

# FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

*NABLI NESRINE*  
*19/03/1985 TUNIS (TUNISIE)*

Présentée et soutenue publiquement le 23 Octobre 2014

## TITRE

LA CREATION D'UNE CONSULTATION NON PROGRAMMEE ADJACENTE AUX  
URGENCES: UNE REPONSE COMPLEMENTAIRE AUX DEMANDES DE  
CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES ?  
EVALUATION RETROSPECTIVE AUX URGENCES D'ORLEANS

## Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur DEQUIN, Pierre-François  
Membres du jury : Madame le Professeur HOMMET, Caroline  
Monsieur le Professeur LAFFON, Marc  
Monsieur le Professeur MARCHAND-ADAM, Sylvain  
Monsieur le Docteur PAURON, Christophe

## RESUME

**Introduction:** La création d'une consultation non programmée adjacente aux urgences (CNPAU) d'Orléans pourrait être une réponse à l'augmentation des demandes de consultations non programmées (CNP), constatée aussi sur le plan national.

**Matériel et Méthodes:** Cette étude descriptive longitudinale rétrospective, monocentrique, menée d'Octobre 2013 à Juin 2014, a évalué le pool de patients candidats à une CNPAU : ceux réorientés directement sur des consultations alternatives et ceux inscrits présentant des pathologies simples.

**Résultats:** 8025 patients ont été inclus dont 2794 patients réorientés depuis l'accueil vers la permanence de soins (PDS) ou les consultations externes, et 5411 patients admis aux urgences qui se répartissaient en 1533 consultations simples et 3879 consultations avec examens complémentaires simples. La population était jeune, à 50,2% féminine. Le flux moyen de patients demandeurs de CNP était de 30 par jour, majoritairement entre 8h30 et 18h30. Ce flux moyen était significativement plus important les lundis (33.9), les mercredis (30.7), les dimanches (31.3), et les jours fériés (34.5) en comparaison des mardis (27.8) ( $p < 0.05$ ). Les comparaisons des flux moyens sur la tranche horaire 8h30-18h30, selon la période (scolaire et vacances), et quel que soit le jour de la semaine ne montraient pas de différence significative ( $p > 0.05$ ). Les demandes de CNP pendant les vacances étaient significativement plus élevées sur la tranche horaire minuit-8h30 ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Une CNPAU peut participer à la réponse aux demandes de CNP et aider à orienter les patients dans la filière la plus adaptée au « juste soin », pendant les horaires ouvrables et de PDS.

**Mots clés :** Consultation non programmée, Service d'accueil des urgences, Permanence de soins, Filière courte, Gestion des flux de patients, Engorgement des urgences, juste soin.

## ABSTRACT

### **CREATION OF CONSULTING SERVICE ASIDE TO EMERGENCY DEPARTMENT: A COMPLEMENTARY RESPONSE TO THE REQUEST FOR UNSCHEDULED CONSULTATIONS? RETROSPECTIVE ASSESSMENT ABOUT ORLEANS EMERGENCY DEPARTMENT.**

Introduction: creation of consulting service aside to Emergency Department in Orleans could be a response to the increasing request of unscheduled consultations, also observed at national level.

Materials and Methods: This single-centre descriptive retrospective longitudinal study, carried out between October 2013 and June 2014, has evaluated the group of patients potentially eligible for a consulting service aside to Emergency Department: those directly redirected towards alternative consultations and those admitted with simple pathologies.

Results: 8025 patients were included, of which 2794 were redirected to permanence of care or external consultations and 5411 were admitted to Emergency Room, divided in 1533 simple consultations and 3879 consultations with simple complementary analyses. The population was young and composed of 50.2% of female. Patient flow asking for permanence of care was 30 per day on average, mostly between 8.30 am to 6.30 pm. Mean flow of patient was significantly higher on Monday (33.9), Wednesday (30.7), Sunday (31.3) and bank holidays (33.9) compared to Tuesday (27.8) ( $p < 0.05$ ). There were no significant differences when comparing average flows from 8.30 am to 6.30 pm whether it is on holidays or school period ( $p > 0.05$ ). The request of unscheduled consultations during holidays was significantly higher from midnight to 8.30 am ( $p < 0.05$ ).

Conclusion: Consulting service aside to Emergency Department could have a role in satisfying the request of unscheduled consultations and help patients in finding the most proper care, during working time and in permanence of care.

Key words: Unscheduled consultations, Emergency Department, Permanence of care, Fast track, Management of patient's flow, Over crowded Emergency Department, Proper care.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Professeur Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Professeur Henri MARRET

**ASSESEURS**

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Etienne LEMARIE  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.  
LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.  
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.  
RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.  
SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel .....	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian .....	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe .....	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique .....	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe .....	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine .....	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis .....	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice .....	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian .....	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles .....	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre .....	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe .....	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck .....	Urologie
	BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
	CALAIS Gilles .....	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe .....	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry .....	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe .....	Neurologie
	COSNAY Pierre .....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles .....	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne .....	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc .....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
	DIOT Patrice .....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
	FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques .....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe .....	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique .....	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain .....	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
	GRUEL Yves .....	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice .....	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis .....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge .....	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier .....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Regis .....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier .....	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline .....	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël .....	Chirurgie générale
	LABARTHE François .....	Pédiatrie
	LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard .....	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

	LEBRANCHU Yvon .....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent .....	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François.....	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel .....	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain .....	O.R.L.
	MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric .....	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland .....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick .....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc .....	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	WATIER Hervé .....	Immunologie.

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie ..... Médecine Générale

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MM. HUAS Dominique..... Médecine Générale  
LEBEAU Jean-Pierre..... Médecine Générale  
MALLET Donatien..... Soins palliatifs  
POTIER Alain..... Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme ANGOULVANT Theodora ..... Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie  
M. BAKHOS David ..... Physiologie || Mme | BAULIEU Françoise..... | Biophysique et Médecine nucléaire |
M.	BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric.....	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane.....	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan.....	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe .....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
MM.	GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique

	MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric .....	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie
	TERNANT David .....	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie...	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick .....	Biochimie et Biologie moléculaire

### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mmes	BOIRON Michèle .....	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick .....	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël .....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

Mmes	HUAS Caroline .....	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean .....	Médecine Générale

### **CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM**

M.	BOUAKAZ Ayache .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine .....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour la Faculté de Médecine***

Mme	BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier ( <i>éthique médicale</i> )
M.	BOULAIN Thierry .....	Praticien Hospitalier ( <i>CSCT</i> )
Mme	CRINIÈRE Lise .....	Praticien Hospitalier ( <i>endocrinologie</i> )
M.	GAROT Denis .....	Praticien Hospitalier ( <i>sémiologie</i> )
Mmes	MAGNAN Julie .....	Praticien Hospitalier ( <i>sémiologie</i> )
	MERCIER Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier ( <i>CSCT</i> )

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme	DELORE Claire .....	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl .....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle .....	Orthophoniste

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme	LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel .....	Praticien Hospitalier

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

## Les remerciements

Je remercie le Pr Dequin, qui me fait l'honneur de présider ce jury. Je lui exprime mon profond respect.

Je remercie le Pr Hommet, le Pr Laffon et le Pr Marchand-Adam, d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous exprime toute ma reconnaissance.

Je remercie le Dr Pauron, pour sa confiance, son aide, son soutien, sans qui cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour, et surtout pour tout ce qu'il m'a enseigné durant mon stage alors que je n'étais que jeune interne.

Merci au Dr Narcisse, au Dr Carre et au Dr Linassier Philippe pour m'avoir permis de récupérer des données précieuses.

Merci au Dr Lazarevitch, à Mme Bonnet, à Mme Mbemba, au Dr Loiseau, au Dr Cordeau, pour m'avoir consacré de votre temps pour répondre à mon questionnaire.

Merci au Dr Giovannetti, pour ses conseils avertis pour améliorer la qualité du travail.

Merci à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du service d'accueil des urgences du CHR d'Orléans et du CHU de Tours, pour votre aide, votre soutien, et surtout votre patience que j'ai mise à rude épreuve.

Merci à tous les médecins m'ayant accompagnée de près ou de loin tout au long de mon cursus, dont les connaissances et l'expérience m'ont permis de progresser chaque jour.

Merci à mon amie, Marie Cécile pour son soutien indéfectible, sa patience et sa relecture.

Merci à Alice, Coralie et Pierre pour leur aide apportée pour la rédaction du résumé en anglais, et au Dr Aiglehoux et Dr Pigneaux de la Roche pour leur relecture.

Je remercie mes parents, pour leur soutien inébranlable et leur encouragement, de m'avoir toujours poussée à aller de l'avant, et surtout pour leur amour et cela malgré la distance.

Un merci particulier à Sarra, ma petite sœur adorée, pour son affection, toutes ses attentions, ainsi qu'à son époux.

Un grand merci à mes grands-parents, oncles, tantes, cousins et cousines, pour leur amour et leur aide, et l'ensemble des bons moments passés et futurs

Un pensée émue pour mes grands-parents, j'espère que de là-haut vous êtes fiers de moi.

Merci à Brigitte, Bruno et leur fille pour avoir été présents à mes côtés pendant les moments difficiles ainsi que les bons.

Merci à Anne-Marie et Jean-Philippe pour leur présence auprès de moi.

Merci à Mme et M. Fillon de m'avoir acceptée dans leur famille, pour leur soutien, et leur encouragement.

Merci à mes amis, pour leur présence, leur soutien, et l'ensemble des grands moments de bonheur passés et à venir. « *C'est le hasard qui fait la famille, mais c'est le cœur qui fait les amis. Les amis sont la famille que l'on choisit* ».

Et bien sûr merci à celui qui se reconnaîtra pour sa présence, son soutien depuis plusieurs années, et pour son amour.

Je m'excuse à l'avance pour tous ceux que j'ai pu oublier.

# TABLE DES MATIERES

1. Introduction	p15
2. Etat des lieux	p17
2.1. La permanence des soins (PDS)	p17
2.1.1. Définition	p17
2.1.2. Organisation de la PDS	p17
2.1.3. Organisation de la PDS dans le Loiret	p18
2.2. La régulation médicale des appels	p20
2.2.1. Définition	p20
2.2.2. Missions de la régulation médicale	p20
2.2.3. Organisation dans le Loiret	p21
2.3. Service d'accueil des urgences (SAU) et Médecine d'urgence	p21
2.3.1. Définition de l'urgence	p21
2.3.2. Missions de la médecine d'urgence	p21
2.3.3. Missions de l'Infirmier (ère) Organisateur (trice) de l'Accueil (IOA)	p21
2.3.4. Missions du médecin coordinateur de flux	p22
3. Matériel et Méthodes	p23
3.1. Population	p23
3.2. Le site	p23
3.3. SAU adulte du Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO)	p23
3.4. Projet de consultation non programmée adjacente aux urgences (CNPAU) du CHRO	p23
3.5. Type d'étude	p23
3.6. Période de l'étude	p23
3.7. Protocole de recueil des données	p24
3.7.1. Recueil des fiches IOA	p25
3.7.2. Recueil du listing des diagnostics des patients inscrits au SAU	p25

3.8. Critères d'inclusion, d'exclusion et de non inclusion	p25
3.8.1. Critères d'inclusion	p25
3.8.2. Critères d'exclusion	p25
3.8.3. Critères de non inclusion	p26
3.9. Exploitation des données	p26
4. Résultats	p27
4.1. Caractéristiques de la population de l'étude	p27
4.2. Flux de patients sur la période de l'étude	p29
5. Discussion	p32
5.1. Principaux résultats de l'étude	p32
5.2. Perspectives	p33
5.2.1. La création d'une CNPAU est-elle une solution adaptée ?	p33
5.2.2. CNPAU et délais d'attente	p33
5.2.3. CNPAU et activité des urgences	p34
5.2.4. Notion de coopération entre médecins généralistes et médecins urgentistes	p34
5.2.5. Notion d'information et d'éducation des patients	p35
5.3. Discussion de la méthodologie	p35
5.3.1. La population étudiée	p35
5.3.2. Le choix du site	p35
5.3.3. La période étudiée	p36
5.3.4. Les comparaisons journalières	p36
5.3.5. Le biais de recrutement	p36
5.3.5.1. Le recueil des fiches IOA en Zone d'Accueil et d'Orientation (ZAO)	p36
5.3.5.2. Le recueil du listing des diagnostiques des patients inscrits au SAU	p36
5.3.5.3. Les critères d'exclusion	p37
6. Conclusion	p38
7. Références bibliographiques	p39
8. Annexes	p42
Annexe A: Nombre de passages au SAU adulte du CHRO entre 2009 et 2013	p42
Annexe B: Répartition de la régulation des appels du centre 15 d'Orléans	p42
Annexe C: Nombre de passages au SAU adulte du CHRO en 2013	p43
Annexe D: Nombre de patients réorientés au SAU adulte du CHRO en 2013	p43

Annexe E: Organisation du service d'accueil des urgences du CHRO	p44
Annexe F: Répartition du personnel paramédical	p45
Annexe G: Répartition du personnel médical	p46
Annexe H: Exemple recueil des « Fiches IOA »	p47
Annexe I: Exemple recueil du listing des diagnostics des patients inscrits au SAU	p48
Annexe J: Caractéristiques des patients des « fiches IOA »	p49
Annexe K: Motifs de consultations par catégories des « fiches IOA »	p50
Annexe L: Analyse du devenir des patients des « fiches IOA »	p51
Annexe M: Répartition des patients du listing des diagnostics	p51
Annexe N: Caractéristiques des patients du listing des diagnostics	p52
Annexe O: Répartition du listing selon le diagnostic retenu	p53
Annexe P: Classification Clinique des Malades aux Urgences	p53
Annexe Q: Comparaison des flux de patients par jour selon la période (scolaire/vacances) et les jours de la semaine	p54
Annexe R: Comparaison des flux de patients par heure selon la période (scolaire/vacances)	p55
Annexe S: Comparaison des flux de patients pendant la tranche horaire 8h30-18h30 selon la période (scolaire/vacances) et les jours de la semaine	p56
Annexe T: La Classification Infirmière des Malades aux Urgences	p57

### **Tables des schémas**

Schéma 1: Sectorisation des territoires de PDS dans le Loiret	p19
Schéma 2: Répartition de l'offre de soins-Loiret 45	p20

### **Tables des figures**

Figure 1: Diagramme de flux de la population de l'étude	p24
---	-----

### **Tables des tableaux**

Tableau I: Caractéristiques de la population étudiée	p27
Tableau II: Répartition des flux de patients	p29

### **Tables des figures**

Graphique 1: Répartition des patients inclus selon le sexe	p28
Graphique 2: Répartition des scores CCMU et dossiers ZAO	p28
Graphique 3: Répartition horaire des dossiers étudiés	p29
Graphique 4: Moyennes et médianes des flux quotidiens	p30
Graphique 5: Comparaison des flux quotidiens selon la période (scolaire/vacances)	p31

# GLOSSAIRE

**AMRG:** Association des Médecins Régulateurs Généralistes  
**ARU:** Association pour la Recherche aux Urgences  
**AS:** Aide-Soignante  
**ARS:** Agence Régionale de Santé  
**CCMU:** Classification Clinique des Malades aux Urgences  
**CESU:** Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences  
**CH:** Centre Hospitalier  
**CHR:** Centre Hospitalier Régional  
**CHU:** Centre Hospitalier Universitaire  
**CHRO:** Centre Hospitalier Régional d'Orléans  
**CIMU:** Classification Infirmière des Malades aux Urgences  
**CNP:** Consultation Non Programmée  
**CNPAU:** Consultation Non Programmée Adjacente aux Urgences  
**DCEM 4:** Deuxième Cycle des Etudes Médicales 4<sup>e</sup> année  
**DM:** Donnée Manquante  
**EPP:** Evaluation des Pratiques Professionnelles  
**IDE:** Infirmière Diplômée d'Etat  
**IFMK:** Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie  
**IFPM:** Institut de Formation Paramédicale  
**INSEE:** Institut National de Statistique et des Etudes Economiques  
**IOA:** Infirmier (ère) Organisateur (trice) d'Accueil  
**MMG:** Maison Médicale de Garde  
**OPH:** Ophtalmologie  
**ORL:** Oto-Rhino-Laryngologie  
**ORTHO:** Orthopédie  
**OUVRABLE:** Consultations entre 8h30-18h30  
**PASS:** Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
**PDSA:** Permanence De Soins Ambulatoires  
**PDS 1:** Permanence De Soins entre 18h30-minuit  
**PDS 2:** Permanence De Soins entre minuit-8h30  
**PDS 3:** Permanence De Soins entre 8h30-18h30 les dimanches et jours fériés, et entre 13h00-18h30 les samedis  
**PH:** Praticien Hospitalier  
**RAD:** Retour A Domicile  
**SAMU:** Service d'Aide Médicale d'Urgence  
**SMUR:** Service Mobile d'Urgence et de Réanimation  
**SAU:** Service d'Accueil des Urgences  
**SAUV:** Salle d'Accueil des Urgences Vitales  
**ZAO:** Zone d'Accueil et d'Orientation

## 1. Introduction

Le recours de la population générale aux services des urgences et des établissements de santé croît régulièrement sur le plan national, passant de 14 millions en 2002 à 18 millions en 2011 (source Statistique annuelle des établissements ; Fiche du panorama des établissements de santé). (1, 2)

A titre d'exemple le service des urgences adulte du CHR d'Orléans a vu son nombre de passages croître de plus de 10% entre 2009 et 2013 (44 802 passages en 2013) (cf. annexe A).

Un certain nombre de motifs de consultation relève de la médecine ambulatoire, ce qui aboutit à un engorgement des services d'urgence, et cela malgré l'ouverture des maisons médicales de garde dans l'agglomération Orléanaise.

*« Le nombre de médecins est globalement stable, mais l'offre de soins de proximité se raréfie et appelle à la vigilance dans certains territoires. »* (3)

Au centre 15 d'Orléans, entre Septembre 2013 et Mai 2014, sur les 18 022 appels émis par des patients âgés de 15 ans et plus, 12 248 ont été réorientés vers la PDS. Sur les 12 248 appels, 3799 ont été orientés vers le SAU adultes du CHRO (cf. annexe B).

Nous avons noté 29 100 passages n'aboutissant pas à une hospitalisation en 2013, soit plus de 17% par rapport à l'année 2009. Sur l'année 2013 nous avons enregistré 35% d'hospitalisations tous secteurs confondus (51% en secteur médecine contre 10% en secteur traumatologie) (cf. annexe C-D).

Le Dr Victoria Carré, praticien hospitalier de médecine d'urgence, a remis au CHRO en juillet 2012, un rapport définissant les grandes lignes organisationnelles d'une consultation non programmée adjacente au service des urgences adulte. L'idée générale était de mettre en place un circuit ultra-court ou « FAST TRACK » (cf. annexe E), de médecine générale.

Cette consultation s'effectuerait dans un espace proche de l'accueil des urgences. Elle serait régulée (centre 15, évaluation par l'IOA à l'accueil des urgences en collaboration avec le médecin coordonnateur du SAU). Un certain nombre d'examens complémentaires rapides pourrait y être effectué, avec une assistance paramédicale :

- prise des constantes:
  - fréquence cardiaque
  - pression artérielle
  - fréquence respiratoire
  - saturation en oxygène
  - température tympanique
- mesure de la glycémie capillaire
- hémocue
- bandelette urinaire
- ECG
- radiographies simples (petite traumatologie)

Ce travail a eu pour objet d'évaluer l'intérêt d'une telle consultation au regard du nombre de patients qui y seraient potentiellement candidats.

## 2. Etat des lieux :

### 2.1. La permanence des soins (PDS)

#### 2.1.1. Définition

La permanence des soins est une organisation médicale entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier (public ou privé) permettant de répondre aux demandes de soins non programmés du patient par des moyens adaptés, structurés et régulés. (4)

Elle est assurée par l'ensemble des médecins libéraux et du secteur public:

- tous les jours de 20h à 8h
- les dimanches et les jours fériés de 8h à 20h
- en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante:
  - o le samedi à partir de midi
  - o le lundi lorsqu'il précède un jour férié,
  - o le vendredi et samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Le but est d'assurer à la population un accès aux soins en dehors des horaires usuels d'ouverture des cabinets médicaux libéraux ou lors des périodes d'absence du thérapeute habituel.

Elle est effective sur l'ensemble du territoire national.

#### 2.1.2. Organisation de la PDS

Depuis le 1er Avril 2012, l'organisation de la permanence des soins ambulatoires est définie dans un cahier des charges régional, décliné par départements, après avis des préfets de département et des représentants des professionnels de santé.

La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) repose sur: (5)

- le principe du volontariat (Décret n°2010-809 du 13 Juillet 2010)
- l'organisation des gardes par secteur (à partir de 20h en semaine, et les week-ends et jours fériés)
- l'accès aux soins non programmés
- la continuité des soins durant les heures ouvrables afin d'éviter une orientation vers les services d'urgence
- le regroupement des médecins par secteur, afin d'améliorer les contraintes liées à l'activité de garde, dans un contexte de démographie médicale déclinante
- le principe de déplacement du patient chaque fois que cela est médicalement possible
- un dispositif de régulation performant et attractif en vue d'améliorer le délai de prise en charge des patients
- le principe de coordination entre les dispositifs hospitaliers et extra-hospitaliers en situation d'urgence

Le découpage en territoires de permanence de soins doit respecter un certain nombre de principes: (5)

- accès aux soins non programmés garanti en tous points, quel que soit le territoire
- la sécurité, notamment en termes d'accès et de délais de réponse (prise en compte du temps moyen de déplacement entre le domicile du patient et le lieu de garde)
- la cohérence avec la configuration des autres gardes (garde ambulancière, garde pharmaceutique)

La fixation d'un délai maximum de 30 minutes pour accéder aux soins d'urgence est la garantie territoriale d'un accès aux soins pour tous. (6, 7)

Les moyens pour y répondre sont: les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) terrestres et hélicoptère, les médecins correspondants du SAMU. L'ensemble devra être opérationnel en 2015.

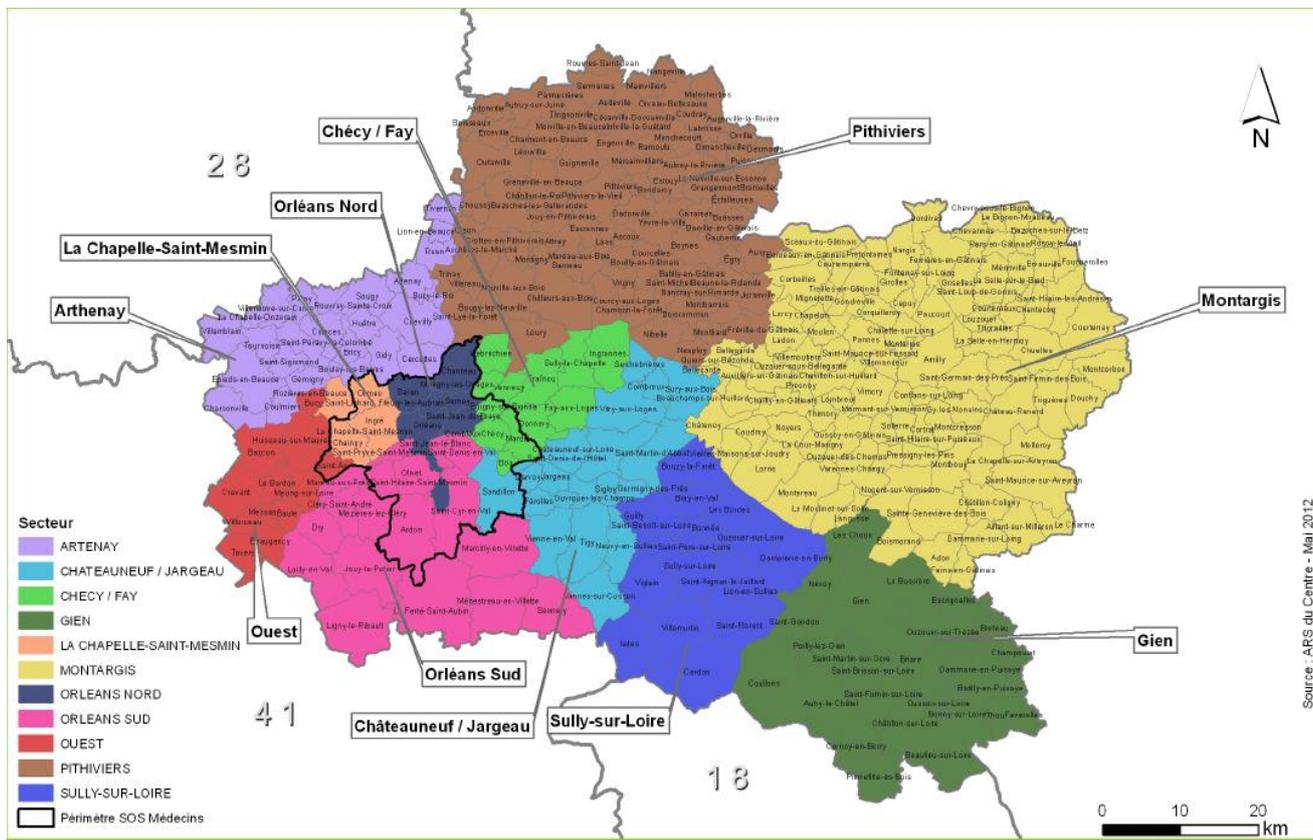
Les territoires doivent tenir compte: (8, 9)

- de la population (nombre, typologie,...)
- de la solidité du dispositif de régulation (nombre de participants, plages horaires couvertes, activités)
- du nombre d'effecteurs définis par rapport à l'offre médicale existante, à la demande de soins et à l'activité médicale constatée, et de leur sollicitation par tranche horaire. Ce nombre est rapporté à la superficie et à la distance entre les points extrêmes du territoire concerné
- des habitudes de garde et des réseaux tissés entre acteurs de la permanence des soins
- de la localisation des établissements de santé et notamment des services d'urgence
- des zones d'intervention des SMUR
- des points fixes de garde, comme des maisons médicales de garde
- des structures professionnelles type SOS médecins
- des structures existantes (hôpitaux locaux, EHPAD)
- des projets existants pouvant avoir un impact sur la permanence des soins (maisons de santé pluridisciplinaires)

### 2.1.3. Organisation de la PDS dans le Loiret

La région Centre présente certaines caractéristiques:

- répartition hétérogène de l'offre de soins et de l'activité médicale
- situation démographique médicale et paramédicale critique sur certains territoires
- inadéquation de l'offre en matière de transport dans certains secteurs
- continuité des soins difficile dans les structures pour personnes âgées
- recours inappropriés aux services d'accueil des urgences des centres hospitaliers en lien avec de nouveaux déterminants comportementaux
- recours inappropriés aux services d'incendie et de secours en lieu et place des ambulanciers



**Schéma 1** : Sectorisation des territoires de PDS dans le Loiret (5)

Les établissements de santé dans le Loiret et notamment des services d'urgence sont localisés aux:

- Centre Hospitalier Régional (CHR) sur Orléans Sud (CHRO)
- Centre Hospitalier (CH) de Gien
- CH d'Amilly (CHAM)
- CH de Pithiviers
- Clinique Oréliance sur Orléans Nord (SOS Mains...)
- CH Daumezon à Fleury les Aubrais (Hôpital Psychiatrique: CPAU)

Les zones d'intervention des SMUR correspondent aux bassins de vie ou aux zones d'emplois.

5 Maisons Médicales de Garde (MMG) sont réparties comme suit:

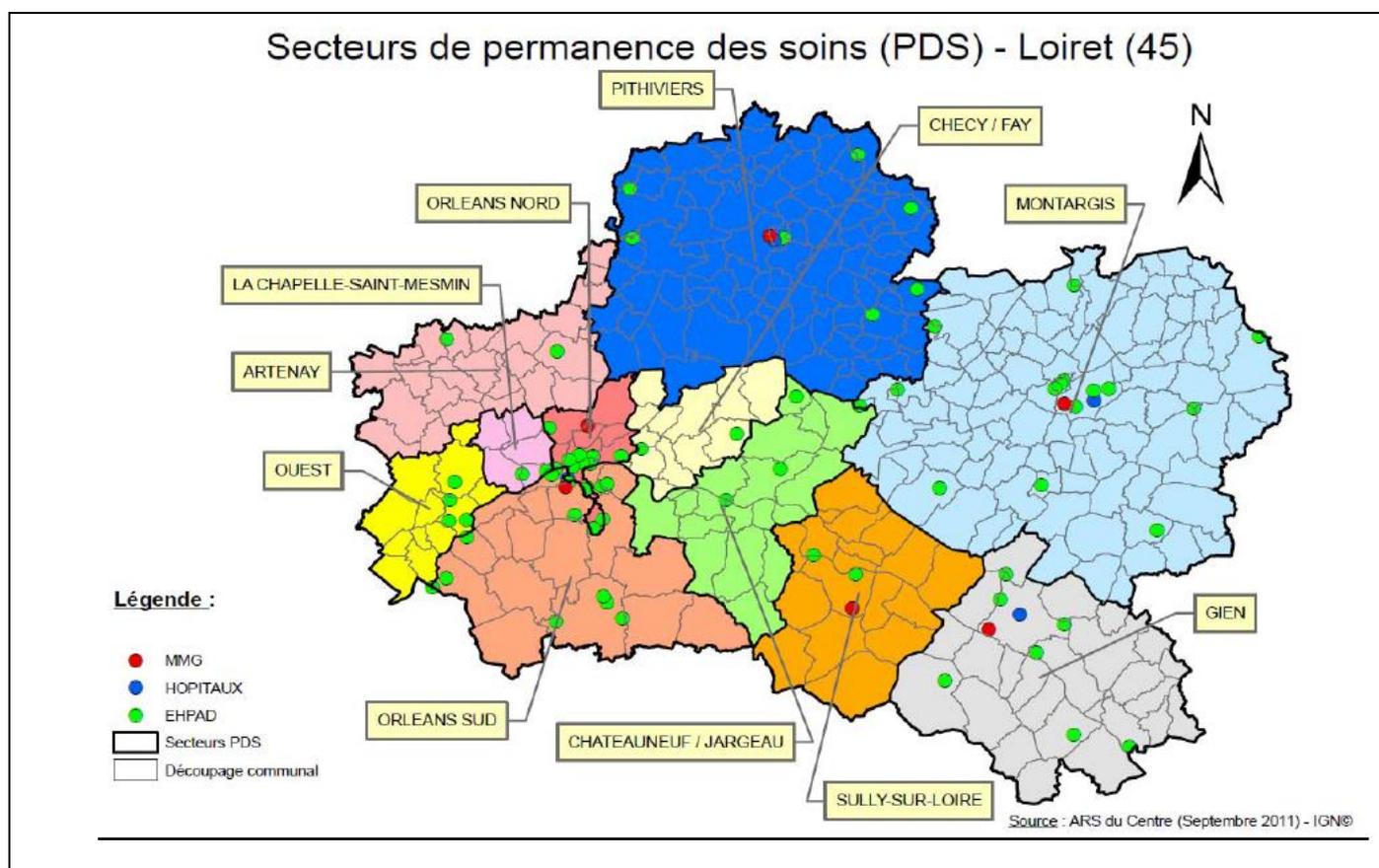
- MMG d'Orléans sud à Olivet (clinique de l'Archette)
- MMG de Sully-sur-Loire à l'hôpital local de Sully-sur-Loire
- MMG de Montargis au CH d'Amilly-Montargis
- MMG de Pithiviers au CH de Pithiviers
- MMG de Gien au CH de Gien

S'y ajoutent les médecins généralistes en cabinet.

Les structures professionnelles sont représentées par:

- SOS Médecins du Loiret :
  - o du lundi au vendredi de 12h à 14h et de 20h à 22h
  - o le samedi de 13h à 20h
  - o les soirs de semaine (20h-minuit) : couverture partielle de 6 secteurs (Orléans nord et sud, Chécy, Châteauneuf, Jargeau, La Chapelle-St-Mesmin, et depuis le 11/02/12 le secteur Ouest)

- déplacement uniquement sur l'agglomération d'Orléans
- 2 secteurs le samedi après-midi : Orléans nord et Orléans sud
- 5 hôpitaux locaux sur les communes suivantes: Sully-sur-Loire, Beaugency, Neuville-aux-Bois, Beaune La Rolande, Briare
- 69 EHPAD répartis sur le département



**Schéma 2** : Répartition de l'offre de soins – Loiret 45 (2)

2.2. La régulation médicale des appels (10)

2.2.1. Définition

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur.

L'acte médical est une décision médicale qui implique la responsabilité individuelle du médecin tout en s'appuyant sur l'ensemble des éléments dont il dispose, afin d'apporter au patient le juste soin sans lui faire perdre de chance.

La régulation médicale a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à chaque situation.

2.2.2. Missions de la régulation médicale

Les missions de la régulation médicale sont:

- assurer la disponibilité des moyens hospitaliers publics ou privés adaptés à l'état du patient, tout en respectant le libre choix de la personne
- préparer son accueil dans l'établissement choisi

- organiser le transport vers l'établissement public ou privé
- veiller à l'admission du patient

### 2.2.3. Organisation dans le Loiret

- AMRG 45: Association des Médecins Régulateurs Généralistes du Loiret, domiciliée au Samu-centre 15 d'Orléans, réunissant 10 médecins généralistes:
  - o en semaine de 20h à minuit
  - o le samedi de 12h à minuit
  - o le dimanche et jours fériés de 8h à minuit
- SAMU: tous les jours de la semaine 24h/24, composé de 2 médecins spécialisés en médecine d'urgence et à la régulation médicale, dont 1 mobilisable pour l'intervention sur le terrain, en complément des 2 équipes sortantes.

## 2.3. Service d'accueil des urgences (SAU) et Médecine d'urgence

### 2.3.1. Définition de l'urgence

- Larousse: « *situation impliquant l'intervention rapide d'un médecin, seul compétent pour administrer les soins ou prescrire les médicaments nécessaires...* » (11)
- selon l'école nationale de santé publique: « *est considérée comme urgence tout ce qui est ressenti par le patient comme étant d'ordre médical et qui ne peut souffrir de retard* » (12)
- selon la SFMU: « *on entend par urgence toute circonstance qui par sa venue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital, si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement* » (13)
- d'un point de vue médical, on peut distinguer 2 niveaux d'urgence:
  - o l'urgence réelle correspondant à une situation mettant en jeu le pronostic vital
  - o l'urgence ressentie (patient pouvant légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave) (14)

### 2.3.2. Missions de la médecine d'urgence (15, 16, 17)

On peut résumer en 5 étapes clés la prise en charge en médecine d'urgence:

- accueillir (des patients en situation d'urgence « réelle » ou « ressentie »)
- évaluer (les besoins des patients à travers leurs demandes ou symptômes)
- hiérarchiser (selon des méthodes et une expertise adaptées aux conditions d'exercice de la médecine d'urgence)
- stabiliser (mettre en œuvre les premières mesures diagnostiques et thérapeutiques, assurer la surveillance et les soins des patients jusqu'à leur orientation)
- Orienter (vers les structures, les filières et réseaux de soins les plus adaptés aux besoins des patients)

### 2.3.3. Missions de l'Infirmier (ère) Organisateur (trice) de l'Accueil (IOA) (18)

L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) accueille le patient et ses accompagnants dès leur arrivée. Elle recueille et transmet les données concernant le patient, définit les besoins de santé et les priorités de soins.

L'IOA détermine, en accord avec le médecin coordonnateur, le type de prise en charge à proposer:

- réorientation sur la permanence de soins ou consultations hors SAU (médecine générale, médecins de garde, maisons médicales)
- prise en charge en « circuit court » (traumatologie, soins simples)
- prise en charge en circuit « classique » (pathologies nécessitant des examens complémentaires, une surveillance, une hospitalisation potentielle)
- prise en charge en SAUV (pronostic vital rapidement engagé)

La création du poste d'IOA permet de réduire la durée d'attente à l'accueil des malades instables et augmente la satisfaction des consultants. (19)

#### 2.3.4. Le médecin coordinateur de flux (20,21)

Il coordonne l'activité des soins des internes, de ses confrères et de l'IOA.

Il favorise la prise en charge rapide des patients consultant ou graves et assure la gestion des locaux et des lits.

Ce poste ne peut être pourvu que par un urgentiste polyvalent associant plusieurs niveaux d'expertise.

### 3. Matériel et Méthodes

#### 3.1. Population

La ville d'Orléans appartient à l'agglomération Orléans Val de Loire regroupant 22 communes pour un total d'environ 272 000 habitants.

L'aire urbaine d'Orléans comprend 90 communes pour un total d'environ 417 000 habitants.

Elle est située dans le département du Loiret (45).

#### 3.2. Le site

Le CHRO offre actuellement une capacité de 1485 lits.

Un nouvel hôpital de 1300 lits est en construction à Orléans la Source, soit à 10 km du centre-ville d'Orléans. Il ouvrira en totalité en 2015 et regroupera l'ensemble des activités de l'établissement sur un site unique.

#### 3.3. Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHRO

Le SAU adulte du CHRO a pris en charge 44 802 patients en 2013, soit une moyenne proche de 123 patients par jour. (cf. annexe A)

Le personnel paramédical est composé des aides-soignants (es) (AS) et des infirmiers (ères) diplômés d'état (IDE) qui se partagent dans le circuit « classique » (4 AS et 4 IDE), SAUV (1 AS et 1IDE) et « court » (1 AS ET 1 IDE) (cf. annexe F).

Le personnel médical est composé de médecins juniors (internes), des externes en DCEM4 et de médecins séniors (4 séniors en journée) (cf. annexe G)

#### 3.4. Projet de consultation non programmée adjacente aux urgences du CHRO

Le critère de jugement principal a été d'évaluer le nombre de patients pouvant bénéficier d'une consultation non programmée adjacente au service des urgences adultes du CHRO (pendant la PDS ou Hors PDS).

#### 3.5. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive longitudinale rétrospective, au sein du SAU adulte du CHRO.

#### 3.6. Période de l'étude

Les données ont été analysées sur 9 mois (273 jours), du 1<sup>er</sup> Octobre 2013 au 30 Juin 2014.

Cette période de 9 mois était intéressante car elle coïncidait avec la mise en place d'un service de consultations non programmées au nord d'Orléans à la clinique « Oréliance » à partir de septembre 2013, pouvant impacter potentiellement sur la demande de soins au SAU adulte du CHRO. Ainsi notre travail reflétait l'état actuel des demandes de consultations non programmées.

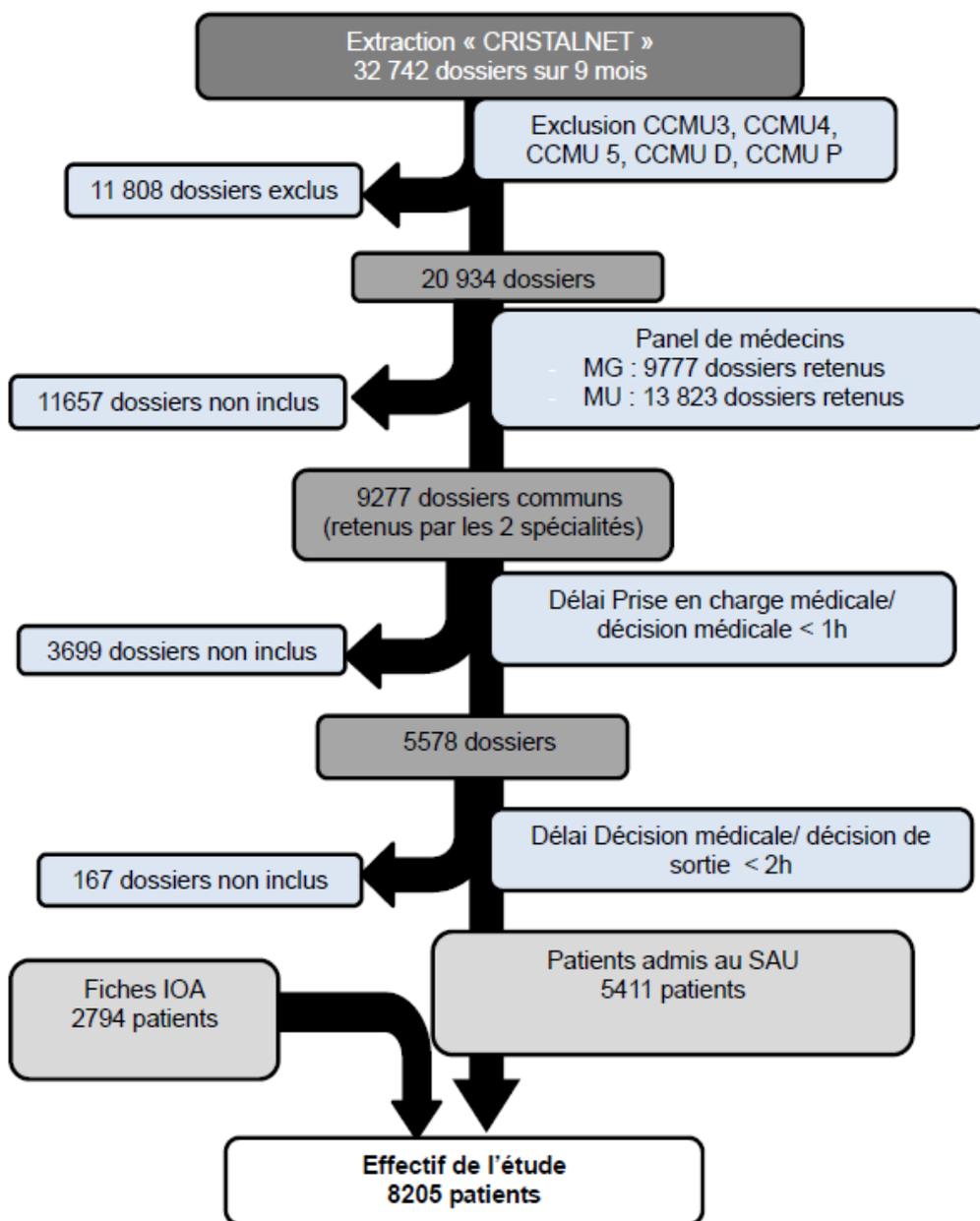
Cette période recouvrait par ailleurs un certain nombre de vacances scolaires, fêtes, jours fériés et la saison hivernale favorisant possiblement une augmentation du nombre de demandes de soins non programmés au SAU.

Le recueil de données a été réalisé de manière rétrospective de Mai à Juillet 2014.

### 3.7. Protocole de recueil des données

Nous avons recueilli:

- d'une part, les données issues des « fiches IOA » (cf. annexe H)
- d'autre part, les données issues du listing des diagnostics des patients inscrits au SAU à partir du logiciel « CRISTALNET » (cf. annexe I)



**Figure 1:** diagramme de flux de la population étudiée

### 3.7.1. Recueil des fiches IOA

Les informations des fiches IOA des patients réorientés sur la permanence des soins ou des consultations hors du SAU ont été prises en compte. Ces demandes de soins non programmés pouvant justifier d'une consultation dans la journée (cf. annexes J, K, L).

Elles contenaient les informations suivantes:

- nom, prénom, date de naissance, sexe
- jour et heure d'arrivée
- motif de la consultation
- nom du médecin coordinateur ainsi que sa signature le cas échéant
- devenir du patient avec sa réorientation

### 3.7.2. Recueil du listing des diagnostics des patients inscrits au SAU

Il a permis de récupérer dans 32 742 dossiers: (cf. annexes M, N, O)

- nom, prénom, date de naissance, sexe
- jour de consultation, heure d'arrivée
- les différents horaires de prise en charge pour calculer les délais
- les diagnostics finaux
- les scores CCMU (cf. annexe P) (22)
- les orientations (circuit d'admission, l'hospitalisation ou le retour au domicile)

Nous étions confrontés aux limites du logiciel « CRISTALNET » en termes d'extraction, et n'avons pu obtenir:

- les motifs IOA
- le moyen d'arrivée au SAU (ambulatoire, ambulances, pompiers)
- le niveau de gravité évalué initialement à l'accueil
- les examens complémentaires effectués (radiologiques notamment)

## 3.8. Critères d'inclusion, d'exclusion et de non inclusion

### 3.8.1. Critères d'inclusion

Nous avons retenu:

- les patients évalués en ZAO par l'IOA et réorientés sur une prise en charge ambulatoire hors du service des urgences
- les patients sortis après un passage au SAU classés CCMU 1 et CCMU 2
- sans restriction sur l'âge

### 3.8.2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu:

- les patients qui ont été hospitalisés suite à leur passage au SAU classés CCMU 3, CCMU 4 et CCMU 5
- les patients décédés classés CCMUD
- les patients présentant des pathologies psychiatriques « lourdes » classés CCMU P

### 3.8.3. Critères de non inclusion

Le listing des diagnostics principaux des patients classés CCMU 1 et CCMU 2 a été soumis à un panel de 3 médecins généralistes et de 3 médecins urgentistes, en leur demandant de relever les pathologies qui, de leur point de vue, pourraient être gérées par un médecin dans le cadre d'une consultation telle que nous l'avons définie.

Nous avons retenu les patients dont le diagnostic faisait partie de la sélection de tous les médecins interrogés, dans les deux spécialités.

Nous avons finalisé le tri en tenant compte des temps de prise en charge:

- délai entre la prise en charge médicale et la décision médicale de moins de 1 heure : la décision médicale est définie par l'implémentation du codage diagnostic dans le dossier patient informatisé
- délai entre la décision médicale et la décision de sortie de moins de 2 heures: la décision de sortie correspond à la validation de la sortie par le médecin dans le dossier patient informatisé

Ainsi nous avons retenu les dossiers pour lesquels il n'y a:

- o pas de doute diagnostic
- o pas de difficulté de prise en charge
- o pas de nécessité de surveillance ou de traitement long

### 3.9. Exploitation des données

Les données ont été entrées et triées sur Microsoft EXCEL 2010.

Les listings des fiches IOA et des patients CCMU 1 et 2 ont été fusionnés.

Le flux de patients a été défini par le nombre de patients étant accueilli au SAU sur une période horaire ou par 24h, en demande de consultation non programmée, tels que retenus dans notre étude.

Après avoir analysé les caractéristiques de la population retenue, les flux des consultations ont été étudiés en fonction:

- des jours de la semaine, jours fériés
- des périodes de l'année (périodes scolaires et vacances)
- d'une classification des horaires des demandes de soins
  - o Ouvrable (O): de 8h30 à 18h30 en semaine et de 8h30 à 13h00 le samedi
  - o PDS 1: de 18h30 à minuit
  - o PDS 2: de minuit à 8h30
  - o PDS 3: de 8h30 à 18h30 dimanche et fériés, de 13h à 18h30 le samedi

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de l'outil statistique STATA 11, après vérification des doublons.

Les flux de consultations quotidiens ont été comparés aux flux des « mardis », choisi comme jour de référence compte tenu d'une tendance à la modération des flux de passage aux urgences ce jour-là.

Les variables quantitatives ont été comparées par un test t de Student. Le seuil de signification retenu a été de 0,05.

## 4. Résultats

### 4.1. Caractéristique de la population de l'étude

L'étude a inclus 8205 patients dont

- 2794 (près de 10 patients/j) ont été réorientés sur la PDS et les consultations hors SAU
- 5411 (près de 20 patients par jour) ont été admis aux urgences.

Les 5411 patients entrés au SAU se répartissaient en

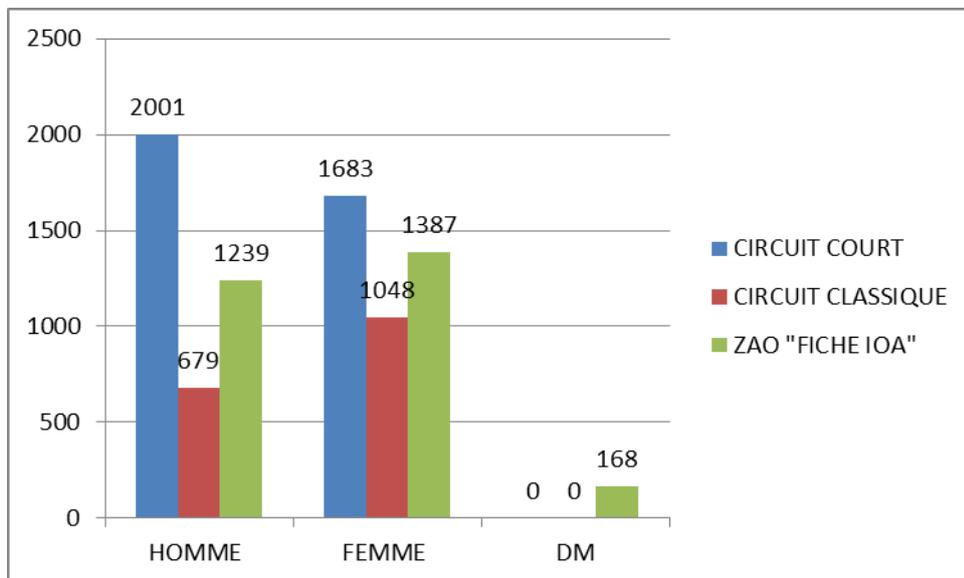
- 1533 CCMU 1 (28,3%)
- 3878 CCMU 2 (71,7%).

Les hommes représentaient 47,8% (3919) de l'effectif total et les femmes 50,2% (4118). Pour 2% (168) des patients de l'effectif, le sexe était inconnu.

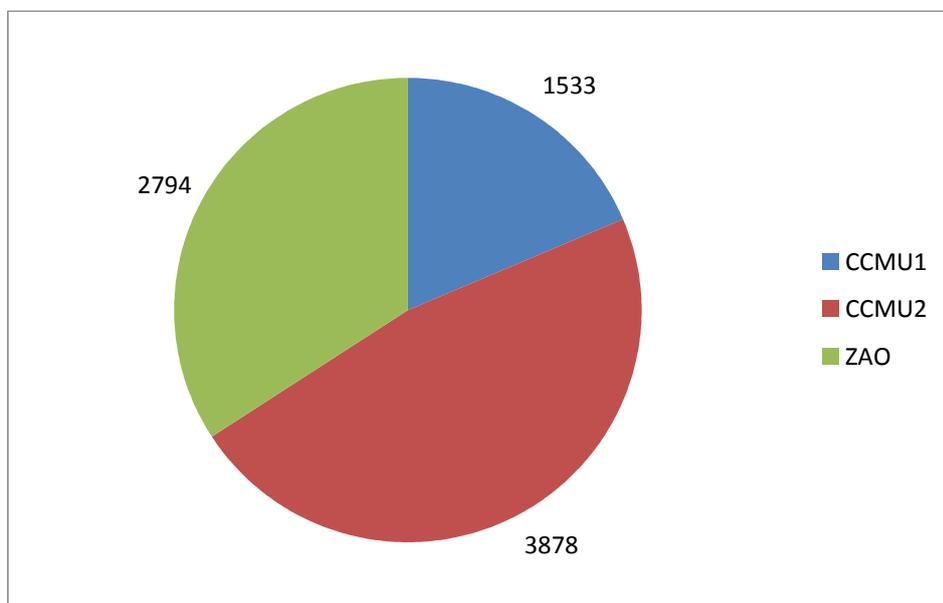
L'âge moyen des patients était de 38 ans avec une moyenne d'âge de 37,7 pour les hommes et 39,1 pour les femmes.

	Nombre de patients	%	Age moyen	Age médian	Ecart Type	Rang limite
Homme	3919,0	47,8	37,7	33,0	17,9	[2-99]
Femme	4118,0	50,2	39,1	34,0	19,6	[4-103]
<b>Répartition des dossiers relevés (CCMU)</b>						
ZAO	2794,0	34				
CCMU 1	1533,0	18,7				
CCMU 2	3878,0	47,3				
<b>Répartition des dossiers relevés (Secteur de soins)</b>						
ZAO	2794,0	34,1	37,2	32,0	18,6	[10-103]
C court	3684,0	44,9	42,1	38,0	19,8	[15-99]
C classique	1727,0	21,0	37,7	33,0	17,9	[2-99]
<b>Répartition par période horaire</b>						
O+PDS3	5092,0	62,1	39,6	35,0	19,2	
PDS1	1883,0	22,9	35,7	30,0	17,8	
PDS2	1068,0	13,0	37,2	32,0	17,7	
DM	162,0	2,0				
<b>Répartition selon les jours</b>						
LUNDI	1224,0	14,9	38,6	34,0	18,3	[14-97]
MARDI	1084,0	13,2	37,4	32,0	18,6	[13-103]
MERCREDI	1083,0	13,2	38,1	34,0	18,6	[9-99]
JEUDI	964,0	11,7	37,8	33,0	18,8	[10-99]
VENDREDI	1068,0	13,0	40,0	35,0	19,3	[10-99]
SAMEDI	1235,0	15,1	38,7	34,0	19,3	[4-97]
DIMANCHE	1237,0	15,1	37,7	32,0	18,7	[2-95]
FERIE	310,0	3,8	40,3	36,0	18,9	[10-99]

**Tableau I:** Caractéristiques de la population étudiée sur 9 mois



**Graphique 1:** Répartition des patients retenus selon le sexe



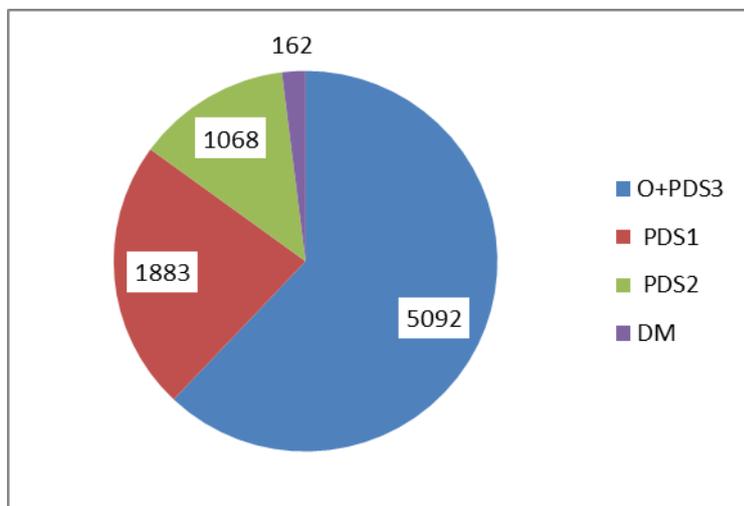
**Graphique 2:** Répartition des scores CCMU et dossiers ZAO

## 4.2. Flux de patients sur la période de l'étude

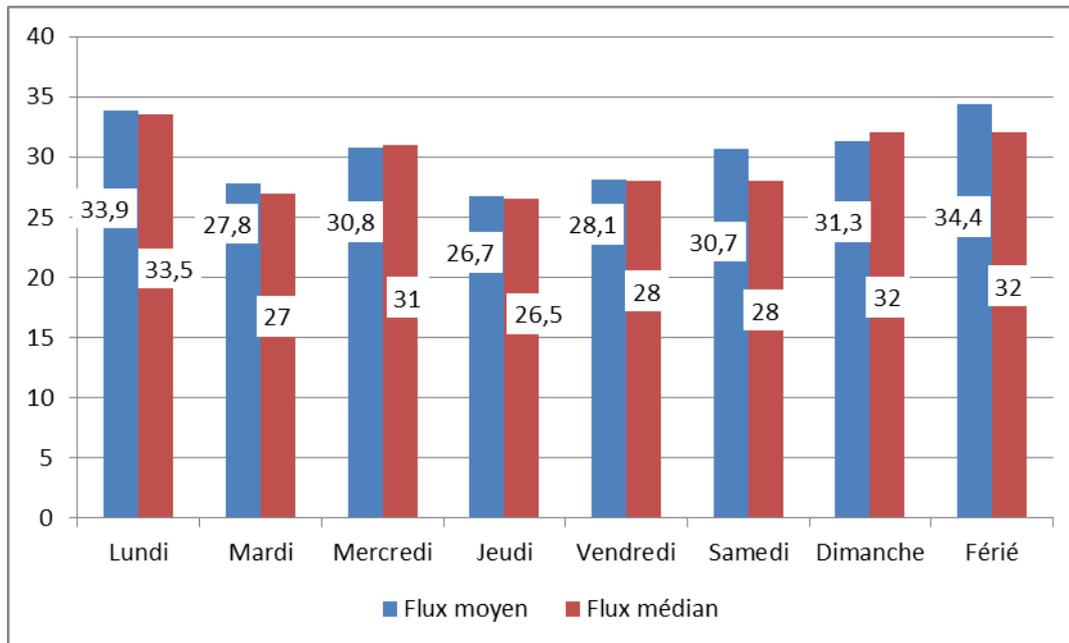
Le flux de patients moyen était proche de 30 par jour (+/- 7,9).

	moyenne	moyenne horaire	Médiane	Ecart type	Rang limite	p (période scolaire/ vacance)	p (comparaison au Mardi)
Flux selon les périodes horaires							
O+PDS3	18,5	1,9	18	6,6	[2-36]	0,64	
PDS1	7,0	1,3	7	3,3	[1-18]	0,27	
PDS2	3,8	0,5	3	2,5	[0-13]	<b>0,04</b>	
Flux selon les jours							
LUNDI	33,9	1,4	33,5	8,5	[20-52]	0,13	<b>0,00</b>
MARDI	27,8	1,4	27,0	5,5	[17-39]	0,98	
MERCREDI	30,8	1,3	31,0	7,1	[19-41]	0,69	<b>0,04</b>
JEUDI	26,7	1,1	26,5	6,6	[13-40]	0,51	0,42
VENDREDI	28,1	1,2	28,0	6,5	[11-44]	0,16	0,85
SAMEDI	30,7	1,3	28,0	10,2	[15-62]	0,88	0,12
DIMANCHE	31,3	1,3	32,0	7,2	[17-52]	0,31	<b>0,02</b>
FERIE	34,4	1,4	32,0	9,6	[23-55]	0,39	<b>0,01</b>

**Tableau II:** Répartition des flux de patients



**Graphique 3:** Répartition horaire des dossiers étudiés



**Graphique 4:** moyennes et médianes des flux quotidiens

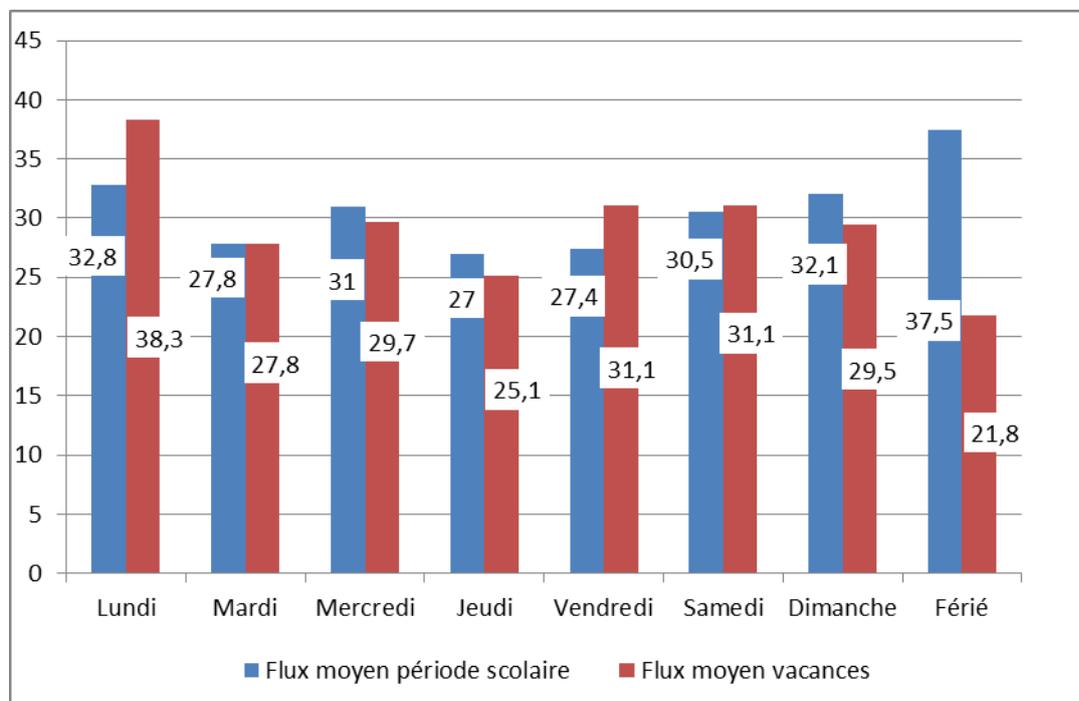
Le flux de patients moyen était de 29,9 (+/-7,9) en période scolaire contre 30,4 (+/-7,9) pendant les vacances avec un  $p > 0,05$  (non significatif).

Le flux de patients moyen les lundis était de 33,9 (+/- 8,5) contre 27,8 les mardis (+/- 5,5) avec un  $p < 0,05$  (significatif).

Le flux de patients moyen les mercredis était de 30,8 (+/- 7,1) contre 27,8 les mardis (+/- 5,5) avec un  $p < 0,05$  (significatif).

Le flux de patients moyen les dimanches était de 31,3 (+/- 7,2) contre 27,8 les mardis (+/- 5,5) avec un  $p < 0,05$  (significatif).

Le flux de patients moyen les jours fériés était de 34,4 (+/- 9,6) contre 27,8 les mardis (+/- 5,5) avec un  $p < 0,05$  (significatif).



**Graphique 5:** Comparaison des flux quotidiens selon la période (scolaire/vacances) (cf. annexe Q)

Comparaison des flux de patients par heure selon la période (scolaire/vacances) (cf. annexe R):

Le flux de patients moyen était de 1,25 par heure (+/- 0,23) en période scolaire contre 1,27 (+/- 0,41) pendant les vacances avec un  $p > 0,05$  (non significatif).

Les flux de patients moyen pendant la tranche horaire 8h30-18h30 était de 1,84 par heure (+/- 0,54) en période scolaire contre 1,88 (+/- 0,56) pendant les vacances avec un  $p > 0,05$  (non significatif).

Le flux de patients moyen pendant la tranche horaire 18h30-minuit était de 1,29 par heure (+/- 0,61) en période scolaire contre 1,2 (+/- 0,6) pendant les vacances avec un  $p > 0,05$  (non significatif).

Le flux de patients moyen par heure pendant la tranche horaire minuit-8h30 était de 0,43 (+/- 0,28) en période scolaire contre 0,51 (+/- 0,31) pendant les vacances avec un  $p < 0,05$  (significatif).

Comparaison des flux de patients pendant la tranche horaire 8h30-18h30 selon la période (scolaire/vacances) et les jours de la semaine (cf. annexe S):

La comparaison du flux de patients moyen pendant la tranche horaire 8h30-18h30, quel que soit le jour de la semaine en période scolaire et pendant les vacances, ne mettait pas en évidence de différence significative, l'ensemble des  $p$  étant  $> 0,05$ .

## 5. Discussion

### 5.1. Principaux résultats de l'étude

La population ciblée par ce type d'étude est souvent une population jeune. Dans notre étude la moyenne d'âge était de 38 ans avec une légère prédominance de femme (50.2%) avec un âge moyen de 39 ans.

Ces résultats sont partiellement en accord avec les données de la littérature. Dans l'ensemble des publications étudiant le comportement des patients consultants aux urgences, pour des motifs de médecine générale, il a été mis en évidence que la population est plutôt jeune. (23, 24, 25, 26, 27)

En revanche, en ce qui concerne le sexe, les résultats divergent. Certaines études ont mis en évidence une prédominance masculine (24, 25, 28, 29) quand d'autres ont souligné une prédominance féminine. (23, 30)

Dans notre étude sur les 5411 patients admis aux urgences 28,3% ont été côtés CCMU 1 et 71,1% CCMU 2. Ces résultats sont superposables dans d'autres travaux de thèse : par exemple le travail de thèse d'exercice de Meunier. Il a retrouvé 25,8% de CCMU 1 et 74,2% de CCMU 2. Il en était de même pour le travail de thèse d'exercice de Chaudet.A avec 12,3 % de CCMU 1 et 87,7% de CCMU 2. (27)

Nous n'avons pas démontré de différence statistiquement significative des flux de demande de consultations non programmées entre la période scolaire et de vacances dans notre étude en dehors de la tranche horaire minuit-8h30 (en « nuit profonde »). Cela peut être expliqué par une la présence d'une population touristique pendant les vacances d'une part et une modification du rythme de vie d'autre part avec des sorties plus tardives.

Le flux moyen par jour était de 30, avec une moyenne horaire de 1,9 pendant la tranche horaire 8h30-18h30 contre 1,3 pendant la période 18h30-minuit à la différence des conclusions du travail de thèse d'exercice de Chaudet.A, notant 6,6% de passage à 11h, et 14,4% à 23 h.

Par contre il semble y avoir plus de demandes de consultations non programmées aux urgences les lundis, mercredis, dimanches, jours fériés, en comparaison à un jour de référence réputé à flux plus modéré ( le mardi dans notre étude).

D'autres études ont retrouvé des résultats similaires. Dans le travail de thèse d'exercice de Chaudet.A, la fréquentation les dimanches étaient de 11,7% contre 7,5% les mardis. Il a mis également en évidence une variation de fréquentation entre la semaine et le week-end (+ 38,7%). Cependant il a noté une baisse de la fréquentation pendant les vacances scolaires (-18,5%).

Ces différences de résultats peuvent être liées à une différence dans la méthodologie (nous n'avons pas utilisé les mêmes critères pour évaluer les résultats). D'autre part, les particularités liées au centre hospitalier, à la région, à la population et à l'organisation générale de la prise en charge des consultations non programmées peuvent générer ces différences.

## 5.2. Perspectives

Aux termes de notre recherche bibliographique, il s'avère que peu d'articles traitent des flux de patients demandeurs de consultations non programmées aux urgences, limitant ainsi les comparaisons possibles.

Notre travail a apporté des informations concernant les âges, le sexe, les flux de patients demandeurs de consultations non programmées au SAU du CHRO.

### 5.2.1. La création d'une CNPAU est-elle une solution adaptée ?

Notre étude a suggéré qu'en moyenne 30 patients par jour pouvaient bénéficier de cette consultation.

Des exemples de cette organisation existent. En France, à l'hôpital de l'Instruction des Armées Laveran à Marseille, une consultation de médecine générale est mise en place au sein des urgences bénéficiant ainsi d'un plateau technique (exemples : radiographies et bilan biologique). Elle prend en charge 50% des flux de patients dont seulement 12% des patients sont redirigés vers le service des urgences. (31)

### 5.2.2. CNPAU et délais d'attente

La création d'une CNPAU peut faire baisser les délais d'attente.

La durée de prise en charge peut être améliorée en affinant la prescription d'examens complémentaires, actuellement souvent effectués dès l'entrée du patient au SAU, d'après le jugement de l'IDE devant la symptomatologie (douleur abdominale...), en anticipation de l'examen médical et de façon protocolaire.

Nous pouvons aussi escompter un impact sur les dépenses liées à des examens sur protocole à l'utilité parfois discutable.

La baisse des délais d'attente et de prise en charge peut contribuer à améliorer la satisfaction des patients (baisse du nombre de fugues et des sorties contre avis médical). Une CNPAU peut contribuer aussi à renforcer la réponse aux demandes de consultations non programmées, notamment lors de jours ou périodes critiques (lundis, mercredis, fériés, dimanches...).

La gestion en amont du SAU des consultations non programmées peut permettre de recentrer les équipes de médecine d'urgence sur leur cœur de métier : la prise en charge rapide et hiérarchisée des patients présentant des critères d'urgence en fonction de leur gravité et leur stabilisation. Ainsi le temps libéré de la gestion d'un flux de consultation sera mieux utilisé pour les patients nécessitant des soins lourds, rapides, prodigués par des équipes aux effectifs actuellement limités en termes quantitatifs, qualitatifs (compétences polyvalentes de médecine d'urgence) et d'espace (engorgement).

Plusieurs données de la littérature existent à ce sujet:

- dans les travaux de Darrab.a et al, les voies express ou « FAST TRACK » ont diminué le temps d'attente d'une heure pour les patients dit « légers » (niveau 3, 4 et 5 du Tri IAO) et de 6 minutes pour les patients les plus graves (niveau1, 2 du tri IOA) (32)

- de même Nash.K et al, (29) les voies express ont diminué le temps d'attente des patients dit « légers », et ont baissé de 3% le nombre de patients « partis sans attendre »
- d'autres revues de la littérature sont arrivées à la même conclusion (33, 34)

### 5.2.3. CNPAU et activité des urgences

Créer ce type de consultation peut contribuer à désengorger le SAU sur les horaires des pics de flux. Associer la prise en charge des consultations non programmées au service des urgences peut permettre de maintenir et même d'accroître l'activité, en orientant les patients sur un type de prise en charge adaptée, assurant ainsi le « juste soin ».

Le travail de thèse d'exercice portant sur la création d'une consultation de médecine générale de l'hôpital de d'Instruction des Armées Laveran à Marseille a permis de réduire de 40% le nombre de passage aux urgences. Dans cette étude, les patients arrivent aux urgences, ils sont vus par un médecin généraliste, et ensuite sont orientés par ce dernier, soit vers un retour au domicile avec un courrier pour le médecin traitant ou un confrère spécialiste, soit vers un passage dans le service des urgences. Cette organisation a montré son efficacité dans l'optimisation des flux. (31)

Van Uden.C et al. ont montré dans leur étude un impact majeur de la présence d'un médecin généraliste dit « de premier recours » au sein d'un service d'urgence à l'Hôpital Universitaire de Maastricht, associée à la réorganisation des soins en dehors des heures d'ouvertures, sur le taux de fréquentation du service d'urgence de l'établissement. A l'heure de la PDS, tous les patients qui consultent le service des urgences doivent être adressés par un médecin. Dans cette étude la MMG a été créé dans les locaux des urgences afin de former « un pôle de PDS ». Le médecin qui consulte est un médecin libéral de garde non salarié de l'hôpital. 2 études réalisées avant et après installation de cette consultation ont montré une baisse de 52,6% des patients consultants au SAU et une augmentation de 25% de l'utilisation des structures de soins primaires. (35)

### 5.2.4. Notion de coopération entre médecins généralistes et médecins urgentistes

La coopération entre les médecins généralistes et les médecins urgentistes sur un même lieu est souhaitable. Elle peut améliorer la qualité du travail de chacun des intervenants.

La prise en charge des patients par un médecin généraliste serait sécurisée:

- régulation par le centre 15
- évaluation initiale à l'accueil du SAU et hiérarchisation
- proximité du plateau technique, moyens paramédicaux disponibles
- réorientation rapide au SAU si besoin
- échanges avec les collègues urgentistes

En cas de modalité d'exercice salarié du médecin généraliste, un exercice mixte l'intégrant plus amplement à l'équipe d'urgentistes peut être envisagé. En effet, l'aspect polyvalent de la médecine générale est un atout en complément des aspects spécifiques de la médecine d'urgence.

Dans la littérature, il existe des exemples d'intégration de médecins généralistes au sein même des urgences.

En France : « *une consultation de médecine générale implantée depuis 2003 aux urgences de l'Hôpital de d'Instruction des Armées Laveran à Marseille a permis une optimisation de la gestion du flux de patients se présentant aux urgences par la coopération entre tous et de chacun de la médecine libérale avec la médecine hospitalière* ». (31)

C'est également le cas aux Pays-Bas, où Bosmans.J.E et al et Koll.R.B et al, ont démontré le bénéfice en termes de temps et de satisfaction de ce type d'association. (36, 37)

#### 5.2.5. Notion d'information et d'éducation des patients

Plusieurs rapports concernant l'évaluation du dispositif de PDS publiés en 2006 et 2007, concluent à un besoin impératif d'informations de la population. (38, 39)

Le rapport du Dr J-Y Grall remarquait la nécessité suivante « *l'information du grand public est indispensable pour bien faire connaître le nouveau système de PDS* ». (23, 40)

Il est donc utile d'informer la population sur l'utilisation des urgences, les structures de PDS et de médecine libérale qui existent dans leurs bassins de vie.

Cette information pourrait donc être délivrée via des campagnes d'information ouvertes au grand public expliquant le rôle des différents acteurs de soins : le médecin libéral de garde, les MMG, la structure de SOS médecins. Une cartographie claire et exhaustive des lieux de permanence de soins, de consultations non programmées, de leurs horaires et accessibilités, pourrait être distribuée dans les différentes structures aux patients.

Le médecin généraliste doit rester l'élément central du système de soins, en collaboration renforcée avec le centre 15. Les libéraux peuvent être associés plus fortement à la régulation des demandes de soins non programmées en dehors des horaires de PDS, en complément des régulateurs urgentistes.

### 5.3. Discussion de la méthodologie

#### 5.3.1. La population étudiée

Le recueil de données n'est effectué que sur un seul centre pendant une période courte, prenant en charge une population en zone essentiellement urbaine. L'extrapolation des résultats doit rester prudente. La petite taille de l'échantillon peut remettre en cause la significativité ou non des résultats obtenus.

#### 5.3.2. Le choix du site

L'étude que nous avons réalisée est mono centrique, limitée au service des urgences adulte du CHRO.

Le CHRO propose également des services d'urgence gynéco-obstétricale, d'urgence pédiatrique et des consultations d'urgence dermatologique situé sur un autre site, ainsi qu'une consultation d'urgence ophtalmologique et un service d'admission cardiologique direct également.

Il serait intéressant d'évaluer si une partie de ces consultations peut relever d'une consultation non programmée, lors d'un autre travail.

### 5.3.3. La période étudiée

L'étude a été réalisée sur neuf mois et n'a pas pris en compte les vacances scolaires d'été. Ainsi le nombre de jours relevés pendant la période de vacances scolaires a été faible. Nous pouvons donc nous interroger sur la prise en compte de ces jours sur l'ensemble d'une année pouvant rendre plus significatives ou non certaines comparaisons.

### 5.3.4. Les comparaisons journalières

Nous avons dissocié les jours fériés dans nos comparaisons, qui auraient probablement pu être considérés comme des « dimanches » compte tenu de leur faible nombre et du profil organisationnel de la PDS qui est comparable.

La prise en compte du mardi comme jour de référence de nos comparaisons repose sur la considération du nombre d'entrées aux urgences qui semble moins important que les autres jours, sans démonstration statistique précise. De plus, nous aurions pu affiner les résultats en prenant chaque jour de la semaine alternativement en référence.

### 5.3.5. Le biais de recrutement

#### 5.3.5.1. Le recueil des fiches IOA en ZAO

La sélection d'une partie des patients de l'étude a reposé sur un triage effectué par une IOA. Ce triage s'est fait à partir d'un protocole de Tri CIMU (cf. annexe T) validé et connu. Il existe néanmoins une part de subjectivité qui peut entraîner une différence de triage pour un même patient en fonction de l'IOA. D'autres études se sont basées également sur ce protocole de tri. (23, 24)

Les fiches IOA n'existent qu'en format papier et sont initialement remplies par les IOA de manière plus ou moins complète, d'où 169 données manquantes sur l'âge.

Le manque d'exhaustivité de certaines fiches relevées nous conduit à réfléchir à un travail d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) pour améliorer les recueils.

#### 5.3.5.2. Le recueil du listing des diagnostics des patients inscrits au SAU

Le logiciel « CRISTALNET » ne nous a pas permis de recueillir les informations suivantes:

- motifs de consultation retenus à l'accueil par l'IOA
- les moyens d'arrivée au SAU (personnel, ambulatoire, pompiers)
- le niveau de gravité évalué initialement à l'accueil
- les examens complémentaires effectués

Ces données pouvaient nous permettre d'enrichir nos résultats et de les confronter aux données de la littérature. (25)

La constitution de cet échantillon a reposé sur la classification CCMU (cf. annexe L). En fonction du niveau de connaissance des médecins de cette classification, des différences ont pu exister dans le codage CCMU pour un même type de patients.

D'autre part, seuls les patients dont le diagnostic a été retenu par les 2 spécialités (médecine générale et médecine d'urgence) ont été pris en compte, diminuant ainsi le nombre de patients ayant pu être inclus.

Un certain nombre d'examens complémentaires qui pouvaient être différés ont été pratiqués du fait de la facilité d'accès au plateau technique, d'où un retentissement potentiel sur le nombre de CCMU 1.

#### 5.3.5.3. Les critères d'exclusion et de non inclusion

Les patients ayant été hospitalisés suite à leur passage au SAU ont été exclus. Nous avançons le principe que ces personnes ont bénéficié d'examens complémentaires justifiés, et ont été pour la plupart orientés après régulation et/ou évaluation médicale vers l'hôpital.

Certains patients aux temps de prise en charge plus longs que ceux que nous avons fixés n'ont pas été inclus, au regard des timings de remplissage des dossiers médicaux (observations, conclusions, orientations...), horodatés par le logiciel. Ces timings ont été médecins et flux dépendants.

Ainsi le nombre de dossiers candidats à une consultation non programmée a été probablement sous-estimé.

## 6. Conclusion

Les services d'accueil des urgences font état d'une augmentation du nombre de patients qui consultent pour des demandes de soins non programmés, en dehors de toute urgence vitale ou fonctionnelle. La réponse à ces demandes doit être complétée, sur les horaires de PDS et les horaires ouvrables.

Aux urgences adultes du CHRO, un certain nombre de patients consultent spontanément au SAU pour des pathologies pouvant être gérées par une consultation alternative. L'engorgement des box de soins et la mobilisation des équipes entraînent potentiellement des répercussions sur la qualité de prise en charge des patients les plus graves.

Réalisée d'Octobre 2013 à Juin 2014, cette étude a permis d'évaluer rétrospectivement avec des critères simples le volume de patients qui pouvaient bénéficier d'une consultation non programmée adjacente aux urgences. En prenant en charge près de 30 patients par jour et notamment certains jours spécifiques de la semaine (les lundis, dimanches, mercredis et fériés), cette consultation pourrait participer à la réponse aux demandes de soins non programmées.

La notion de « juste soin » doit rester un élément central de la réflexion organisationnelle, et doit s'appuyer sur un panel de réponses efficaces, rationnelles et constantes pour orienter les patients dans la filière de prise en charge la plus adaptée à leur problématique.

Ainsi une CNPAU peut être un atout supplémentaire intégrant une organisation globale en lien avec le SAMU, les médecins libéraux, les structures d'urgence et l'ARS, et peut contribuer à renforcer les collaborations entre médecins urgentistes et médecins généralistes. Cette CNPAU devrait être accessible pendant les horaires ouvrables et de PDS.

## 7. Références bibliographiques

1. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence de soins en médecine générale. Janvier 2011.  
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/etat-des-lieux-de-la-permanence-des-soins-en-janvier-2011-1059>
2. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières. Juin 2013.  
[www.dress.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-11113.html](http://www.dress.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-11113.html)
3. Communiqué de presse. Atlas de la démographie médicale 2014. Ordre National Des Médecins. [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)
4. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence de soins. Paris : Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale ; 2003. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_descours.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf)
5. Cahiers des charges relatives à l'organisation de la PDSA en Région Centre. Applicable à compter du 1<sup>er</sup> mai 2013 (Arrêté n°2013-OSMS-070 du directeur de l'ARS centre en date du 30 avril 2013).  
<http://www.ars.centre.sante.fr>
6. Congrès d'urgence 2012 : Discours de MARISOL TOURAINE-Jeudi 31 Mai 2012. Paris. <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/archive-des-discours,2461/archive-courante-des-discours,2471/congres-urgences-2012-discours-de,14778.html>
7. Médecins correspondants du SAMU. Guide de déploiement Juillet 2013.  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_MCS\\_31-07-13.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf).
8. Permanence des soins, article de l'Assurance Maladie, mis à jour en Mai 2011. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-active/la-permanence-de-soin.ph>
9. La participation des médecins au dispositif de permanence de soins ambulatoires ; point de repère; n° 28;2010. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/points-de-repere/n-28-permanence-des-soins-ambulatoire.php>
10. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, HAS, Argumentaire Mars 2011. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation-medicale-argumentaire.pdf>
11. Larousse, définition de l'urgence. Visité en Juillet 2014.
12. Jourden G. Urgence et médecine générale. Clge.  
[www.clge.fr/IMG/pdf/urgence.fr](http://www.clge.fr/IMG/pdf/urgence.fr)
13. SFMU, critères d'évaluation des services d'urgences. Référentiels, 2006:p.20. <http://www.sfmou.org/documents/ressources/referentiels/audit.pdf>
14. Bretagne, U.-U., Etude sur la permanence des soins et la prise en charge des urgences sur la ville de Rennes. 2001.
15. SFMU, Référentiel de compétence de l'infirmière en médecine d'urgence. Juin 2008:p.9-10. [www.sfmou.org/documents/file/referentiels/sfmou/referentiel-IDEU-VF2008-06-1.pdf](http://www.sfmou.org/documents/file/referentiels/sfmou/referentiel-IDEU-VF2008-06-1.pdf)
16. Nemitz B, Carli P, Carpentier F, Ducassé JL and al (2011). Référentiels métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. Ann Fr Med Urg 2:p.125-38
17. Schmidt J (2012). Référentiels métier-compétences ou comment structurer le métier de l'urgentiste. Ann Fr Med Urg 2:77p
18. SFMU, Infirmière organisateur d'accueil. Référentiels, 2004:48 p  
<http://www.sfmou.org/ressourcesg/documents//referentiels/ioa2004.pdf>

19. Tabloulet P, Fontaine JP, Afdje A, Tran Duc C, Le Gall JR. Le triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation : Influence sur la durée d'attente à l'accueil et la satisfaction des consultants. Réan-URG, 1997;6(4):p.433-442
20. « Réduire les temps de passage aux urgences » recueil de bonnes pratiques organisationnelles/MEAH/2007
21. SFMU, Référentiel de compétence d'un médecin d'urgence. Coordonnateur : Prevel M, Juin 2004:106 p  
[http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/competences\\_medecins\\_urgences.pdf](http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/competences_medecins_urgences.pdf)
22. Fourester V, Roussignol E, Elkarrat D, Rauss A. Classification cliniques des malades aux urgences : Définition et reproductibilité. Rean-Urg, 1994;3:p. 573-578.
23. Baquet F. Place des Maisons Médicales de Gardes dans le choix des patients pour une consultation durant la permanence de soins. Thèse: Médecine: Université Paris Descartes:2010.
24. Chaudet A. Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population et évaluation d'une filière spécifique de prise en charge. Thèse: Médecine: Université de Poitiers:2013.
25. Pujol C. Patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignans aux heures de permanence de soins, leurs caractéristiques et leur parcours de soins. Thèse: Médecine: Université Montpellier:2007.
26. Gusmani E. Analyse des motifs de recours à la Maisons Médicale de Garde situé à proximité s'un service d'urgence. Thèse: Médecine: Université Paris XII: 2011.
27. Beaubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C et al. Les passages aux urgences de 1990-1998: une demande croissante de soins non programmés. DRESS Etude et résultats, 2000;72:1-8.
28. Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse: Médecine: Université Paris XII – Denis Diderot:2009.
29. Nash K., Zachariah B., Nitschmann J., Psencik B. Evaluation of the fast track unit of a university emergency department ? Eur.J.Emerg.Med. 2006.Feb.
30. Aksel.G, Bildik.F, Demircan.A, Keles.A et al. Effects of Fast Track in university emergency department through the national emergency department overcrowding study. J.Pak.Med.Assoc. 2014 ;64:791 p.
31. Sarrat S. Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de médecine générale libérale de premier recours. Thèse: Médecine: Université de la Méditerranée:2010.
32. Darrab A., Fan J., Fernandes CM., Zimmerman R et al. How does fast track affect quality of care in the emergency department? Eur.J.Emerg.Med. 2006.Feb; 13(1):p.32-52
33. Gerbeaux P., Ledoray V., Liauthaud K., Torro D et al. Medical student effect on emergency department length of stay. Ann.Emerg.Med. 2001.Mar; 37(3):p.8-275
34. Hoot NR., Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding : causes, effects, and solutions. Emerg.Med. 2008. Aug; 52(2):p.36-126
35. Van Uden C J., Winkens R., Wesseling G., Fiolet H et al. The Impact of a Primary Care Physician Cooperative on the Caseload of an Emergency

Departement : The Maastricht Integrated Out-of-Hours Service.  
J.Gen.Inter.Med. 2005;20:p.612-617

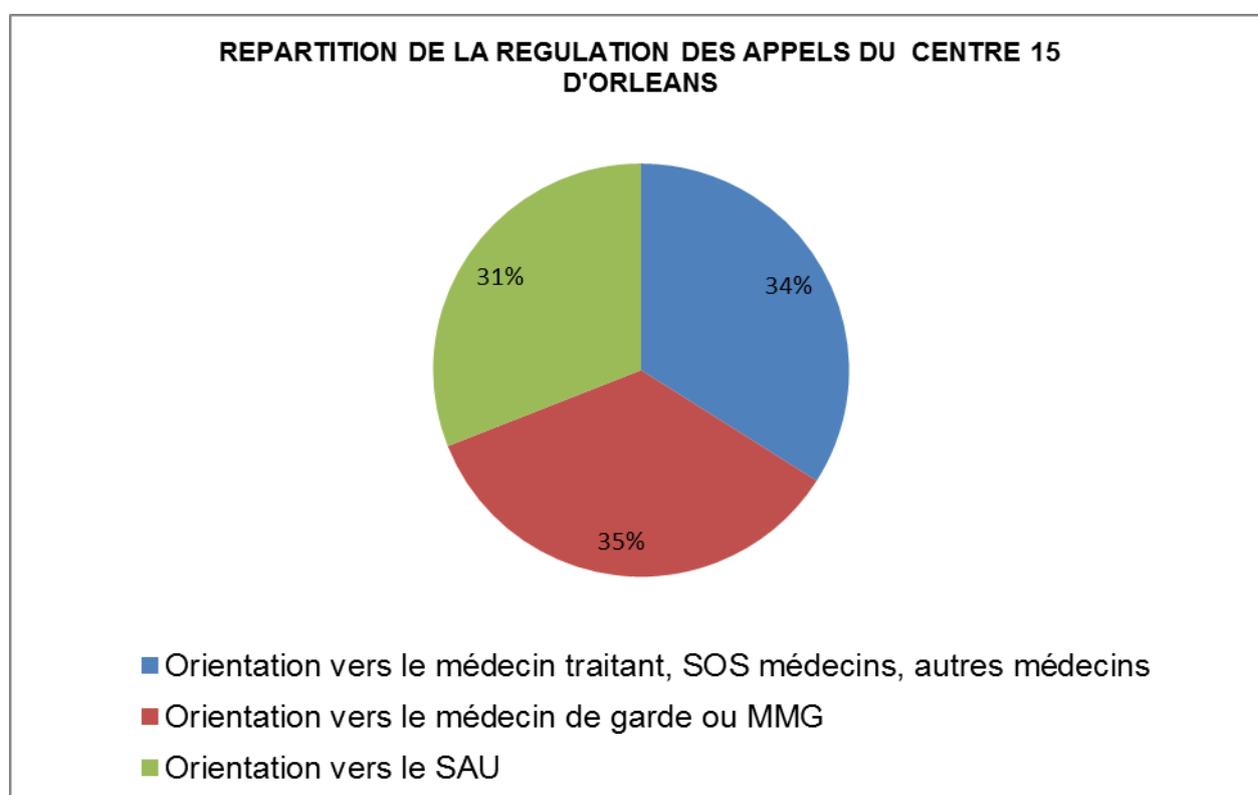
36. Bosmans J E., Boeke A J., Van Randwijck-Jacobze ME et al. Addition of a general practitioner to the accident and emergency department: a cost effective innovation in emergency care. *Emerg.Med.J.* 2012 Mar;29(3):p.6-193
37. Kool R B., Homberg DJ., Kamphius HC. Towards integration of general prationer post and accident emergency department a case study of two integrated emergency post in the Netherlands. *BMC.Health.Serv.Res.* 2008.Nov4:p.8-225.
38. Rapport public annuel 2007. La question des urgences médicales. Février 2007:p.313-412
39. Rapport parlementaire sur les urgences médicales. Février 2006.
40. Rapport de J.Y.Grall. Missions de médiation de propositions d'adaptations de la permanence de soins. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Aout 2007.

## 8. Annexes

**Annexe A:** Nombre de passages aux SAU adulte du CHRO entre 2009 et 2013 (source: département d'information médicale du CHRO, Janvier 2014).

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Nombre de passages</b>	40648	40662	43623	44965	44802
<b>Dont hospitalisés</b>	15889	15895	16438	16480	15702
<b>Dont externes</b>	24759	24767	27185	28485	29100

**Annexe B:** Répartition de la régulation des appels du centre 15 d'Orléans



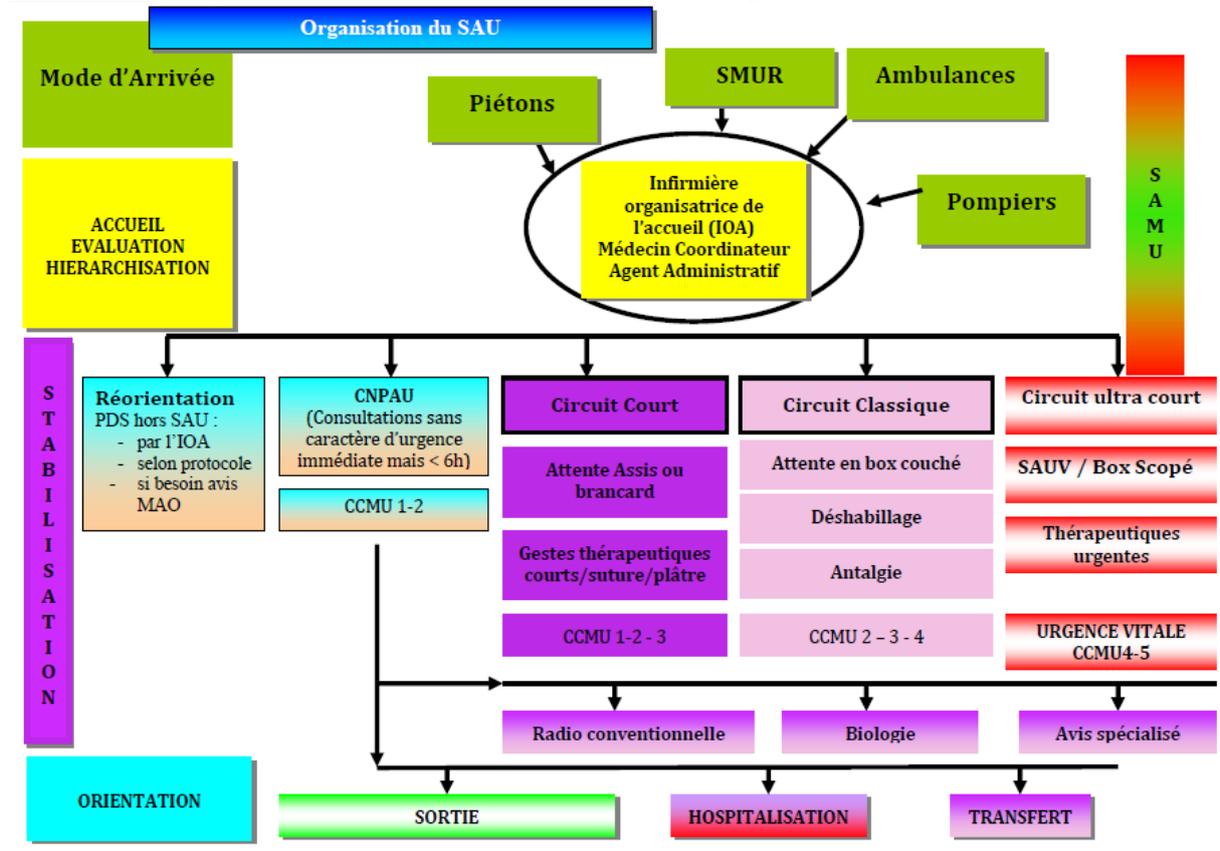
**Annexe C:** Nombres de passage aux SAU adulte du CHRO en 2013 (source : département d'information médicale du CHRO. Janvier 2014)

	<b>Secteur médecine</b>	<b>Secteur traumatologie</b>	<b>Total</b>
<b>Nombre de passages</b>	26904	17898	44802
<b>Dont hospitalisées</b>	13835	1867	15702
<b>Dont externes</b>	13069	16031	29100
<b>Age moyen</b>	55	43	50
<b>% patients de 75 ans et plus</b>	26,6%	12,8%	20,3%

**Annexe D:** Nombre de patients réorientés au SAU adulte du CHRO en 2013 (source : département d'information médicale du CHRO, Janvier 2014).

<b>Nombre de passages</b>	1688
<b>Age moyen</b>	37
<b>% patients de 75 ans et plus</b>	3.7%

## Annexe E: Organisation du service d'accueil des urgences du CHRO



(source : Extrait du travail du Dr CARRE Victoria sur le projet d'une consultation non programmée de médecine générale au CHRO. « FAST TRACK » ou Circuit Ultra Court. Reposant sur les recommandations de la MEAH Juillet 2010, présenté en juillet 2012).

## **Annexe F: Répartition du personnel paramédical**

- circuit « classique »

	<b>6h30 - 14h</b>	<b>13h30 - 21h</b>	<b>20h45 - 7h</b>
<b>Tous les jours</b>	4 IDE et 4 AS*	4 IDE et 4 AS*	3 IDE et 3 AS

\* 2 AS en plus la journée de 8h à 16h, dont une dite de courses (transport des examens biologiques et des patients vers les lieux d'examens ou les services d'hospitalisations)

- circuit « court »

	<b>6h30 - 14h</b>	<b>13h30 - 21h</b>	<b>20h45 - 7h</b>
<b>Tous les jours</b>	1 IDE et 1 AS	1 IDE et 1 AS	1 IDE et 0 AS

- service d'accueil des urgences vitales (SAUV)

	<b>6h30 - 14h</b>	<b>13h30 - 21h</b>	<b>20h45 - 7h</b>
<b>Tous les jours</b>	1IDE et 0 AS	1IDE et 0 AS	1 IDE* et 0 AS

\* L'IDE de nuit en SAUV s'occupe également du secteur 4

- ZAO

	<b>6h30 - 14h</b>	<b>13h30 - 21h</b>	<b>20h45 - 7h</b>
<b>Tous les jours</b>	1 IDE* et 1 AS	1 IDE* et 1 AS	1 IDE et 1 AS

\* Une IDE en plus en ZAO de 11h - 19h

## **Annexe G**: Répartition du personnel médical

- circuit « classique »

	<b>Effectifs médecins juniors</b>			
	<b>8h30 – 13h</b>	<b>13h – 18h30</b>	<b>18h30 – 1h</b>	<b>1h – 8h30</b>
<b>lundi au vendredi</b>	<b>2-3</b>	<b>2-3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>samedi</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>dimanche</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

	<b>Effectifs médecins séniors</b>			
	<b>8h30 – 13h</b>	<b>13h – 18h30</b>	<b>18h30 – 1h</b>	<b>1h – 8h30</b>
<b>lundi au vendredi</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>samedi</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>dimanche</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

- circuit « court »

	<b>Effectifs médecins juniors</b>			
	<b>8h30 – 13h</b>	<b>13h – 18h30</b>	<b>18h30 – 1h</b>	<b>1h – 8h30</b>
<b>lundi au vendredi</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>samedi</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>dimanche</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

	<b>Effectifs médecins séniors</b>			
	<b>8h30 – 13h</b>	<b>13h – 18h30</b>	<b>18h30 – 1h</b>	<b>1h – 8h30</b>
<b>lundi au vendredi</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>samedi</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>dimanche</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## Annexe H: Exemple recueil des « Fiches IOA »

Motif	Catégorie de Motif	Réorientation	codage	Jour	IPP	SEXE	AGE	UF	SECTE	DATE / HEURE ENTI	horaires PDS
TIAC N+V+Diarrhée	Infectiologie	conseil	4902	férié	810205212	F	66	4902	01/01/14	/04H35	PDS2
TIAC N+V+Diarrhée	Infectiologie	conseil	4902	férié	810205187	F	64	4902	01/01/14	/4H40	
TRAUMA CEIL G=TROUBLE	ORL OPH Stomato	conseil	4902	férié	800747285	H	31	4902	01/01/14	/15H40	
DYSURIE POLLAKIURIE HEM	Infectiologie	conseil	4902	férié	810205143	H	42	4902	01/01/14	/3H50	
LOMBALGIE	Rrhumato		NC	férié		F	46		01/01/14	/15H35	
CEPHALEE OCCIPITALE	sans orientation	SOS medecin	4902	férié		H	47	4902	01/01/14	/13H49	
GASTRO ENTERITE A	Infectiologie	SOS medecin	4902	férié		H	18	4902	01/01/14	/11H20	
TOUX FIEVRE VOMISSEME	Infectiologie	SOS medecin	4902	férié		H	18	4902	01/01/14	/9H33	
TRAUMA PLIS DU COUDE	Traumato	SOS medecin	NC	férié		H	23		01/01/14	/17H45	
CYSTITE	Infectiologie	SOS medecin	NC	férié		F	24		01/01/14	/17H25	
ANGINE	Infectiologie	SOS medecin	4902	férié		H	69	4902	01/01/14	/8H00	
IMPOTENCE SUR F TIBIA P	Traumato	conseil	4902	jeudi	752373249	H	24	4902	02/01/14	/	
CONJONCTIVITE CEIL G	ORL OPH Stomato	conseil	4902	jeudi	810205653	H	26	4902	02/01/14	/4H50	
PRURIT SUITE INGESTION	Toxico allergologie	conseil	4902	jeudi	400159608	H	38	4902	02/01/14	/23H55	
DOULEUR ABDO	sans orientation	MT	4902	jeudi		F	20	4902	02/01/14	/6H00	
DYSURIE POLLAKIURIE	Infectiologie	conseil	NC	mercredi		F	21		01/01/2014	/6H30	
TRAUMA CHEVILLE D 4J	Traumato	MT	4902	vendredi		H	23	4902	03/01/2014	9H30	
CONJONCTIVITE BILAT	ORL OPH Stomato	MT	4902	vendredi		F	65	4902	03/01/14	/10H26	
HEMORRAGIE CONJONCTI	ORL OPH Stomato		4902	vendredi		H	75	4902	03/01/2014	/12H35	
TRAUMA PIED	Traumato	MT	NC	vendredi		F	58		3/01/14	/13H45	
AGRESSION DERMABRASI	Traumato	MT	NC	vendredi		H	29		03/01/14	/19H11	
DOULEUR CHEVILLE GAUCI	Traumato	SOS medecin	NC	vendredi		H	25		03/01/14	18H30	
CEPHALEE VOMISSEMENT	sans orientation	conseil	NC	vendredi		H	49		03/01/14	/18H35	
TRAUMA 4é ORTEIL G	Traumato	MT	NC	vendredi		F	21		03/01/14	/21H31	
MALAISE SANS PC ASTHE	sans orientation		NC	vendredi		F	28		03/01/14	/21H53	

## Annexe I: Exemple recueil de listing des diagnostics des patients inscrits au SAU

IPP	SEXE	AGE	UF (1:4 912, C 2:49 22, 1	JOURS	PERI ODE V/HV	PDS	DATE/ HEURE ENTREE	DATE / HEURE PEC IOA	DATE / HEURE PEC MEDICALE	DATE / HEURE DECISION	DATE / HEURE SORTIE MEDICALE	DATE / HEURE SORTIE DEFINITIV E	SC OR E	DIAGNOSTIC PRINCIPAL	TEMPS PRESENCE	Délai entrée PEC med	Délai entrée DEC med	Délai PeC med / Dec Med	Délai dec med/dec sortie	Délai Entrée/ Déc med sortie	Délai entrée/Sort ie définitive
800442991	F	17	4922	mardi	HV	PDS2	1-oct.-2013	01/10/13 01:47	#####	#####	#####	#####	1	Entorse de la	05:10	00:11	00:13	00:02	00:01	00:14	5:10:53
800737088	H	51	4912	mardi	HV	PDS2	1-oct.-2013	01/10/13 02:47	#####	#####	#####	#####	2	Rhinite allergi	02:48	02:16	02:19	00:03	00:00	02:19	2:48:32
113262244	F	43	4922	mardi	HV	PDS2	1-oct.-2013	01/10/13 08:36	#####	#####	#####	#####	1	Lombalgie, dc	01:07	00:41	01:02	00:21	00:00	01:02	1:07:25
400991877	H	43	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 10:34	#####	#####	#####	#####	2	Tendinite, ent	01:48	01:08	01:29	00:21	00:01	01:30	1:48:40
810117330	F	16	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 11:03	#####	#####	#####	#####	2	Contusion du	01:30	00:48	01:21	00:33	00:00	01:21	1:30:14
810117443	H	18	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 11:49	#####	#####	#####	#####	2	Entorse des lij	01:19	00:33	01:02	00:29	00:01	01:03	1:19:58
810117487	F	24	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 12:33	#####	#####	#####	#####	2	Contusion tet	00:50	00:30	00:38	00:08	00:00	00:38	0:50:37
401166245	H	28	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 13:02	#####	#####	#####	#####	2	Contusion bas	03:14	01:22	01:41	00:19	01:24	03:05	3:14:22
402037011	F	51	4912	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 13:14	#####	#####	#####	#####	2	Migraine avec	03:59	03:25	03:28	00:03	00:00	03:28	3:59:17
400588163	F	27	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 13:21	#####	#####	#####	#####	2	Contusion de	02:10	01:26	01:54	00:28	00:01	01:55	2:10:50
400268625	F	25	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 14:58	#####	#####	#####	#####	2	Entorse de la	00:54	00:18	00:50	00:32	00:00	00:50	0:54:24
400950610	H	22	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 15:10	#####	#####	#####	#####	2	Entorse de la	01:39	00:35	01:23	00:48	00:01	01:24	1:39:49
113706133	F	33	4912	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 15:20	#####	#####	#####	#####	2	Pyelonephrite	04:11	02:42	03:25	00:43	00:00	03:25	4:11:08
800566804	H	68	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 15:11	#####	#####	#####	#####	2	Contusion de	01:25	00:37	01:21	00:44	00:00	01:21	1:25:53
810487893	H	36	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 16:05	#####	#####	#####	#####	2	Contusion du	01:33	00:51	00:55	00:04	00:28	01:23	1:33:08
810117807	F	73	4912	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 15:53	#####	#####	#####	#####	2	Migraine SP, c	02:45	02:24	02:28	00:04	00:02	02:30	2:45:12
810117829	F	27	4912	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 15:28	#####	#####	#####	#####	2	Vomissement	03:46	01:35	01:53	00:18	00:01	01:54	3:46:19
400353713	H	40	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 16:13	#####	#####	#####	#####	2	Contusion tet	01:57	01:13	01:51	00:38	00:01	01:52	1:57:36
803043926	H	31	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 15:55	#####	#####	#####	#####	1	Douleur d'un i	01:25	00:55	01:16	00:21	00:03	01:19	1:25:25
400731526	H	27	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 16:08	#####	#####	#####	#####	2	Entorse des lij	01:54	00:55	01:32	00:37	00:01	01:33	1:54:46
810117895	F	15	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 16:17	#####	#####	#####	#####	1	Brulure du pré	01:55	01:41	01:53	00:12	00:01	01:54	1:55:53
804293463	F	36	4922	mardi	HV	O	1-oct.-2013	01/10/13 17:46	#####	#####	#####	#####	1	Contusion de	00:30	00:17	00:19	00:02	00:02	00:21	0:30:15
804382960	F	28	4922	mardi	HV	PDS1	1-oct.-2013	01/10/13 18:50	#####	#####	#####	#####	1	Syndrome cer	00:27	00:09	00:24	00:15	00:01	00:25	0:27:25
803265429	H	32	4922	mardi	HV	PDS1	1-oct.-2013	01/10/13 20:25	#####	#####	#####	#####	2	Contusion de	00:39	00:04	00:27	00:23	00:00	00:27	0:39:32
801588358	F	75	4922	mardi	HV	PDS1	1-oct.-2013	01/10/13 20:23	#####	#####	#####	#####	2	Entorse de la	03:22	00:30	01:20	00:50	00:00	01:20	3:22:41
800619092	F	41	4922	mardi	HV	PDS1	1-oct.-2013	02/10/13 00:06	#####	#####	#####	#####	2	Entorse de la	04:19	00:51	00:54	00:03	00:01	00:55	4:19:00
400114585	H	37	4922	mardi	HV	PDS1	1-oct.-2013	01/10/13 23:51	#####	#####	#####	#####	1	Entorse des lij	04:09	00:31	00:52	00:21	00:00	00:52	4:09:47
801975853	H	31	4922	mercredi	HV	PDS2	2-oct.-2013	02/10/13 06:46	#####	#####	#####	#####	2	Contusion de	00:46	00:27	00:43	00:16	00:01	00:44	0:46:26
810118242	H	39	4922	mercredi	HV	PDS2	2-oct.-2013	02/10/13 07:26	#####	#####	#####	#####	1	Contracture rr	00:28	00:06	00:25	00:19	00:01	00:26	0:28:04
400091956	H	16	4922	mercredi	HV	O	2-oct.-2013	02/10/13 08:39	#####	#####	#####	#####	2	Contusion de	01:03	00:13	00:48	00:35	00:03	00:51	1:03:09
401451140	F	67	4912	mercredi	HV	O	2-oct.-2013	02/10/13 11:12	#####	#####	#####	#####	2	Cephalée de t	04:29	03:43	04:29	00:46	00:00	04:29	4:29:00
401759600	H	38	4922	mercredi	HV	O	2-oct.-2013	02/10/13 11:50	#####	#####	#####	#####	1	Conjonctivite	00:37	00:27	00:33	00:06	00:03	00:36	0:37:55
400314788	H	56	4922	mercredi	HV	O	2-oct.-2013	02/10/13 12:06	#####	#####	#####	#####	2	Contusion de	01:10	00:28	01:02	00:34	00:00	01:02	1:10:45
804242906	H	49	4912	mercredi	HV	O	2-oct.-2013	02/10/13 13:33	#####	#####	#####	#####	1	Vertiges, Mal	14:16	06:18	06:58	00:40	00:03	07:01	14:16:44
400306939	F	25	4922	mercredi	HV	O	2-oct.-2013	02/10/13 13:36	#####	#####	#####	#####	1	Contusion d'u	00:42	00:29	00:40	00:11	00:01	00:41	0:42:19
801800500	F	34	4922	mercredi	HV	O	2-oct.-2013	02/10/13 13:34	#####	#####	#####	#####	2	Contusion d'u	02:03	00:25	01:06	00:41	00:00	01:06	2:03:52
401837260	F	73	4912	mercredi	HV	O	2-oct.-2013	02/10/13 13:30	#####	#####	#####	#####	2	Diabète type :	05:39	05:15	05:26	00:11	00:00	05:26	5:39:38
800671490	F	27	4922	mercredi	HV	O	2-oct.-2013	02/10/13 14:08	#####	#####	#####	#####	1	Examen pour	01:33	00:32	00:36	00:04	00:01	00:37	1:33:06
753098321	H	43	4922	mercredi	HV	O	2-oct.-2013	02/10/13 18:14	#####	#####	#####	#####	1	Conjonctivite	01:17	00:13	00:35	00:22	00:00	00:35	1:17:56
400393649	H	39	4922	mercredi	HV	PDS1	2-oct.-2013	02/10/13 18:42	#####	#####	#####	#####	2	Entorse de la	02:46	02:21	02:24	00:03	00:00	02:24	2:46:38
802019212	H	42	4922	mercredi	HV	PDS1	2-oct.-2013	02/10/13 21:26	#####	#####	#####	#####	1	Lymphangite,	01:23	00:24	00:25	00:01	00:03	00:28	1:23:15
810119370	H	19	4912	mercredi	HV	PDS1	2-oct.-2013	02/10/13 21:31	#####	#####	#####	#####	2	Entorse des lij	03:22	01:11	01:14	00:03	00:01	01:15	3:22:02

**Annexe J:** Caractéristiques des patients des « fiches IOA »

		<b>Nombre (2794)</b>	<b>Pourcentage (100%)</b>
<b>Sexe</b>	Homme	1239	44,3
	Femme	1389	49,7
	Inconnu	168	6
<b>Age</b>	Entre 2-14 ans	21	0,8
	Entre 15-19 ans	297	10,6
	Entre 20-29 ans	749	26,8
	Entre 30-39 ans	469	16,8
	Entre 40-49 ans	351	12,6
	Entre 50-59 ans	243	8,7
	Entre 60-69 ans	182	6,5
	Entre 70-79 ans	106	3,8
	> ou = 80 ans	70	2,5
Inconnu	306	10,9	
<b>Activité / Mois</b>	Octobre 2013	292	10,5
	Novembre 2013	304	10,9
	Décembre 2013	334	11,9
	Janvier 2014	236	8,5
	Février 2014	278	10
	Mars 2014	315	11,3
	Avril 2014	364	13
	Mai 2014	306	10,9
	Juin 2014	365	13
<b>Activité / Jours</b>	Lundi	420	15
	Mardi	275	9,9
	Mercredi	368	13,2
	Jeudi	296	10,6
	Vendredi	361	12,9
	Samedi	512	18,3
	Dimanche	435	15,6
	Férié	127	4,5
<b>Activité (période scolaire/vacances)</b>	Période scolaire	2035	72,8
	Vacances	759	27,2
<b>Activité / Heure</b>	O+PDS3	1728	61,8
	PDS 1	550	19,7
	PDS 2	354	12,7
	Inconnu	162	5,8
<b>Activité / Heure (période scolaire)</b>	O+PDS3	1259	62
	PDS 1	410	20,1
	PDS 2	247	12,1
	Inconnu	119	5,8
<b>Activité / Heure (vacances)</b>	O+PDS3	469	61,8
	PDS 1	140	18,5
	PDS 2	107	14
	Inconnu	43	5,7

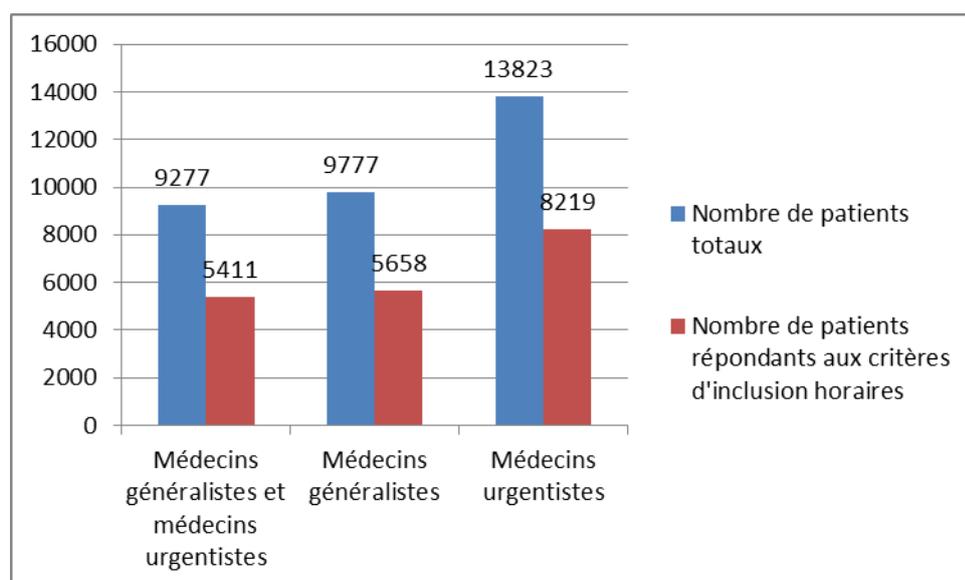
**Annexe K:** Motifs de consultation par catégorie des « fiches IOA »

<b>Motifs de consultation par catégorie</b>	<b>Nombre (2794)</b>	<b>Pourcentage (100%)</b>
Cardiologie	13	4
Dermatologie	82	2,9
Endocrinologie	8	0,3
Gynécologie	70	2,5
Hématologie	2	0,1
Hépatogastroentérologie	43	1,5
Infectiologie	120	4,3
Médico-légal	17	0,6
Médecine générale	844	30,2
Neurologie	31	1,1
ORL-OPH-Stomatologie	716	25,7
Pathologie sociale	1	0,1
Pédiatrie	1	0,1
Pneumologie	3	0,1
Psychiatrie-Toxicologie	59	2,1
Rhumatologie	141	5
Toxico-allergologie	48	1,7
Traumatologie	518	18,6
Urologie	29	1
Sans orientation	48	1,7

**Annexe L:** Analyse du devenir des patients des « fiches IOA »

	Nombre (2794)	Pourcentage (100%)
Autres CH	61	2,2
Conseil donné	764	27,3
CPAU	27	1
Dentiste	41	1,5
Dermatologie	34	1,2
Endocrinologie	3	0,1
Hépto-gastroentérologie	2	0,1
Urgence gynéco-obstétricale	64	2,3
Infectiologie	3	0,1
Maxillo-facial	4	0,1
MMG	50	1,8
Médecin généraliste	413	14,8
OPH	265	9,5
ORL	41	1,5
Orthopédie	17	0,6
PASS	7	0,2
Urgence pédiatrique	4	0,1
Pneumologie	1	0,1
RAD	101	3,6
Refus d'attendre	34	1,2
Rhumatologie	6	0,2
SOS médecin	643	23
Stomatologie	2	0,1
Urologie	4	0,1
Inconnu	203	7,3

**Annexe M:** Répartition des patients du listing des diagnostics



**Annexe N:** Caractéristiques des patients du listing des diagnostics

		<b>Nombre (5411)</b>	<b>Pourcentage (100%)</b>
<b>Sexe</b>	Homme	2731	50,5
	Femme	2680	49,5
<b>Age</b>	Entre 15-19 ans	771	14
	Entre 20-29 ans	1459	27
	Entre 30-39 ans	986	18
	Entre 40-49 ans	791	15
	Entre 50-59 ans	556	10
	Entre 60-69 ans	362	7
	Entre 70-79 ans	220	4
	> ou = 80 ans	262	5
<b>Activité / Mois</b>	Octobre 2013	640	12
	Novembre 2013	594	11
	Décembre 2013	563	10
	Janvier 2014	595	11
	Février 2014	536	10
	Mars 2014	642	12
	Avril 2014	622	12
	Mai 2014	603	11
Juin 2014	616	11	
<b>Activité / Jours</b>	Lundi	804	15
	Mardi	809	15
	Mercredi	715	13
	Jeudi	668	12
	Vendredi	707	13
	Samedi	723	13
	Dimanche	802	15
	Férialé	182	4
<b>Activité (période scolaire/vacances)</b>	Période scolaire	4169	77
	Vacances	1242	23
<b>Activité / Heure</b>	O+PDS3	3364	62
	PDS 1	1333	25
	PDS 2	714	13
<b>Activité / Heure (période scolaire)</b>	O+PDS3	2607	62
	PDS 1	1034	25
	PDS 2	528	13
<b>Activité / Heure (vacances)</b>	O+PDS3	757	61
	PDS 1	299	24
	PDS 2	186	15

## **Annexe O**: Répartition du listing selon le diagnostic retenu

<b>Catégories des diagnostics retenus</b>	<b>Nombre (5411)</b>	<b>Pourcentage (100%)</b>
<b>Pathologies somatiques</b>	2725	50,3
<b>Pathologies traumatologiques + médico-légales</b>	2610	48,3
<b>Pathologies psychiatriques</b>	45	0,6
<b>Pathologies gynéco-obstétricales</b>	31	0,8

## **Annexe P**: Classification Clinique des Malades aux Urgences

Elle a été élaborée par l'Association pour la Recherche aux Urgences (ARU). Elle comprenait initialement 5 degrés auxquels ont été ajoutés 2 nouvelles classes. Elle se définit selon le pronostic vital et les actes réalisés.

<b>Classe</b>	<b>Définition</b>
CCMU 1	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'actes complémentaires diagnostiques et thérapeutiques aux urgences (exemple : état grippal, traumatisme crânien bénin sans perte de connaissance...)
CCMU 2	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques aux urgences (exemple : pneumonie non compliquée...)
CCMU 3	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'actes diagnostiques ou thérapeutiques aux urgences (exemple : douleur angineuse avec modification électrocardiographique...)
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences (exemple : œdème aigu du poumon avec défaillance respiratoire...)
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences (exemple : arrêt cardio-respiratoire...)
CCMU D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences
CCMU P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

**Annexe Q:** Comparaison des flux de patients par jour selon la période (scolaire/vacances) et les jours de la semaine

JOURS	PERIODE	NOMBRE (JOURS)	MOYENNE (PASSAGES)	ECART TYPE	IC 95%	p
LUNDI	Période scolaire	29	32,8	8,06	[29,71-35,86]	0,12
	Vacances	7	38,3	9,44	[29,54-47,02]	
MARDI	Période scolaire	31	27,8	5,24	[25,88-29,72]	0,97
	Vacances	8	27,8	6,86	[22,01-33,48]	
MERCREDI	Période scolaire	31	31	7,02	[28,39-33,54]	0,68
	Vacances	6	29,7	7,89	[21,38-37,94]	
JEUDI	Période scolaire	29	27,1	5,8	[24,82-29,24]	0,50
	Vacances	7	25,1	9,8	[16,07-34,21]	
VENDREDI	Période scolaire	31	27,4	6,27	[25,05-29,65]	0,16
	Vacances	7	31,1	6,84	[24,81-37,47]	
SAMEDI	Période scolaire	27	30,5	11,5	[25,96-35,06]	0,87
	Vacances	12	31,1	6,98	[26,64-35,52]	
DIMANCHE	Période scolaire	27	32,1	7,25	[29,20-34,94]	0,31
	Vacances	12	29,5	7,14	[24,96-34,03]	
FERIE	Période scolaire	4	37,5	13,64	[16,03-59,46]	0,38
	Vacances	5	21,8	4,81	[25,81-37,78]	
TOTAL	Période scolaire	209	29,9	7,86	[28,81-30,95]	0,62
	Vacances	64	30,5	7,9	[28,46-32,41]	

**Annexe R:** Comparaison des flux de patients par heure selon la période (scolaire/vacances)

HORAIRE DE PASSAGE	PERIODE	NOMBRE (JOURS)	MOYENNE (PASSAGES)	ECART TYPE	IC 95%	p
O+PDS3	Période scolaire	209	1,84	0,54	[1,76-1,91]	0,6375
	Vacances	64	1,88	0,56	[1,72-2,03]	
PDS1	Période scolaire	209	1,29	0,61	[1,21-1,38]	0,2676
	Vacances	64	1,2	0,6	[1,06-1,33]	
PDS2	Période scolaire	209	0,43	0,28	[0,39-0,46]	0,0358
	Vacances	64	0,51	0,31	[0,44-0,59]	
TOTAL	Période scolaire	209	1,25	0,23	[1,20-1,29]	0,69
	Vacances	64	1,27	0,41	[1,19-1,35]	

**Annexe S:** Comparaison des flux de patients pendant la tranche horaire 8h30-18h30 selon la période (scolaire/vacances) et les jours de la semaine

JOURS	PERIODE	NOMBRE (JOUR)	MOYENNE (PASSAGE)	ECART TYPE	IC95%	p
LUNDI	Période scolaire	29	20,86	5	[18,95-22,76]	0,052
	Vacances	7	25,42	7,61	[18,38-32,46]	
MARDI	Période scolaire	31	17,74	4,51	[16,08-19,39]	0,8019
	Vacances	8	17,25	6,31	[11,96-22,53]	
MERCREDI	Période scolaire	31	18,12	4,73	[16,39-19,86]	0,9507
	Vacances	6	18	4,09	[13,69-22,30]	
JEUDI	Période scolaire	29	16,41	5,43	[14,34-18,48]	0,6452
	Vacances	7	15,28	7,11	[8,70-21,86]	
VENDREDI	Période scolaire	31	17,25	4,68	[15,54-18,97]	0,1483
	Vacances	7	20,28	5,85	[14,87-25,69]	
SAMEDI	Période scolaire	27	18,55	6,66	[15,91-21,19]	0,4137
	Vacances	12	20,41	6,05	[16,57-24,26]	
DIMANCHE	Période scolaire	27	19,4	5,85	[17,09-21,72]	0,0814
	Vacances	12	15,91	5,01	[12,72-19,10]	
FERIE	Période scolaire	4	24,75	7,13	[13,39-36,10]	0,141
	Vacances	5	19	2,91	[15,37-22,62]	

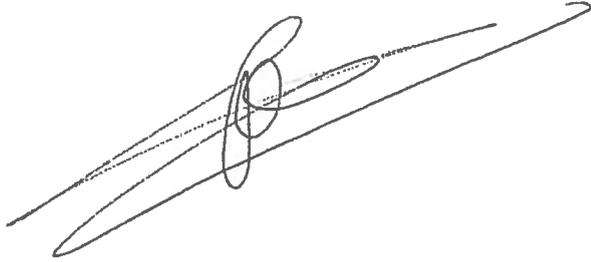
**Annexe T:** La CIMU (Mise à jour Avril 2011- Pierre Taboulet)

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Consommation des ressources hospitalières	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse respiratoire majeure	Dans les minutes	+++	5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1min Médecin < 1min	Déchocage (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 < 1min Médecin < 20min	Déchocage (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 < 90min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	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	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Source : Triage Urgence. [http://www.triageurgence.com/downloads/cimu\\_descip-gen-tri.pdf](http://www.triageurgence.com/downloads/cimu_descip-gen-tri.pdf)

**Vu, le Directeur de Thèse**

Dr C. PAURON

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke, positioned below the name 'Dr C. PAURON'.

**Vu, le Doyen  
de la Faculté de médecine de TOURS**

*NABLI, Nesrine*

**Thèse n°**

58 pages –2 schémas – 2 tableaux –1 figure –5 graphiques –20 annexes

**Résumé :**

**Introduction:** La création d'une consultation non programmée adjacente aux urgences (CNPAU) d'Orléans pourrait être une réponse à l'augmentation des demandes de consultations non programmées (CNP), constatée aussi sur le plan national.

**Matériel et Méthodes:** Cette étude descriptive longitudinale rétrospective, monocentrique, menée d'Octobre 2013 à Juin 2014, a évalué le pool de patients candidats à une CNPAU : ceux réorientés directement sur des consultations alternatives et ceux inscrits présentant des pathologies simples.

**Résultats:** 8025 patients ont été inclus dont 2794 patients réorientés depuis l'accueil vers la permanence de soins (PDS) ou les consultations externes, et 5411 patients admis aux urgences qui se répartissaient en 1533 consultations simples et 3879 consultations avec examens complémentaires simples. La population était jeune, à 50,2% féminine. Le flux moyen de patients demandeurs de CNP était de 30 par jour, majoritairement entre 8h30 et 18h30. Ce flux moyen était significativement plus important les lundis (33.9), les mercredis (30.7), les dimanches (31.3), et les jours fériés (34.5) en comparaison des mardis (27.8) ( $p < 0.05$ ). Les comparaisons des flux moyens sur la tranche horaire 8h30-18h30, selon la période (scolaire et vacances), et quelque soit le jour de la semaine ne montraient pas de différence significative ( $p > 0.05$ ). Les demandes de CNP pendant les vacances étaient significativement plus élevées sur la tranche horaire minuit-8h30 ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Une CNPAU peut participer à la réponse aux demandes de CNP et aider à orienter les patients dans la filière la plus adaptée au « juste soin », pendant les horaires ouvrables et de PDS.

**Mots clés:** Consultation non programmée, Service d'accueil des urgences, Permanence de soins, Filière courte, Gestion des flux de patients, Engagement des urgences, juste soin.

**Jury:**

**Président de Jury :** Monsieur le Professeur DEQUIN, Pierre-François  
**Membres du jury :** Madame le Professeur HOMMET, Caroline  
Monsieur le Professeur LAFFON, Marc  
Monsieur le Professeur MARCHAND-ADAM, Sylvain  
**Monsieur le Docteur PAURON, Christophe**

**Date de soutenance:** le 23 Octobre 2014