



HAL
open science

Une échelle de tri pour les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen ? : point de vue des professionnels de santé

Natasha Caretti

► To cite this version:

Natasha Caretti. Une échelle de tri pour les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen ? : point de vue des professionnels de santé. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03139198

HAL Id: dumas-03139198

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03139198>

Submitted on 11 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Ecole de sages-femmes
de Caen

Une échelle de tri pour les urgences
gynéco-obstétricales du CHU de Caen ?
Point de vue des professionnels de santé

Sous la direction de Laura Levallois

Caretti Natasha

22 juin 1994

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Années universitaires 2016/2020



CAEN - CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Bibliothèque universitaire Santé

Adresse Pôle des formations et de recherche en santé - 2 rue des Rochambelles - CS 14032 - 14032 CAEN CEDEX 5

Tél 02 31 56 82 06

Courriel bibliotheque.sante@unicaen.fr

Internet scd.unicaen.fr/

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier l'école de sages-femmes et le Centre Hospitalier Universitaire de Caen pour leurs enseignements théorique et pratique qui font de moi la sage-femme en devenir que je suis.

Je voudrais remercier ma directrice Laura Levallois pour son accompagnement et son implication, ainsi que les professionnels de santé sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

Je voudrais remercier mes copines Chloé, Elif et Jeanne, sans oublier mon âme-soeur Pauline. Vous êtes mon plus beau souvenir ! L'avenir nous appartient...

J'avais besoin aussi d'écrire à ma famille de coeur et de sang que je les aime très fort.

Depuis l'enfance, ils m'ont laissée libre. Aujourd'hui je leur dois tout, merci mes parents !

Et merci à chacun de vous, ici et ailleurs ; Samantha, Jessica, Isabelle, vous m'avez portée pendant tout ce chemin.

Le dernier mot sera pour ma petite mamie, à qui je dédie ce mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. Qu'est-ce que les urgences en gynécologie et en obstétrique ?	1
1.1. Définitions et cadre réglementaire	1
1.2. Défaut de reconnaissance en France	2
1.3. Le triage : définition et recommandations	2
2. Les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen	3
2.1. Comparaison avec d'autres modèles	3
2.2. Etat des lieux	5
2.3. Quelques chiffres	6
3. Question de recherche	6
3.1. Justification de l'étude	6
3.2. Intérêt	7
3.3. Objectifs	7
3.4. Hypothèses	8
MATERIELS ET METHODE	9
1. Description de l'étude	9
2. Déroulement de l'étude	10
RESULTATS	11
1. Caractéristiques générales	11
2. Etat des lieux	12
2.1. Les points forts	12
2.2. Les points faibles	13
3. Critères de tri	15
4. Proposition d'une échelle de tri	16
4.1. Point de vue des professionnels de santé	16
4.2. Avantages et inconvénients	17

ANALYSE ET DISCUSSION	19
1. Analyse de l'étude	19
2. Discussion	21
2.1. Comparaison avec une autre étude	21
2.2. Réflexion autour de l'analyse des résultats	22
3. Points forts et limites de cette étude	26
CONCLUSION	28

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

INTRODUCTION

Accouchement, hémorragie génitale, grossesse extra-utérine, menace d'accouchement prématuré, douleurs abdominales, infections génitales, victime d'agression sexuelle, mort foetale in utero sont autant de motifs de consultation d'urgences de gynécologie et d'obstétrique. Ces pathologies gynécologiques, liées à la grossesse ou aux suites de couches sont prises en charge jour et nuit par des équipes médicales et paramédicales.

Maternité de niveau trois, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen dispose d'un service d'Urgences Gynéco-Obstétricales (UGO) rattaché à la salle de naissance, qui enregistrait un nombre de 12 000 consultations en 2017.

Face à cette affluence importante, à une activité toujours croissante et des ressources en termes de locaux et de personnels parfois limitées, nous avons discuté, dans ce mémoire, la mise en place d'une échelle de triage et de gravité dans l'intention d'améliorer la prise en charge des patientes et les conditions de travail des professionnels de santé.

1. Qu'est-ce que les urgences en gynécologie et en obstétrique ?

1.1. Définitions et cadre réglementaire

Une urgence, selon le Larousse, est définie comme « une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement » ; les urgences, comme « un service hospitalier où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat ».

Selon l'article R.712-65 du Code de la Santé Publique : « Un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales. »

La gynécologie s'intéresse à la femme et aux maladies touchant l'appareil génital féminin ; l'obstétrique, à la femme enceinte et son enfant à naître. Ces deux spécialités de la médecine et chirurgie sont intimement liées, en termes de champ de compétences ou d'organisation de services, notamment les structures d'urgence.

L'article R.6123-43 du Code de la Santé Publique stipule que « l'unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance ». Il convient alors de préciser qu'en obstétrique, une urgence telle qu'un accouchement imminent nécessitera une prise en charge rapide sans devenir une situation pathologique.

1.2. Défaut de reconnaissance en France

La reconnaissance des urgences gynéco-obstétricales était un problème soulevé par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), et étudié lors de leurs journées nationales en 2006 : devant une affluence grandissante et une activité importante, les services de gynécologie-obstétrique en charge des urgences se retrouvent en sous-effectif et semblent manquer de moyens. Le CNGOF avait donc formulé, le 18 décembre 2006, dans une lettre envoyée au ministère de la Santé, la réévaluation du personnel médical et non médical, estimé sur le nombre de venues aux urgences gynéco-obstétricales plutôt que sur le nombre de naissances en maternité. Cette demande s'inscrivait dans une démarche de qualité des soins et de sécurité des patientes, faisant écho au « Plan Urgences » 2004-2008 dans lequel seules les urgences générales et pédiatriques étaient considérées [1].

1.3. Le triage : définition et recommandations

Depuis 1970, le triage médical permet de déterminer le degré de gravité des blessures, de l'état des patients et le degré de priorité aux soins et traitements à suivre [2]. En France, dans les services d'urgences générales, le tri repose sur la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU). Cette évaluation est effectuée en fonction de l'interrogatoire et de l'examen clinique, et permet de placer le patient dans l'une des sept classes de la CCMU selon le pronostic médical.

Le triage en structure des urgences a été formalisé par des recommandations d'experts de la Société Française de Médecine d'Urgence en 2013. Le tri des malades consultant en service d'urgence se révèle nécessaire dans la gestion du flux, l'optimisation des délais afin de leur garantir une prise en charge adaptée au degré d'urgence évalué [3].

Quatre étapes seraient nécessaires à la mise en place efficiente d'un processus de tri aux urgences : la mise en place d'une infirmière d'accueil et d'orientation ainsi que d'une grille de tri, la formation des équipes et l'appropriation de cette grille, l'évaluation de l'impact sur les pratiques ainsi que le dialogue avec les équipes et l'adaptation de la grille [4].

2. Les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen

2.1. Comparaison avec d'autres modèles

Aux urgences de gynécologie et d'obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Genève (Suisse) par exemple, le degré de gravité est défini en fonction de l'état clinique de la patiente, de ses plaintes, ses antécédents ainsi que de ses paramètres vitaux tels que la tension artérielle, le pouls, la température et l'échelle de la douleur. Ce premier contact avec une infirmière ou sage-femme, avant toute consultation médicale, permet de définir un degré d'urgence (de un pour une urgence vitale à quatre pour une situation non urgente) et de déterminer un délai de prise en charge (immédiat à indéterminé) [5]. Cette échelle de tri à quatre niveaux - la « Swiss Emergency Triage Scale » - s'avère être un outil, d'une part valide et fiable pour le triage et la prise en charge des patientes se présentant aux urgences gynéco-obstétricales ; d'autre part, adapté à la formation continue des professionnels de santé afin d'améliorer les soins dispensés aux patientes et le contrôle des coûts des services d'urgence [6].

En Amérique du Nord, l'association des infirmières spécialisées en santé des femmes, obstétrique et néonatalogie a publié en 2018 le « Maternal Fetal Triage Index », un outil destiné au tri des urgences obstétricales. Il se présente comme un arbre de décision, avec des questions fermées concernant le motif de consultation de la patiente, ses plaintes et symptômes ; la réponse - oui ou non - permet d'attribuer à la femme

enceinte un degré de priorité avec un code couleur associé. Chaque catégorie, en fonction des signes vitaux de la patiente et de l'évaluation de sa douleur, propose une prise en charge adaptée à la situation identifiée par le personnel d'accueil [7].

A Montréal (Canada), le personnel soignant a également mis en place un arbre décisionnel pour le processus de triage obstétrical. Dans un premier temps, l'évaluation visuelle ou « quick look » permet d'avoir une vision globale de la patiente en quelques secondes ; elle repose sur le concept « ABCD » de triage et traitement des urgences, qui évalue [8] :

- A = « airway », la libération des voies aériennes (voies respiratoires non obstruées)
- B = « breathing », la ventilation pulmonaire (respiration spontanée)
- C = « circulation », la circulation sanguine (battements cardiaques)
- D = « disability », l'évaluation neurologique (état de conscience)

Dans un deuxième temps, une évaluation brève en moins de deux minutes permet la priorisation et l'orientation des patientes en salle d'accouchement ou en salle d'attente, avant une évaluation complète de plusieurs minutes qui permet de déterminer le degré de priorité et d'orienter les femmes vers l'unité de soins mère-enfant, la salle de naissance, une clinique externe entre autres. De plus, les outils implantés au triage obstétrical ont été rassemblés dans un tableau à quatre niveaux [9] :

1. Immédiat (bleu) pour l'éclampsie, l'arrêt cardio-respiratoire, le choc hémorragique, les traumatismes instables, l'accouchement imminent, la procidence du cordon, l'accouchement hors centre, la bradycardie foetale...
2. Urgent (rouge) entre 15 et 30 minutes : suspicion de pré-éclampsie, douleur thoracique, saignement actif, traumatisme stable, mise en travail avant 34 Semaines d'Aménorrhée (SA) ou sur placenta praevia, rupture utérine, anomalies du rythme cardiaque foetal...
3. Semi-urgent (jaune) entre 30 et 60 minutes : hypertension gravidique, douleur modérée, détresse respiratoire légère, infection maternelle, mise en travail prématurée ou avec césarienne programmée, rupture prématurée des membranes avant terme, anomalies du rythme cardiaque foetal...
4. Moins urgent (vert) entre 60 et 120 minutes : hypertension, douleur légère, chute, rupture prématurée des membranes après 34 SA...

Une autre échelle de tri, l'Echelle d'Acuité du Triage en Obstétrique (EATO), selon cinq catégories, a été conçue au moyen d'un exemple exhaustif de déterminants

obstétricaux par des équipes canadiennes. L'EATO se trouve être la première échelle de triage en obstétrique à compter une fiabilité inter et intra-évaluateur ainsi qu'une validité établies. Elle permet une évaluation standardisée du degré de gravité des patientes à leur arrivée et facilite leur prise en charge en termes de soins et d'orientation en fonction du degré d'urgence [10].

Ces exemples montrent l'importance d'un triage aux urgences obstétricales notamment [11]. Il existe donc à l'international comme en France, des services de gynécologie et d'obstétrique qui utilisent des outils pour le triage des urgences afin de déterminer un degré de priorité corrélé au délai d'attente et une orientation adéquate des patientes.

2.2. Etat des lieux

Depuis le 23 novembre 2009 au Centre Hospitalier Universitaire de Caen, la maternité se trouve dans le bâtiment FEH qui regroupe l'ensemble des activités du pôle Femme-Enfant, dont les urgences gynécologiques et obstétricales font partie. Une équipe constituée de médecins, sages-femmes et aides-soignantes est présente sept jours sur sept et 24 heures sur 24 pour accueillir les patientes et les installer dans une salle de consultation, de pré-travail ou de naissance afin de les examiner et leur proposer une conduite à tenir en termes de soins, examens et traitements, adaptée à leur motif de consultation.

Les Urgences Gynéco-Obstétricales se situent au niveau de la salle de naissance. La patiente se présente au poste de soins où elle est accueillie par un(e) sage-femme, un(e) étudiant(e) sage-femme, une aide-soignante, un(e) interne ou externe en médecine ; elle lui décline son identité et la raison de sa venue aux urgences. La prise en charge sera gynécologique si la femme n'est pas enceinte ou enceinte de moins de 24 Semaines d'Aménorrhée ; elle sera obstétricale à partir de 24 SA. Selon la disponibilité des salles de consultation et le degré d'urgence apprécié par le professionnel de santé, la patiente sera installée de suite ou redirigée en salle d'attente. Il n'y a donc, à ce jour, pas d'outil utilisé pour le triage des patientes se présentant aux UGO du CHU de Caen.

2.3. Quelques chiffres

Avec plus de 3000 accouchements par an, le CHU de Caen comptait à son actif 12 000 consultations gynécologiques et obstétricales en 2017 (selon les statistiques), ce qui représente une moyenne de 33 passages quotidiens aux UGO. En présentiel, l'équipe se compose d'une sage-femme dédiée à l'UGO la journée seulement, du lundi au vendredi, ainsi que d'un interne de gynécologie-obstétrique qui assure en permanence les consultations. A ce jour, il n'y a ni aide-soignante, ni infirmière, ni interne de médecine générale compté dans l'effectif propre à l'UGO. Pourtant, selon l'étude du CNGOF en 2006, les personnels qui seraient nécessaires aux urgences de gynécologie-obstétrique pour une tranche de 10 000 à 12 500 passages annuels sont les suivants : un poste de sage-femme et d'aide-soignante vingt-quatre heures sur vingt-quatre, une infirmière de jour et une secrétaire.

3. Question de recherche

3.1. Justification de l'étude

Actuellement au CHU de Caen, le tri est effectué de manière assez subjective par le personnel soignant - sages-femmes, étudiants, internes, médecins, aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture - qui accueille les patientes aux portes de l'UGO ; le degré de gravité évalué et la décision de priorisation des patientes sont alors soumis à une certaine variabilité, en partie liée à cette multidisciplinarité, et la communication de l'urgence peut être approximative. Sauf situation estimée très urgente, les patientes sont prises en charge par ordre d'arrivée et cela peut engendrer un retard à la prise en charge en période de forte affluence. Une échelle de tri pourrait permettre de réguler le flux de patientes aux urgences, d'organiser l'accueil et l'orientation des consultantes, d'évaluer rapidement le degré de gravité et d'harmoniser les pratiques.

En effet, devant la raréfaction des ressources médicales en ville, la fermeture des petites maternités périphériques et l'augmentation du nombre de maternités à forte capacité d'accueil, le nombre de passages aux urgences gynécologiques et obstétricales connaissent une fréquentation croissante. Il semblerait alors intéressant de s'aligner sur le modèle des urgences générales, déjà adopté dans certains établissements français et

internationaux, en envisageant la mise en place d'une échelle de triage et de gravité pour les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen, afin d'avoir une gestion maîtrisée du flux de patientes et de garantir une prise en charge optimale adaptée au degré d'urgence.

Dans une démarche d'amélioration de la prise en charge des patientes qui se présentent aux urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen et des conditions de travail du personnel soignant, il semblerait intéressant de proposer aux professionnels de santé un outil de triage qui permettrait de prioriser les patientes en fonction du degré de gravité et d'urgence de la situation.

Avant la mise en place d'une telle échelle, il convient de recueillir l'avis des différents intervenants qui accueillent les patientes - à savoir les sages-femmes, les étudiants, les aides-soignantes, les internes et médecins - afin de savoir s'ils seraient favorables à l'utilisation de cet outil dans leur pratique.

3.2. Intérêt

Dans ce contexte, il convient de se demander : au Centre Hospitalier Universitaire de Caen, les professionnels du service des Urgences Gynécologiques et Obstétricales seraient-ils favorables à la mise en place d'une échelle de triage et de gravité, qui permettrait d'améliorer la prise en charge des patientes et les conditions de travail du personnel soignant ?

3.3 Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de recueillir l'avis des professionnels des UGO sur l'intérêt de l'instauration d'une échelle de tri comme aide à la priorisation des patientes.

Il s'agit également de mettre en évidence les critères de tri utilisés implicitement et les facteurs influençant la rapidité de prise en charge, pour tenter d'établir une liste formelle adaptée aux motifs de consultation d'urgence, ainsi que de prendre connaissance des limites d'application d'une échelle de tri selon les professionnels de santé.

3.4 Hypothèses

L'hypothèse principale est que les professionnels de santé seraient favorables à la mise en place d'une échelle de tri pour les Urgences Gynéco-Obstétricales, qui permettrait d'organiser l'accueil et l'orientation des consultantes, afin d'obtenir une prise en charge des patientes adaptée au degré de gravité de leur affection.

Les hypothèses secondaires sont que, selon les professionnels de santé, l'application d'une échelle de tri aux UGO permettrait :

- l'optimisation du délai d'attente des patientes
- l'amélioration des conditions de travail du personnel
- le désengorgement du service.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude qualitative monocentrique réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Caen, concernant l'avis des professionnels de santé sur l'intérêt de la mise en place d'une échelle de tri aux Urgences Gynéco-Obstétricales.

1. Description de l'étude

L'étude est de type transversal, réalisée dans une population donnée et à un moment déterminé dans le but de collecter des informations.

Elle s'est déroulée au sein du pôle Femme-Enfant du CHU de Caen, du 13 décembre 2019 au 2 mars 2020.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être aide-soignante, auxiliaire de puériculture, sage-femme, étudiante sage-femme en cinquième année, interne ou médecin
- travailler en salle de naissance et aux UGO par extension, même si étant actuellement dans d'autres services.

En opposition, étaient exclus de cette étude les autres membres du personnel tels que les agents des services hospitaliers, les étudiantes sages-femmes de deuxième/troisième/quatrième années, les externes ; ainsi que les professionnels de santé n'étant pas amenés à travailler en salle de naissance.

Les outils de recueil de données sont qualitatifs : il s'agit d'entretiens semi-directifs, réalisés sur la base d'un guide d'entretien préalablement rédigé [annexe 1], comprenant 12 questions ouvertes réparties en trois parties que sont les renseignements généraux, les critères de tri et l'application d'une échelle de tri.

L'analyse de données est de type thématique, consistant à transposer l'ensemble des entretiens en un certain nombre de thèmes représentatifs, en rapport avec la problématique posée.

Cette étude a été mise en place à la suite des accords préalablement obtenus, à savoir : dans un premier temps, la validation du travail de recherche par le guichet d'orientation de recherche en santé et de l'engagement de conformité à une étude de pratique de soins par la directrice de mémoire ; dans un second temps, le consentement d'enregistrement [annexe 2] signé par chacune des personnes entretenues.

2. Déroulement de l'étude

Les entretiens ont été menés en présentiel au sein du CHU de Caen sur une période de trois mois, permettant de récolter l'avis de 25 professionnels de santé : 4 aides-soignantes/auxiliaires de puériculture, 11 sages-femmes, 4 étudiantes sages-femmes, 3 internes et 3 médecins.

Chaque entretien, d'une durée de dix minutes environ, a été réalisé de manière isolée avec le professionnel. Les personnes volontaires participant à l'étude ont été sélectionnées aléatoirement par leur simple présence à la maternité les jours d'entrevues. Les entretiens enregistrés ont ensuite été retranscrits de façon anonyme avant d'être soumis à une analyse personnelle des réponses obtenues.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques générales

Au total, 25 entretiens [annexe 3] ont été réalisés avec des professionnels de santé de la maternité du CHU de Caen, selon les critères d'inclusion précédemment exposés. Les renseignements généraux demandés étaient : la profession et l'âge.

- Aides-soignantes, auxiliaires de puériculture
- Internes
- Etudiantes sages-femmes de 5ème année
- Médecins
- Sages-femmes



Figure 1 : Répartition des professions des soignants de l'étude

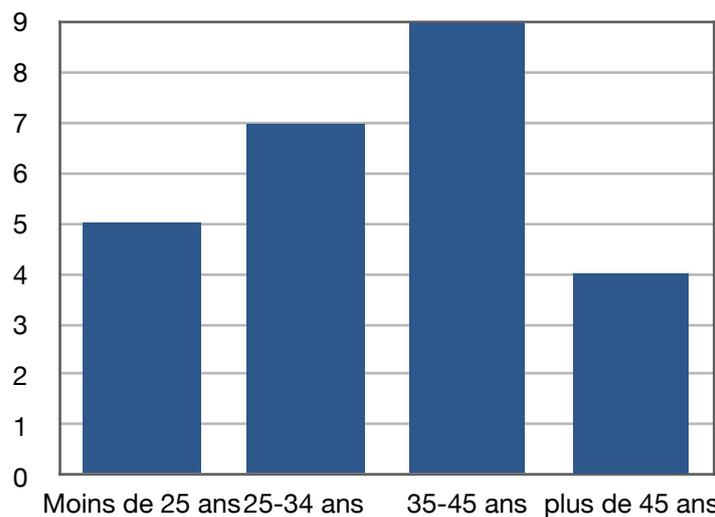


Figure 2 : Répartition des classes d'âge des professionnels de l'étude

2. Etat des lieux

Chaque professionnel de santé a attribué une note - comprise entre 0 (insatisfait) et 10 (très satisfait) - reflétant son degré de satisfaction concernant l'organisation actuelle des UGO du CHU de Caen.

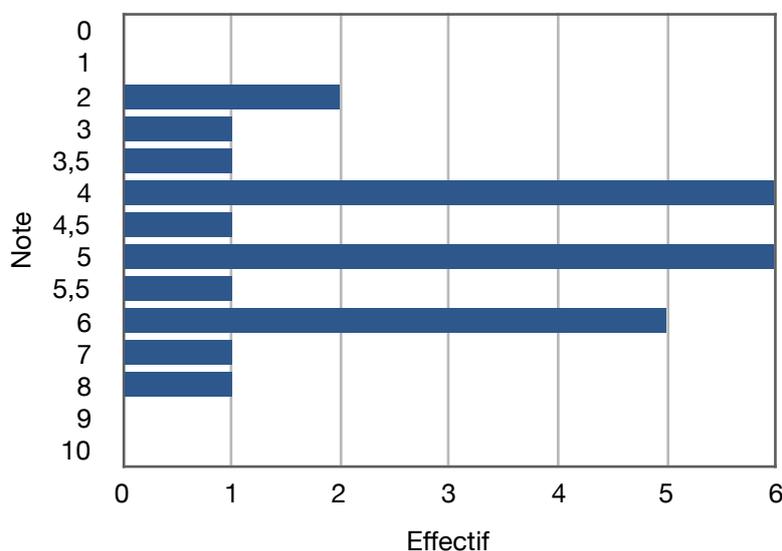


Figure 3 : Répartition des notes attribuées par les professionnels de santé

La moyenne des notes obtenue est de **4,78/10**, soit inférieure à la moyenne générale de 5/10, montrant une certaine insatisfaction du personnel soignant quant à l'organisation actuelle. Les professionnels ont alors exprimé les points forts et les points faibles qui motivaient leur note.

2.1 Les points forts

- En termes de personnel :
 - des professionnels de santé compétents et disponibles dédiés aux UGO : une sage-femme le jour (7h45-17h45) et un interne
 - la présence d'étudiants (médecine, maïeutique) pour débiter les prises en charge
 - la proximité des médecins en Salle De Naissance (SDN) pour les conduites à tenir
- En termes de matériel :
 - des locaux satisfaisants : salle d'attente en visuel, bureaux de consultation, chambre double, salles de pré-travail
 - des équipements satisfaisants : échographe de qualité, ordinateur à double écran

- Concernant l'organisation :
 - la localisation du secteur - indépendant des urgences générales - à proximité de la SDN et du bloc opératoire
 - un planning organisé : maturations/déclenchements le matin, termes dépassés l'après-midi
 - un triage spontané et efficace des patientes, basé sur l'expérience
 - une prise en charge satisfaisante des urgences obstétricales : existence de protocoles, installation rapide des patientes
 - la bonne intégration du fonctionnement du service et du cahier des charges des professionnels
 - le travail de collaboration entre les sages-femmes et les internes
 - l'esprit d'équipe avec la SDN :
 - répartition des tâches et des patientes
 - entraide professionnelle selon l'affluence aux urgences et la charge de travail en salle

2.2 Les points faibles

- En termes de personnel :
 - l'absence d'une sage-femme et d'un interne dédiés aux UGO la nuit
 - le manque d'une personne de tri à l'accueil pour orienter les patientes
 - des jeunes internes postés sans encadrement
 - la dotation en personnel est insuffisante et ne respecte pas les recommandations du CNGOF
- En termes de matériel :
 - des locaux inadaptés : trop petits, mal disposés et agencés
 - un manque de moyens : nombre de lits d'UGO non adapté au nombre d'entrées conduisant à un débordement sur les salles de pré-travail et vice-versa, une accumulation des brancards dans le couloir, voire une absence de prise en charge de l'urgence jugée parfois « inhumaine »
- Concernant l'organisation :
 - une mauvaise organisation spatiale du service ; non-optimisation du nombre de pas

- la mutualisation des urgences gynécologiques, obstétricales et la SDN, avec une salle d'attente partagée parfois source de tensions
- un intervenant en première ligne face au mécontentement, à l'incompréhension, à l'impatience, aux plaintes allant jusqu'à l'agressivité souvent des patientes et des accompagnants en salle d'attente
- l'accueil :
 - inexistant (pas de personne ni de local dédiés, bureau parfois vide) voire insatisfaisant pour les patientes comme le personnel, avec un manque de confidentialité (motif de consultation exposé dans le couloir) et non respect du secret médical
 - mauvaise compréhension des patientes quant aux modalités d'accueil (frapper à la porte pour s'annoncer) conduisant à une attente prolongée voire des oublis
 - aléatoire par des professionnels de formations disparates (sages-femmes ou étudiants, internes, médecins, aides-soignantes, agents des services hospitaliers, brancardiers) ; interrogatoire réalisé par du personnel plus ou moins compétent, conduisant à : une perte ou un biais de l'information, une évaluation subjective avec risques de banalisation du degré d'urgence et d'orientation inadaptée
- le cahier des consultations d'urgences gynécologiques obsolète : transmissions limitées possiblement risques d'oubli, d'erreur ou de retard à la prise en charge
- un « tri » effectué à la porte par les soignants, sans évaluation du degré de gravité et du diagnostic d'urgence, ni renseignements sur l'estimation du délai d'attente et l'organisation de la prise en charge ; critère d'urgence laissé à l'appréciation personnelle du professionnel
- une interruption de tâches permanente :
 - accueil des urgences obstétricales et gynécologiques particulièrement, sollicitations de l'interne pour des actes infirmiers principalement ; dérangement constant source de stress
 - concentration compliquée en SDN par le bruit des sonnettes notamment, les ouvertures de porte, l'occupation du bureau, les sollicitations des patientes et des collègues
 - prise en charge partielle (actes infirmiers) des urgences gynécologiques par les sages-femmes, sans avoir connaissance de l'identité de la patiente ni du contexte : position inconfortable et risque d'erreurs
- une sage-femme d'UGO multi-tâches : sage-femme (consultations programmées et urgences obstétricales), infirmière de gynécologie et secrétaire d'accueil

- la surcharge de travail ; glissement de tâches fréquent entre les sages-femmes d'UGO et de SDN quand l'activité est importante
- en cas de forte affluence, perte de la vision d'ensemble des patientes et de leur motif de consultation d'urgence (noms et motifs notés sur des feuilles volantes accrochées au tableau)
- un nombre trop important de consultations ne relevant pas des urgences : motifs inadaptés, mauvais adressage (médecin généraliste, urgences générales), immédiateté du système de santé
- le délai d'attente prolongé : en salle d'attente et après installation - dans l'expectative de résultats - donc embolisation des lits

3. Critères de tri

Questions posées par le professionnel de santé à une patiente se présentant aux UGO	Critères de tri utilisés par les professionnels pour prioriser les patientes
<ul style="list-style-type: none"> - motif de consultation d'urgence - terme si grossesse - saignements (abondance) - Mouvements Actifs Foetaux [MAF] - Contractions Utérines [CU] (fréquence, durée) - pertes : liquide amniotique, bouchon muqueux - douleur (intensité, localisation) + antalgiques - parité 	<ul style="list-style-type: none"> - métrorragies (intensité) + signes associés : utérus de bois ou abdomen chirurgical, douleur intense, hémodynamique - douleur (sévérité) ressentie et évaluée - diminution/absence des MAF - CU rapprochées - rupture spontanée de la poche des eaux à terme - état général : faciès, attitude - multiparité - fausse couche spontanée - accouchement imminent - vomissements - antécédents médicaux - paramètres vitaux - bien-être maternel et foetal

Les professionnels de santé interrogés sont également influencés par des éléments tels que :

- l'ordre d'arrivée des patientes, à motif de consultation égal et en l'absence de critères de priorité, en cas de forte affluence
- le mode d'arrivée des patientes par le SAMU et les pompiers : la majorité des soignants les prennent en charge de manière logique par légitimité du transport médicalisé d'une part, par souci de logistique d'autre part ; néanmoins ce mode d'arrivée est souvent utilisé à mauvais escient par absence de moyen autonome de locomotion.

4. Proposition d'une échelle de tri

Certains professionnels de santé reconnaissent avoir déjà rencontré des difficultés dans le tri des patientes pour les raisons suivantes :

- un terme limite imprécis : intervalle entre 23 et 25 SA induisant une prise en charge variable par l'interne (gynécologie) ou la sage-femme (obstétrique), en fonction du contexte et selon l'appréciation ainsi que des compétences du soignant qui accueille la patiente
- la gestion des lits et la dotation en personnel en inadéquation avec le flux de patientes
- le statut d'étudiant : manque d'expérience et de confiance pour assurer le tri et la prise en charge des patientes

4.1 Point de vue des professionnels de santé

● Oui ● Peut-être ● Non

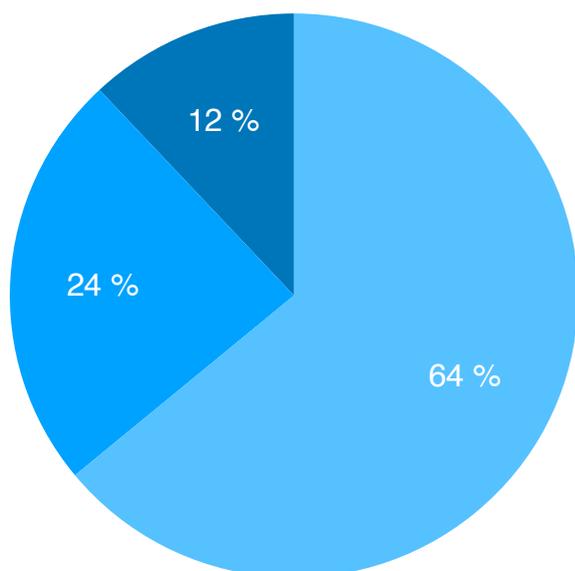


Figure 4

Réponse à la question : *Est-ce qu'un algorithme de tri vous aiderait à prioriser les patientes ?*

● Oui ● Peut-être ● Non

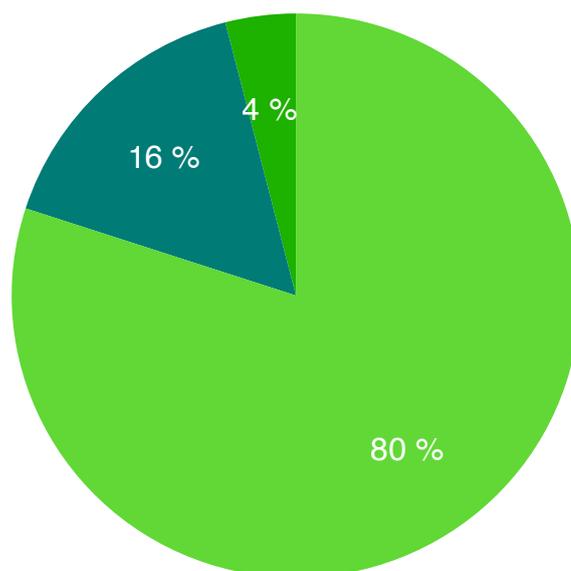


Figure 5

Réponse à la question : *La mise en place d'un outil tel qu'une échelle de triage et de gravité, comme il en existe aux urgences générales notamment, vous semblerait-elle adaptée aux UGO du CHU de Caen ?*

Ainsi, **64%** (n=16) des professionnels de santé interrogés seraient intéressés par un algorithme de tri comme aide à la priorisation des patientes, un outil auquel se référer :

en cas de doute sur la prise en charge, dans des situations d'affluence importante, pour le personnel non médical et intérimaire.

Cependant, **24%** (n=6) d'entre eux estiment leur expérience suffisante pour savoir prioriser les patientes selon leur motif de consultation, le tri se faisant actuellement de manière implicite et acquise. Par ailleurs, certains n'avaient pas réfléchi à la question de manière à se positionner favorablement ou non.

Enfin, **12%** (n=3) seraient réfractaires car un tel algorithme ne leur semble pas nécessaire, non applicable dans toutes les situations, difficile à mettre en place avec les moyens actuels et non suffisant pour améliorer l'organisation du service. Et certains professionnels n'assureraient pas la responsabilité liée à son utilisation, en fonction de leur degré de formation.

Un plus large effectif, correspondant à **80%** (n=20) des professionnels de santé interrogés, se montre favorable à la mise en place d'une échelle de triage et de gravité. Un outil clair leur semblerait en effet approprié aux UGO du CHU de Caen afin d'harmoniser les pratiques relatives à l'accueil aléatoire des patientes, actuellement réalisé par du personnel de formation et d'expérience variées. De plus, la légitimité et l'efficacité de ce type d'algorithme leur paraissent prouvées par son utilisation aux urgences générales notamment.

Néanmoins, **16%** (n=4) d'entre eux ont une vision mitigée de cette proposition : l'avis de certains serait fonction de l'algorithme envisagé ; pour d'autres, un tel outil n'aurait d'intérêt que s'il est allié à l'intelligence humaine ; une partie serait favorable pour les urgences gynécologiques mais n'en verrait pas l'utilité en obstétrique.

Enfin, **4%** (n=1) estiment l'application d'une échelle de tri difficile voire impossible dans l'organisation actuelle (accueil des patientes sur le pas de la porte : interrogatoire succinct, impossibilité de prendre les constantes...), sans effectif supplémentaire et formé.

4.2 Avantages et inconvénients

Les avantages relevés par les professionnels de santé quant à la mise en place d'une échelle de tri aux UGO du CHU sont les suivants :

- l'amélioration de la prise en charge des patientes
 - développer un accueil personnalisé avec un premier contact plus élaboré

- expliquer le déroulement de la prise en charge et l'ordre de passage aux consultantes et leurs accompagnants pour une meilleure compréhension du délai d'attente
 - traiter, apprécier et évaluer le degré d'urgence et les situations nécessitant une prise en charge immédiate
 - éviter les erreurs d'orientation, réduire les dangers obstétricaux et éliminer l'urgence vitale
- l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant
- développer le travail en équipe : formation de tous les membres du personnel à l'urgence, acteurs du parcours de soin informés du degré d'urgence évalué à l'admission
 - harmoniser les pratiques : accueil non soumis à la subjectivité (formation, expérience) du professionnel
 - gagner en efficacité : tri effectué préalablement à la consultation et sur la base d'un outil standardisé pour prioriser les patientes en fonction de leurs critères de gravité et non de l'ordre d'arrivée
 - gagner du temps : réfléchir plus rapidement en cas de forte affluence ; fluidifier le service en ciblant les consultations d'urgence

Les professionnels de santé interrogés ont reconnu trouver difficilement des inconvénients à la mise en place d'une échelle de tri, qui ne pourrait être qu'un outil supplémentaire bénéfique. Néanmoins, ont été relevés :

- le caractère figé donc perfectible d'une échelle comme d'un protocole, laissant peu de place à l'évaluation subjective (pertinence clinique) et consistant à catégoriser, classer les patientes
- la perte d'autonomie d'une part ; la responsabilité endossée par le professionnel effectuant le tri d'autre part
- l'aspect chronophage : prendre le temps d'étudier et de se référer à l'algorithme pour chaque patiente
- la nécessité d'une réorganisation logistique (personne et bureau dédiés) et d'une formation concernant tous les membres du personnel

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Analyse de l'étude

Pour commencer, la répartition des professions des soignants interrogés expose une majorité de sages-femmes (11 sur 25) volontairement souhaitée dans cette étude, les sages-femmes - d'UGO et de SDN - étant en première ligne pour accueillir les patientes. La répartition des autres professionnels de santé susceptibles d'ouvrir la porte est plutôt homogène (4 étudiantes sages-femmes, 4 aides-soignantes, 3 internes et 3 médecins). L'idée étant de recueillir l'avis des membres du personnel amenés à accueillir les patientes se présentant aux UGO, en tenant compte de la diversité de point de vue que peut générer leur formation.

Concernant les classes d'âge, la plupart des soignants interrogés sont âgés de 25 à 45 ans (7 ont entre 25 et 34 ans ; 9 entre 35 et 45), ce qui semble représentatif de la population active hospitalière. Les extrémités inférieure (moins de 25 ans) et supérieure (plus de 45 ans) sont néanmoins bien représentés (respectivement 5 et 4 professionnels) de manière à avoir un panel de soignants d'expérience variée.

L'état des lieux réalisé révèle une certaine insatisfaction des professionnels de santé interrogés quant à l'organisation actuelle des UGO du CHU de Caen, avec l'obtention d'une note moyenne de 4,78 sur 10. Cette évaluation a été motivée avant tout par le recensement des points faibles de l'UGO, relevant - outre le manque de moyens en termes de personnel et de matériel - essentiellement de l'organisation globale et de l'accueil en particulier. En effet, la mutualisation des urgences gynécologiques et obstétricales d'une part, et avec la salle de naissance d'autre part, ne leur semble pas être satisfaisante. L'absence d'un véritable accueil, à savoir une personne physique et un local dédié, semble être le défaut majeur de la situation, engendrant une interruption de tâche permanente pour les soignants, qui accueillent à tour de rôle les consultantes pour les installer - selon leurs disponibilité et fonction - ou les adresser en salle d'attente, en plus de leurs occupations. L'interrogatoire succinct effectué par l'un des membres du personnel implique non seulement un manque de confidentialité pour les patientes, qui

exposent leur motif de consultation - aussi intime soit-il - sur le pas de la porte, mais aussi l'impossibilité pour les soignants d'effectuer un tri comme il se doit avec une évaluation objective du degré de gravité et du diagnostic d'urgence. Ce dernier, laissé à l'appréciation personnelle des professionnels - de formation et d'expérience disparates -, se retrouve parfois banalisé, avec un risque de perte ou de biais de l'information relayée. De plus, les patientes ne sont pas renseignées sur l'organisation de leur prise en charge ni sur le délai d'attente estimé, ce qui peut provoquer un certain mécontentement de leur part, souvent relatif à l'incompréhension de l'ordre de passage, laissant les soignants sous tension. Enfin, il y a un glissement de tâches notable entre les sages-femmes d'UGO et de salle - et vice versa -, qui se retrouvent rapidement surchargées quand l'activité est importante : suivi des parturientes, consultations programmées et d'urgences obstétricales, accueil et gestes infirmiers pour les urgences gynécologiques, entre autres sollicitations. Ainsi, en cas de forte affluence, les femmes s'accumulent en salle d'attente - parfois sans raison valable ; leur motif de consultation ne relevant pas des urgences -, l'équipe a tendance à perdre en priorisation des patientes et dans l'organisation des prises en charge, avec un risque d'oublis, de retards, voire d'erreurs médicales.

Actuellement, les principales questions posées par le soignant accueillant une patiente aux UGO sont son motif de consultation d'urgence, ainsi que le terme si grossesse il y a. Les critères de tri implicitement utilisés par les professionnels de santé pour prioriser les patientes semblent s'aligner, avec principalement les métrorragies quantifiées et qualifiées, et la douleur ressentie et évaluée. En obstétrique, sont également pris en compte la diminution des mouvements actifs foetaux, la présence de contractions utérines rapprochées et la rupture spontanée de la poche des eaux.

L'étude a montré que si environ deux tiers des professionnels de santé seraient intéressés par un algorithme de tri pour prioriser les patientes, un plus large effectif correspondant à quatre soignants sur cinq trouverait la mise en place d'un tel outil adapté aux UGO. Ces chiffres illustrent alors le point de vue plutôt favorable des professionnels de santé quant à la proposition d'une échelle de tri pour les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen, dans l'optique à la fois d'améliorer la prise en charge des patientes et les conditions de travail du personnel soignant. En effet, cela permettrait dans un premier temps d'accueillir de manière plus approfondie et personnalisée les patientes - qui seraient également informées du déroulement de leur prise en charge -

ainsi que d'évaluer de manière éclairée et objective le degré d'urgence et de gravité de la situation, selon la fonction Accueil et Traitement des Urgences effective dans les services hospitaliers d'urgence ; et dans un second temps, d'harmoniser les pratiques du personnel, tout en gagnant en efficacité.

L'intérêt d'une telle échelle est tout de même mitigé voire controversé par un certain nombre, du fait surtout de son application qui semble compliquée à mettre en place dans l'organisation actuelle, c'est-à-dire sans l'attribution de moyens financiers pour une réorganisation logistique (soignant attiré et bureau dédié notamment). Par ailleurs, certains professionnels estiment leur expérience suffisante pour savoir prioriser les patientes en fonction de leur simple motif de consultation ; le tri s'effectuant aujourd'hui de manière implicite et sans difficulté majeure : ils se verraient alors ralentis voire restreints dans leur pratique par l'utilisation d'un nouvel outil formalisé.

2. Discussion

2.1. Comparaison avec une autre étude

Il convient de noter que ce sujet a déjà fait l'objet d'un travail universitaire. En effet, en 2013, une étudiante sage-femme de l'école de Nantes s'était déjà intéressée aux possibilités d'amélioration de la prise en charge des patientes notamment, en recueillant le point de vue des professionnels de santé (sages-femmes, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s et auxiliaires de puériculture) sur l'application d'une échelle de tri pour les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Nantes. Le constat initial était semblable, à savoir : une absence de triage des patientes préalable à leur arrivée dans le service, un manque d'effectif médical et non médical face à une affluence importante. A la différence du CHU de Caen, il y a à Nantes et ce, depuis 2004, une unité d'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales, comblant alors les lacunes recensées en termes de personnel, locaux, mélange des flux, confidentialité de l'accueil et absence de cotation notamment. L'étude consistait, de façon similaire, à proposer la mise en place d'une échelle de tri aux UGO de Nantes, dans un objectif commun d'aide à la priorisation des patientes et d'harmonisation des pratiques au sein d'une équipe multidisciplinaire, afin de garantir aux patientes une prise en charge adaptée au degré d'urgence et de gravité évalué. Les résultats ont montré que les professionnels utilisent déjà implicitement des critères de tri, et présentaient une certaine réticence quant à l'établissement d'une échelle

formalisée. Devant un certain scepticism quant à son application, des travaux complémentaires auraient été nécessaires pour formaliser et expérimenter cet outil [12].

2.2. Réflexion autour de l'analyse des résultats

L'étude réalisée au CHU de Caen a montré d'une part une certaine insatisfaction de la part des professionnels de santé concernant l'organisation actuelle des urgences gynéco-obstétricales, et d'autre part, un avis plutôt favorable quant à la mise en place d'une échelle de triage et de gravité. Certes, les soignants utilisent déjà dans leur pratique quotidienne des critères de tri pour prioriser les patientes, et la prise en charge d'une urgence vitale semble toujours immédiate, mais la formalisation d'une échelle de tri semblerait bénéfique au service.

Au cours des entretiens effectués, la notion d'échelle de tri paraissait floue pour certains soignants ; il convient donc de revenir sur le tri et son application car, pour accepter un tel outil, encore faut-il en avoir une connaissance et conscience suffisantes. Le tri a pour objectif de définir l'ordre de prise en charge des patientes admises aux urgences gynécologiques et obstétricales, en fonction du degré d'urgence évalué. Ce dernier repose principalement sur l'interrogatoire qui attribue un niveau de tri à la patiente (numérotation, code couleur, intervalle de tri). Cet interrogatoire réalisé à l'accueil n'a pas valeur de diagnostic ; un examen clinique doit être réalisé pour le poser. L'évaluation est basée sur le motif de consultation exposé par la patiente, plus ou moins complétée par le soignant à l'aide d'un questionnaire semi-directif permettant une correspondance entre les déterminants du tri (motifs de consultation, signes et paramètres vitaux), et un niveau de tri. La Classification Infirmière des Malades aux Urgences recommande l'utilisation de cinq questions stéréotypées [13] :

1. motif de recours au soin (le Quoi ?)
2. date et heure de début (le Quand ?)
3. facteur déclenchant, mode de début et évolution (le Comment ?)
4. intensité du symptôme (le Combien ?)
5. épisodes similaires, antécédents et co-morbidités (le Qui ?)

La combinaison de ces déterminants permet ensuite de proposer un tri - évolutif par des modulateurs - reposant sur la stabilité de la situation médicale ou la mise en jeu du pronostic vital, et associant un délai théorique de prise en charge. Les résultats de l'étude réalisée aux UGO du CHU de Caen confirment que le motif de consultation semble

systématiquement demandé à la patiente - si celle-ci ne l'a pas décrit spontanément dès son arrivée - comme déterminant de la priorité des soins ; en revanche, un interrogatoire développé n'est pas mené de façon systématique, en fonction du soignant qui accueille la patiente et dans les conditions actuelles qui ne permettent pas le respect du secret médical.

Par ailleurs, selon l'Echelle canadienne de Triage et de Gravité (ETG) pour les départements d'urgence, l'assignation d'un niveau de tri ne repose pas seulement sur le motif de consultation, mais aussi sur la mesure des paramètres vitaux tels que la tension artérielle, le pouls, la température [14] ; autant d'indicateurs cliniques qui ne sont pas pris en compte dans l'organisation actuelle, du fait de l'absence de local adéquat et équipé des appareils nécessaires permettant ces mesures à l'accueil de la patiente. Ces signes vitaux font pourtant partie intégrante des échelles de tri existantes et interviennent de manière capitale dans l'évaluation du degré d'urgence. Il est vrai que cette expertise s'applique principalement dans le tri des urgences générales, mais l'hémodynamique occupe une place tout aussi importante dans la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales. La douleur est également un élément - évaluable à l'aide d'une échelle - à prendre en compte, son intensité (légère, modérée à aigüe) orientant le niveau de triage. L'étude menée aux UGO de Caen indique que la douleur est le deuxième critère de tri utilisé par les professionnels de santé pour prioriser les patientes ; pour autant, son évaluation n'est pas systématiquement effectuée. Or celle-ci pourrait être mise en place sans difficulté : la douleur étant quantifiable par auto-évaluation (Echelle Visuelle Analogique ou Echelle Numérique), il suffirait au soignant - et ce, quel que soit son niveau de formation - de la demander à la patiente.

Enfin, le guide d'implantation de l'ETG précise que l'expérience et l'intuition du professionnel contribuent à la prise de décision dans l'assignation d'un niveau de triage [14]. Cet élément se révèle donc être un argument face aux réticences exprimées par certains soignants, qui reprocheraient à une échelle de tri de « formaliser l'informel », laissant peu de place à la pertinence clinique.

L'instauration d'une échelle de tri aux UGO du CHU de Caen permettrait de mettre en adéquation le flux des patientes avec les moyens disponibles : face à une affluence grandissante des consultantes, les ressources en personnel et en locaux ne suivent pas ; d'où l'intérêt d'une réorganisation pour une meilleure prise en charge de l'urgence. L'accueil étant aujourd'hui effectué par des soignants de formation différentes (aides-soignantes, étudiants, sages-femmes, médecins), il conviendrait alors d'instaurer une

échelle de tri afin d'harmoniser les pratiques au sein de l'équipe : chaque membre formé du personnel pourrait utiliser cet outil pour accueillir comme il se doit la patiente, évaluer son degré d'urgence et de gravité donc estimer son délai de prise en charge en fonction de son motif de consultation et de ses paramètres vitaux, et l'orienter de façon adéquate. Les UGO étant mutualisées, cette échelle s'appliquerait aux deux spécialités ; en effet, le personnel soignant se doit d'être apte à accueillir et traiter les urgences obstétricales mais aussi gynécologiques, bien que le champ de compétences des sages-femmes soit davantage porté sur la grossesse. C'est ainsi devant la pluridisciplinarité de l'équipe des UGO, l'absence d'un poste d'accueil et le flux croissant des consultations que se justifierait la mise en place d'une échelle de tri, afin que l'ensemble du personnel dispose des mêmes critères pour prioriser les patientes et d'un langage commun de l'urgence. Cette pratique bénéficierait également aux patientes, qui seraient mieux renseignées sur le déroulement de leur prise en charge et leur ordre de passage, ce qui pourrait alors diminuer l'incompréhension et le comportement mécontent voire agressif de certaines consultantes et leurs accompagnants en salle d'attente. Par ailleurs, la mise en place d'un tri des patientes à l'accueil par un agent compétent participerait au bon fonctionnement du service : les prises en charge médicales ne seraient plus retardées par l'absence de perception du degré d'urgence à l'arrivée dans le service.

La mise en place d'une échelle de tri aux UGO du CHU de Caen nécessiterait quelques ajustements. Dans un premier temps, la proposition de cette échelle, avec la création d'un groupe de travail multidisciplinaire pour contribuer à son élaboration, afin que cet outil soit compris de tous et applicable par tout un chacun. L'idée serait, à la suite de l'accueil de la patiente, de lui attribuer un code couleur (du rouge au vert par exemple) correspondant à un niveau de tri (de l'urgence vitale au non urgent), en fonction du degré d'urgence et de gravité évalué par le professionnel. Cette première étape a déjà été franchie avec la proposition d'une réorganisation des UGO. Ce projet repose sur la mise en place d'une unité spécifique (accueil et prise en charge) d'urgences gynécologiques et obstétricales, suivant un circuit dédié avec du personnel affecté et formé, afin d'assurer une prise en charge des patientes convenable et une continuité de soin, ainsi que de diminuer l'interruption de tâches au niveau de la salle de naissance. Il découle de nombreux dysfonctionnements présents parmi les points faibles répertoriés par les professionnels de santé lors des entretiens : existence d'un double circuit (gynécologie et obstétrique) dans une même salle d'attente engendrant une incompréhension des patientes et une interruption de tâches pour les soignants, un temps d'attente prolongé,

des locaux inadaptés et un manque de confidentialité notamment. Les solutions proposées sont les suivantes : la présence d'une sage-femme d'UGO vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept et une réorganisation de l'aménagement des salles de consultation d'UGO. L'objectif du projet est « la formation d'un binôme (interne, sage-femme) afin de réaliser un accueil et une orientation des patientes, et permettre une prise en charge en continu » ; pour cela, le cahier des charges de la sage-femme d'UGO et l'aménagement des quatre pièces (bureau d'accueil, salle d'examen médecin, salle de surveillance, salle d'enregistrement cardio-toco-graphique) ont été repensés. Une échelle de tri a également été créée à cet effet et comprend : l'identité de la patiente, sa date de début de grossesse si elle est enceinte et ses paramètres vitaux principalement. Le degré d'urgence est réparti en quatre niveaux pour la gynécologie, cinq pour l'obstétrique (au-delà de 22 SA) : sauvetage maternel ou foetal (niveau un, code couleur violet) ; très urgent (deux, rouge) ; urgent (trois, jaune) ; moins urgent (quatre, vert) ; non urgent (cinq, bleu). A ce degré est associé un délai de prise en charge allant de l'immédiateté à au moins deux heures, avec une réévaluation régulière.

De plus, ce tri devrait s'inscrire dans un processus dynamique, avec une réévaluation régulière de l'état initial de la patiente. Un écran récapitulatif pourrait recenser l'ensemble des patientes présentes aux UGO - avec leur couleur ou numéro de tri préalablement assigné - afin de garder une vision globale du service et d'optimiser le délai de prise en charge. L'évaluation du degré d'urgence pourrait être effectué par le soignant qui accueille la patiente, quel que soit son statut, si tant est qu'il ait reçu la formation nécessaire à l'utilisation de l'échelle. Ainsi, une formation - spécifique au tri - initiale et continue de l'ensemble des acteurs, et le suivi régulier d'indicateurs de performance pourraient contribuer à l'adhésion de l'équipe au projet. L'évaluation concernerait non seulement les pratiques professionnelles (amélioration des temps moyens de prise en charge, respect des délais définis par l'échelle), mais aussi la satisfaction du personnel pour une meilleure perception de l'organisation des urgences.

La prise en charge des patientes consultant aux UGO pour des motifs ne relevant pas des urgences et pouvant être traitées en consultation programmée, s'est révélée être une difficulté récurrente dans les entretiens menés avec les professionnels de santé. En effet, une étude effectuée en 2011 à Orléans a démontré que la majorité (89%) des consultations aux urgences gynécologiques et obstétricales n'avaient aucun caractère d'urgence, étant principalement représentées par des pathologies bénignes voire une absence de pathologie. Ces consultations non urgentes encombrant donc les urgences, débordent le personnel soignant, prennent du temps sur les vraies urgences et épuisent

les professionnels. Ainsi, une meilleure information des usagers sur la signification de l'urgence serait souhaitable [15]. Ce constat dénonce un dysfonctionnement du système de santé actuel qui mériterait réflexion, mais dont l'objectif de ce mémoire n'est pas d'y répondre.

Après discussion avec les différents professionnels de santé interrogés, sont ressortis d'autres moyens qui permettraient d'améliorer la prise en charge des patientes et les conditions de travail du personnel soignant, tels que :

- un document comme un arbre décisionnel avec plusieurs questions orientant la prise en charge, accroché à proximité de la porte des UGO afin que tous les membres de l'équipe puissent en prendre connaissance et s'y référer au moment de l'accueil de la patiente,
- la réorganisation de l'UGO, comprenant la séparation des urgences gynécologiques et obstétricales en deux circuits distincts, le réaménagement des locaux, l'installation d'un bureau d'accueil, l'augmentation du nombre de lits,
- l'instauration d'un standard téléphonique ou d'une application de télémédecine avec une infirmière ou une sage-femme qui pourrait réaliser un interrogatoire ciblé afin d'orienter (UGO, urgences générales, SOS médecin, médecin traitant), conseiller et informer les patientes ; cela diminuerait probablement l'afflux des consultantes ne présentant pas des pathologies relevant des urgences gynéco-obstétricales et permettrait un gain de temps dans la hiérarchisation et la prise en charge des vraies urgences.

3. Points forts et limites de cette étude

Il convient de préciser que ce mémoire a été envisagé indépendamment du projet de réorganisation des UGO du CHU de Caen ; néanmoins, l'étude a été réalisée alors que cette réorganisation était déjà repensée. L'échelle de tri mentionnée dans le descriptif d'activité de la sage-femme réalisant l'accueil des patientes (interrogatoire ciblé et prise des constantes) permettrait d'établir un ordre de prise en charge en fonction de l'urgence, ce qui rejoint tout à fait l'idée principale de ce mémoire. Toutefois, cette échelle semble peu explicitée dans le projet ; son utilisation et sa mise en place n'étant pas décrites. L'intérêt d'un tel outil a pourtant été démontré précédemment et son instauration semble souhaitée par les professionnels de santé d'après l'étude menée. Cette dernière

représente donc un point positif de par son caractère prospectif d'une part ; d'autre part, grâce aux entretiens semi-directifs menés, qui laissent la possibilité au personnel de s'exprimer sur l'organisation actuelle et leur éventuel souhait d'amélioration. De plus, elle vient compléter la mise en place prochaine d'un projet de réorganisation par le recueil préalable de l'avis des professionnels de santé. Ce travail amène à envisager dans un second temps la réalisation d'une nouvelle étude à distance, qui permettrait d'évaluer la satisfaction du personnel à la suite de l'instauration du projet et de l'échelle de tri notamment. Il est vrai que, même si la mise en place d'une personne d'accueil et d'orientation ainsi que d'une échelle de tri - comme il est prévu grâce à ce projet - représentent la première étape à la mise en place efficiente d'un processus de tri aux urgences, la formation des équipes à cette réorganisation, l'évaluation de l'impact sur leurs pratiques et le dialogue avec les soignants, constituent les autres étapes essentielles du processus.

L'étude réalisée présente toutefois ses biais, notamment de par le nombre d'entretiens réduit qui n'est donc pas assez représentatif de l'ensemble des avis du personnel étant amené à travailler aux UGO. En effet, l'effectif escompté était compris entre vingt et trente entretiens : vingt-cinq ont été effectués, en essayant de garantir une certaine diversité des soignants interrogés, en termes de profession principalement. Cependant, l'avis de tous serait préférable afin d'avoir une vision globale de la situation et que chacun puisse s'exprimer à ce sujet.

Un autre point négatif est celui de ne pas avoir eu le temps de compléter les résultats par une étude observationnelle, qui avait pourtant été envisagée. Il s'agissait d'effectuer un temps d'observation aux UGO du CHU de Caen, afin de déterminer la qualification du professionnel qui ouvre la porte à la patiente dès son arrivée dans le service, les principales questions posées par le soignant à la patiente (motif de consultation, terme pour une grossesse, douleur, métrorragies) et l'orientation de la patiente à la suite de cet accueil. Pour cela, une grille d'observation [annexe 4] avait été créée. Cette étude effectuée sur le terrain, et dans un second temps, avait pour objectif d'apprécier les pratiques actuellement appliquées par les professionnels de santé dans l'accueil des patientes, en complémentarité des réponses théoriques obtenues lors des entretiens.

CONCLUSION

Ce mémoire est le fruit d'un travail de recherche dont l'objectif principal était de recueillir l'avis du personnel des urgences gynéco-obstétricales du Centre Hospitalier Universitaire de Caen, sur l'intérêt de l'instauration d'une échelle de tri comme aide à la priorisation des patientes.

L'étude menée a montré une certaine insatisfaction des professionnels de santé interrogés quant à l'organisation actuelle des UGO, liée non seulement au manque de moyens en termes de personnel et de matériel, mais aussi - voire surtout - à l'organisation globale du service et de l'accueil en particulier. Les soignants semblent utiliser implicitement des critères de tri pour prioriser les patientes, et certains facteurs influencent leur ordre de prise en charge ; néanmoins, ceux-ci sont dépendants du soignant accueillant la patiente, de sa profession et son expérience notamment. Dans un but d'harmonisation des pratiques, une majorité serait alors favorable à la mise en place d'un outil tel qu'une échelle de triage et de gravité afin d'améliorer la prise en charge des patientes et les conditions de travail du personnel soignant. Si les bénéfices semblent surmonter les inconvénients, son application reste toutefois à démontrer. En effet, la nécessité d'un accueil personnalisé, approfondi et confidentiel se fait sentir, tout comme une gestion des urgences gynécologiques et obstétricales en fonction de l'évaluation du degré d'urgence et de gravité ; une échelle de triage serait également appropriée pour fluidifier les urgences, mais probablement insuffisante sans l'association d'une personne physique et dans un local dédié à l'accueil et l'orientation des consultantes.

Le traitement des résultats réalisé de manière concomitante à la proposition d'un projet de réorganisation des UGO à Caen permettrait aux professionnels de santé d'exprimer leur point de vue concernant la situation actuelle et le souhait de la faire évoluer. Enfin, cette étude constituerait la base d'une recherche ultérieure, celle d'évaluer la satisfaction du personnel soignant à la suite de la mise en oeuvre de la réorganisation envisagée, comprenant l'instauration d'une échelle de tri, son implantation nécessitant alors l'adhésion et la participation active de l'ensemble des équipes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Darai E, Lansac J, Luton D. Les 30^{es} Journées nationales du CNGOF : le n°1 mondial des Journées de gynécologie obstétrique francophones. Brèves du Collège n°11. Mars 2007
2. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. (page consultée le 8 décembre 2019). Triage, [en ligne]. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=triage>
3. Maillard-Acker C, Choquet C, Gillet P, Pateron D, Perrin J, Taboulet P, Trinh-Duc A. Le triage en structure des urgences : recommandations formalisées d'experts. Société Française de Médecine d'Urgence. 2013
4. Boucherie A.-S. Bounan S., Chenoz L, Dahan Saal J. Triage des urgences gynécologiques et obstétricales : expérience de la maternité de Saint-Denis. Sage-Femme pratique. Juin 2019
5. Urgences de gynécologie et d'obstétrique en collaboration avec le service des publications des HUG. Votre prise en charge aux urgences de gynécologie et d'obstétrique. DGO. Mars 2015
6. Veit-Rubin N et al. Validation of an emergency triage scale for obstetrics and gynaecology: a prospective study. BJOG. 2017 ; 1867-1873
7. Ruhl C. The Maternal Fetal Triage Index. AWHONN. 2015
8. World Health Organization. Emergency Triage Assessment and Treatment (ETAT). WHO. 2015
9. Béliès F, Lapière H, Mondor M.-F. Le triage obstétrical : l'expertise clinique au sein du processus. 6^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones. Juin 2015
10. Gratton R et al. Acuity Assessment in Obstetrical Triage. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2016 ; 38:125-133
11. Rashidi Fakari F, Simbar M, Zadeh Modares S, Alavi Mejd H. Obstetric Triage Scales; a Narrative Review. Arch Acad Emerg Med. 2019;7(1): e13
12. Charline SIMON, « Une échelle de tri pour les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Nantes ? Point de vue des professionnels de santé (Sages-femmes, Infirmier(e)s, Aides-soignantes, Auxiliaires de puériculture) ». Mémoire pour le diplôme d'état de

sage-femme, sous la direction du Dr Anne-Sophie COUTIN, Université de Nantes, 2013.

13. Taboulet P, Moreira V, Haas L et al. Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU version 2) : fiabilité et validité. Résumé Congrès Urgences. 2007
14. Beveridge R, Clarke B, Janes L et al. ETG L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. Guide d'implantation. 1998
15. Alouini S, Mesnard L, Coly S, Dolique M, Lemaire B. Urgences gynécologiques : nature et degré de gravité. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012 ; (41):48-54

ANNEXES

- **Annexe 1** : Guide d'entretien
- **Annexe 2** : Consentement d'enregistrement
- **Annexe 3** : Entretiens
- **Annexe 4** : Grille d'observation aux UGO

Annexe 1 :

Une échelle de tri pour les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen ? Point de vue des professionnels de santé

Au CHU de Caen, les professionnels du service des UGO seraient-ils favorables à la mise en place d'une échelle de triage et de gravité, qui permettrait d'améliorer la prise en charge des patientes et les conditions de travail du personnel soignant ?

Renseignements généraux

1. Profession :
 - aide-soignante / auxiliaire de puériculture
 - sage-femme
 - étudiante sage-femme en 5^{ème} année
 - interne
 - médecin
2. Âge : moins de 25 ans | 25-34 ans | 35-45 ans | plus de 45 ans
3. Sur une échelle de 0 (insatisfait) à 10 (très satisfait), quel est votre degré de satisfaction concernant l'organisation des urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen ? Précisez...

Quels sont selon vous les points forts ? Et les points faibles ?

Pensez-vous que le personnel soignant soit suffisamment nombreux et qualifié pour assurer un accueil de qualité aux UGO ?

Critères de tri

4. Quelles sont les premières questions que vous posez à une patiente se présentant aux urgences gynécologiques et obstétricales ? (en dehors des questions concernant son identité)
5. Quels sont vos critères de tri pour vous aider à prioriser les patientes ?
6. Quels éléments influencent votre ordre de prise en charge ? *ex : ordre d'arrivée, mode d'arrivée (SAMU, pompiers, médecin traitant)...*

Application d'une échelle de tri

7. Le tri urgence gynécologique vs. obstétricale est-il toujours évident pour vous ?
Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans le tri des patientes ?
8. Est-ce qu'un algorithme de tri vous aiderait à prioriser les patientes ?

9. La mise en place d'un outil tel qu'une échelle de triage et de gravité, comme il en existe aux urgences générales notamment, vous semblerait-elle adaptée aux UGO du CHU de Caen ?
10. Quels en seraient selon vous les avantages ? *ex : priorisation des patientes, diminution du délai d'attente, désengorgement du service...*
Et les inconvénients ? *ex : perte d'autonomie...*
11. Avez-vous déjà pensé à un (des) moyen(s) qui permettrait(en)t d'améliorer la prise en charge des patientes et les conditions de travail du personnel soignant ?
12. En avez-vous déjà discuté au sein de l'équipe ?

Annexe 2 :

CONSENTEMENT D'ENREGISTREMENT

Je, sous-signé(e) _____ autorise Mme Natasha Caretti à effectuer un enregistrement de l'entretien que nous avons ce jour à l'occasion de la réalisation d'une étude portant sur « Une échelle de tri pour les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen ? Point de vue des professionnels de santé » et entrant dans le cadre de la formation en Sciences Maïeutiques de l'Université de Caen Normandie.

Je reconnais avoir été informé que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite.

Fait à _____ , le _____

Signature

Annexe 4 :

Passage n°	1	2	3	4	5
Porte ouverte par					
Questions posées	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro
Patiente orientée en					
Passage n°	6	7	8	9	10
Porte ouverte par					
Questions posées	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro
Patiente orientée en					
Passage n°	11	12	13	14	15
Porte ouverte par					
Questions posées	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro
Patiente orientée en					
Passage n°	16	17	18	19	20
Porte ouverte par					
Questions posées	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro	<input type="checkbox"/> motif <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> métro
Patiente orientée en					

TOTAL Porte ouverte par/ Sage-femme : ... - Etudiante sage-femme : ... - Interne : ... - Médecin : ... - Aide-soignante : ... - Autre : ...
 TOTAL Patiente orientée en/ Salle d'attente : ... - UGO : ... - Pré-travail : ... - Salle de travail : ... - Autre : ...

RÉSUMÉ

Ce mémoire a développé une étude prospective concernant le point de vue des professionnels de santé sur la mise en place d'une échelle de tri aux urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen. Vingt-cinq entretiens semi-directifs ont été menés avec des sages-femmes et étudiantes, aides-soignantes, internes et médecins. L'analyse thématique des données a révélé une certaine insatisfaction quant à l'organisation actuelle du service et son accueil principalement. Le personnel s'est montré plutôt favorable à l'instauration d'une échelle de triage et de gravité comme aide à la priorisation des patientes notamment. Son association à une personne et un local dédiés en augmenterait le bénéfice.

MOTS CLEFS : urgences gynéco-obstétricales - échelle de tri - triage - degré de gravité - priorisation

TITRE : Une échelle de tri pour les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Caen ?
Point de vue des professionnels de santé

This research paper is a prospective study on health professional's opinion of the establishment of a selection process in the Gynecologic and Obstetric Emergency Department of Caen's Hospital. Twenty five semi-structured interviews have been conducted with mid-wives, apprentice mid-wives, ward assistant, trainee doctors and doctors. The thorough analysis conducted has revealed a certain amount of dissatisfaction with the current organisation of the department, particularly with regards to the reception of patients. The staff has rather welcomed the instauration of a sorting scale with, in particular the severity of the case as a help to prioritisation. In addition to this, a dedicated person and a dedicated room would further enhance the benefits of such a scheme.

KEY WORDS: Gynecologic emergency - Obstetrics - triage scale - severity - prioritisation

TITLE : *The instauration of a triage scale in the Gynecologic and Obstetric Emergency Department of Caen's Hospital? The health professionals point of view*