

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Camille GRIT

Née le 11/03/1991 à La Rochelle (17)

Impact de la mise en place d'un médecin posté à l'accueil des urgences adultes du CHR d'Orléans sur le ressenti des infirmières d'accueil et d'orientation

Présentée et soutenue publiquement le 09/10/2019 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Saïd LARIBI, Médecine d'Urgence, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine Légale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Marc LAFFON, Anesthésie-Réanimation, PU, Faculté de Médecine-Tours

Docteur Olivier GIOVANNETTI, Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse *Docteur Olivier GIOVANNETTI, Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine – Tours*

UNIVERSITE DE TOURS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND –
1994-2004

Pr Dominique PERROTIN –
2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-

DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis Cardiologie
AUPART Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique Cardiologie
BAKHOS David Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora Pharmacologie clinique
BERNARD Anne Cardiologie
BERNARD Louis Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie
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
COLOMBAT Philippe Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe Neurologie
COTTIER Jean-Philippe Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand Neurologie
DEQUIN Pierre-François..... Thérapeutique

DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie

DESTRIEUX Christophe Anatomie

DIOT Patrice Pneumologie

DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague Anatomie & cytologie pathologiques
 DUCLUZEAU Pierre-Henri Endocrinologie, diabétologie, et nutrition

DUMONT Pascal Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

EL HAGE Wissam Psychiatrie adultes

EHRMANN Stephan Réanimation

FAUCHIER Laurent Cardiologie

FAVARD Luc Chirurgie orthopédique et traumatologique

FOUGERE Bertrand Gériatrie

FOUQUET Bernard Médecine physique et de réadaptation

FRANCOIS Patrick Neurochirurgie

FROMONT-HANKARD Gaëlle Anatomie & cytologie pathologiques

GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

GOUPILLE Philippe Rhumatologie

GRUEL Yves Hématologie, transfusion

GUERIF Fabrice Biologie et médecine du développement et de la reproduction

GUYETANT Serge Anatomie et cytologie pathologiques

GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion

HAILLOT Olivier Urologie

HALIMI Jean-Michel Thérapeutique

HANKARD Régis..... Pédiatrie

HERAULT Olivier Hématologie, transfusion

HERBRETEAU Denis Radiologie et imagerie médicale

HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
 LABARTHE François Pédiatrie

LAFFON Marc Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
 LARDY Hubert Chirurgie infantile

LARIBI Saïd Médecine d'urgence

LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-virologie

LAURE Boris Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

LECOMTE Thierry Gastroentérologie, hépatologie

LESCANNE Emmanuel Oto-rhino-laryngologie
 LINASSIER Claude Cancérologie, radiothérapie
 MACHET Laurent Dermato-vénérologie
 MAILLOT François Médecine interne
 MARCHAND-ADAM Sylvain Pneumologie
 MARRET Henri Gynécologie-obstétrique
 MARUANI Annabel Dermatologie-vénérologie
 MEREGHETTI Laurent Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 MITANCHEZ Delphine Pédiatrie
 MORINIERE Sylvain Oto-rhino-laryngologie
 MOUSSATA Driffa Gastro-entérologie
 MULLEMAN Denis Rhumatologie
 ODENT Thierry Chirurgie infantile
 OUAISSI Mehdi Chirurgie digestive
 OULDAMER Lobna Gynécologie-obstétrique
 PAINTAUD Gilles Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
 PATAT Frédéric Biophysique et médecine nucléaire
 PERROTIN Dominique Réanimation médicale, médecine d'urgence
 PERROTIN Franck Gynécologie-obstétrique
 PISELLA Pierre-Jean Ophtalmologie
 PLANTIER Laurent Physiologie
 REMERAND Francis Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
 ROINGEARD Philippe Biologie cellulaire
 ROSSET Philippe Chirurgie orthopédique et traumatologique
 RUSCH Emmanuel Epidémiologie, économie de la santé et prévention
 SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et droit de la santé
 SALAME Ephrem Chirurgie digestive
 SAMIMI Mahtab Dermatologie-vénérologie
 SANTIAGO-RIBEIRO Maria Biophysique et médecine nucléaire
 THOMAS-CASTELNAU Pierre Pédiatrie
 TOUTAIN Annick Génétique
 VAILLANT Loïc Dermato-vénérologie
 VELUT Stéphane Anatomie

VOURC'H Patrick Biochimie et biologie
moléculaire WATIER Hervé
Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs

POTIER AlainMédecine
Générale

ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY CatherineAnglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise..... Chirurgie digestive

BERHOUET Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique

BRUNAUULT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie

CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de
communication CLEMENTY Nicolas Cardiologie

DENIS Frédéric Odontologie

DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire

ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie

FAVRAIS Géraldine Pédiatrie

FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques

GATAULT Philippe Néphrologie

GOUILLEUX Valérie..... Immunologie

GUILLON Antoine Réanimation

GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno Pédiatrie
LEGRAS Antoine..... Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste Radiologie pédiatrique
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille Médecine légale
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte Thérapeutique
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure Génétique
ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
BOREL Stéphanie Orthophonie
NICOGLOU Antonine Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe Médecine Générale
SAMKO Boris Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM
1253

CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM
1253

COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100

DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259

ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

GILOT Philippe Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282

GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001

GOMOT Marie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM
1253

HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

KORKMAZ Brice Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253

MAZURIER Frédéric Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001

MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR
INSERM 1259 PAGET Christophe Chargé de Recherche
INSERM – UMR INSERM 1100

RAOUL William Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001

SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR
INSERM 1100 WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM
– UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste

GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....
Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice 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.

REMERCIEMENTS

Au Pr Saïd LARIBI j'exprime ma profonde gratitude pour avoir accepté de présider mon jury, ainsi que l'expression de mon profond respect

Au Pr Pauline SAINT-MARTIN, pour avoir accepté de faire partie de ce jury, toute ma gratitude et mon respect

Au Pr Marc LAFFON, pour avoir accepté de faire partie de ce jury et de m'apporter vos conseils et votre expérience j'exprime toute ma gratitude

Au Dr Olivier GIOVANNETTI, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, merci de ta patience, de tes précieux conseils et de me montrer l'exemple du médecin que je voudrais être, merci de m'avoir proposé de rejoindre l'équipe d'Orléans

A mes confrères et collègues

A tous les médecins rencontrés pendant cette aventure de l'internat, en cabinet ou à l'hôpital, merci de vos conseils et de vos enseignements qui m'ont construit

A tous les paramédicaux et les équipes que j'ai rencontré, merci de votre bonne humeur et du partage de vos compétences

A tous les infirmiers avec qui j'ai eu le plaisir de travailler, cette thèse est en partie pour vous, merci de m'avoir souvent sauvé la mise et d'avoir rendu ma médecine plus belle

En particulier un grand merci à tous les infirmiers et infirmières des urgences du CHRO sans qui cette thèse n'aurait pas pu aboutir, j'espère que ce travail vous permettra de travailler dans de meilleures conditions

A ma famille

A mes parents, merci de votre précieux soutien, d'être toujours là pour les mauvais moments comme les plus beaux, merci de votre amour qui m'a mené jusqu'ici

A Baptiste, j'espère que tu trouveras ta voie comme j'ai trouvé la mienne, sois heureux

A Mamie Jeanine pour son amour,

Merci aussi à Michel, Charlotte et à ceux qui partagent votre vie d'avoir été là

Merci à la famille MERLET et MERLET- OUMANNI de m'avoir accompagné de près pendant mes débuts en médecine

A Mamie Renée qui a été présente par la pensée sans pouvoir l'être physiquement

A Papi Gilbert, J'aurai tellement aimé que tu sois là, je ne t'oublie pas

A la famille GARREAU, merci de votre accueil et de votre présence en ce jour si important pour moi

A Pierre et Chantal, pour m'avoir montré la voie de la médecine très tôt

A Marine (et Philippe) du Petit-Labat

A mes amis

A Fanny et Marine, puis plus tard, Léa, Elodie et Mélanie, merci pour ces moments partagés à la Fac, vous êtes loin mais je pense à vous

A tous les amis de la fac, et de l'île de Ré, Merci de votre soutien

A toutes les personnes rencontrées pendant l'internat, merci pour les fous rires, les moments difficiles, sans vous l'internat ne vaudrait pas le coup

A mes co-économistes Clémence et Quentin, même dans les moments difficiles vous rencontrer a été une des réussites de ma venue à Tours

A Perrine et Mélanie, dès notre rencontre, j'ai su qu'on ne se quittera pas comme ça, à nos prochaines aventures dont le mini vous qui arrive

Aux copains internes de Tours et ailleurs, merci de votre présence et des supers week-end passés avec vous

A Xavier, ça va devenir de plus en plus facile de faire deviner ma spécialité

A Laura, Franck, Maya merci de m'avoir aidé à survivre à la pédiatrie en hiver

A mes futurs collègues, Claire Marie, Jean Baptiste, Chadi et les autres, avec vous le saut dans l'inconnu ne me fait pas peur, on va être une sacrée équipe !

A Caro, ta rencontre a été une chance, tu vas même réussir à me faire revenir travailler à Orléans !

Enfin à Thomas, ma pépite, ma vie est devenue plus belle depuis que je t'ai rencontré, à tous nos projets futurs, je n' imagine plus ma vie sans toi

TABLE DES MATIERES

ABBRÉVIATIONS	13
RESUMÉ	14
ABSTRACT	16
INTRODUCTION	18
MATÉRIEL ET MÉTHODE	22
1) Design de l'étude	22
2) Population étudiée	22
3) Recueil des données	23
4) Méthodologie	24
RÉSULTATS	26
DISCUSSION	42
1) Population	42
2) Phase A	43
3) Phase B	46
4) Utilité du MAO	48
5) Qualités et limites de l'étude	49
CONCLUSION	51
ANNEXES	52
BIBLIOGRAPHIE	54
DÉPOT DE THÈSE	56

ABRÉVIATIONS

CCII Comité de Coordination des Infirmières et Infirmiers de la SFMU

CHRO : Centre Hospitalier Régional d'Orléans

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CIMU Classification Infirmière des malades aux urgences

CTAS Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)

DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins

DMS Durée Moyenne de Séjour

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

ECG Electrocardiogramme

ESI Echelle de tri Emergency Severity Index

ETP Equivalents Temps Plein

FRENCH French Emergency Nurses Classification in Hospital

HAD Hospitalisation A Domicile

IAO Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IDE Infirmier Diplômé d'Etat

IOA Infirmier Organisateur d'Accueil

MAO Médecin d'Accueil et d'Orientation

PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé

SAU Service d'Accueil d'Urgence

SFMU Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR Service Mobile Urgences et de Réanimation

SU Structure d'Urgence

RÉSUMÉ :

INTRODUCTION :

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) en France doivent faire face à un afflux de patients en constante augmentation. Le poste d'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) est indispensable pour évaluer, au sein de flux souvent massifs, la gravité des patients afin d'assurer un délai de prise en charge médicale en adéquation avec la pathologie rencontrée. Cependant, ce poste est décrit comme éprouvant par les soignants, car en tant que premier interlocuteur, l'IAO doit souvent faire face à l'inquiétude et parfois l'agressivité des patients et de leur entourage ; manifestations souvent liées aux délais d'attente très longs, conséquence directe de la surcharge de travail des SAU. Tous ces phénomènes exposent au risque non négligeable de démotivation et d'épuisement des IAO, ce qui pourrait, à court terme, être délétère sur la prise en charge des patients. Notre étude avait pour but d'évaluer l'impact de la mise en place d'un Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) posté à l'accueil des urgences, sur le ressenti des IAO dans différents aspects de leur travail mais aussi dans leur relation avec les patients et leurs accompagnants.

MATERIEL ET METHODE :

Un MAO a été mis en place à partir de janvier 2019 aux urgences adultes du CHR Orléans. Les IAO ont été interrogés par le biais de 15 questions auxquelles ils devaient attribuer une note de 1 à 10. Ce questionnaire a été rempli par 33 IAO, lors de 2 phases, chronologiquement distinctes, à savoir une première phase en décembre 2018 et une deuxième en mai 2019. Il a également été demandé aux IAO de s'exprimer sur leur ressenti de l'utilité du MAO. Nous avons ensuite procédé à une analyse descriptive de notre population d'IAO et de leurs réponses, puis à l'évolution de celles-ci entre les 2 phases, par des tests de comparaisons de moyennes. Enfin nous avons effectué des analyses en sous-groupes selon les caractéristiques de la population (âge, sexe, ancienneté d'exercice de la fonction d'IAO, type d'exercice (100% SAU versus 50% SAU-50% SMUR).

RESULTATS

Notre population d'IAO a une moyenne d'âge de près de 32 ans et une moyenne d'ancienneté au poste d'IAO d'un peu plus de 6 ans. 52% ont un poste d'infirmière partagé 50% SAU-50% SAMU alors que 48% ont un exercice 100% SAU. Avant la mise en place du MAO, avec des moyennes d'environ 7, les IAO se sentent dépassées par la charge de travail et considèrent ce poste comme épuisant. Cela ne les empêche pas d'apprécier ce poste et de se sentir utiles pour les patients et le service.

La mise en place du MAO améliore le ressenti des IAO sur tous les points recensés, mais ce, de manière significativement plus marquée pour les IAO les plus jeunes et celles exerçant uniquement au SAU.

70% des IAO considèrent le poste de MAO comme indispensable.

CONCLUSION

La mise en place d'un MAO aux urgences adultes du CHR d'Orléans a permis d'augmenter le ressenti favorable des IAO, en majorant leur satisfaction personnelle à travers une meilleure gestion de l'orientation des patients, une diminution du sentiment d'épuisement et d'isolement. Cela a démontré aussi une diminution du ressenti d'insécurité et d'agressivité des patients et de leur entourage. Ces améliorations plus marquées dans la population des IAO les plus jeunes et exerçant à temps plein au SAU, soulignent l'aspect éprouvant de ce poste et incitent, au-delà de la mise en place du MAO, à réfléchir sur un possible fractionnement des temps de travail sur une même journée, afin de diminuer l'épuisement et majorer l'efficacité des IAO.

Mots clés : Urgences, Triage, Accueil,

Jury :

Président : Pr Said LARIBI, Médecine d'Urgence SAMU/SMUR, Faculté de Médecine -Tours

Membres :

Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine Légale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Marc LAFFON, Anesthésie-Réanimation, PU, Faculté de Médecine-Tours

Docteur Olivier GIOVANNETTI, Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine – Tours

Date de soutenance : 09/10/2019

ABSTRACT

INTRODUCTION

Emergency Departments (ED) in France have to face a major increase of patients.

The triage nurse is an utmost essential function because of its role of severity assessment to highlight even in a massive number of patients those who need to be taken care of in priority.

Even if this workstation is often described as demanding and challenging because there are front line exposed to anxious patients who are sometimes suffering painful injuries or very difficult and stressful situations.

They also have to face increasing violence physical or verbal, magnified by the waiting times directly linked to the constant inflow of patients.

All the above is leading to a staff burnout and a lack of incentive with the risk of having a negative impact on patient care.

The goal of our study was to evaluate the impact of having a physically stationed triage physician with the nurse in the ED reception. We were studying the changes they experienced in every aspect of the care process and in the relation with the patients and their families.

APPROACH

A triage physician position was created in January 2019 in the Regional Hospital of Orléans ED.

The triage nurses were asked to fill a 15 questions survey. They had to mark every proposition from 1 to 10.

We obtained 33 surveys, in 2 distinct phases. The first one took place in December 2018, and the second in May 2019. A second part in the data gathering was a question about the feeling of usefulness of a triage physician.

We processed the gathered data first by a descriptive analysis of our population and then by evaluating the development between the 2 phases with statistic tests comparing averages.

Then the population was divided between different categories (age, sexe, degree seniority, length of working as triage nurse, type of exercise meaning exclusive ED function or ED and part time as part of emergency mobile units).

RESULTS

Our population is aged of 31.7 years, and has a triage nurse seniority around 6 years.

48 % have an exclusive ED workstation and 52 % are stationed half of their time with emergency mobile units.

Before the triage physician, triage nurses were overwhelmed with the workload and they described themselves as exhausted. (average mark was 7) .

Nevertheless they depicted the position as rewarding and with a usefulness feel to it, they seemed to appreciate the function.

The creation of the triage physician function improves the feeling of the nurses on every points we studied but with a stressed improvement perceived by the youngest nurses and those who have an exclusive ED workstation.

70 % perceived the triage physician as essential.

CONCLUSION

The creation of the triage physician function in the Regional Hospital of Orléans ED improved the global work experience of the triage nurses, by developing a deeper personal satisfaction, a greater management of the patients inflow and by lowering the burnout feeling and the perceived isolation at the reception of the ED.

It also has permitted to lower the insecurity feeling and the aggressiveness from the patient and their families.

All of these improvements are highlighted in the younger section of our population and in those who work exclusively in the ED, reinforcing the demanding aspect of this workstation.

These observations have lead us to bring some modifications to the organization of the workload. First it appears to be beneficial to reduce the length of work at the ED reception from 8 hours in a row to a few hours by rotation, in order to avoid staff burnout and increase efficiency.

INTRODUCTION

Les structures d'urgence traversent actuellement une crise sans précédent marquée par un déficit profond de soignants aussi bien parmi le personnel médical que paramédical et par la modification du recours aux soins non programmés de la part de la population.

Le personnel souffre d'un manque de soignants ainsi que de conditions de travail qui ne permettent pas la prise en charge correcte des patients.

Les patients constatent eux, une majoration du temps d'attente et déplorent que les soignants ne soient pas à même de leur consacrer le temps qu'ils estiment nécessaire à leur prise en charge.

Le SAU du Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO) est particulièrement concerné par ces évolutions. Il a subi une hausse de près de 16000 passages en dix ans (de 2008 à 2018) soit une hausse de 28 % sur la décennie. Ce phénomène tend à s'accroître de manière très inquiétante avec notamment une augmentation de plus de 12% du nombre de passages, rien que sur le premier semestre 2019 (comparativement à l'année précédente).

Ainsi le SAU du CHRO, tout comme la majorité des services d'Urgences en France, doit faire face à un afflux de malades en continuelle croissance. Cette surcharge ou « overcrowding » est définie comme une situation de surcharge et de tension responsable d'un déséquilibre majeur entre moyens et besoins, compromettant la bonne prise en charge des patients en retardant l'accès aux soins [1]. Elle est au cœur de l'actualité depuis plusieurs années avec récemment un mouvement de grève d'une ampleur inédite qui illustre la profondeur du malaise des structures françaises d'Urgence. De nombreux rapports et études sur ce phénomène ont tous mis en exergue une situation d'origine plurifactorielle. Parmi eux, on

peut citer de manière non exhaustive un vieillissement de la population, une réduction des dépenses de santé et du nombre de lits, une réorganisation territoriale des structures d'accueil d'Urgence, une diminution de l'offre de soins en ville, une déviance de certains motifs de recours qui mène à des consultations injustifiées aux Urgences.

A cela, s'ajoute une diminution du nombre de médecins urgentistes exerçant à temps plein (on estime qu'en 6 ans le nombre de praticiens passés à temps partiel a presque doublé), ainsi que la modification des habitudes professionnelles et de la répartition du temps de travail.

Selon le rapport de la Cour des Comptes en date de février 2019 [2] il existe « un sous-effectif médical générateur de tension dans un nombre croissant d'établissements ».

Dans cette situation explosive, l'IAO tient une place primordiale et particulière.

Dès 1997, l'équipe de Pierre Taboulet, démontrait l'intérêt de l'IAO sur la gestion des flux.
[3]

L'IAO est le premier interlocuteur rencontré par les patients à leur arrivée aux urgences et est bien souvent le premier récipiendaire de leur souffrance et de leurs attentes. Si le rôle de l'IAO est défini officiellement par la circulaire du 14 mai 1991 [4], en 2013 la SFMU a édité un référentiel issu de recommandations formalisées d'experts et définit que « la mission générale de l'IAO est d'accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants dès leur arrivée, de définir les besoins de santé et les priorités de soins, de décider du lieu le plus adapté aux besoins (salle d'urgences vitales, box de soins, salle d'attente...). L'IAO est en lien permanent avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux ». On constate donc facilement combien il devient compliqué voire impossible en l'état actuel des choses de respecter en tous points ce référentiel.

L'IAO est le premier interlocuteur rencontré par les patients à leur arrivée aux urgences et est bien souvent le premier récipiendaire de leur souffrance et de leurs attentes.

Même si sa mission de tri doit « s'effectuer à partir d'outils spécifiques utilisés dans le service et sur des protocoles écrits et signés par le responsable médical » [5].

Il existe différentes échelles de tri en France, les plus utilisées étant la CIMU (Classification Infirmière des Malades aux Urgences) [6], ou plus récemment (2016) l'échelle FRENCH (FRench Emergency Nurses Classification in Hospital) [7 ;8]. A Orléans, le tri repose sur la CIMU (Classement Infirmier des Malades d'Urgences) et sur des protocoles de service écrits et régulièrement remis à jour.

Néanmoins le poste d'IAO fait reposer une responsabilité importante sur les épaules des infirmiers, ce qui le rend souvent redouté malgré son importance et bien qu'il soit encadré par des protocoles.

Emergent alors parfois des sentiments d'impuissance, d'isolement et d'épuisement pour les soignants qui doivent faire face au quotidien à des manques de ressources humaines, matérielles ainsi qu'à l'agressivité, l'insatisfaction des patients. Ceci peut faire courir le risque, à plus ou moins court terme, d'un départ des SAU des IDE les plus expérimentées, ce qui aurait alors une conséquence délétère sur l'organisation des urgences et la prise en charge des patients.

Récemment plusieurs études ont cherché trouver des solutions pour épauler et aider l'IAO dans son travail d'accueil et de tri.

Parmi les propositions retenues, la présence d'un médecin d'accueil et de tri (MAO), posté à l'accueil des urgences semble pouvoir appuyer les IOA dans certaines tâches et améliorer les difficultés de tri.

Si l'intérêt d'un MAO posté physiquement à l'accueil fait l'objet de controverses, une étude française démontrait déjà en 2018 l'intérêt de la complémentarité du MAO et de l'IAO [9].

Des données récentes montrent une réduction significative de la durée de séjour des patients ambulatoires et l'accélération de la prise en charge des patients graves [10 ; 11 ; 12]. De plus, la présence d'un médecin en zone de triage permettrait une réduction du délai de premier contact médical [12] et des « partis sans attendre » [13].

Jusqu'en fin 2018, il n'existait pas de MAO posté à l'accueil du SAU du CHRO, et le médecin référent des IAO était donc un des séniors des Urgences. Dans un souci d'amélioration de l'organisation de la filière de soins et de la prise en charge des patients, il a été mis en place, début Janvier 2019, un MAO, posté physiquement à l'accueil des Urgences, 3 jours par semaines (lundi, mardi et vendredi) sur des horaires de journées (8h30-18h30).

Notre étude a donc pour but d'observer si la présence de ce MAO a un impact sur le ressenti que les IAO ont de leur poste de travail et s'il semble améliorer leur sentiment de qualité de vie professionnelle, gage d'une prise en charge des patients optimisée.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Design de l'étude

Notre étude est une étude qualitative réalisée au sein du SAU du CHRO.

Elle repose sur l'analyse de questionnaires remplis par les IAO de ce service. Une première phase de recueil (dénommée phase A) a eu lieu sur la période des 2 dernières semaines du mois de décembre 2018, soit avant la mise en place effective du MAO posté en zone d'accueil. Une deuxième phase de recueil (dénommée phase B) a eu lieu sur la période des 2 dernières semaines du mois de mai 2019, soit environ 5 mois après le début de la mise en place du MAO, pour s'assurer d'obtenir des réponses après une certaine mise à l'épreuve de la nouvelle organisation et du dit MAO.

2. Population étudiée

Pour faire partie de notre population d'étude, l'IDE devait exercer une fonction d'IAO au sein du SAU du CHRO, en journée, afin de pouvoir lors de la phase B, travailler avec le MAO. Etaient inclus des IDE exerçant à temps plein au SAU et des IDE 50% SAU/50% SMUR. Etaient cependant exclues toutes les IDE travaillant uniquement de nuit, qui au vu de leurs horaires de travail, ne disposent jamais d'un MAO posté physiquement à l'accueil des Urgences.

3. Recueil des données

Les données de l'étude ont été recueillies de manière prospective, à partir d'un questionnaire contenant 15 questions strictement identiques pour les 2 phases (Annexes 2 et 3),

Les IAO devaient attribuer une note allant de 1 à 10 à chaque question. La note 1 correspondait à « je ne suis pas du tout d'accord » et la note 10 à « je suis complètement d'accord ».

Lors de la phase B, les IAO devaient par ailleurs donner leur ressenti sur « l'utilité du MAO ». Trois réponses (assorties de la possibilité de commentaires) étaient alors possibles, à savoir : « Indispensable », « Utile, mais dispensable », « Inutile ».

Les infirmiers étaient invités à remplir leur questionnaire instantanément dans le SAU.

Un numéro d'identifiant a été au préalable attribué à chaque IAO, afin de permettre une comparaison de leur résultat entre les 2 phases de manière anonymisée.

Les données recueillies pour chaque IDE sont donc :

- Des caractéristiques « épidémiologiques » :
 - Leur âge
 - L'ancienneté de leur diplôme d'IDE, exprimée en années.
 - Leur ancienneté au sein d'un SAU, exprimée en années.
 - Leur ancienneté au sein du SAU du CHRO, exprimée en années.
 - Leur ancienneté en tant qu'IAO et sur les 2 phases de notre étude, exprimée en années.
 - Leur type d'exercice, à savoir « 100% SAU » ou « 50% SAU / 50% SMUR ».
- Les réponses numériques aux 15 questions, et ce pour les 2 phases de recueil.
- La réponse relative à « l'utilité du MAO »

4. Méthodologie

Après avoir été intégrées dans un tableau Excel, les données ont été incorporées pour les analyses statistiques dans le logiciel STATA 11 (Statistics Data Analysis/TX/USA)

Dans un premier temps, une analyse descriptive des caractéristiques de notre cohorte a été effectuée.

Celle-ci est présentée :

- Pour les variables continues, par la moyenne suivie de son intervalle de confiance à 95 %.
- Pour les variables binaires, par le nombre et le pourcentage des classes.

Quand une variable continue était également traitée en catégories, celles-ci l'ont été en 2 classes, définies à partir de la médiane de la variable d'origine. Ainsi, nous avons catégorisé :

- L'âge de l'IAO : plus ou moins de 31 ans.
- L'ancienneté en tant qu'IAO ; plus ou moins de 5 ans.

Pour chaque question, nous avons créé une variable « delta » correspond au différentiel numérique de réponse entre la phase A et la phase B pour chaque IAO. Le résultat de cette variable « delta » était bien donné par l'opération : (note de la phase A) - (note de la phase B). Le résultat de cette variable « delta » pouvait donc prendre des valeurs allant de « -9 » à « +9 ».

Dans un second temps, nous avons effectué :

- Une comparaison des résultats aux différentes questions entre les 2 phases, grâce à un test non paramétrique de Wilcoxon (un « p » < 0,05 ayant été choisi pour définir une différence significative).
- Une comparaison, au sein de chaque sous-groupe de notre population (sexe, âge de plus ou moins de 31 ans, IAO en poste depuis plus ou moins de 5 ans, et type d'exercice temps plein ou partagé) des résultats aux différentes questions, et ce pour la phase A et pour la phase B. Là encore, un test non paramétrique de Wilcoxon a été utilisé (un « p » < 0,05 ayant été choisi pour définir une différence significative).
- Une comparaison au sein de chaque sous-groupe de notre population, du résultat de la question sur « l'utilité du MAO », grâce à un test non paramétrique de Fischer (un « p » < 0,05 ayant été choisi pour définir une différence significative).

RÉSULTATS

La figure suivante présente le diagramme de flux de notre population.

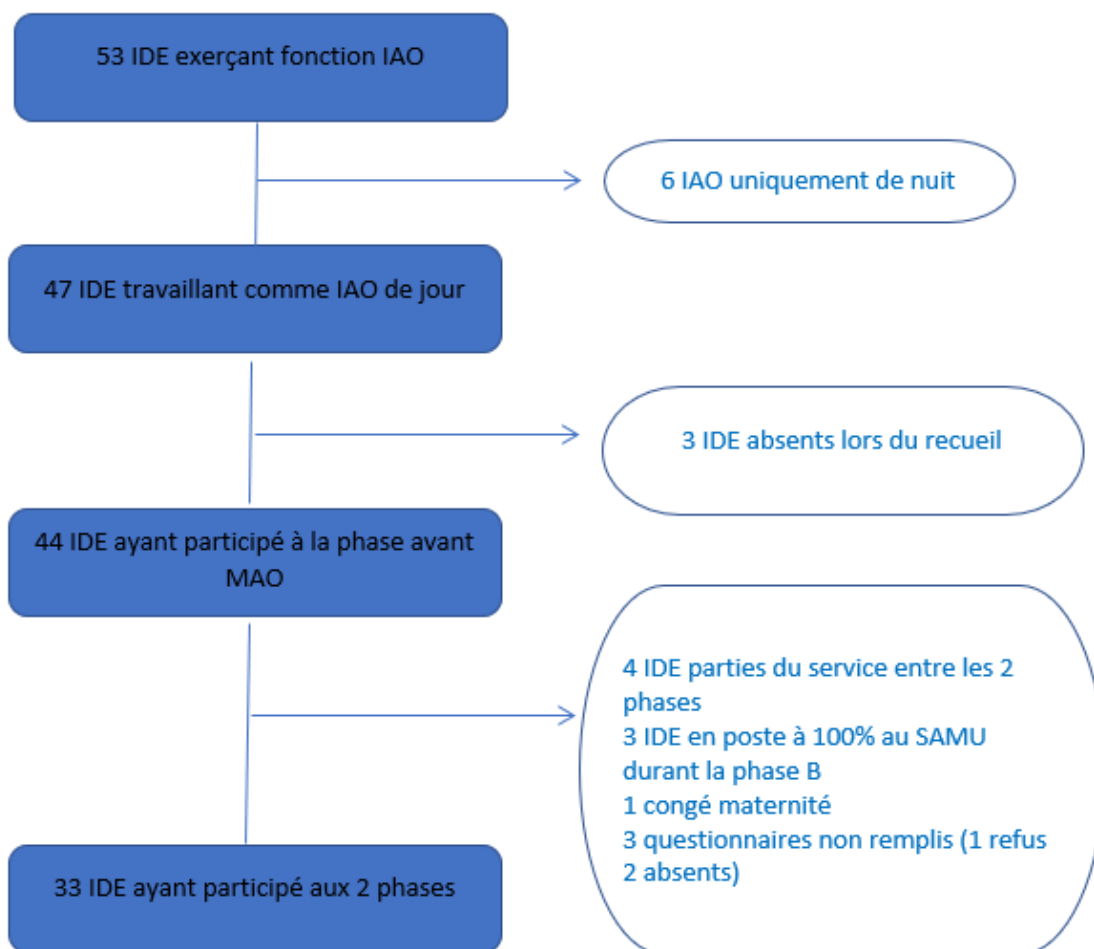


Figure 1 Diagramme de flux des IDE interrogés

Ainsi notre population présentait les caractéristiques suivantes présentées dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Caractéristiques	n (%)	
	Moyenne [intervalle de confiance à 95%]	
Sexe		
<i>Hommes</i>	7	(21 %)
<i>Femmes</i>	26	(79 %)
Type d'exercice		
100 % SAU	16	(48.5%)
50% SAU/50% SAMU	17	(51.5 %)
Age moyen	31.7 ans [30.1-33.3]	
Ancienneté diplôme IDE	9.4 ans [7.6-11.2]	
Ancienneté exercice dans un SAU	8.0 ans [6.2-9.8]	
Ancienneté exercice au CHRO	7.7 ans [6-9.4]	
Ancienneté exercice IAO	6.3 ans [4.5-8.1]	

Le tableau suivant reprend les moyennes des notes données à chacune des questions pour les phases A et B ainsi que le différentiel

Tableau 2 Moyennes des réponses attribuées à chacune des questions et leur différentiel

	Phase A	Phase B	Delta des 2 phases	p
Q1 : Satisfaction globale	6.40	7.82	+1.42	< 10 ⁻⁴
Q2 : Utilité pour patients	7.24	7.84	+0.6	0.044
Q3 : Utilité pour service	7.27	8.03	+0.75	0.002
Q4 : Dépassé par charge de travail	6.91	5.67	-1.24	< 10 ⁻⁴
Q5 : Délégations de tâches trop fréquentes	5.36	3.42	-1.94	< 10 ⁻³
Q6 : Isolement	4.64	2.39	-2.25	<10 ⁻⁴
Q7 : Epuisement en fin de journée	7.21	5.45	-1.76	< 10 ⁻³
Q8 : Appréhension de la journée	3.61	2.21	-1.40	0.003
Q9 : Poste apprécié	6.79	7.42	+0.64	0.05
Q10 : Satisfaction des patients	5.67	7.09	+1.42	< 10 ⁻⁴
Q11 : Satisfaction des accompagnants	5.15	6.67	+1.52	< 10 ⁻⁴
Q12 : Difficultés d'orientation des patients	5.18	2.36	-2.82	<10 ⁻⁴
Q13 : Contact trop fréquents des spécialistes	4.54	1.93	-2.61	<10 ⁻⁴
Q14 : Insécurité	4.21	2.82	-1.39	< 10 ⁻³
Q15 : Agressivité patients ou accompagnants	6.12	4.39	-1.73	<10 ⁻⁴

Les réponses à chaque question dans les différentes phases ainsi que la répartition du différentiel de l'évolution des notes sont présentées dans les histogrammes ci-dessous.

Question 1. Votre travail d'IAO vous satisfait dans sa globalité

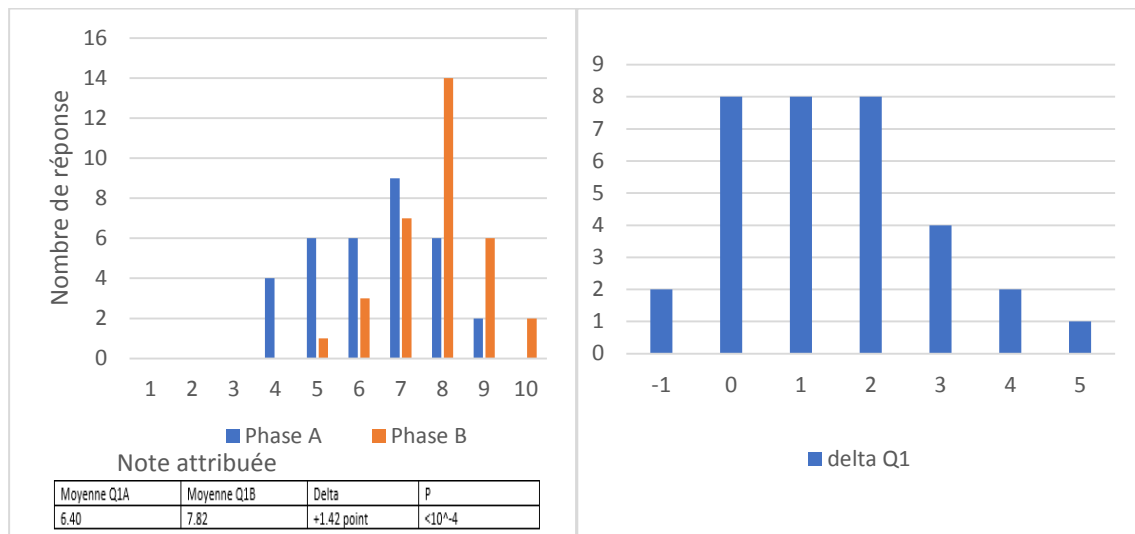


Figure 2

Evolution de la répartition des notes de Q1 entre les 2 phases

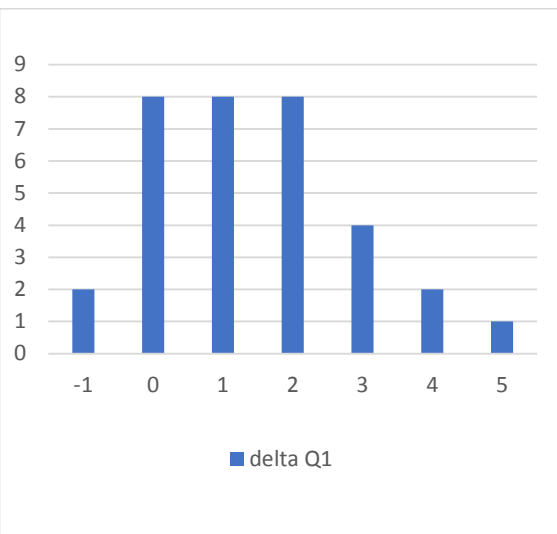


Figure 2 bis

Répartition de l'évolution des notes de Q1 entre les deux phases pour chaque IDE

Question 2 vous vous sentez utile pour les patients

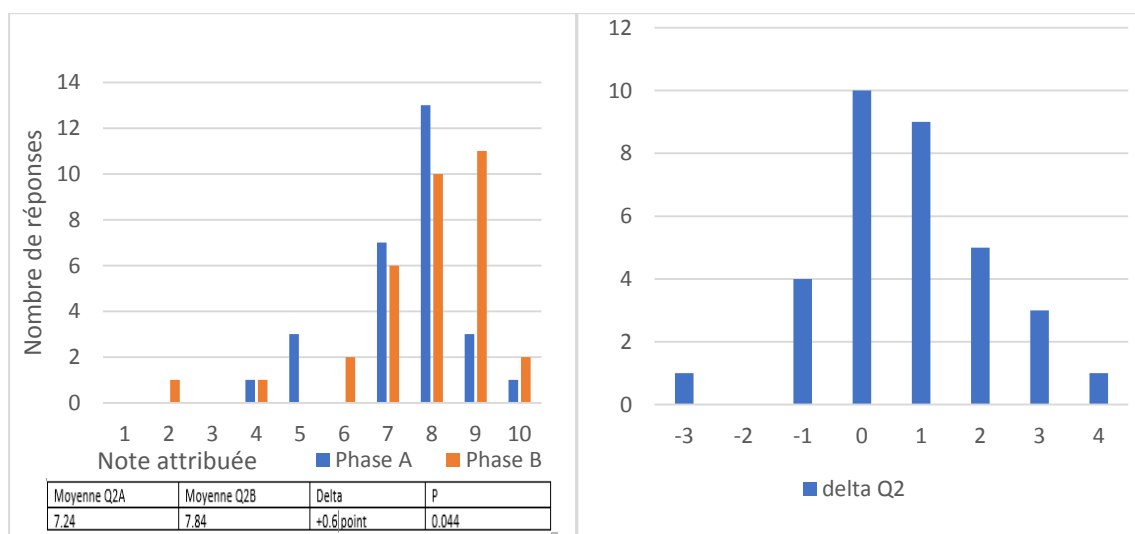


Figure 3

Evolution de la répartition des notes de Q2 entre les phases

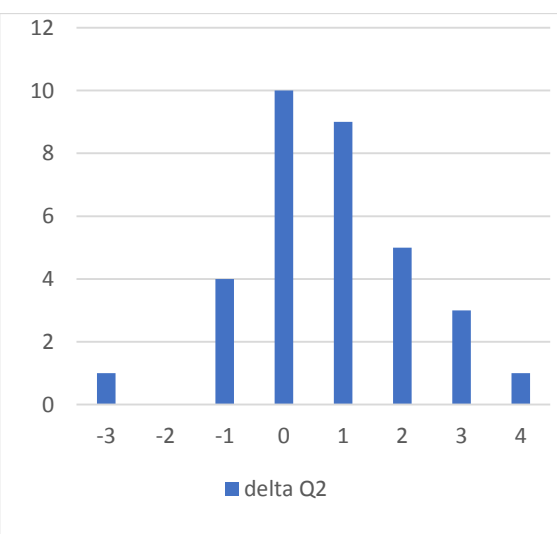


Figure 3bis

Répartition de l'évolution des notes de Q2 entre les phases pour chaque IDE

Question 3 Vous vous sentez utile pour le service

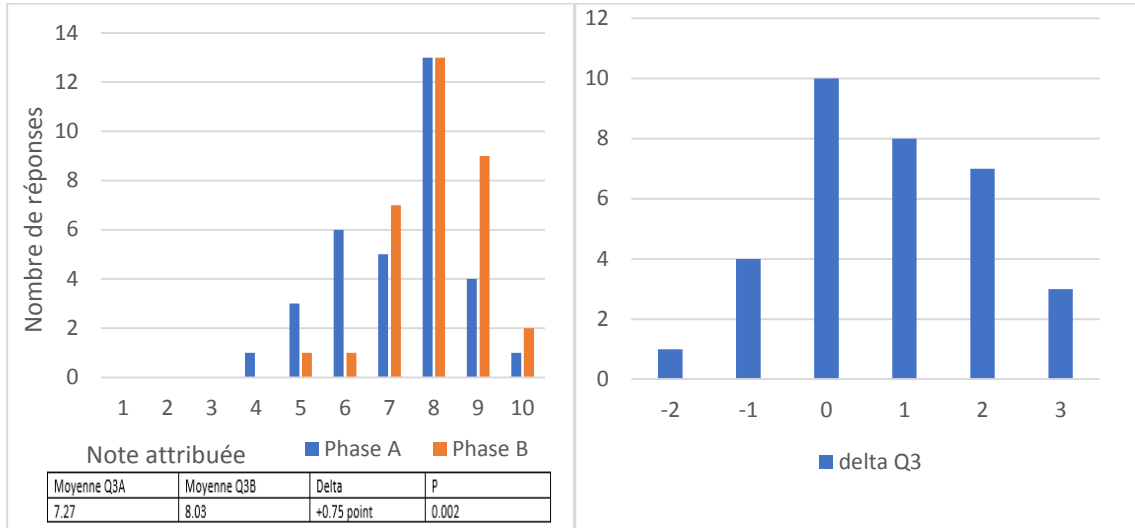


Figure 4

Evolution de la répartition des notes de Q3 entre les phases

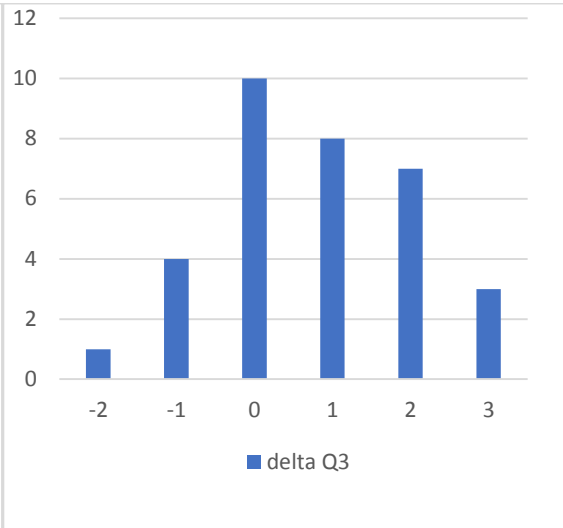


Figure 4 bis

Répartition de l'évolution des notes de Q3 entre les phases pour chaque IDE

Question 4 Vous avez le sentiment d'être dépassé par la charge de travail

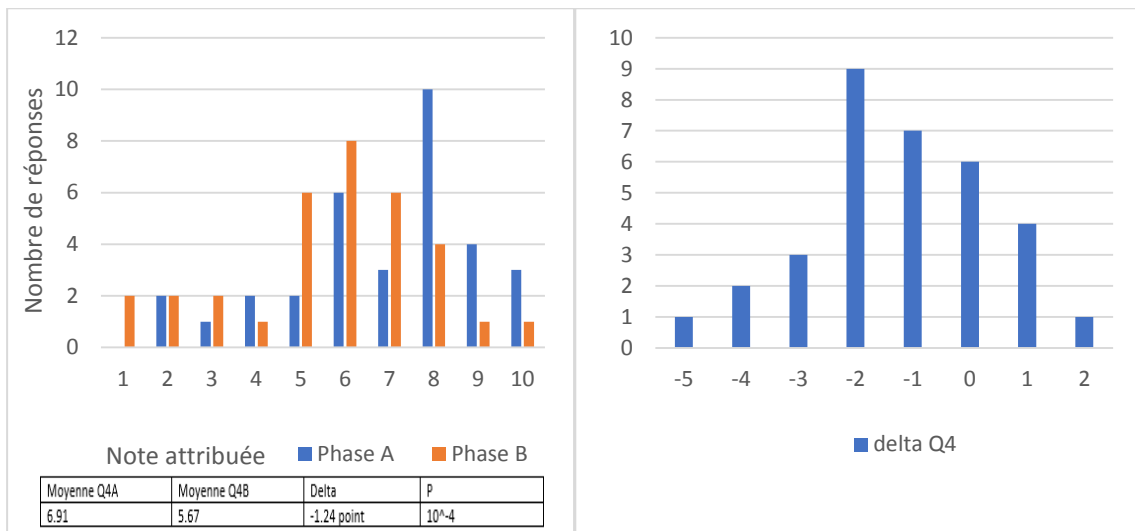


Figure 5

Evolution de la répartition des notes de Q4 entre les phases

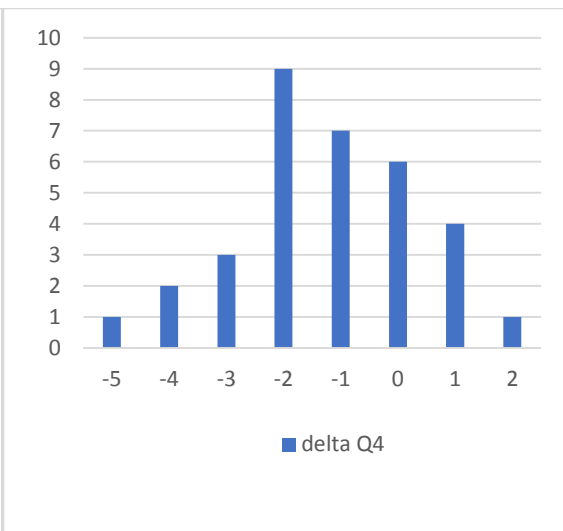


Figure 5bis

Répartition de l'évolution des notes de Q4 entre les phases pour chaque IDE

Question 5 Vous avez le sentiment d'effectuer trop souvent des délégations de tâches

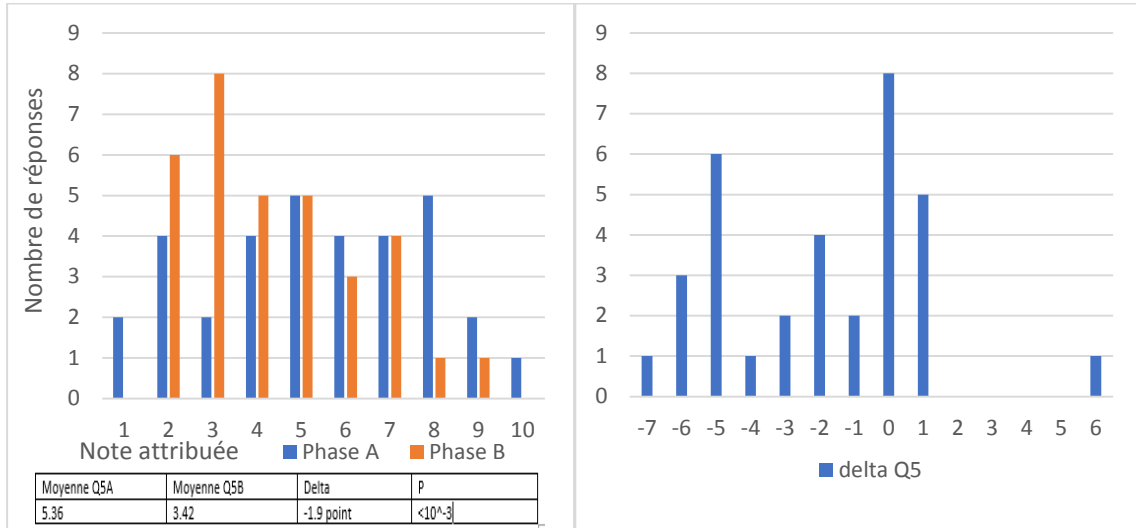


Figure 6

Evolution de la répartition des notes de Q5 entre les phases

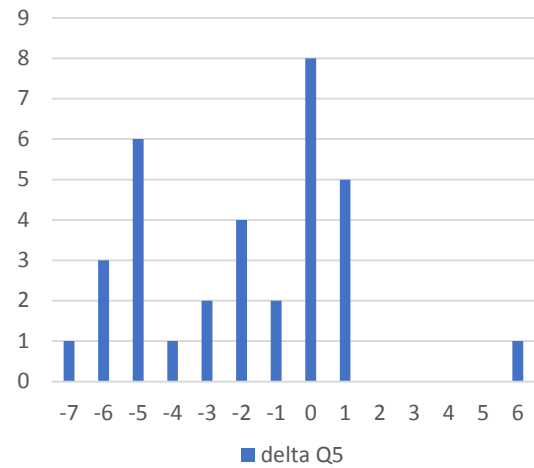


Figure 6 bis

Répartition de l'évolution des notes de Q5 entre les phases pour chaque IDE

Question 6 Vous avez un sentiment d'isolement

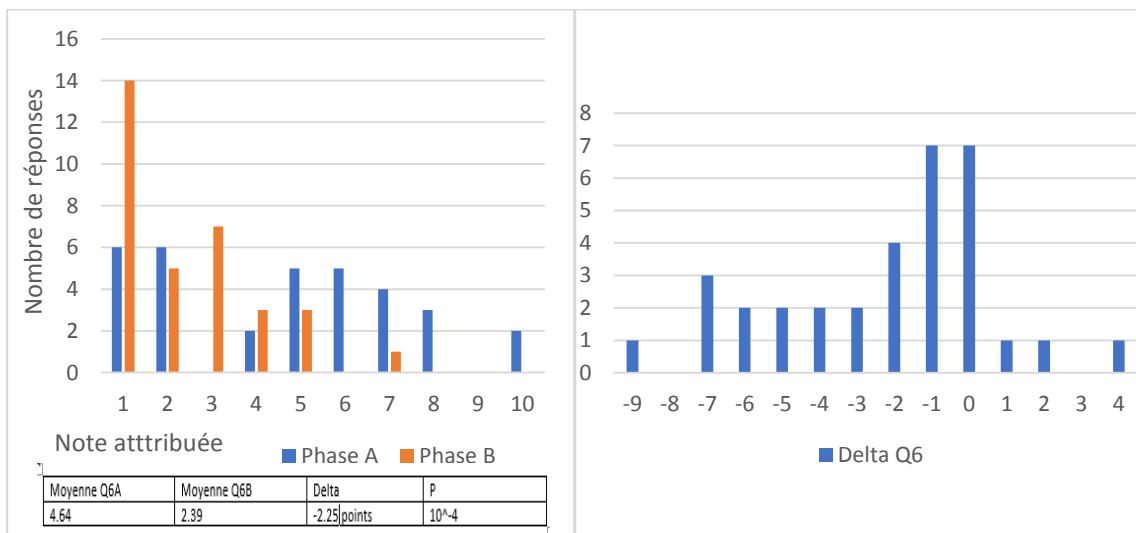


Figure 7

Evolution de la répartition des notes de Q6 entre les phases

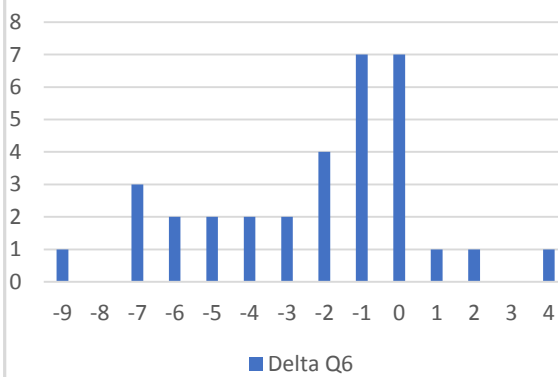


Figure 7bis

Répartition de l'évolution des notes de Q6 entre les phases pour chaque IDE

Question 7 Vous finissez votre journée de travail totalement épuisé

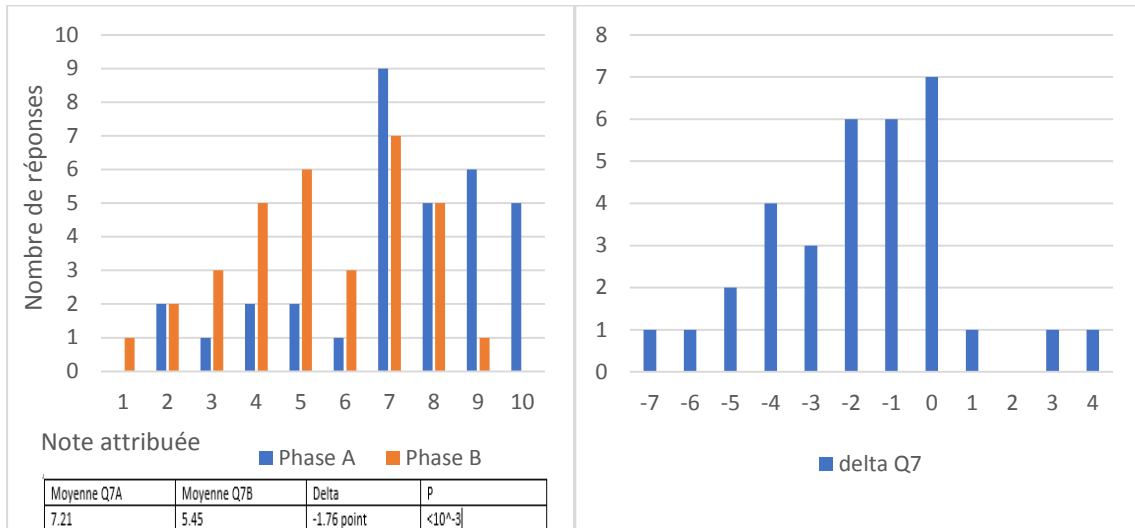


Figure 8

Evolution de la répartition des notes de Q7 entre les phases

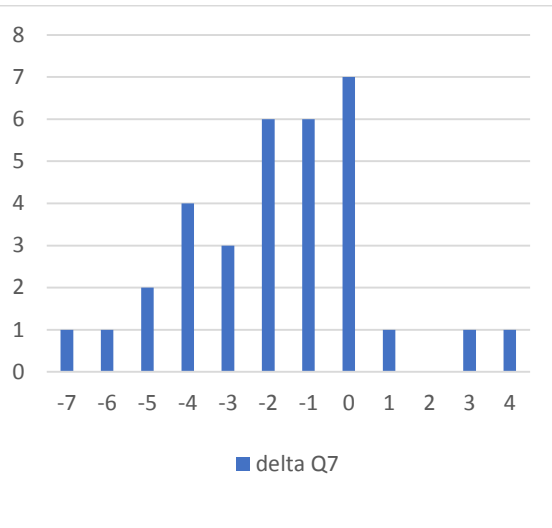


Figure 8bis

Répartition de l'évolution des notes de Q7 entre les phases pour chaque

Question 8 Vous appréhendez votre journée d'IAO

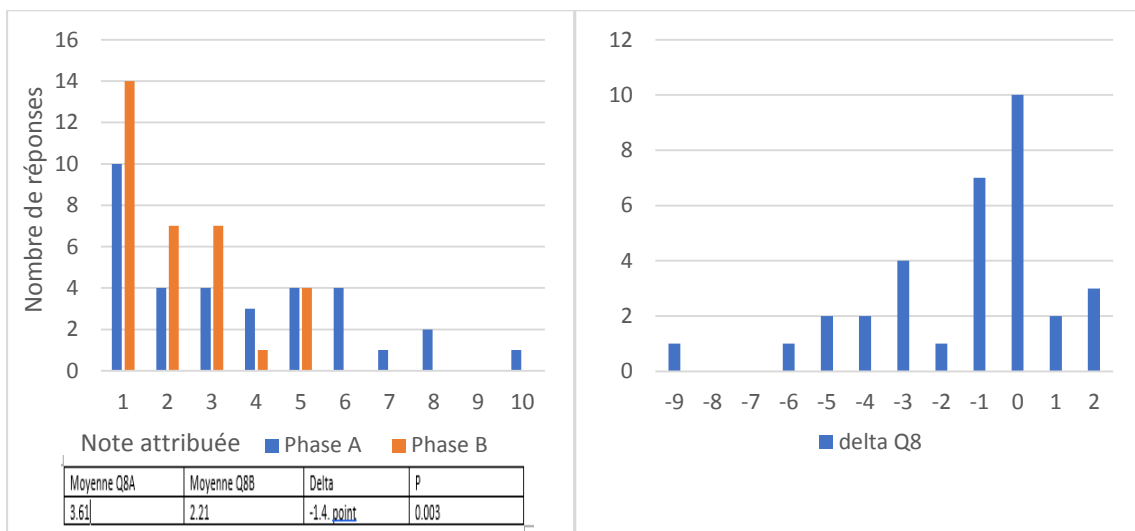


Figure 9

Evolution de la répartition des notes de Q8 entre les phases

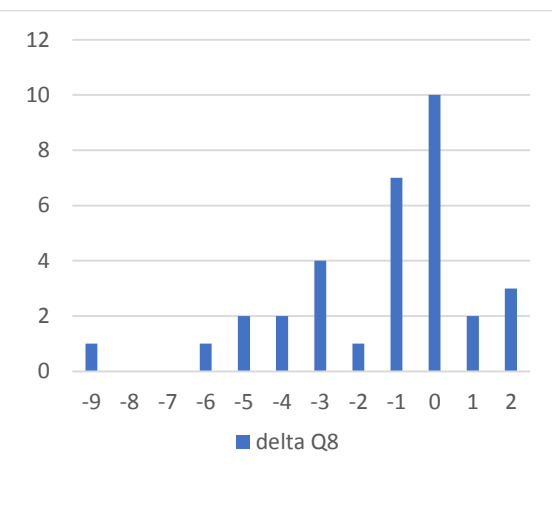


Figure 9bis

Répartition de l'évolution des notes de Q8 entre les phases pour chaque IDE

Question 9 Vous appréciez ce poste de travail

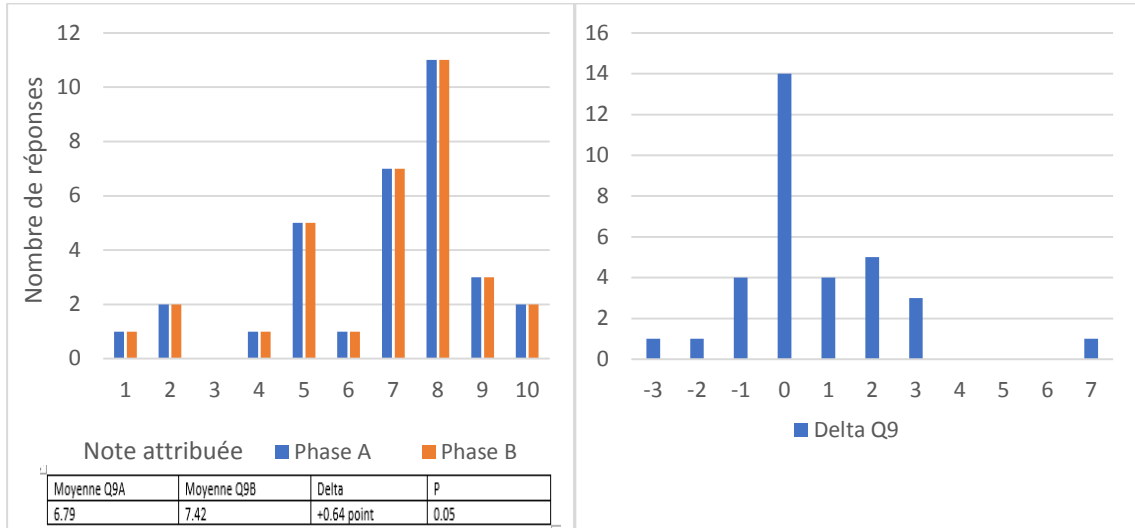


Figure 10

Evolution de la répartition des notes de Q9 entre les phases

Figure 10bis

Répartition de l'évolution des notes de Q9 entre les phases pour chaque IDE

Question 10 Vous avez le sentiment que les patients sont satisfaits dans leur globalité

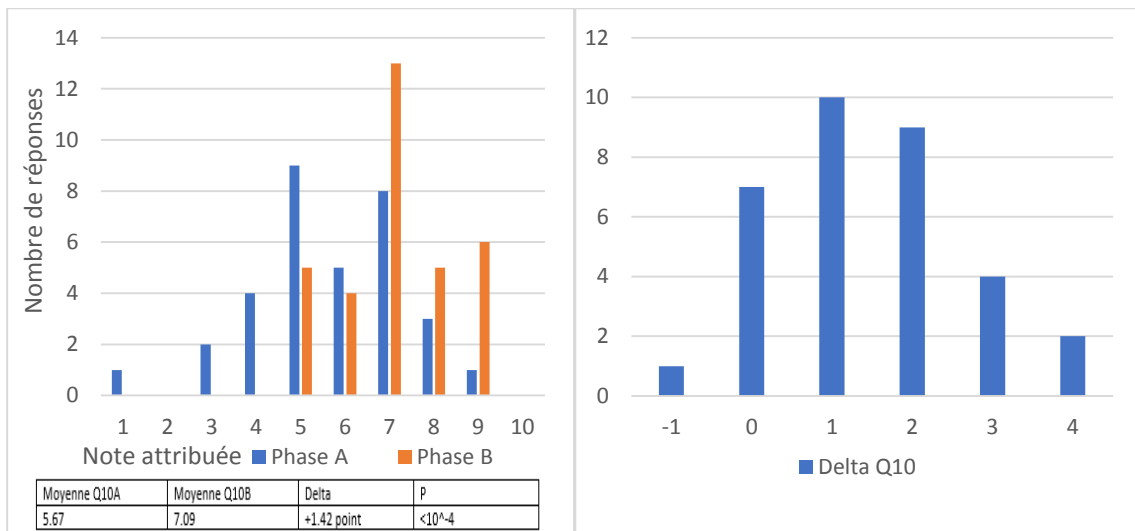


Figure 11

Evolution de la répartition des notes de Q10 entre les phases

Figure 11bis

Répartition de l'évolution des notes de Q10 entre les phases pour chaque IDE

Question 11 Vous avez le sentiment que les accompagnants des patients sont satisfaits dans leur globalité

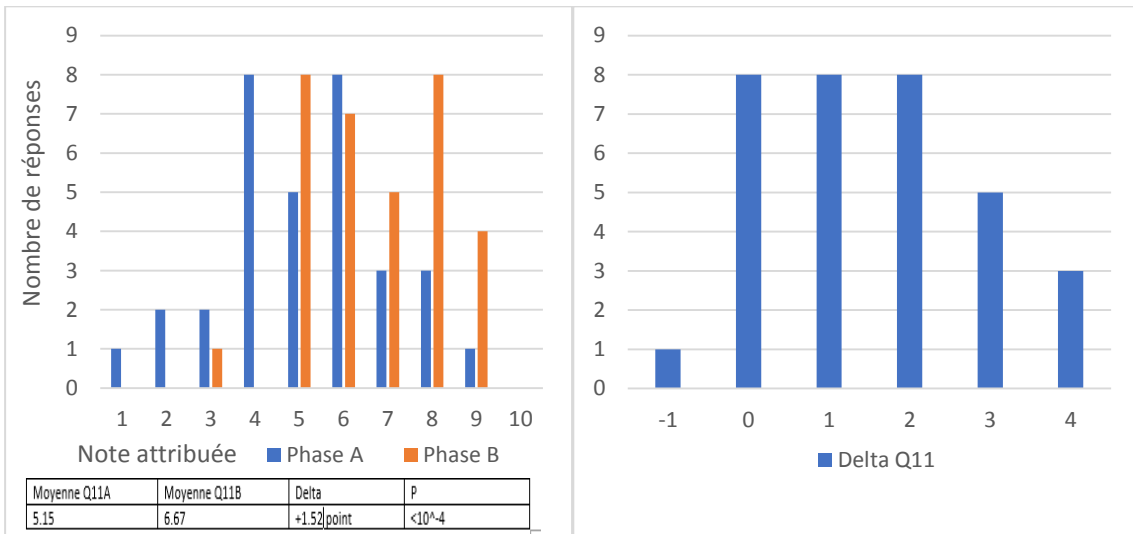


Figure 12

Evolution de la répartition des notes de Q11 entre les phases

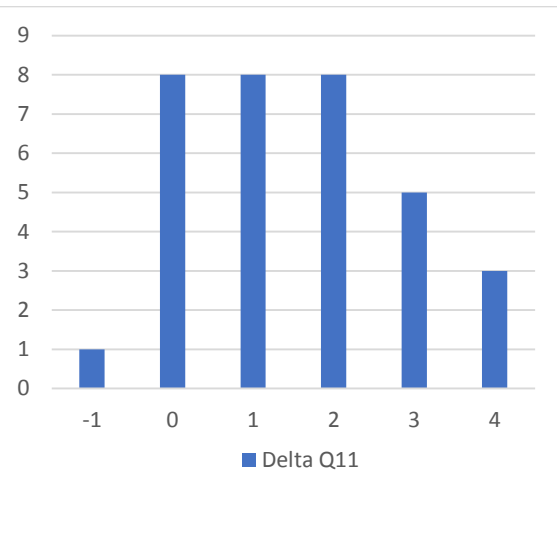


Figure 12 bis

Répartition de l'évolution des notes de Q11 entre les phases pour chaque IDE

Question 12 Vous rencontrez des difficultés dans le choix d'orientation des patients

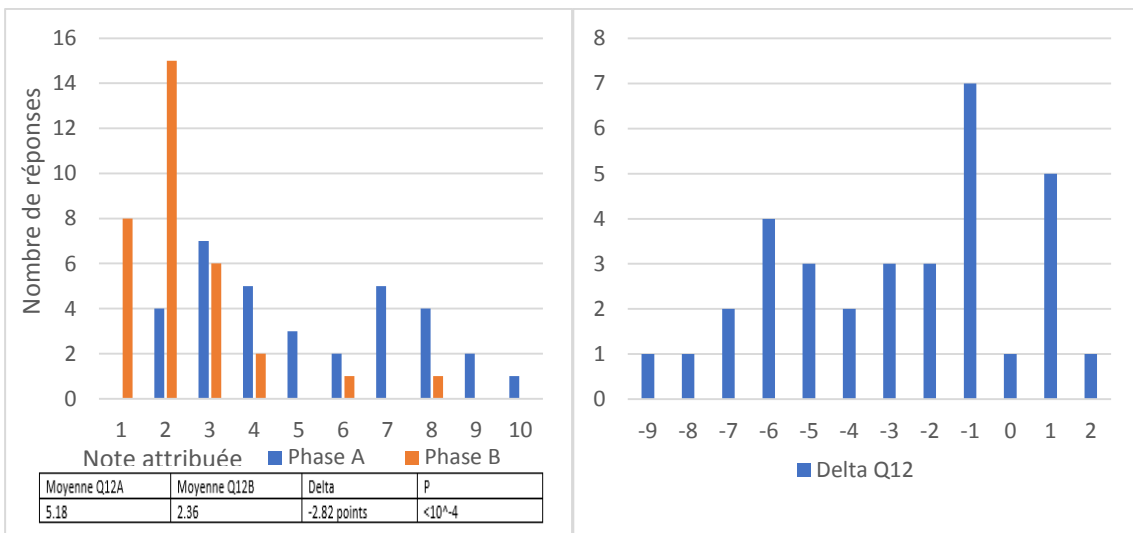


Figure 13

Evolution de la répartition des notes de Q12 entre les phases

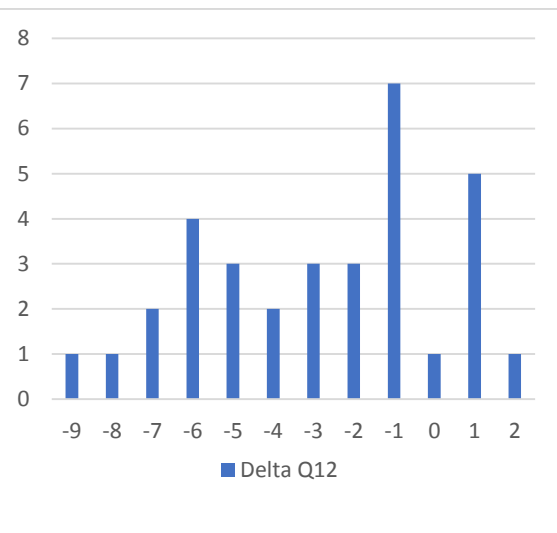


Figure 13bis

Répartition de l'évolution des notes de Q12 entre les phases pour chaque IDE

Question 13 On vous demande de contacter des spécialistes médicaux trop souvent

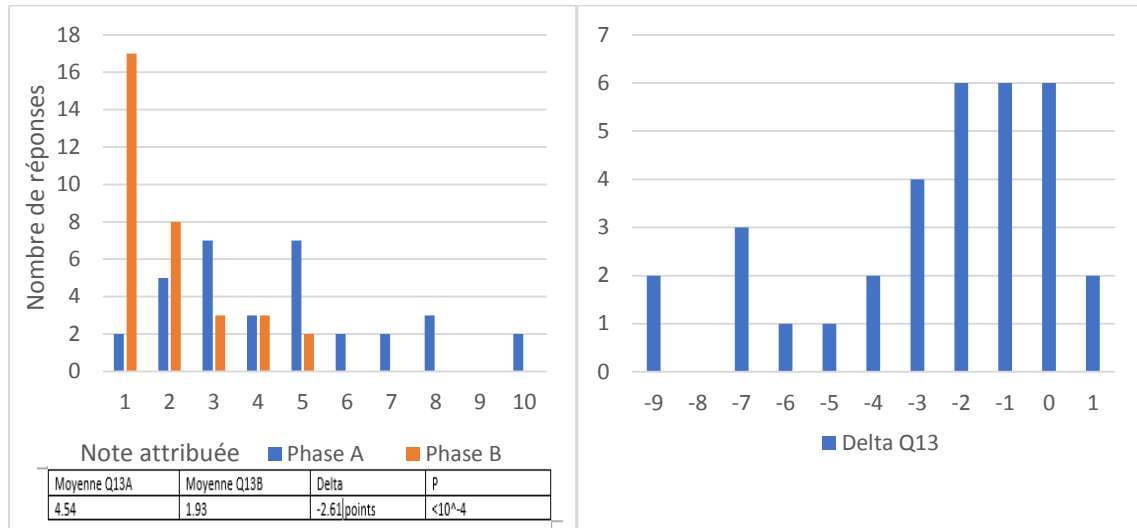


Figure 14

Evolution de la répartition des notes de Q13 entre les phases

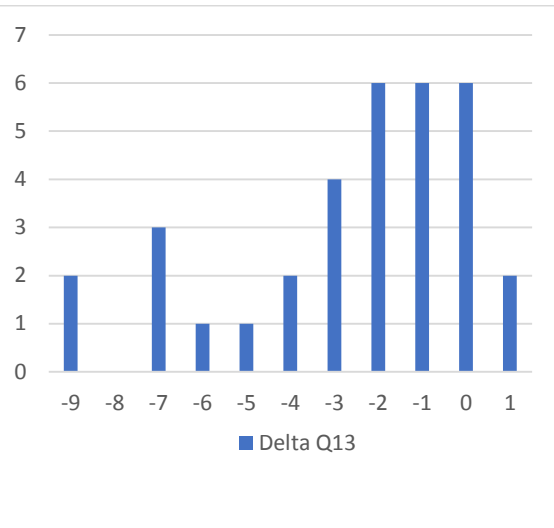


Figure 14bis

Répartition de l'évolution des notes de Q13 entre les phases pour chaque IDE

Question 14 Vous vous sentez en insécurité

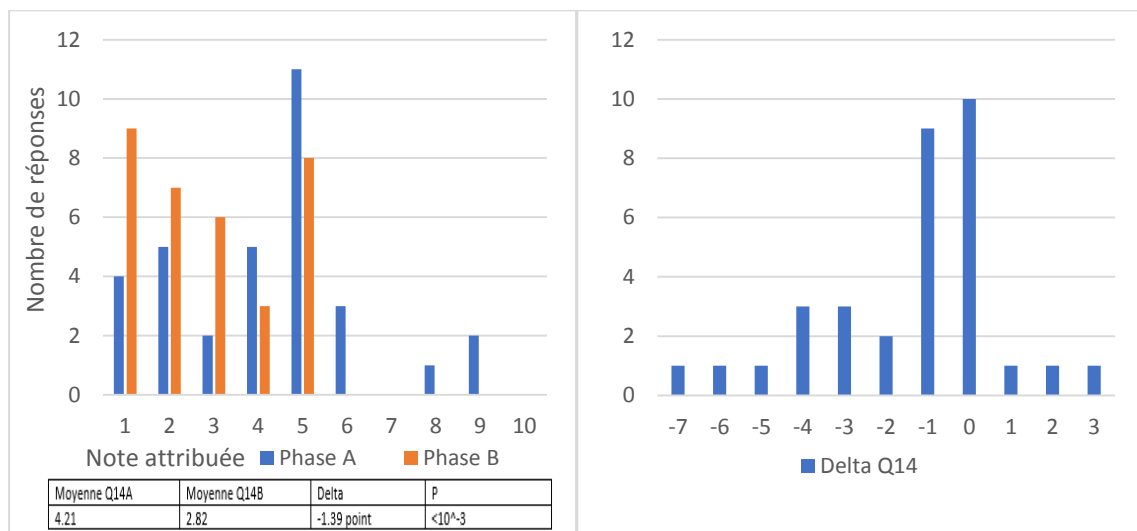


Figure 15

Evolution de la répartition des notes de Q14 entre les phases

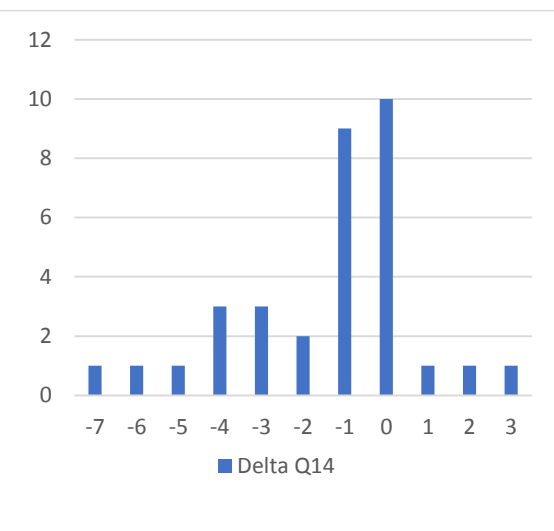


Figure 15bis

Répartition de l'évolution des notes de Q14 entre les phases pour chaque IDE

Question 15 Vous ressentez l'agressivité des patients et/ou de leur entourage

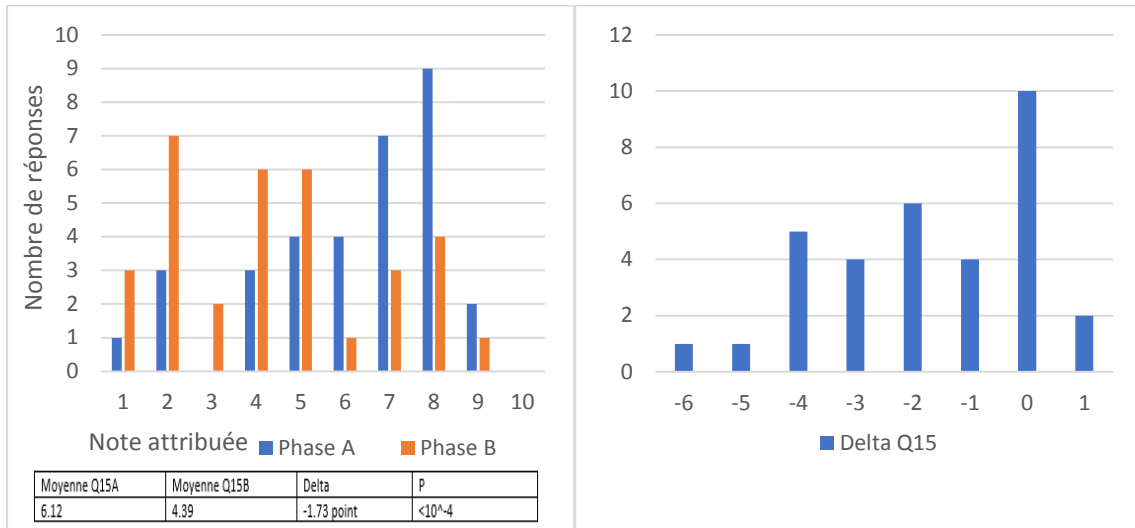


Figure 16

Evolution de la répartition des notes de Q15 entre les phases

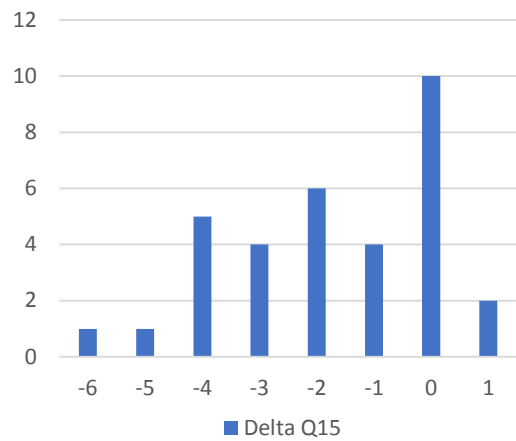


Figure 16bis

Répartition de l'évolution des notes de Q15 entre les phases pour chaque IDE

Le tableau ci-dessous présente les moyennes des questions dans les 2 phases en fonction de l'âge

Tableau 3 Impact de l'âge (< ou = 31 ans vs >31 ans) de l'IAO sur les notes en fonction des phases (A = sans MAO, B = avec MAO)

	QA Total	QA ≤ 31 ans	QA > 31 ans	p	QB Total	QB ≤ 31 ans	QB > 31 ans	p
Q1 : Satisfaction globale	6.4	5.8	7.1	< 10 ⁻²	7.8	7.4	8.3	0.02
Q2 : Utilité pour patients	7.2	6.9	7.7	0.11	8	7.6	8.5	0.06
Q3 : Utilité pour service	7.3	7	7.6	0.11	8	7.8	8.3	0.4
Q4 : Dépassé par charge de travail	6.9	7.6	6.1	0.03	5.7	6.2	5	0.17
Q5 : Délégations de tâches trop fréquentes	5.4	6.3	4.3	0.02	3.2	3.9	2.4	< 10 ⁻²
Q6 : Isolement	4.6	5.1	4.1	0.34	2.4	2.7	2	0.26
Q7 : Epuisement en fin de journée	7.2	7.4	6.9	0.56	5.5	5.9	4.9	0.21
Q8 : Appréhension de la journée	3.6	4.1	3.1	0.17	2.2	2.6	1.8	0.03
Q9 : Poste apprécié	6.8	6.1	7.7	< 10 ⁻²	7.4	6.9	8.1	0.02
Q10 : Satisfaction des patients	7.1	4.7	6.8	< 10 ⁻⁴	7.1	6.4	7.9	< 10 ⁻²
Q11 : Satisfaction des accompagnants	5.2	4.1	6.5	< 10 ⁻⁴	6.7	5.9	7.5	< 10 ⁻²
Q12 : Difficultés d'orientation des patients	5.2	4.9	5.5	0.49	2.4	2.4	2.3	0.63
Q13 : Contact trop fréquents des spécialistes	4.3	4.4	4.2	0.73	2.1	2.1	2.1	0.63
Q14 : Insécurité	4.2	4.9	3.3	0.02	2.8	3.5	2	< 10 ⁻²
Q15 : Agressivité patients ou accompagnants	6.1	6.9	5.1	0.02	4.4	5.1	3.6	0.07

Le tableau ci-dessous présente les moyennes des questions dans les 2 phases en fonction du sexe

Tableau 4 Impact du sexe (Homme vs femme) de l'IAO sur les notes en fonction des phases (A = sans MAO, B = avec MAO)

	QA Total	QA Homme	QA Femme	p	QB Total	QB Homme	QB Femme	p
Q1 : Satisfaction globale	6.4	6.3	6.4	0.82	7.8	8.1	7.7	0.25
Q2 : Utilité pour patients	7.2	7.4	7.2	0.52	7.8	8.6	7.6	0.12
Q3 : Utilité pour service	7.3	7.6	7.2	0.48	8	8.6	7.9	0.08
Q4 : Dépassé par charge de travail	6.9	6.6	7	0.74	5.7	5.7	5.6	0.87
Q5 : Délégations de tâches trop fréquentes	5.4	5.8	5.2	0.55	3.4	4.3	3.1	0.27
Q6 : Isolement	4.6	3.8	4.8	0.62	2.4	1.6	2.6	0.14
Q7 : Epuisement en fin de journée	7.2	7.4	7.1	0.64	5.4	5.1	5.3	0.52
Q8 : Appréhension de la journée	3.6	4	3.5	0.84	2.2	2.3	2.2	0.89
Q9 : Poste apprécié	6.8	6	7	0.31	7.4	6.1	7.7	0.11
Q10 : Satisfaction des patients	5.7	5.7	5.6	0.98	7.1	6.6	7.2	0.27
Q11 : Satisfaction des accompagnants	4.9	5.2	5.1	0.51	6.7	5.8	6.9	0.07
Q12 : Difficultés d'orientation des patients	5.2	3.6	5.6	0.03	2.4	2.1	2.4	0.94
Q13 : Contact trop fréquents des spécialistes	4.5	4	4.7	0.64	1.9	1.6	2	0.53
Q14 : Insécurité	4.2	4.6	4.1	0.56	2.8	3.6	2.6	0.16
Q15 : Agressivité patients ou accompagnants	6.1	6	6.1	0.89	4.4	4.3	4.4	0.85

Le tableau ci-dessous présente les moyennes des questions dans les 2 phases en fonction de l'ancienneté en tant qu'IAO

Tableau 5 Impact de l'ancienneté au poste d'IAO (< ou = 5 ans vs >5 ans) de l'IAO sur les notes en fonction des phases (A = sans MAO, B = avec MAO)

	QA Total	QA IAO ≤ 5 ans	QA IAO > 5ans	p	QB Total	QB IAO ≤ 5 ans	QB IAO > 5ans	p
Q1 : Satisfaction globale	6.4	5.9	6.9	0.05	7.8	7.5	8.1	0.26
Q2 : Utilité pour patients	7.2	6.9	7.6	0.13	7.8	7.4	8.3	0.25
Q3 : Utilité pour service	7.3	7.1	7.4	0.37	8	7.8	8.2	0.43
Q4 : Dépassé par charge de travail	6.9	7.5	6.3	0.04	5.7	6.1	5.2	0.24
Q5 : Délégations de tâches trop fréquentes	5.4	6.2	4.5	0.07	3.4	4	2.8	0.07
Q6 : Isolement	1.5	5.3	3.9	0.09	2.4	2.7	2.1	0.19
Q7 : Epuisement en fin de journée	7.2	7.9	6.4	0.14	5.4	6	4.9	0.14
Q8 : Appréhension de la journée	3.6	4	3.2	0.26	2.2	2.6	1.8	0.03
Q9 : Poste apprécié	6.8	6.2	7.4	0.03	7.4	6.8	8.1	0.02
Q10 : Satisfaction des patients	5.7	4.9	6.4	0.01	7.1	6.5	7.7	0.01
Q11 : Satisfaction des accompagnants	5.1	4.4	5.9	0.02	6.7	6.2	7.1	0.11
Q12 : Difficultés d'orientation des patients	5.2	5.2	5.1	0.93	2.4	2.4	2.3	0.60
Q13 : Contact trop fréquents des spécialistes	4.5	4.3	4.7	0.89	1.9	2.1	1.8	0.20
Q14 : Insécurité	4.2	5.2	3.2	0.008	2.8	3.3	2.2	0.02
Q15 : Agressivité patients ou accompagnants	6.1	6.9	5.3	0.04	4.4	5.4	3.3	0.008

Le tableau ci-dessous présente les moyennes des questions dans les 2 phases en fonction du type d'exercice

Tableau 6 Impact du type d'exercice (<100% urgences vs 50% urgences/50% SAMU) de l'IAO sur les notes en fonction des phases (A = sans MAO, B = avec MAO)

	QA Total	QA 100% SAU	QA 50%SAU	p	QB Total	QB 100% SAU	QB 50% SAU	p
Q1 : Satisfaction globale	6.4	6.1	6.7	0.24	7.8	7.8	7.8	0.86
Q2 : Utilité pour patients	7.2	7	7.5	0.29	7.8	7.7	8	0.88
Q3 : Utilité pour service	7.3	7.1	7.4	0.48	8	8	8	0.98
Q4 : Dépassé par charge de travail	6.9	7.6	6.30	0.11	5.7	6	5.3	0.29
Q5 : Délégations de tâches trop fréquentes	5.4	5.5	5.2	0.77	3.4	3.7	3.1	0.67
Q6 : Isolement	4.6	5.8	3.5	0.009	2.4	2.4	2.3	0.95
Q7 : Epuisement en fin de journée	7.2	7.6	6.9	0.92	5.4	6.1	4.8	0.07
Q8 : Appréhension de la journée	3.6	4.7	2.5	0.01	2.2	2.3	2.1	0.48
Q9 : Poste apprécié	6.8	5.7	7.8	0.01	7.4	6.5	8.2	0.05
Q10 : Satisfaction des patients	5.7	5.1	6.2	0.09	7.1	6.7	7.5	0.10
Q11 : Satisfaction des accompagnants	5.1	4.7	5.6	0.15	6.7	6.4	6.9	0.47
Q12 : Difficultés d'orientation des patients	5.2	6.1	4.3	0.03	2.4	2.5	2.2	0.55
Q13 : Contact trop fréquents des spécialistes	4.5	4.4	4.7	0.53	1.9	1.7	2.1	0.67
Q14 : Insécurité	4.2	4.6	3.8	0.39	2.8	2.9	2.7	0.52
Q15 : Agressivité patients ou accompagnants	6.1	6.5	5.7	0.51	4.4	4.8	4	0.36

Le tableau suivant présente les réponses à la question « jugez-vous le MAO, indispensable, utile mais dispensable ou inutile ? »

Tableau 7 Ressenti de l'utilité du MAO en fonction des catégories de population

Catégories de population	Indispensable	Utile mais dispensable	Inutile	p
Population totale	23 (69.7%)	9 (27.3%)	1 (3%)	
Sexe				0.33
<i>Femme</i>	19 (73%)	7 (27%)	0	
<i>Homme</i>	4 (57.1%)	2 (28.6%)	1(14.3%)	
Age				0.34
<i>≤ 31 ans</i>	14(77.8%)	4(22.2%)	0	
<i>>31 ans</i>	9 (60%)	5(33.3%)	1(6.7%)	
IAO				0.34
<i>≤ 5 ans</i>	13 (81.2%)	3(18.8%)	0	
<i>>5 ans</i>	10 (58.9%)	6 (35.3%)	1 (5.8%)	
Exercice				0.34
<i>100% SAU</i>	13 (81.2%)	3(18.8%)	0	
<i>50%SAU/50% SAMU</i>	10 (58.9%)	6 (35.3%)	1 (5.8%)	

DISCUSSION

La mise en place d'un MAO posté à l'accueil des urgences adultes du CHRO a permis une amélioration globale significative du ressenti infirmier dans tous les domaines abordés par notre travail.

1) Population

Notre population est constituée à 79 % de femmes. Si la moyenne nationale dans les services hospitalier publics est de 87 % [14] il est courant de retrouver une proportion d'hommes plus importante dans certains services et notamment dans les SAU ou les SMUR.

Les IDE de notre étude ont un âge moyen de près de 32 ans, un diplôme datant d'environ 10 ans et une ancienneté d'environ 6 ans au poste d'IAO. Ainsi notre population se compose d'IDE ayant une expérience avérée et le recul nécessaire pour pouvoir évaluer et analyser leur travail avec un certain discernement. Notre population a donc pleinement conscience des difficultés rencontrées au poste d'IAO en partie liées à l'augmentation drastique des flux de patients qui rendent leur prise en charge de plus en plus difficile.

Notre étude se focalisant uniquement sur une population d'IAO, il est logique d'obtenir un échantillon avec une expertise certaine car les IDE doivent avoir de l'expérience au sein d'un SAU et avoir reçu une formation spécifique pour pouvoir exercer en tant qu'IAO. Le référentiel établi dès 2004 préconisait déjà d'ailleurs que « les IAO doivent justifier d'au moins 2 années d'expérience dans le domaine de l'urgence » [15]. Avec une ancienneté dans un SAU en moyenne de 8 ans [6,3 – 9,8] et des extrêmes allant de 2 à 20 ans, la population d'IAO de notre travail répond donc bien aux attentes et exigences définis par les référentiels. Si notre population d'étude semble donc légitime compte tenu de son « ancienneté », il demeure malgré tout que 20 % de nos IDE sont postés à l'accueil depuis moins d'un an. Cela

nous permet donc d'avoir un échantillon représentatif d'une population d'IAO et d'espérer pouvoir détecter différentes problématiques dépendantes du profil de l'IDE concerné.

Au sujet du type d'exercice la répartition est équilibrée avec quasiment autant d'IDE 100% SAU que d'IDE 50% SMUR / 50% SAU. Cet aspect a l'avantage de nous assurer de pouvoir détecter d'éventuels écueils liés soit à la pratique d'un exercice partagé, soit au contraire à un certain épuisement ou une lassitude à exercer à temps plein au SAU.

2) Phase A

La première phase permettait de décrire le ressenti des IAO sans MAO posté dans la zone d'accueil.

Comme nous l'avons décrit plus haut, le poste d'IAO reste éprouvant en raison principalement d'une charge de travail conséquente et continue. S'y ajoutent les difficultés rencontrées avec certains patients et leur entourage. Celles-ci sont le plus souvent réactionnelles à l'angoisse inhérente à une admission aux urgences. Dans ce contexte il n'est donc pas étonnant (avec une moyenne de 7,21) que notre population d'IAO, décrive ce poste comme épuisant. Ainsi, plus de $\frac{3}{4}$ d'entre-eux cotent cet item à 7 ou plus (et même le tiers lui assigne des notes de 9 ou 10). Cet épuisement trouve son origine dans de multiples éléments, dont notamment le ressenti d'agressivité des patients ou de leurs accompagnants. Cependant si près de 55% des IAO cotent l'agressivité à 7 ou plus, 33% lui attribuent une note de 4 ou moins. Ainsi, cet item semble diviser notre échantillon avec des réponses très hétérogènes. On remarque en effet une différence significative avec nette prépondérance de ce ressenti d'agressivité chez les moins de 31 ans (« p » = 0,02) et chez les infirmiers occupant le poste d'IAO depuis moins de 5 ans (« p » = 0,04). On peut supposer que l'expérience et l'ancienneté à ce poste permettent de mieux gérer l'angoisse du patient et de son entourage, confèrent à l'IAO une meilleure confiance en soi et une assurance aux

vertus apaisantes et donnent le recul nécessaire qui aide le soignant à ne pas confondre stress ou angoisse avec agressivité. Ces qualités acquises avec le temps trouvent assez logiquement leur répercussion dans le ressenti de satisfaction des patients et des accompagnants, significativement plus important chez les plus de 31 ans (« p » $<10^{-4}$) ou encore chez les IAO de plus de 5 ans (« p » respectivement à 0,01 et 0,02). Des études [16 ; 17] ont d'ailleurs montré qu'un échange de qualité entre l'IAO et le patient ou son entourage, améliore leurs satisfactions, permettant de réduire le nombre de sorties prématurées sans avis ou contre avis médical (dont le taux peut atteindre 10% des patients présents à certaines heures de la journée).

De même, l'expérience de l'IAO permet sans doute une meilleure organisation et optimise la gestion du temps de prise en charge des patients, conférant le sentiment d'être significativement moins dépassé par la charge de travail chez les plus de 31 ans (« p » = 0,03) et les IAO en poste depuis plus de 5 ans (« p » = 0,04). D'une manière générale, il est assez logique dans notre étude, de retrouver une homogénéité d'influence des sous-groupes « plus ou moins 31 ans » et « plus ou moins de 5 ans d'IAO », car les IDE les plus jeunes sont, pour le plus souvent, également ceux qui occupent le poste d'IAO depuis le moins longtemps.

Tous ces éléments qui soulignent la difficulté du poste d'IAO ainsi que les différentes tensions qui peuvent en découler, n'empêchent pas les infirmiers d'apprécier ce poste d'une manière générale. Ainsi, ils sont près de 70% à attribuer à ce critère une note de 7 ou plus. Mais là encore, on remarque une hétérogénéité des réponses, avec un poste plus apprécié chez les plus de 31 ans (« p » 10^{-2}) et chez les IAO de plus de 5 ans (« p » = 0,03). Il semble tout à fait logique, que les difficultés et le ressenti négatif, plus importants chez les IDE les plus jeunes et IAO depuis moins longtemps, aient une répercussion négative directe sur le niveau d'appréciation de ce poste.

Le travail à temps plein au SAU (versus mi-temps SAMU/Urgences) influe également sur l'appréciation du poste d'IAO. La difficulté d'orienter les patients au sein du SAU est significativement plus grande (« p » = 0,03) chez les IDE temps plein. L'âge (« p » = 0,49) et l'ancienneté d'IAO (« p » = 0,93) ne semblent pas expliquer cette différence (alors que l'on pouvait initialement envisager qu'un relatif manque d'expérience aurait pu influencer sur la problématique de tri des patients). On peut alors supposer que les IDE travaillant 50% au SMUR, tissent par conséquence directe des liens plus étroits avec les MAO (binôme médecin-IDE), ce qui leur permet de mieux les connaître et donc pouvoir les solliciter plus aisément quand il s'agit d'orienter les patients.

Avec une différence significative (« p » à 0,01), près de 90% des IDE exerçant une activité partagée cotent l'appréciation du poste d'IAO à 7 ou plus, alors qu'ils ne sont que 50% à lui donner de telles notes chez les IDE temps plein Urgences. Il n'est alors pas surprenant de remarquer que même si une journée en tant qu'IAO n'est pas ressentie avec une grande appréhension d'une manière générale (moyenne de 3,6), cet aspect est surtout présent chez les temps plein urgences (« p » = 0,01) qui sont les seuls à lui attribuer des notes de 6 ou plus. Tout ceci souligne déjà, comment même en l'absence d'un MAO, un poste partagé d'IDE, qui va de pair avec une fréquence moindre des journées en tant qu'IAO, permet de diminuer l'appréhension de la journée de travail et dans le même temps d'améliorer la qualité de vie professionnelle.

D'une manière générale, si les réponses au questionnaire lors de la première phase d'enquête, mettent en avant des problématiques attendues, cela ne doit pas masquer que le sentiment d'utilité pour les patients et pour le service est très nettement exprimé par les IAO de notre travail. Cet aspect est d'ailleurs retrouvé dans tous les sous-groupes étudiés sans différence significative. C'est sans doute l'une des explications à la bonne appréciation globale du poste d'IAO et ce malgré toutes les difficultés rencontrées. Il est en effet plus

facile d'apprécier une situation compliquée si l'on a conscience de son utilité. Mais si l'ancienneté et l'expérience favorisent le ressenti positif, il ne faudrait surtout pas négliger le risque d'épuisement moral et de lassitude favorisés par des années d'un exercice de plus en plus difficile, et exposant alors au risque de départ des SAU des IDE les plus chevronnés. Cela pourrait avoir des conséquences néfastes, tant le poste d'IAO et la zone d'accueil des urgences d'une manière plus générale, restent des points cruciaux et déterminants, influant de manière directe sur une prise en charge optimisée des patients.

3) Phase B

La présence du MAO posté en zone d'accueil des urgences permet d'une manière générale une amélioration significative dans tous les points étudiés. Ceci se retrouve préférentiellement et de manière logique dans les items sur lesquels le MAO a une influence directe et concrète. Ainsi, la note moyenne attribuée à la difficulté d'orientation des patients passe de 5,18 à 2,36 (« p » $<10^{-4}$). On remarque d'ailleurs que lors de cette seconde phase, 70% cotent cet item à 1 ou 2 (signifiant l'absence de difficulté) alors qu'ils n'étaient que 15% lors de la première phase. Et elles ne sont plus que 3% à lui attribuer une note de plus 7 en phase B (alors qu'elles étaient près de 50% en phase A). La disparition de cette difficulté est d'ailleurs mise en évidence dans tous les sous-groupes étudiés, où ne persiste plus aucune différence significative. De même, la nécessité à contacter les spécialistes passe entre les 2 phases de 4,54 à 1,93 (« p » $<10^{-4}$) avec 75% des IAO lui donnant une note de 1 ou 2 lors de la phase B (alors qu'elles n'étaient que 21% à la faire en phase A). Il est attendu que ces problématiques d'orientation du patient et de contact des spécialistes dès la zone d'accueil s'amenuisent avec la mise en place du MAO, puisque ces missions lui sont alors spécifiquement dévolues dans la plupart des cas. L'amélioration de ces 2 points a pour conséquence directe une nette diminution (« p » $<10^{-3}$) du sentiment de délégation de

tâches. Seules 6% des IAO lui attribuent une note de 8 ou plus en phase B, alors qu'elles étaient près de 25% à le faire en phase A. En permettant un contact médical plus rapide, et en soulageant la charge de travail tant quantitative que qualitative de l'IAO, la présence du MAO permet donc également une nette diminution (« p » $<10^{-4}$) du sentiment d'être dépassé par la charge de travail. Ainsi alors que 51% des IAO évaluaient ce point à 8 ou plus lors de la phase A, elles ne sont plus que 18% lors de la phase B.

Avec une décroissance de 1,73 (« p » $<10^{-4}$), la présence du MAO en zone d'accueil est également ressentie par l'IAO comme un facteur de diminution de l'agressivité du patient et de son entourage. Ce sentiment est d'ailleurs certainement le reflet réel de la répercussion sur les malades et leur famille d'un contact médical direct et plus rapide. Il permet dans bon nombre de cas, de diminuer l'angoisse (source d'agressivité) qui trouve notamment son essence dans le sentiment de ne pas être pris en charge suffisamment vite ; sentiment d'autant plus exacerbé que l'entourage du malade a conscience de l'encombrement massif des SAU. Et ce phénomène trouve aussi de l'impact sur les patients sans signe de gravité qui peuvent alors être réorientés plus facilement vers la maison médicale des urgences ou vers leur généraliste après avoir été examinés et évalués par un médecin. C'est donc de manière logique que la présence du MAO posté à l'accueil des urgences est ressentie par les IAO comme permettant une amélioration significative (« p » $<10^{-4}$) de la satisfaction des patients et de leur entourage.

Tous ces éléments concourent à une amélioration ressentie de la qualité du travail se traduisant notamment par une diminution du sentiment d'épuisement (« p » $<10^{-4}$), d'isolement (« p » $<10^{-4}$) et d'insécurité (« p » $<10^{-3}$).

Cependant, si la présence du MAO améliore tous les items évalués, cet effet est moins présent pour le sentiment d'utilité pour les patients (+ 0,6) ou d'utilité pour le service (+0,75). Ce phénomène trouve des éléments de réponse principalement dans 2 axes. Tout

d'abord, avec des moyennes d'environ 7,2 en phase A, le ressenti d'utilité pour le service et les patients est déjà présent avant la mise en place du MAO, ce qui rend la marge de progression plus étroite. De plus, dans plus de 15% des cas, cette amélioration est minorée par des notes ayant diminué en phase B (traduisant un sentiment d'utilité moindre). Il s'agit alors préférentiellement d'IDE de plus de 31 ans et en poste d'IAO depuis plus de 5 ans. La présence du MAO, qui absorbe un certain nombre de tâches jusque-là exécutées par l'IAO et leur font perdre en autonomie, semble donc entraîner une diminution du sentiment d'utilité chez les IDE plutôt expérimentés. Mais il n'en reste pas moins que plus de 54% de notre population décrit une augmentation du ressenti d'utilité avec la présence du MAO. Les IDE concernés expriment alors plutôt l'utilité conjointe du binôme MAO-IAO en prenant en considération ses bienfaits sur la prise en charge des patients.

4) Utilité du MAO

Une grande majorité des IAO (70%) considèrent la présence du MAO posté à l'accueil du SAU comme « indispensable », ce qui n'est pas étonnant quand on voit que ce MAO améliore d'une manière globale le ressenti de tous les items évalués dans notre étude. Ceci prouve que la création de ce poste répond à certaines attentes des soignants et améliore leurs conditions de travail. Les commentaires les plus fréquents étaient alors que la présence du MAO était rassurante, qu'elle diminuait le stress de l'IAO, permettait de fluidifier les flux en améliorant l'orientation et de décharger les médecins des secteurs. Par ailleurs les IDE décrivaient une meilleure acceptation de l'orientation et même de la réorientation par les patients lorsque celle-ci était expliquée par le MAO et que cela permettait d'apaiser un certain nombre de tensions.

Il n'existe pas de différence significative dans les différents sous-groupes de notre travail quant à l'évaluation de l'utilité du MAO. Cependant son aspect « indispensable » est plus

marqué chez les moins de 31 ans, chez les IAO en poste depuis moins de 5 ans et chez les IDE temps plein au SAU. Cette tendance est assez logique puisque nous avons vu plus haut que les difficultés ressenties par les IAO et que l'influence du MAO dans différents domaines étaient les plus marquées dans ces sous-groupes.

Si 70% estiment la présence du MAO « indispensable », 30% des IDE interrogés considèrent le MAO comme « utile mais dispensable » voire (mais pour un seul IDE) « inutile ». Cette appréciation mitigée trouve notamment son explication dans une hétérogénéité de l'exercice des différents MAO, qui peut déstabiliser les IAO. Mis en place depuis peu, ce poste, qui n'a pas encore eu le temps d'être réévalué, nécessite d'être mieux structuré et codifié pour éviter ces écueils. Cet aspect est déjà bien connu. Des auteurs [9] mettaient déjà en garde il y a quelques années des dérives qui risqueraient de compromettre le bénéfice d'un médecin d'accueil. En effet celui-ci doit « garder un rôle d'orientation et de consultation pour l'IAO ». Il semble en effet que la tentation de s'investir dans la filière de soins, de faire des prescriptions ou d'examiner minutieusement les malades puisse ralentir une filière voulue facilitatrice et dont le but initial était de gagner du temps. Un juste équilibre doit donc être trouvé en fonction des pratiques et de l'organisation de chaque SAU et notamment celui du CHRO.

5) Qualités et limites

Notre étude a pour qualité première d'avoir un recueil prospectif.

Il s'agit d'un travail qui participe à une réflexion de réorganisation du SAU, dans une optique d'amélioration de la prise en charge des patients et d'amélioration de la qualité de travail d'un personnel soignant en grande souffrance actuellement.

Elle présente l'avantage de réaliser un recueil auprès d'IAO expérimentées et investies, qui ont participé à l'étude avec beaucoup de motivation, assurant des réponses réfléchies et une absence de données manquantes.

Mais notre travail présente par ailleurs quelques limites.

En premier lieu son caractère monocentrique qui limite l'éventuelle application et généralisation de ces résultats à d'autres SAU, même si au-delà de différences minimes, les problématiques rencontrées par les IAO du CHRO sont communes à tous les services d'Urgence.

L'effectif de notre population reste modéré, même s'il semble représentatif d'une population attendue d'IAO.

Par ailleurs une autre limite se retrouve dans la spontanéité des réponses colligées en direct. Une situation particulièrement compliquée ou au contraire harmonieuse survenue en zone d'accueil récemment a pu alors modifier et influencer sur le résultat numérique donné à certaines questions. De plus, un biais de mémoire (volontaire) a pu interférer avec les résultats car les IDE répondaient aux questionnaires avec un intervalle de plusieurs mois entre les deux phases et n'avaient pas accès à leurs réponses précédentes.

Un autre biais était la conséquence directe de l'hétérogénéité du travail effectué par les différents MAO, ce que les commentaires libres des IDE signalaient assez souvent. Cependant cet aspect n'est que le reflet du concret de chaque service d'urgence où il faut savoir en permanence s'adapter à la variabilité inter individuelle de chacun.

CONCLUSION

La mise en place d'un MAO aux urgences adultes du CHR d'Orléans a permis d'augmenter le ressenti favorable des IAO, en majorant leur satisfaction personnelle à travers une meilleure gestion de l'orientation des patients, une diminution du sentiment d'épuisement et d'isolement. Cela a démontré aussi une diminution du ressenti d'insécurité et d'agressivité des patients et de leur entourage. Ces constatations nous incitent à espérer un élargissement des périodes de présence du MAO en zone d'accueil, dès que l'effectif médical du service pourra le permettre. Ces améliorations plus marquées dans la population des IAO les plus jeunes et exerçant à temps plein au SAU, soulignent l'aspect éprouvant de ce poste et incitent, au-delà de la mise en place du MAO, à réfléchir sur un éventuel fractionnement des temps de travail sur une même journée, afin de diminuer l'épuisement et majorer l'efficacité des IAO. Le référentiel de 2004 [15] évoquait déjà cette notion de pénibilité et préconisait que l'ensemble des personnels « formés » au poste d'IAO devaient y travailler en alternance. Parallèlement, il convient d'établir une fiche de poste plus précise sur les missions à effectuer par le MAO. Celui-ci doit en effet épauler l'IAO dans différents domaines de la prise en charge des patients en zone d'accueil, tout en lui laissant son rôle propre. C'est bien l'addition de ces deux compétences, créant ainsi un binôme MAO-IAO efficace, qui peut permettre d'envisager une amélioration des prises en charge. Ce n'est qu'à cette condition, que l'influence de la mise en place du MAO sur la gestion des flux et de l'engorgement aux urgences pourra être étudiée. Il conviendra alors de rechercher (ce qui fera l'objet d'un travail ultérieur) si la présence du MAO permet bien une diminution du délai du premier contact médical, mais aussi de ceux des différentes étapes de la prise en charge à la fois diagnostique et thérapeutique. A terme, l'amélioration des conditions de travail des soignants dans les zones d'accueil des SAU mais aussi du parcours de soins du malade ne peuvent avoir que des répercussions positives sur les patients et leur entourage.

ANNEXES

Nombre de passages/année	2016	2017	2018	2019
Circuit Classique	14937	14999	16201	15675
Circuit court	9790	10723	10982	11186
Réorientation hors CHRO	4000	4012	3642	4130
Réorientation maison médicale	x	502	1315	1253
Total	28727	30236	32140	32244

Annexe 1 Nombre de passages au CHRO sur les premiers semestres de 2016 à 2019

QUESTIONNAIRE IAO / FAST-MAO

Phase A

Pour chaque item ci-après, merci de coter de 1 à 10 le ressenti que vous aviez AVANT la mise en place du MAO (1 correspondant à « pas du tout d'accord » et 10 à « à 100% d'accord »).

En tant qu'IAO :

	Notation
1. votre travail vous satisfait dans sa globalité	
2. vous vous sentez utile pour les patients	
3. vous vous sentez utile pour le service	
4. vous avez le sentiment d'être dépassé par la charge de travail	
5. vous avez le sentiment d'effectuer trop souvent des délégations de tâches	
6. vous avez un sentiment d'isolement	
7. vous finissez votre journée de travail totalement épuisé	
8. vous appréhendez votre journée d'IAO	
9. vous appréciez ce poste de travail	
10. vous avez le sentiment que les patients sont satisfaits dans leur globalité	
11. vous avez le sentiment que les accompagnants des patients sont satisfaits dans leur globalité	
12. vous rencontrez des difficultés dans le choix d'orientation des patients	
13. on vous demande de contacter des spécialistes médicaux trop souvent	
14. vous vous sentez en insécurité	
15. vous ressentez l'agressivité des patients et/ou de leur entourage	

Annexe 2 : Questionnaire IDE Phase A

Pour chaque item ci-après, merci de coter de 1 à 10 le ressenti que vous avez depuis la mise en place du MAO (1 correspondant à « pas du tout d'accord » et 10 à « à 100% d'accord »).

En tant qu'IAO :

	Notation
1. votre travail d'IAO vous satisfait dans sa globalité	
2. vous vous sentez utile pour les patients	
3. vous vous sentez utile pour le service	
4. vous avez le sentiment d'être dépassé par la charge de travail	
5. vous avez le sentiment d'effectuer trop souvent des délégations de tâches	
6. vous avez un sentiment d'isolement	
7. vous finissez votre journée de travail totalement épuisé	
8. vous appréhendez votre journée d'IAO	
9. vous appréciez ce poste de travail	
10. vous avez le sentiment que les patients sont satisfaits dans leur globalité	
11. vous avez le sentiment que les accompagnants des patients sont satisfaits dans leur globalité	
12. vous rencontrez des difficultés dans le choix d'orientation des patients	
13. on vous demande de contacter des spécialistes médicaux trop souvent	
14. vous vous sentez en insécurité	
15. vous ressentez l'agressivité des patients et/ou de leur entourage	

VOUS :

Age =

Sexe =

Vous êtes 100% SAU ou 50%SAU/50% SMUR =

Année d'obtention de votre diplôme =

Depuis quand travaillez-vous dans un SAU =

Depuis quand travaillez-vous dans ce SAU =

Depuis quand faites-vous de l'accueil =

La présence du MAO à l'accueil vous paraît (entourer la réponse qui vous convient) :

1. Indispensable
2. Utile mais dispensable
3. Inutile.

Pourquoi ? (Texte libre) :

Annexe 3 : questionnaire IDE phase B

BIBLIOGRAPHIE

1. Nieder N., Evaluation de l'efficacité d'un plan de lutte contre la surcharge de patients dans une structure d'urgences, Thèse médecine générale, Faculté de Nancy, 207
2. Rapport annuel de la cour des comptes, les urgences hospitalières, février 2019
3. Taboulet P, Fontaine J-P, Afdjei A, Tran Duc C, Le Gall J-R. 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. *Réanimation Urgences*. 1997 ; 6(4) : 433-42.
4. Circulaire n° DH16/DSG/1+91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale
5. Le triage en structure des urgences Recommandations formalisées d'experts Société Française de Médecine d'Urgence, Le triage en structure des urgences Recommandations formalisées d'experts Société Française de Médecine d'Urgence 2013
6. Taboulet P, Moreira V, Haas L, et al (2009) Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med* 16 :61–7
7. Taboulet P, Maillard-Acker C, et Al., Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par la Société française de médecine d'urgence : la French Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH) *Ann Fr Med Urgence* (2019) 9 :51-59
8. SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018
9. DEBIEN B et al. Accueil et orientation aux Urgences : faut-il un médecin ou un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état ? Communication CHRU Montpellier 2008
10. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Goransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2011;19:43. PubMed PMID: 21771339. Pubmed Central PMCID: 3152510
11. Han JH, France DJ, Levin SR, Jones ID, Storrow AB, Aronsky D. The effect of physician triage on emergency department length of stay. *J Emerg Med*. 2010 Aug; 39(2):227-33. PubMed PMID: 19168306. Epub 2009/01/27
12. Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, Gordon D, Allen S, Tam S, et al. Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*. 2007 Aug;14(8):702-8. PubMed PMID: 17656607. Epub 2007/07/28
13. Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *Ann Emerg Med*. 2005 Dec;46(6):491-7. PubMed PMID: 16308060
14. DREES, Panorama de la santé, Démographie infirmière, 2011
15. Référentiel SFMU , L'infirmier organisateur de l'accueil, mars 2004

16. Steiner IP, Nichols DN, Blitz S, Tapper L, Stagg AP, Sharma L, et al. Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. *CJEM*. 2009 May;11(3):207-14. PubMed PMID: 19523269
17. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *Bmj*. 2011;342:d2983. PubMed PMID: 21632665. Pubmed Central PMCID: 3106148
18. Steg A., Rapport sur la médicalisation des urgences, 1993
19. Grall J-Y, Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence, 2015

Résumé :**INTRODUCTION :**

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) en France doivent faire face à un afflux de patients en constante augmentation. Le poste d'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) est indispensable pour évaluer, au sein de flux souvent massifs, la gravité des patients afin d'assurer un délai de prise en charge médicale en adéquation avec la pathologie rencontrée. Cependant, ce poste est décrit comme éprouvant par les soignants, car en tant que premier interlocuteur, l'IAO doit souvent faire face à l'inquiétude et parfois l'agressivité des patients et de leur entourage ; manifestations souvent liées aux délais d'attente très longs, conséquence directe de la surcharge de travail des SAU. Tous ces phénomènes exposent au risque non négligeable de démotivation et d'épuisement des IAO, ce qui pourrait, à court terme, être délétère sur la prise en charge des patients. Notre étude avait pour but d'évaluer l'impact de la mise en place d'un Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) posté à l'accueil des urgences, sur le ressenti des IAO dans différents aspects de leur travail mais aussi dans leur relation avec les patients et leurs accompagnants.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Un MAO a été mis en place à partir de janvier 2019 aux urgences adultes du CHR Orléans. Les IAO ont été interrogés par le biais de 15 questions auxquelles ils devaient attribuer une note de 1 à 10. Ce questionnaire a été rempli par 33 IAO, lors de 2 phases, chronologiquement distinctes, à savoir une première phase en décembre 2018 et une deuxième en mai 2019. Il a également été demandé aux IAO de s'exprimer sur leur ressenti de l'utilité du MAO. Nous avons ensuite procédé à une analyse descriptive de notre population d'IAO et de leurs réponses, puis à l'évolution de celles-ci entre les 2 phases, par des tests de comparaisons de moyennes. Enfin nous avons effectué des analyses en sous-groupes selon les caractéristiques de la population (âge, sexe, ancienneté d'exercice de la fonction d'IAO, type d'exercice (100% SAU versus 50% SAU-50% SMUR).

RÉSULTATS

Notre population d'IAO a une moyenne d'âge de près de 32 ans et une moyenne d'ancienneté au poste d'IAO d'un peu plus de 6 ans. 52% ont un poste d'infirmière partagé 50% SAU-50% SAMU alors que 48% ont un exercice 100% SAU. Avant la mise en place du MAO, avec des moyennes d'environ 7, les IAO se sentent dépassées par la charge de travail et considèrent ce poste comme épuisant. Cela ne les empêche pas d'apprécier ce poste et de se sentir utiles pour les patients et le service.

La mise en place du MAO améliore le ressenti des IAO sur tous les points recensés, mais ce, de manière significativement plus marquée pour les IAO les plus jeunes et celles exerçant uniquement au SAU.

70% des IAO considèrent le poste de MAO comme indispensable.

CONCLUSION

La mise en place d'un MAO aux urgences adultes du CHR d'Orléans a permis d'augmenter le ressenti favorable des IAO, en majorant leur satisfaction personnelle à travers une meilleure gestion de l'orientation des patients, une diminution du sentiment d'épuisement et d'isolement. Cela a démontré aussi une diminution du ressenti d'insécurité et d'agressivité des patients et de leur entourage. Ces améliorations plus marquées dans la population des IAO les plus jeunes et exerçant à temps plein au SAU, soulignent l'aspect éprouvant de ce poste et incitent, au-delà de la mise en place du MAO, à réfléchir sur un possible fractionnement des temps de travail sur une même journée, afin de diminuer l'épuisement et majorer l'efficacité des IAO.

Mots clés : Urgences, Triage, Accueil,

Jury :

Président : Pr Saïd LARIBI, Médecine d'Urgence SAMU/SMUR, Faculté de Médecine -Tours

Membres :

Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine Légale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Marc LAFFON, Anesthésie-Réanimation, PU, Faculté de Médecine-Tours

Docteur Olivier GIOVANNETTI, Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine – Tours

Date de soutenance : 09/10/2019