville, si l'on appliquait mieux certains scores et consensus(68,69,71) permettant de sursoir à la réalisation en urgence d'examen non justifiés. De plus, faciliter l'accès aux spécialistes apparaît être un enjeu clé.

Le résultat principal de cette étude est que près d'un tiers des consultations dans le Secteur Orange n'ont nécessité ni acte diagnostique ni thérapeutique. Il s'agit d'une patientèle consultant de leur propre initiative sans contact médical préalable. Ni les données démographiques ni le caractère piéton des consultations du secteur Orange n'étaient prédictives du devenir du patient avant l'expertise médicale. Les motifs de consultations les plus fréquents sont les consultations à orientation rhumatologique, dentaire/stomatologie, ORL et dermatologique. Ces consultations nécessitent une expertise médicale mais ne justifient pas d'une prise en charge dans un service d'urgence. L'éducation des patients sur le parcours de soins est primordiale. L'existence d'un contact médical préalable et le cas échéant, la réorientation vers la médecine de ville ou l'installation d'une maison médicale de garde à proximité des urgences permettraient une meilleure gestion du flux dans ce secteur.

Bibliographie

1. Bejaoui M, Bergonzoni A, Boisguérin B, et al N. Les établissements de santé : édition 2018 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 2018;
2. Forero R, McCarthy S, Hillman K. Access block and emergency department overcrowding. *Crit Care*. 2011;15(2):216.
3. Cheret P, Bobbia X, Richard P, Poher F, de La Coussaye J-E. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. *Ann Fr Médecine Urgence*. 2014;4.
4. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006.
5. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-577 mai 22, 2006.
6. Circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapés, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. 2003.
7. Fédération de l'hospitalisation privée. Cadre juridique de la médecine d'urgences. 2009.
8. Circulaire DHOS/O1 no 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences. Direction de l'hospitalisation, et de l'organisation des soins. 2007.
9. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts, Société Française de Médecine d'Urgence. SFMU;2013.
10. Fishman D, Guyot E, Bertin N, Moujber M, Yersin B. Les urgences prises d'assaut : à qui le tour? : Médecine d'urgence. *Médecine Hygiène*. 2004;62(2492):1550-3.
11. Elshove-Bolk J, Mencl F, van Rijswijck BTF, Simons MP, van Vugt AB. Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department. *Emerg Med J EMJ*. mars 2007;24(3):170-4.
12. Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Chin a Choi V, Luitse JSK. Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study. *Emerg Med J EMJ*. 2009;26(8):556-60.
13. Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E, CTAS National Working Group. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM*. 2008;10(2):136-51.
14. Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine J-P, 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*. 2009;16(2):61-7.
15. Steiner IP, Nichols DN, Blitz S, Tapper L, Stagg AP, Sharma L, et al. Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. *CJEM*. 2009;11(3):207-14.
16. 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 Off J Soc Acad Emerg Med*. 2007;14(8):702-8.
17. 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*. 2005;46(6):491-7.
18. 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*. 2009;16(4):172-6.
19. Baubeau D, Deville A, Joubert M. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. 2000.

20. Cour des comptes, Rapport annuel 2019, Chapitre XI : les urgences hospitalières, un service toujours trop sollicité. Ministère de l'Economie; 2019 févr p. 211-29.
21. Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre XII Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Ministère de l'Economie; 2014 p. 349-78.
22. Khoury CE, Viudes G, Vincent-Cassy C. Enquête DREES du 11 juin 2013 : Comprendre la réalité du triage dans nos structures d'urgences. 2013;22.
23. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DRESS; 2014.
24. Kawano T, Nishiyama K, Anan H, Tujimura Y. Direct relationship between aging and overcrowding in the ED, and a calculation formula for demand projection: a cross-sectional study. *Emerg Med J EMJ*. 2014;31(1):19-23.
25. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. DRESS. 2017.
26. Mikol F, Chaput H, Bachelet M, Mothe J. Portrait des personnels de santé : Les projections des effectifs de médecins. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques; 2016.
27. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? DRESS;2017.
28. Macé J-M. Disparités de pratiques inégalités dans l'accès aux soins et dans l'accès aux acteurs aux santé. CNAM; 2018.
29. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état de la permanences des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018. 2018 p. 66.
30. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Permanence de soins : Etat des lieux au 1 janvier 2015. 2015 p. 9.
31. Courouve L, Bureau I, Dr Detournay B. Les insuffisance en matière d'équipement d'imagerie médicale en France : Etude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM en 2013. 2013 p. 23.
32. Levray N. 10 questions sur les permances d'accès aux soins de santé. Gazette Santé Social. 2014.
33. Vallejo R, Granie A, Cannier O, Josset C, Duval G. Urgences et précarité : tri et gestion de la salle d'attente. 2007;8.
34. Dr Grassineau. Comment gérer la précarité aux urgences : Role des Permanence de Soins et de Santé. Marseille SFMU; 2015.
35. Pr Carli P. Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences - CNUH. 2013 p. 17.
36. Ricroch L. Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers. DRESS. 2016 [
37. Kocher KE, Meurer WJ, Desmond JS, Nallamotheu BK. Effect of testing and treatment on emergency department length of stay using a national database. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. 2012;19(5):525-34.
38. McCarthy ML, Zeger SL, Ding R, Levin SR, Desmond JS, Lee J, et al. Crowding delays treatment and lengthens emergency department length of stay, even among high-acuity patients. *Ann Emerg Med*. 2009;54(4):492-503.e4.
39. Sprivilis PC, Da Silva J-A, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust*. 2006;184(5):208-12.
40. Handel DA, Fu R, Vu E, Augustine JJ, Hsia RY, Shufflebarger CM, et al. Association of emergency department and hospital characteristics with elopements and length of stay. *J Emerg Med*. 2014;46(6):839-46.

41. Fayyaz J, Khursheed M, Mir MU, Mehmood A. Missing the boat: odds for the patients who leave ED without being seen. *BMC Emerg Med.* 2013;13:1.
42. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med.* 2010;28(3):304-9.
43. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med.* 2008;51(1):1-5.
44. Khalid M, Sende J, Jbeili C, Soupizet F, Jaulin C, Schvahn S, et al. Facteurs de stress en Médecine d'urgence – Enquête nationale. 2008.
45. Estryn-Behar M, Doppia M-A, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. *Emerg Med J EMJ.* 2011;28(5):397-410.
46. Fond G, Kausoun Z. Le Quotidien du médecin - Un médecin sur deux en burn-out. *Journal of affection disorder.* 2019
47. Karpiel M, Williams M. Developing a Fast-track program. *J Ambul Care Mark.* 1988;2(2):35-48.
48. Stevens L, Fry M, Browne M, Barnes A. Fast track patients' satisfaction, compliance and confidence with emergency department discharge planning. *Australas Emerg Care.* 2019;22(2):87-91.
49. Chrusciel J, Fontaine X, Devillard A, Cordonnier A, Kanagaratnam L, Laplanche D, et al. Impact of the implementation of a fast-track on emergency department length of stay and quality of care indicators in the Champagne-Ardenne region: a before-after study. *BMJ Open.* 2019;9(6):e026200.
50. Saidi K, Paquet AL, Goulet H, Ameur F, Bouhaddou A, Nion N, et al. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. *Ann Fr Médecine D'urgence.* 2015;5(6):283-9.
51. Beltramini A, Debuc E, Pateron D. Organisation des structures d'urgence. *EMC - Médecine Urgence.* mars 2016;11(1):1-9.
52. Agence nationale d'appui a la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Service d'urgences - Evaluer l'opportunité et les modalités de la mise en place d'un circuit court au sein du service des urgences. 2017
53. Ganansa O, Hellman R. Circuit court aux urgences. 2019.
54. L'Agence régionale de santé de Normandie: arrêté sur le nouveau zonage médecin. 2018.
55. Permanence des soins : tarification spécifique. 2017.
56. Nash K, Zachariah B, Nitschmann J, Psencik B. Evaluation of the Fast Track Unit of a University Emergency Department. *J Emerg Nurs.* 2007;33(1):14-20.
57. O'Brien D, Williams A, Blondell K, Jelinek GA. Impact of streaming « fast track » emergency department patients. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* 2006;30(4):525-32.
58. Dr Juvin Phillipe. Interview du 16 aout 2019 : Grève des urgences. *France-Info*;2019.
59. Gerbeaux P, Ledoray V, Torro D, Thirree R, Nelh P, Jean P. Impact de la « seniorisation » sur les prescriptions d'examens de biologie dans un service d'accueil et des urgences. 2000.
60. Marjanovic N, Mesrine M, Lardeur J-Y, Marchetti M, Favreau F, Guenezan J, et al. Respect des recommandations de prescription des examens biologiques et évaluation de leur impact sur le temps de passage aux urgences. *Ann Fr Médecine Urgence.* 2017;7(1):7-15.
61. Zanker C, Bezeaud A, Guimont M-C, Denninger M-H, Breaud N, Beaune S, et al. Évaluer la juste prescription des examens biologiques dans un service d'urgence. 2008 march 7.
62. Metaireau E, Méresse-Prost L. Incidence des examens complémentaires prescrits aux patients admis au circuit debout des urgences du CHU de Nantes. *France*; 2017.
63. Aquilina V, Gricourt C, Guery-Kaliszczak I, Joly L-M, Leroy E. Plaintes et réclamations adressées au service d'accueil des urgences de Rouen : de janvier 2004 à mai 2008. Analyse et propositions de mesures correctives. *J Eur Urgences.* 2009;22:A39.

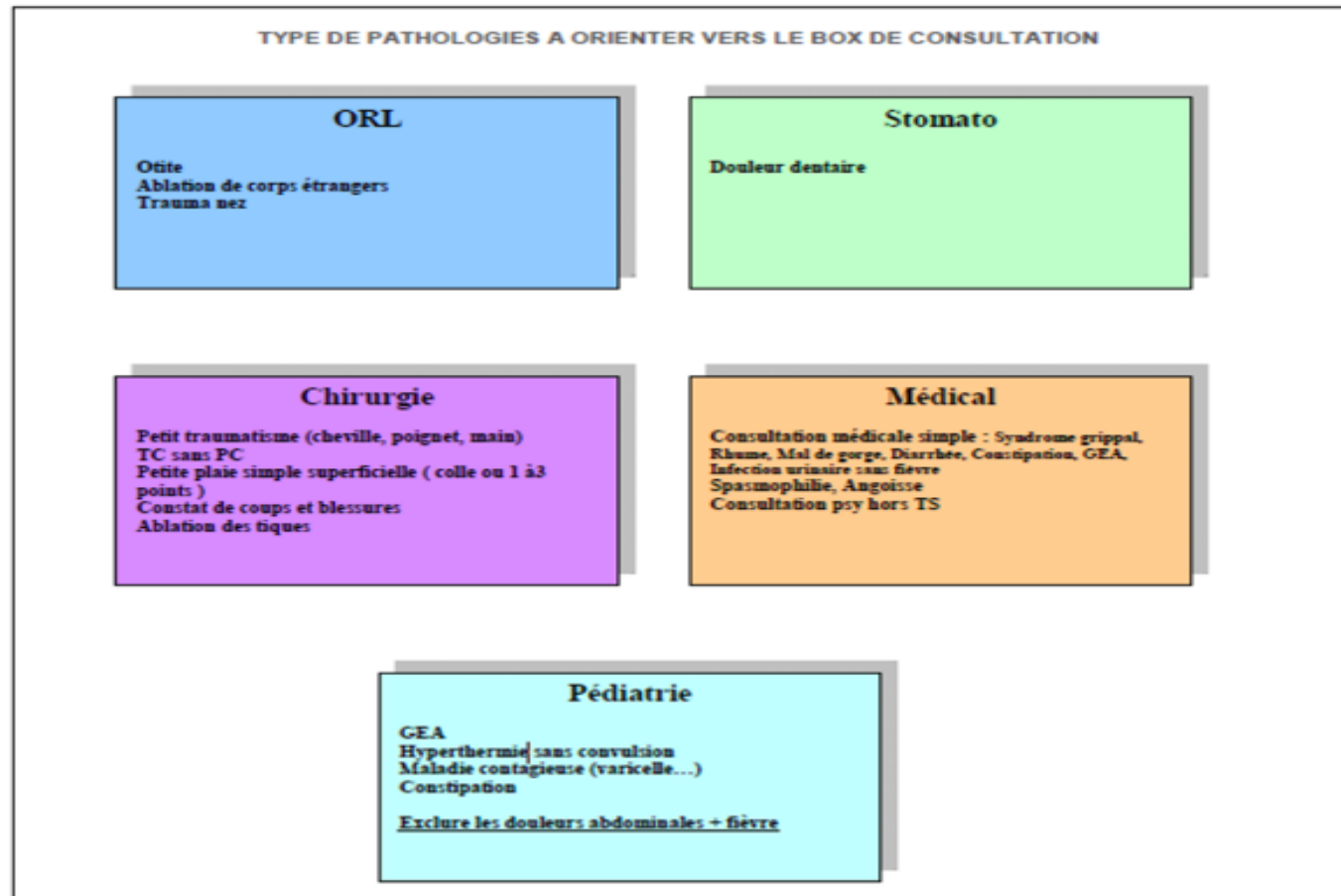
64. Revue E, Miranda J, Carnet A, Racine S, Brunet J-M. Analyse des plaintes adressées à un service d'Urgences : est-ce utile ? 2008.
65. Morcant F, Sahbi S. Etat des lieux des consultants aux urgences du Centre hospitalier d'Abbeville relevant de la médecine générale. Amiens, France: Université de Picardie; 2015.
66. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU L. Le système danois, un modèle pour la France? 2019 may 25.
67. Carrasco B. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003;8.
68. Bachmann LM, Kolb E, Koller MT, Steurer J, ter Riet G. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. BMJ. 2003;326(7386):417.
69. Graham ID, Stiell IG, Laupacis A, McAuley L, Howell M, Clancy M, et al. Awareness and use of the Ottawa ankle and knee rules in 5 countries: can publication alone be enough to change practice? Ann Emerg Med. 2001;37(3):259-66.
70. Ganansia O, SFMU. Quand ne pas prescrire de radio en traumatologie des extrémités chez l'adulte. 2014;10.
71. Steinmetz Jean-Philippe et al. Impact clinique d'une guide des examens complémentaires dans un service d'urgence. 2010.
72. Deudon B. Entorse de cheville: pourquoi les patients choisissent les urgences ? : état des lieux dans le Jura. Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.
73. Netgen. Quand référer aux urgences un patient présentant une lombalgie/lombosciatalgie aiguë ? Rev Médicale Suisse. 2010.
74. Edwards J, Hayden J, Asbridge M, Magee K. The prevalence of low back pain in the emergency department: a descriptive study set in the Charles V. Keating Emergency and Trauma Centre, Halifax, Nova Scotia, Canada. BMC Musculoskelet Disord. 2018.
75. Delaplace-Oget H. Evaluation de l'incidence et de la prise en charge d'un motif de consultation rhumatologique dans un service d'accueil des urgences. Université de Reims Champagne-Ardenne; 2015.
76. Quillerou B, Bouchard J-P. Les urgences psychiatriques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2018;176(8):831-6.
77. Carrillo P, Fovet T, Poulet E. L'évaluation psychiatrique au service d'accueil des urgences : particularités sémiologiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 oct 2018;176(8):803-9.
78. Millien C, Chaput H, Cavillon M. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. 2018.
79. Direction de la recherche, des études, d'évaluation et des statistique. Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe. 2018.
80. Guivarc'h M, Maille G, Bukiet F, Coz PL. Prise en charge des urgences en odontologie : de la nécessité d'une réflexion éthique. 2017.
81. Guegan-Duret C. Urgences dermatologiques, évaluation de la pertinence du caractère urgent: Etude prospective réalisée au centre hospitalier de Belfort-Montbéliard. Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2011.
82. Penso-Assathiany D, Bourdon-Lanoy E, Derancourt C, Roujeau J-C, Bastuji-Garin S. Demandes de rendez-vous en urgence en dermatologie libérale : ETude Urgences en DERMatologie libérale (ET.U.DE). Ann Dermatol Vénéréologie. 2007;134(1):23-9.
83. Wakosa A, Roussel A, Delaplace M, Le Bidre E, Binois R, Valéry A, et al. Intérêt d'une consultation dermatologique d'urgence dans un centre hospitalier régional. Presse Médicale. 2013;42(12):e409-15.
84. Jeannin A, Mouriaux F, Mortemousque B. Prise en charge des urgences ophtalmologiques en structure des urgences : étude multicentrique rétrospective. J Fr Ophtalmol. 2016;39(7):589-95.
85. Jafari AK, Bozorgui S, Shahverdi N, Ameri A, Akbari MR, Salmasian H. Different causes of referral to ophthalmology emergency room. J Emerg Trauma Shock. 2012;5(1):16-22.
86. Agrinier N, Conart J-B, Baudot A, Ameloot F, Angioi-Duprez K. Caractéristiques des

- patients examinés en urgence par un ophtalmologiste dans un CHU : résultats d'une étude transversale analytique identifiant des facteurs associés au caractère de véritable urgence. *J Fr Ophtalmol*. 2018;41(6):546-53.
87. Channa R, Zafar SN, Canner JK, Haring RS, Schneider EB, Friedman DS. Epidemiology of Eye-Related Emergency Department Visits. *JAMA Ophthalmol*. 2016;134(3):312-9.
 88. Marsot-Dupuch K, Bobin S. Les urgences en pathologie ORL et maxillo-faciale de la clinique à l'image de l'image au traitement. 2008.
 89. Chiche L, Roupie E, Delassus P. Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux Urgences. 2008.
 90. Dr Papa Saloum DIOP et al. Prise en charge diagnostique des abdomens aigües non traumatiques au service des urgences de l'hôpital général de Grand-Yoff. 2011.
 91. Nallet O, Marcaggi X. Troponine hyper sensible et syndromes coronariens aigus non ST plus. 2015;3.
 92. Marcaggi X, Belle L. Procédures fast-track pour une prise en charge ambulatoire des pathologies cardiologiques aigües aux urgences. *Ann Cardiol Angéiologie*. 2016;65(5):291-2.
 93. Diallo LL, Diallo S, Diallo IM, Souaré IS, Camara K, Soumaoro E, et al. Urgences neurologiques : aspects clinique, étiologique et évolutif observés à l'hôpital de l'Amitié Sino-Guinéenne HASIGUI de Kipé/Conakry. *Rev Neurol (Paris)*. 2018;174:S148.
 94. Lucas C, Pruvo J-P, Vermersch P, Pertuzon B, Defebvre L, Leclerc X, et al. Les urgences neurologiques. *J Neuroradiol*. 2004;31(4):244-51.
 95. Société Française de Neuro-Vasculaire (SFNV). Accident vasculaire cérébral - Campagne d'information 2018. 2018.
 96. Collège des Enseignants de Pneumologie. Embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde. Prescription et surveillance des antithrombotiques. 2017.
 97. Espinoza P. Les urgences, partenaires de la justice et de la police. *Trib Sante*. 2007;n° 17(4):55-63.
 98. Boucard S. Le circuit-court aux urgences de Pellegrin: étude descriptive des consultations sur 2 mois. Université de Bordeaux II; 2011.

ANNEXES

Annexe 1 : Exemple de critère d'éligibilité à une prise en charge dans un circuit-court, selon l'état de santé du patient ou selon le type de pathologie en fonction de la spécialité. Tirée de l'Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Critères d'éligibilité	Critères d'exclusion
▪ Patient arrivant debout au mieux : l'arrivée sur un brancard peut apparaître contraignante pour l'envoi du patient en circuit court. Si les locaux le permettent ainsi que son score de gravité (cf. Fiche : Mettre en place la fonction triage au sein de votre service des urgences), il n'y a pas de contre-indication à envoyer les patients vers le circuit court. Certains établissements prennent comme critère l'autonomie du patient et non son mode d'arrivée. ▪ Patient accompagné, pouvant sortir rapidement à la fin des soins, ▪ Patient souffrant d'une pathologie bénigne relevant d'une activité de consultation, ▪ Patient ne relevant pas d'une filière spécifique existant dans l'établissement, ▪ Échelle Visuelle Analogique (EVA) faible, ▪ Mobilisant au maximum 1 médecin et 1 IDE, ▪ Patient avec une durée de passage prévisionnelle inférieure à 1h, ▪ Ne nécessitant à priori pas d'avis spécialisé, Si enfant nécessité qu'il soit coopérant ▪ ...	▪ Score de gravité / échelle de tri témoignant d'une certaine gravité ▪ Patient à déshabiller ▪ Patient non autonome ▪ Examen probable de biologie ▪ Examen probable d'imagerie autre que radio conventionnelle ▪ Hospitalisation probable ▪ Patient allongé ▪ Plaie (ou plaie importante) ▪ ...



Annexe 2 :

Tableau 3 : Caractéristiques des patients adressés par leur médecin traitant/autres médecins dans le secteur

Caractéristiques	Adressé par MT		P-Value
	Non (n=452)	Oui (n=97)	
Sexe Masculin	222 (49%)	45 (46%)	0.71
Âge, années, (DS)	38.1 ($\pm$ 17.3)	45.8 ($\pm$ 20.0)	<0.001
Jour de passage :			
L – V 08-20	407 (90%)	84 (87%)	0.41
Samedi 08-14	44 (9.7%)	13 (13%)	0.37
Temps de passage au SAU :			
<3H	287 (63%)	48 (49%)	0.014
3-6H	124 (27%)	25 (26%)	0.84
>6H	42 (9.3%)	24 (25%)	<0.001
Moyen d'arrivée des patients :			
Propre moyen	441 (97.6%)	91 (93.8%)	0.096
Pompier	6 (1.3%)	0 (0%)	0.6
SAMU	0 (0%)	0 (0%)	NA
Ambulance	7 (1.5%)	6 (6.2%)	0.016
PEC initiale :			
Senior	150 (33%)	33 (34%)	0.97
Interne	299 (66%)	63 (65%)	0.91
Antécédents :			
Ins respiratoire*	2 (0.6%)	3 (3.8%)	0.052
Ins cardiaque/cardiopathie* 34% (10%)		17(21%à	0.013
AVC*	1 (0.3%)	4 (5%)	<0.01
Cancer*	6 (1.8%)	7 (8.8%)	<0.01
Diabète*	17 (5.1%)	6 (7.5%)	0.42
Pathologie rhumatologie	12 (3.6%)	6 (7.5%)	0.13
Traitements :			
Cardiotrope*	35 (11%)	10 (12%)	0.85
ATC/AAG*	20 (6.2%)	12 (15%)	0.019
ADO/insuline	16 (4.9%)	5 (6.2%)	0.58
Immunosuppresseur*	5 (1.5%)	2 (2.5%)	0.63
Motif de consultation :			
Cardiologique	7 (1.5%)	9 (9.3%)	<0.001
Pneumologique	14 (3.1%)	3 (3.1%)	1,00
Traumatologie/orthopédie	147 (33%)	7 (7.2%)	<0.001
Rhumatologie	53 (12%)	7 (7.2%)	0.27
HGE	29 (6.4%)	6 (6.2%)	1,00
Ophtalmologie	25 (5.5%)	5 (5.2%)	1,00
ORL	22 (4.9%)	7 (7.2%)	0.49

Dermatologie	19 (4.2%)	4 (4.1%)	1,00
Neurologie	12 (2.7%)	11 (11%)	<0.001
Maladie infectieuse	13 (2.9%)	3 (3.1%)	1,00
Stomatologie/dentaire	37 (8.2%)	11 (11%)	0.42
Psychiatrie	37 (8.2%)	11 (11%)	0.42
Urologie - gynécologie	17 (3.8%)	6 (6.2%)	0.27
Résultats bio/Radio anormaux 2 (0.44%)		7 (7.2%)à	<0.001
Signes généraux : asthénie, ...7 (1.5%)		0 (0%)	0.61
Médocjudiciaire	10 (2.2%)	0 (0%)	0.22
Consultation simple	150 (33%)	18 (19%)	<0.01
Ressources mobilisées			
Examen biologique	55 (12%)	27 (28%)	<0.001
Imageries	183 (40%)	40 (41%)	0.98
Avis Spécialisé Tél.	21 (4.7%)	10 (10%)	0.053
Consultation spécialisé	112 (25%)	48 (49%)	<0.001
Actes techniques, dont :	28 (6.2%)	5 (5.2%)	0.87
Sutures	21 (4.6%)	0 (0%)	0.035
Plâtres	7 (1.5%)	2 (2.1%)	0.66
Autres	3 (0.66%)	3 (3.1%)	0.071
Devenir :			
RAD	408 (90.3%)	76 (78%)	<0.01
Hospitalisation conventionnelle	40 (8.8%)	19 (20%)	<0.01
UHCD			
Examen différé	45 (10%)	13 (13%)	0.41
Consultation externe	51 (11%)	20 (21%)	0.02

Abréviations : ADO= antidiabétique oraux ; AGG = antiagrégant ; ATC=anticoagulant ; AVC=Accident vasculaire cérébral ; DS=déviat ion standard ; HGE= hépato-gastro-entérologue ; Ins.=Insuffisance ; L = lundi ; MT=médecin traitant ; ORL= Oto-rhino-laryngologiste ; PEC= prise en charge ; P-Value=valeurs de P ; RAD=retour à domicile ; SAU : service d'accueil des urgences ; Tél= téléphonique ; UHCD=unité d'hospitalisation courte durée ; V=vendredi ;

- 14 données manquantes

Annexe 3 :

Tableau 4 : Caractéristiques des patients venus de leur propre initiative dans le secteur Orange

Caractéristiques	Consultant de leur propre initiative		P-Value
	Non (n=126)	Oui (n=423)	
Sexe Masculin	59 (47%)	208 (49%)	0.72
Age mean	45.7 (± 20.2)	37.6 (± 16.9)	<0.001
Jour de passage :			
L – V 08-20	110 (87%)	381 (90.1%)	0.47
Samedi 08-14	16 (13%)	41 (9.7%)	0.42
Temps de passage au SAU :			
<3H	62 (49%)	273 (65%)	<0.01
3-6H	35 (28%)	114 (27%)	0.94
>6H	29 (23%)	37 (8.8%)	<0.001
Moyen d'arrivée des patients :			
Propre moyen	111 (88%)	421 (99.53%)	<0.001
Pompier	4 (3.2%)	2 (0.47%)	0.027
SAMU	0 (0%)	0 (0%)	NA
Ambulance	12 (9.5%)	1 (0.24%)	<0.001
PEC initiale :			
Senior	51 (40%)	132 (31%)	0.067
Interne	74 (59%)	288 (68%)	0.066
Antécédents :			
Ins. Respiratoire*	5 (5%)	0 (0%)	<0.001
Ins cardiaque/cardiopathie*	20 (20%)	31 (9.9%)	0.013
AVC*	4 (4%)	1 (0.32%)	0.013
Cancer*	7 (7%)	6 (1.9%)	0.019
Diabète*	8 (8%)	15 (4.8%)	0.34
Maladie de système	5 (5%)	8 (2.6%)	0.32
Pathologie rhumatologique*	7 (7%)	11 (3.5%)	0.16
Traitements :			
Cardiotrope*	13 (13%)	32 (11%)	0.65
ATC/AAG*	15 (15%)	17 (5.6%)	<0.01
ADO/insuline	7 (6.9%)	14 (4.6%)	0.51
Immunosuppresseur*	2 (2%)	5 (1.6%)	0.69
Motif de consultation :			
Cardiologie	9 (7.1%)	7 (1.7%)	<0.01
Pneumologie	3 (2.4%)	14 (3.3%)	0.77
Traumatologie/orthopédie	21 (17%)	133 (31%)	<0.01
Rhumatologie	7 (5.6%)	53 (13%)	0.041
HGE	7 (5.6%)	28 (6.6%)	0.82
Ophtalmologie	7 (5.6%)	23 (5.4%)	1,00

ORL	7 (5.6%)	22 (5.2%)	1,00
Dermatologie	5 (4%)	18 (4.3%)	1,00
Neurologie	11 (8.7%)	12 (2.8%)	<0.01
Maladie infectieuse	4 (3.2%)	12 (2.8%)	0.77
Stomatologie/dentaire	13 (10%)	35 (8.3%)	0.59
Psychiatrie	18 (14%)	30 (7.1%)	0.02
Urologie - gynéco	6 (4.8%)	17 (4%)	0.91
Résultats bio/Radio anormaux	7 (5.6%)	2 (0.47%)	<0.001
Signes généraux : asthénie, ...	0 (0%)	7 (1.7%)	0.36
Médocjudiciaire	0 (0%)	10 (2.4%)	0.13
Consultation simple	21 (17%)	147 (35%)	<0.001
Ressources mobilisées			
Examen biologique	29 (23%)	53 (13%)	<0.01
Imagerie	47 (37%)	176 (42%)	0.45
Avis Spécialisé Tél.	10 (7.9%)	21 (5%)	0.3
Consultation spécialisée	69 (55%)	91 (22%)	<0.001
Actes techniques, dont :	9 (7.1%)	24 (5.7%)	0.7
Sutures	3 (2.4%)	18 (4.3%)	0.43
Plâtres	3 (2.4%)	6 (1.4%)	0.44
Autres	3 (2.4%)	3 (0.71%)	0.14
Devenir :			
RAD	98 (78%)	386 (91.3%)	<0.001
Hospitalisation conventionnelle	26 (21%)	33 (7.8%)	<0.001
Examen différé	16 (13%)	42 (9.9%)	0.47
Consultation externe	23 (18%)	48 (11%)	0.061

Abréviations : ADO= antidiabétique oraux ; AGG = antiagrégant ; ATC=anticoagulant ; AVC=Accident vasculaire cérébral ; DS=déviation standard ; HGE= hépato-gastro-entérologue ; Ins.=Insuffisance ; L = lundi ; MT=médecin traitant ; ORL= Oto-rhino-laryngologiste ; PEC= prise en charge ; P-Value=valeurs de P ; RAD=retour à domicile ; SAU : service d'accueil des urgences ; Tél.=téléphonique ; UHCD=unité d'hospitalisation courte durée ; V=vendredi ;

- 63 données manquantes

Annexe 4 :

Tableau 5 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif
Traumatologique/orthopédique par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange

Caractéristiques	Motif Traumatologie/Orthopédie		P-Value
	Non (n=395)	Oui (n=154)	
Sexe Masculin	201 (51%)	66 (43%)	0.11
Âge, moyenne, (DS)	39.8 (±18.0)	38.6 (±18.0)	0.5
Temps de passage au SAU :			
<3H	226 (57%)	109 (71%)	<0.01
3-6h	112 (28%)	37 (24%)	0.36
>6H	57 (14%)	9 (5.8%)	<0.01
Provenance			
Propre initiative	290 (73%)	133 (86%)	<0.01
MT/autres médecins	90 (23%)	7 (4.5%)	<0.001
Établissement	7 (1.8%)	10 (6.5%)	0.01
PEC initiale :			
Senior	139 (35%)	44 (29%)	0.17
Interne	254 (64%)	108 (70%)	0.23
Consultation simple	152 (38%)	16 (10%)	<0.001
Ressources mobilisées			
Examen biologique	79 (20%)	3 (1.9%)	<0.001
Imageries	107 (27%)	116 (75%)	<0.001
Avis Spécialisé Tél	29 (7.4%)	2 (1.3%)	0.01
Consultation spécialisée	128 (32%)	32 (21%)	<0.01
Actes techniques, dont :	9 (2.3%)	24 (16%)	<0.001
Sutures	2 (0.51%)	19 (12%)	<0.001
Plâtres	2 (0.51%)	7 (4.5%)	<0.01
Autre	6 (1.5%)	0 (0%)	NA
Devenir :			
RAD	341 (86%)	143 (92.9%)	0.048
Hospitalisation conventionnelle	48 (12%)	11 (7.1%)	0.12
UHCD	3 (0.76%)	0 (0%)	NA
Examen différés	46 (12%)	12 (7.8%)	0.24
Consultation externe	51 (13%)	20 (13%)	1,00

Abréviations : DS=déviat ion standard ; MT=médecin traitant ; NA=non analysable ; PEC = prise en charge ; RAD=retour à domicile ;
SAU= Service d'accueil des urgences ; Tél.= téléphonique ; UHCD=Unité d'hospitalisation courte durée

Annexe 5 :

Tableau 6 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif Rhumatologie par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange

Caractéristiques	Motif Rhumatologie		P-Value
	Non (n=489)	Oui (n=60)	
Sexe Masculin	245 (50%)	22 (37%)	0.068
Âge, moyenne, (DS)	39.2 ($\pm$ 18.3)	41.7 ($\pm$ 15.4)	0.25
Temps de passage au SAU :			
<3H	290 (59%)	45 (75%)	0.027
3-6h	138 (28%)	11 (18%)	0.14
>6H	62 (13%)	4 (6.7%)	0.25
Provenance			
Propre initiative	370 (76%)	53 (88%)	0.041
MT/autres médecins	90 (18%)	7 (12%)	0.27
Établissement	17 (3.5%)	0 (0%)	NA
Antécédents :			
Ins. Respiratoire	5 (1.4%)	0 (0%)	NA
Ins. Cardiaque/cardiopathie	48 (13%)	3 (6.1%)	0.24
AVC	4 (1.1%)	1 (2%)	0.47
Cancer	11 (3%)	2 (4.1%)	0.66
Diabète	21 (5.8%)	2 (4.1%)	1.00
Pathologie rhumatismale	8 (2.2%)	10 (21%)	<0.001
Consultation simple	141 (29%)	27 (45%)	0.016
Ressources mobilisées			
Examen biologique	76 (16%)	6 (10%)	0.34
Imageries	194 (40%)	29 (48%)	0.25
Avis Spécialisé Tél.	29 (5.9%)	2 (3.4%)	0.56
Consultation spécialisé	155 (32%)	5 (8.3%)	<0.001
Actes techniques, dont :	33 (6.7%)	0 (0%)	NA
Devenir :			
RAD	427 (87%)	57 (95%)	0.13
Hospitalisation conventionnelle	57 (12%)	2 (3.3%)	0.081
Examen différés	48 (9.8%)	10 (17%)	0.16
Consultation externe	65 (13%)	6 (10%)	0.61

Abréviations : DS=déviat ion standard ; Ins = Insuffisance ; MT=médecin traitant ; NA=non analysable ; PEC = prise en charge ; RAD=retour à domicile ; SAU= Service d'accueil des urgences ; Tél.=Téléphonique ; UHCD=Unité d'hospitalisation courte durée

Annexe 6 :

Tableau 7 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif Psychiatrie par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange

Caractéristiques	Motif psychiatrie		P-Value
	Non (n=501)	Oui (n=48)	
Sexe Masculin	238 (48%)	29 (60%)	0.12
Âge, moyenne, (DS)	39.6 (±18.0)	37.6 (±17.9)	0.45
Temps de passage au SAU :			
<3H	317 (63%)	18 (38%)	<0.001
3-6h	126 (25%)	23 (48%)	<0.01
>6H	59 (12%)	7 (15%)	0.69
Provenance			
Propre initiative	393 (78%)	30 (62%)	0.02
MT/autres médecins	86 (17%)	11 (23%)	0.42
Établissement	13 (2.6%)	4 (8.3%)	0.052
PEC initiale :			
Senior	155 (31%)	28 (58%)	<0.001
Interne	342 (68%)	20 (42%)	<0.001
Consultation simple	166 (33%)	2 (4.2%)	<0.001
Ressources mobilisées			
Avis Spécialisé tél.	30 (6%)	1 (2.1%)	0.51
Consultation spécialisée	115 (23%)	45 (93.8%)	<0.001
Devenir :			
RAD	455 (90.8%)	29 (60%)	<0.001
Hospitalisation conventionnelle	41 (8.2%)	18 (38%)	<0.001
UHCD	2 (0.4%)	1 (2.1%)	0.24

Abréviations : DS=déviati on standard ; MT=médecin traitant ; PEC = prise en charge ; RAD=retour à domicile ; SAU= Service d'accueil des urgences ; Tél.=téléphonique ; UHCD=Unité d'hospitalisation courte durée

Annexe 7 :

Tableau 8 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif Dentaire/Stomatologie par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange

Caractéristiques	Motif Dentaire/Stomatologie		P-Value
	Non (n=501)	Oui (n=48)	
Sexe Masculin	243 (49%)	24 (50%)	0.96
Âge, moyenne, (DS)	39.9 (±18.3)	34.2 (±14.3)	0.012
Temps de passage au SAU :			
<3H	300 (60%)	35 (73%)	0.11
3-6h	139 (28%)	10 (21%)	0.39
>6H	63 (13%)	3 (6.2%)	0.29
Provenance			
Propre initiative	388 (77%)	35 (73%)	0.59
MT/autres médecins	86 (17%)	11 (23%)	0.42
Établissement	15 (3%)	2 (4.2%)	0.65
Consultation simple	144 (29%)	24 (50%)	<0.01
Ressources mobilisées			
Examen biologique	79 (16%)	3 (6.2%)	0.12
Imageries	207 (41%)	16 (33%)	0.36
Avis Spécialisé Tél.	29 (5.8%)	2 (4.2%)	1
Consultation spécialisé	142 (28%)	18 (38%)	0.24
Actes techniques, dont :	3 (0.6%)	3 (6.2%)	0.01
Devenir :			
RAD	439 (88%)	45 (93.8%)	0.31
Hospitalisation conventionnelle	56 (11%)	3 (6.2%)	0.42
UHCD	3 (0.6%)	0 (0%)	NA
Examen différés	49 (9.8%)	9 (19%)	0.092
Consultation externe	54 (11%)	17 (35%)	<0.001

Abréviations : DS=déviati on standard ; MT=médecin traitant ; PEC = prise en charge ; RAD=retour à domicile ; SAU= Service d'accueil des urgences ; Tél.=téléphonique ; UHCD=Unité d'hospitalisation courte durée

Annexe 8 :

Tableau 9 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif HGE par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange

Caractéristiques	Motif HGE		P-Value
	Non (n=514)	Oui (n=35)	
Sexe Masculin	250 (49%)	17 (49%)	1
Âge, moyenne, (DS)	39.2 (±18.1)	42.3 (±17.6)	0.32
Temps de passage au SAU :			
<3H	322 (63%)	13 (37%)	<0.01
3-6h	138 (27%)	11 (31%)	0.69
>6H	55 (11%)	11 (31%)	<0.01
Provenance			
Propre initiative	395 (77%)	28 (80%)	0.82
MT/autres médecins	91 (18%)	6 (17%)	1
Établissement	17 (3.3%)	0 (0%)	NA
Consultation simple	153 (30%)	15 (43%)	0.15
Ressources mobilisées			
Examen biologique	65 (13%)	17 (49%)	<0.001
Imageries	213 (41%)	10 (29%)	0.19
Avis Spécialisé Tél.	31 (6.1%)	0 (0%)	NA
Consultation spécialisé	152 (30%)	8 (23%)	0.51
Actes techniques, dont :	32 (6.2%)	1 (2.9%)	0.71
Devenir :			
RAD	456 (89%)	28 (80%)	0.17
Hospitalisation conventionnelle	52 (10%)	7 (20%)	0.085
UHCD	3 (0.58%)	0 (0%)	NA
Examen différés	55 (11%)	3 (8.6%)	1
Consultation externe	69 (13%)	2 (5.7%)	0.29

Abréviations : DS=déviat ion standard ; HGE=Hépat o-gastro-entérologie ; MT=médecin traitant ; PEC = prise en charge ; RAD=retour à domicile ; SAU= Service d'accueil des urgences ; Tél.=téléphonique ; UHCD=Unité d'hospitalisation courte durée

Annexe 9 :

Tableau 10 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif ORL par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange

Caractéristiques	Motif ORL		P-Value
	Non (n=520)	Oui (n=29)	
Sexe Masculin	252 (48%)	15 (52%)	0.88
Âge, moyenne, (DS)	39.4 (±17.9)	40.2 (±19.6)	0.92
Temps de passage au SAU :			
<3H	315 (61%)	20 (69%)	0.48
3-6h	144 (28%)	5 (17%)	0.31
>6H	62 (12%)	4 (14%)	0.77
Provenance			
Propre initiative	401 (77%)	22 (76%)	1
MT/autres médecins	90 (17%)	7 (24%)	0.49
Établissement	17 (3.3%)	0 (0%)	1
Consultation simple	147 (28%)	21 (72%)	<0.001
Ressources mobilisées			
Examen biologique	79 (15%)	3 (10%)	0.6
Imageries	220 (42%)	3 (10%)	<0.01
Avis Spécialisé Tél.	28 (5.4%)	3 (10%)	0.22
Consultation spécialisée	157 (30%)	3 (10%)	0.038
Actes techniques	33 (6.4%)	0 (0%)	NA
Devenir :			
RAD	457 (88%)	27 (93.1%)	0.56
Hospitalisation conventionnelle	57 (11%)	2 (6.9%)	0.76
UHCD	3 (0.58%)	0 (0%)	NA
Examen différés	56 (11%)	2 (6.9%)	0.76
Consultation externe	65 (12%)	6 (21%)	0.25

Annexe 10

Tableau 11: : Caractéristiques de la population consultant pour un motif Ophtalmologie par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange

Caractéristiques	Motif ophtalmologie		P-Value
	Non (n=519)	Oui (n=30)	
Sexe Masculin	256 (49%)	11 (37%)	0.25
Âge, moyenne, (DS)	39.2 (±17.9)	44.2 (±20.1)	0.18
Temps de passage au SAU :			
<3H	309 (60%)	26 (87%)	<0.01
3-6h	146 (28%)	3 (10%)	0.05
>6H	65 (13%)	1 (3.3%)	0.24
Provenance			
Propre initiative	400 (77%)	23 (77%)	1
MT/autres médecins	92 (18%)	5 (17%)	1
Établissement	17 (3.3%)	0 (0%)	NA
Consultation simple	156 (30%)	12 (40%)	0.34
Ressources mobilisées			
Examen biologique	81 (16%)	1 (3.3%)	0.068
Imageries	222 (43%)	1 (3.3%)	<0.001
Avis Spécialisé Tél.	24 (4.6%)	7 (23%)	<0.001
Consultation spécialisé	148 (29%)	12 (40%)	0.25
Actes techniques	33 (6.4%)	0 (0%)	NA
Devenir :			
RAD	457 (88%)	27 (90%)	1
Hospitalisation conventionnelle	57 (11%)	2 (6.7%)	0.76
UHCD	3 (0.58%)	0 (0%)	NA
Examen différés	58 (11%)	0 (0%)	NA
Consultation externe	68 (13%)	3 (10%)	0.78

Abréviations : DS=déviat ion standard ; MT=médecin traitant ; PEC = prise en charge ; RAD=retour à domicile ; SAU= Service d'accueil des urgences ; Tél.=téléphonique ; UHCD=Unité d'hospitalisation courte durée

Annexe 11 :

Tableau 12 : Caractéristiques de la population consultant pour un motif Cardiologie par rapport aux autres motifs dans le secteur Orange

Caractéristiques	Motif Cardiologique		P-Value
	Non (n=533)	Oui (n=16)	
Sexe Masculin	259 (49%)	8 (50%)	1,00
Âge, moyenne, (DS)	39.2 (±17.9)	48.2 (±21.3)	0.098
Temps de passage au SAU :			
<3H	326 (61%)	9 (56%)	0.89
3-6h	145 (27%)	4 (25%)	1,00
>6H	63 (12%)	3 (19%)	0.43
Provenance			
Propre initiative	416 (78%)	7 (44%)	<0.01
MT/autres médecins	88 (17%)	9 (56%)	<0.001
Établissement	17 (3.2%)	0 (0%)	NA
Antécédents :			
Ins respiratoire	4 (1%)	1 (6.2%)	0.18
Ins cardiaque/cardiopathie	46 (12%)	5 (31%)	0.036
AVC	5 (1.3%)	0 (0%)	NA
Cancer	12 (3%)	1 (6.2%)	0.41
Diabète	21 (5.3%)	2 (12%)	0.22
Pathologie rhumatismale	18 (4.6%)	0 (0%)	NA
Traitements :			
Cardiotrope	41 (11%)	4 (25%)	0.09
ATC/AAG*	28 (7.2%)	4 (25%)	0.03
ADO/insuline	19 (4.9%)	2 (12%)	0.2
Immunosuppresseur	7 (1.8%)	0 (0%)	NA
Consultation simple	163 (31%)	5 (31%)	1,00
Ressources mobilisées			
Examen biologique	74 (14%)	8 (50%)	<0.001
Imageries	215 (40%)	8 (50%)	0.61
Avis Spécialisé	30 (5.6%)	1 (6.2%)	0.61
Consultation spécialisé	156 (29%)	4 (25%)	1,00
Devenir :			
RAD	470 (88%)	14 (88%)	1,00
Hospitalisation conventionnelle	57 (11%)	2 (12%)	0.69
UHCD	3 (0.56%)	0 (0%)	NA
Examen différés	55 (10%)	3 (19%)	0.23
Consultation externe	69 (13%)	2 (12%)	1,00

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ETAT DES LIEUX DU SECTEUR ORANGE DU CHU DE CAEN ET IDENTIFICATION DES CONSULTATIONS SANS ACTE DIAGNOSTIQUE NI THERAPEUTIQUE

ABSTRACT

Introduction : L'augmentation constante du recours aux urgences est responsable d'un engorgement des SAU. En 2015, un circuit court a ouvert au CHU de Caen pour répondre à l'afflux croissant de patients, mais là encore son activité ne cesse de croître et représente aujourd'hui près de 40 % des passages totaux du SAU. Le but de notre étude est de faire un état des lieux du secteur Orange et sur la période horaire étudiée d'évaluer et identifier les consultations sans actes diagnostiques ni thérapeutiques (SADNT).

Méthode : Il s'agit d'une analyse rétrospective observationnelle des patients accueillis dans le secteur Orange au SAU du CHU Caen, aux heures ouvrables, sur la période du 5 au 18 mars 2018. Les caractéristiques des patients à l'arrivée, ainsi que la réalisation d'actes diagnostiques et thérapeutiques, et leur devenir ont été recueillis. L'incidence et les facteurs associés à une consultation SADNT ont été identifiés.

Résultats : Les consultations SADNT représentent 30% des passages dans le secteur Orange aux heures ouvrables. Les principaux motifs de ces consultations étaient la rhumatologie (16% vs 8.7% ; $p=0.016$), stomatologie/dentaire (14% vs 6.3%, $p<0.01$), ORL (12% vs 2.1% $p<0.01$). Leur temps de passage est inférieur à trois heures ($OR=4.03$; $p<0.001$). Le fait d'être adressé par un médecin est un facteur prédictif indépendant de ne pas être une consultation SADNT ($OR=0.364$; $p<0.01$), de même que se présenter pour un motif d'ordre traumatologique ($OR=0.0801$; $p<0.001$).

Conclusion : Près d'un tiers des consultations du secteur Orange aurait pu être assuré en cabinet de médecine générale de ville. L'information des patients sur le parcours de soins et le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de nombreux motifs de consultation au SAU, est un élément clé dans l'amélioration du circuit piéton.

Mots clés : Urgences, surcharge, circuit-court, médecin généraliste

ORANGE AREA ACTIVITY REPORT IN THE EMERGENCY DEPARTEMENT (ED) OF CAEN UNIVERSITY HOSPITAL AND IDENTIFICATION OF THE CONSULTATION WITHOUT ANY DIAGNOSIS OR TREATMENT ACT.

ABSTRACT

Introduction: Overcrowding is a common issue confronting EDs today. In 2015, a fast-track unit, the "Orange Area" opened in Caen University Hospital, in order to optimize the ED effectiveness and length of stay. In the response to the constant increase in patient numbers, and is now handling 40% of the total visits to the ED. The aim of our study is to make an assessment of the fast-track unit and, over the study period, to evaluate and identify the consultations without any diagnosis or treatment act (DOTA).

Method: The data of patients received in the Orange unit of the emergency services in Caen-CHU, during working hours, between the 5th and 18th of March 2018 were retrospectively analyzed. The patient's characteristics and their outcomes were gathered, as well as DOTA performed. The impact and the factors associated with a consultation without DOTA have been identified.

Results: The consultations without DOTA represented 30% of the Orange Unit consultation during working hours. The main reasons for these consultations were rheumatological (16% vs 8.7% $p = 0.016$), dental stomatology (14% vs 6.3% $p < 0.01$), ENT (12% vs 2.1% $p < 0.01$). Time taken to process them were less than 3 hours ($OR = 4.03$; $p < 0.01$). A previous GP consultation is an independent predictive factor in not resulting in a consultation without DOTA ($OR = 0.364$; $p < 0.01$), in the same way as presenting for a traumatological reason ($OR = 0.0801$; $p < 0.001$).

Conclusion: Almost a third of the Orange Unit consultations could have been dealt with in the practice of a GP in town. Information for patients about the healthcare circuit and the role of the GP in the care of many consultation reasons in the emergency services, is a key element in the improvement of the fast-track unit.

Key words: Emergency, overcrowding, fast-track unit, general practitioner