

La réorientation à l'accueil des services d'urgences : évaluation des pratiques professionnelles françaises

Triage Out at the Emergency Departments: Evaluation of the French Work Practices

M. Marchetti · M. Lepape · D. Lauque

Reçu le 24 août 2013 ; accepté le 30 décembre 2013
© SFMU et Lavoisier SAS 2014

Résumé Objectif : La surcharge fréquente de nos services d'accueil des urgences (SAU) entraîne le développement de la pratique de la réorientation, qui ne fait l'objet d'aucune recommandation officielle en France. L'objectif de ce travail était de décrire les habitudes des urgentistes en matière de réorientation des patients à l'accueil des urgences.

Matériel et méthodes : Étude rétrospective, descriptive et multicentrique, réalisée sur la base d'un questionnaire disponible en ligne et destiné aux médecins urgentistes des 26 centres hospitaliers universitaires français (CHU).

Résultats : Sur les 169 médecins urgentistes ayant répondu à l'étude, 141 (83 %) déclaraient pratiquer la réorientation et 37 (26 %) basaient leurs critères de réorientation sur des données issues de la littérature. Quatre-vingt-douze médecins (65 %) réorientaient moins de cinq patients par jour. Cent six médecins (75 %) déclaraient réorienter leurs patients vers leur médecin traitant, 88 (62 %) vers les maisons médicales de garde et 36 (25 %) vers le domicile. Les médecins refusant de réorienter le faisaient par pression de leur service, par manque de solution d'aval et par crainte du risque médicojudiciaire. Quatre-vingt-dix médecins (54 %) déclaraient recevoir des directives de leur SAU en matière de réorientation, positives pour 90 % d'entre eux.

Conclusion : La réorientation à l'accueil des urgences est une réalité pour une majorité d'urgentistes. Cette pratique

reste peu étudiée en France, sans cadre légal ni recommandations officielles.

Mots clés Urgences · Surcharge · Réorientation

Abstract Aim: Frequent overcrowding of emergency departments (EDs) leads to the development of the practice of triage out, which is not subject to any formal recommendation in France. The aim of this study was to describe the French physicians habits about redirecting their patients out from the ED. **Procedure:** This was a retrospective, descriptive, multicentric study. A survey available online was sent to the 26 French university hospital EDs.

Results: A total of 169 emergency physicians answered to the survey, 141 (83%) of them reported practicing triage out and 37 (26%) rely their decisions with data from the literature. There were fewer than 5 patients per day for 92 physicians (65%). One-hundred and six physicians (75%) reported redirecting patients to their general practitioner, 88 (62%) to general medicine departments, and 36 (25%) to their home. Most of the physicians refusing triage suffer from ED pressure, lack of local solutions, and fear of medico-legal issues. Ninety physicians (54%) had a hospital policy shift about triage out, positive in 90% of cases.

Conclusion: Triage out in France is a usual practice, suffering from lack of supervision and official recommendations.

Keywords Emergency · Overcrowding · Triage out

Introduction

Ces vingt dernières années, le nombre de passages dans les services d'accueil des urgences (SAU) français a connu une augmentation constante, atteignant près de 13 millions d'entrées par an [1,2]. La surcharge qui en découle est devenue un véritable problème de santé publique et a pour conséquence la détérioration des temps d'attente et l'augmentation

M. Marchetti (✉)

Pôle de médecine d'urgence, hôpital Rangueil, CHU de Toulouse,
1, avenue du Professeur-Jean-Poulhès, TSA 50032,
F-31059 Toulouse cedex, France
e-mail : marchetti.m@chu-toulouse.fr

M. Lepape · D. Lauque

Pôle de médecine d'urgence, hôpital Purpan,
CHU de Toulouse, place du Docteur-Baylac, TSA 40031,
F-31059 Toulouse cedex, France

D. Lauque

Université Paul-Sabatier, Toulouse-III, 118, route de Narbonne,
F-31062 Toulouse cedex 09, France

des délais de réalisation des soins et examens complémentaires [3,4]. Il en résulte une perte de chance pour les patients [5]. Les entrées aux urgences de patients consultants pour des motifs non urgents participent à ce phénomène. Elles résultent bien souvent d'une méconnaissance de la part des patients, des réseaux de soins ambulatoires pouvant les accueillir [6].

La réorientation à l'accueil des SAU consiste à appliquer un système de tri avant l'admission aux urgences, permettant de rediriger vers un autre réseau de soins, ou le domicile, les patients venant aux urgences pour des prises en charge pouvant être réalisées en temps réel par d'autres structures. Bien qu'étudiée dans les pays anglo-saxons [7,8], cette pratique ne fait l'objet d'aucune recommandation en France. L'objectif de notre travail était de réaliser une étude de pratiques professionnelles françaises en décrivant les habitudes des urgentistes français en matière de réorientation.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, multicentrique, réalisée sur une population de médecins urgentistes, travaillant au sein des SAU des centres hospitaliers universitaires (CHU) de France. Le recueil de données a été réalisé via un questionnaire Google Doc[®] (Google Inc., Mountain View, Californie) disponible en ligne. Un e-mail de présentation, incluant le lien permettant d'accéder au questionnaire, a été envoyé aux chefs de service des urgences des 26 CHU français, afin que ceux-ci transfèrent l'e-mail aux médecins urgentistes de leur équipe. Des courriers de relance ont ensuite été adressés aux secrétariats des SAU durant la durée du recueil de données. L'étude a été réalisée sur une période de huit mois, du 1^{er} janvier au 31 août 2012. Cent cinquante réponses étaient initialement attendues. Le questionnaire comportait trois parties. La première concernait les données démographiques des médecins urgentistes interrogés, la deuxième avait pour but d'étudier les habitudes personnelles de ces médecins en matière de réorientation et la troisième traitait des habitudes locales des SAU. Le temps estimé pour remplir le questionnaire était de deux minutes. Les données renseignées ont été répertoriées à l'aide du logiciel Excel[®] (Microsoft Corporation, Richmond, Virginie) qui a servi de base à l'analyse statistique des résultats. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage.

Résultats

À l'issue de la période de recueil de données, 169 médecins urgentistes avaient répondu au questionnaire. La majorité ($n = 141$, 83 %) affirmait pratiquer la réorientation. Les réponses provenaient de 24 CHU sur les 26 interrogés initia-

lement (Fig. 1). La moyenne d'âge des répondants était de 38 ans, avec une ancienneté en tant qu'urgentiste de 8,6 ans. La formation initiale, pour 87 % d'entre eux, était la médecine générale. Parmi les répondants, 52 % avaient comme formation complémentaire une capacité de médecine d'urgence (CAMU et/ou CMU), 37 % un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine d'urgence, 7,5 % avaient une autre formation complémentaire (DESC de réanimation médicale, psychotraumatisme, médecine de catastrophe et de haute montagne) et 3,5 % n'en avaient pas.

Parmi les médecins pratiquant la réorientation, 37 (26 %) se basaient sur des données issues de la littérature afin de décider des critères de réorientation de leurs patients. Quarante-deux médecins (65 %) affirmaient réorienter moins de cinq patients par jour en moyenne, 43 (30 %) entre cinq et dix patients par jour et six (5 %) plus de dix patients par jour. Cent vingt médecins (85 %) réorientaient aussi bien pendant qu'en dehors des situations de surcharge d'activité. Les motifs de consultation aux urgences des malades réorientés étaient d'ordres médicaux pour 130 médecins (92 %). Les motifs sociaux et traumatologiques ne concernaient respectivement que 60 (42 %) et 28 (20 %) répondants.

La majorité des médecins pratiquant la réorientation ($n = 106$, 75 %) déclarait rediriger les patients vers leur médecin traitant. Ils étaient 88 (62 %) à les réorienter vers les maisons médicales de garde, 41 (29 %) vers d'autres structures d'urgences, 36 (25 %) vers leur domicile et 30 (21 %) vers un spécialiste de ville. Cent dix médecins (78 %) déclaraient réorienter de manière indifférente quel que soit le moment de la journée ou de la semaine (Tableau 1). À noter que 99 médecins (70 %) refusaient de réorienter les patients déjà venus aux urgences pour le même motif et 91 (64 %) ceux ayant vu leur médecin traitant au préalable.

Au total, 28 médecins (17 % des répondants) affirmaient ne jamais pratiquer la réorientation. Dix-neuf d'entre eux (68 %) évoquaient comme raison principale le fait que la réorientation n'était pas dans l'habitude de leur SAU. Onze médecins (39 %) mettaient en cause le manque de solution d'aval, neuf (32 %) le risque médicojudiciaire. Sept médecins (25 %) avaient des patients n'entrant pas dans des critères de réorientation et cinq médecins (18 %) faisaient face à des refus fréquents de la part de leurs patients. Enfin, quatre médecins (14 %) ne voyaient pas l'intérêt de réorienter. Parmi ces 28 médecins ne pratiquant pas la réorientation, 15 étaient issus de la CAMU et/ou de la CMU (54 %), dix du DESC de médecine d'urgence (36 %) et trois d'une autre formation complémentaire (11 %) (Tableau 2).

Concernant les habitudes des SAU, 90 médecins (54 % des répondants) déclaraient que leur service avait une politique particulière en matière de réorientation. Parmi eux, 81 médecins (90 %) déclaraient travailler dans un SAU permettant la réorientation, que celle-ci soit possible, encouragée

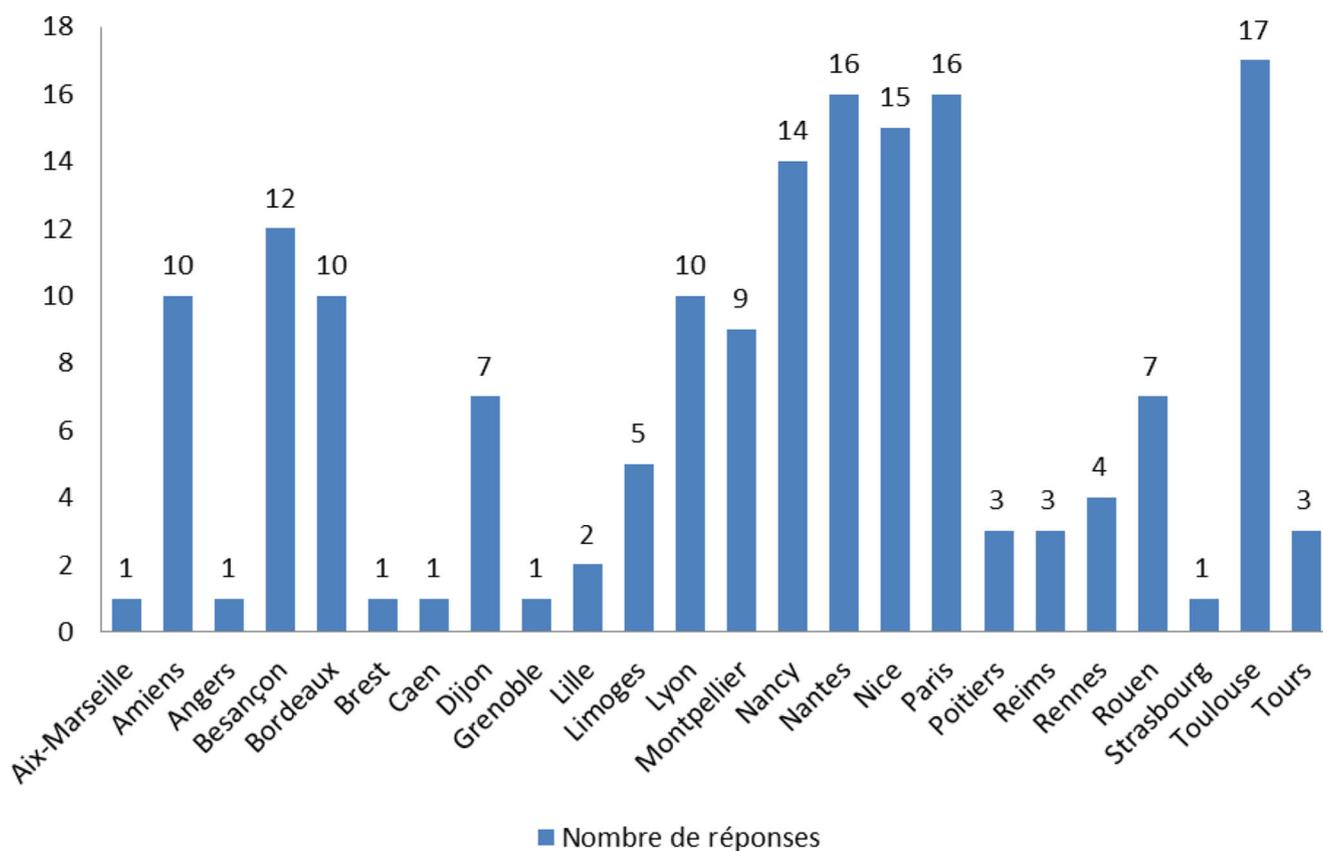


Fig. 1 Répartition géographique des médecins ayant répondu à l'étude

ou autorisée bien que déconseillée (Tableau 3). Parmi ces 81 médecins, 62 (76 %) disposaient d'une maison médicale à proximité de leur CHU.

Lorsque le service disposait d'un protocole de réorientation, il se basait dans la majorité des cas sur les paramètres vitaux des patients ainsi que sur une liste de motifs de consultation aux urgences ne nécessitant ni examen complémentaire, ni traitement en urgence. Les patients étaient réorientés après une évaluation médicale par un médecin d'accueil et d'orientation (MAO), ou un interne, dans 85 % de cas. Dans les autres cas, l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) procédait à la réorientation, après l'accord téléphonique d'un médecin urgentiste. Il s'agissait dans tous les cas d'une procédure tracée.

Discussion

La majorité (83 %) des urgentistes interrogés déclarait pratiquer la réorientation régulièrement. En revanche, seulement un quart s'appuyait pour cela sur des données issues de la littérature, ce qui semble témoigner d'un manque d'études et de recommandations françaises sur le sujet.

La moyenne d'âge des médecins ayant répondu à l'étude était de 38 ans, leur ancienneté en tant qu'urgentiste était de

plus de huit ans, avec une homogénéité entre hommes et femmes. La majorité des urgentistes interrogés était titulaire de la CAMU et/ou de la CMU et seulement un tiers du DESC. Bien qu'elle soit répandue, la réorientation ne semble pas être systématique, car une forte proportion de médecins (65 %) déclarait la pratiquer moins de cinq fois par jour. En outre, les médecins déclaraient rediriger leurs patients dans la majorité des cas vers des structures médicales (médecin traitant, maisons médicales de garde) dont la proximité peut être un élément important dans la décision de réorienter. La raison principale avancée par les médecins refusant la réorientation était que cette pratique n'était pas dans l'habitude de leur service. Ce qui s'explique notamment par les deux autres raisons exprimées : la crainte du risque médicojudiciaire et l'absence de structures d'aval. La formation des médecins interrogés ne semblait pas influencer dans leur décision de réorientation, puisque la part des médecins issus de la CAMU et/ou de la CMU et la part de ceux issus du DESC étaient les mêmes que dans la population générale.

Alors qu'il n'existe aucune étude à grande échelle en France concernant la réorientation, la pratique semble bien ancrée dans les pays anglo-saxons puisque de nombreux travaux sur le sujet ont été publiés [7–11]. Ces études retrouvent un taux de réorientation compris entre 5 et 35 % en fonction des méthodes, le plus souvent de l'ordre de 15 à 20 %. Cela

Tableau 1 Habitudes personnelles des médecins pratiquant la réorientation (<i>n</i> = 141).	
	<i>n</i> (%)
Réorientation basée sur des données de la littérature	37 (26)
Nombre de patients réorientés	
< 5 patients/jour	92 (65)
5 à 10 patients/jour	43 (30)
> 10 patients/jour	6 (5)
Influence de l'activité du SAU	
Pas d'influence	120 (85)
Si surcharge seulement	14 (10)
Ne se prononce pas	7 (5)
Motifs des réorientations ^a	
Médicaux	130 (92)
Sociaux, psychiatriques	60 (42)
Traumatologiques	28 (20)
Destinations des réorientations ^a	
Médecin traitant	106 (75)
Maison médicale	88 (62)
Autres services d'urgences	41 (29)
Domicile	36 (25)
Spécialiste de ville	30 (21)
Influence de l'horaire	
Pas d'influence	110 (78)
Heures ouvrables	29 (20)
Hors heures ouvrables	2 (2)
^a Question autorisant les réponses multiples.	

Tableau 2 Motivations des médecins refusant la réorientation (<i>n</i> = 28).	
	<i>n</i> (%)
Formations complémentaires	
CAMU et/ou CMU	15 (54)
DESC	10 (36)
Autres	3 (11)
Motivations des refus ^a	
Habitude du service	19 (68)
Pas de solution d'aval	11 (39)
Risque médicojudiciaire	9 (32)
Patients non réorientables	7 (25)
Refus des patients	5 (18)
Manque d'intérêt	4 (14)
^a Question autorisant les réponses multiples.	

est comparable aux 15 % de patients français classés CCMU 1 [2], c'est-à-dire ne nécessitant aucun acte diagnostique ni thérapeutique. Une partie du questionnaire était destinée à recueillir les critères employés par les urgentistes pratiquant

Tableau 3 Politiques des services en matière de réorientation (si existante : <i>n</i> = 90).	
	<i>n</i> (%)
Possible	58 (64)
Encouragée par le service	15 (17)
Autorisée mais déconseillée	8 (9)
Interdite	8 (9)
Impossible à mettre en place	1 (1)

la réorientation et par les CHU donnant des directives particulières en la matière. Certains de ces critères étaient communs avec ceux employés dans la littérature [8,12,13], comme les paramètres vitaux et les motifs de consultation considérés comme non urgents (exemple : anxiété, sinusite chronique, douleurs musculaires, pathologies chroniques, etc.). Certains SAU basaient également leurs critères de réorientation sur la classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) [14]. Dans une étude menée par Guttman et al. [5], le fait de quitter les urgences avant d'avoir été examiné par un médecin ne semblait pas être associé à une surmortalité, or à ce jour, aucune étude ne permet de connaître avec exactitude le devenir des patients réorientés. On note cependant un faible taux de réorientations abusives [15] et de réhospitalisations pour le même motif [16]. La pratique de la réorientation passe donc par la nécessité de rédiger une procédure écrite et validée, destinée à l'ensemble du personnel soignant, afin de déterminer qui peut prendre la décision de réorienter, selon quels paramètres vitaux et avec quels outils de traçabilité.

Ce travail concernait uniquement les habitudes des urgentistes français en matière de réorientation. Il n'existe dans la littérature aucune étude prouvant que la réorientation a un impact sur la surcharge des SAU, qui est davantage liée aux problèmes de l'aval des urgences (manque de lits d'hospitalisation) [17]. L'augmentation de la morbidité des patients souffrant de temps d'attente élevés [6] peut être contrée par la création de « circuits courts », pouvant être organisés au sein des SAU en filières rapides de prise en charge [18], ou en filières par spécialités (ophtalmologiques, pédiatriques, urologiques, etc.). La majorité des SAU concernés par notre étude disposaient de « circuits courts », qui facilitaient les décisions de réorientation des médecins.

Notre étude comportait des limites, en premier lieu un biais de recrutement. On peut supposer que les urgentistes ne pratiquant pas la réorientation ont été moins enclins à répondre au questionnaire, car se sentant moins concernés par la problématique de l'étude. Il s'agit en outre d'un travail rétrospectif, déclaratif, volontairement limité aux seuls CHU. Les SAU des centres hospitaliers non universitaires n'ont pas été sollicités, dans un souci d'homogénéisation des résultats. Les cliniques privées n'ont pas été interrogées

du fait de facteurs économiques différents. Enfin, il existe un effet centre dans l'interprétation des résultats puisque pour six CHU, on n'observe qu'une seule réponse, alors que six autres CHU regroupent à eux seuls plus de la moitié des réponses.

Conclusion

La réorientation est une pratique adoptée par une forte proportion d'urgentistes. Cependant, il s'agit d'un sujet peu traité dans la littérature, notamment française. Un meilleur encadrement de cette pratique, basée sur des recommandations et des données validées, permettrait d'évoluer dans un cadre plus sûr, à la fois pour le patient et pour le médecin.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Baubeau D, Deville A, Joubert M, et al (2000) Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Études et résultats*, n° 72, 8 p. <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13325/1/er072.pdf> (dernière date d'accès 25 octobre 2013)
2. Bousquet V, Caserio-Schönemann C (2012) La surveillance des urgences par le réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Institut de veille sanitaire, 12 p. <http://www.invs.sante.fr> (dernière date d'accès 22 août 2013)
3. Baker DW, Stevens CD, Brook RH (1991) Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA* 266:1085–90
4. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G (2011) The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf* 20:564–9
5. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, et al (2011) Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 1:342
6. Northington WE, Brice JH, Zou B (2005) Use of an emergency department by nonurgent patients. *Am J Emerg Med* 23:131–7
7. Derlet RW, Kinser D, Ray L, et al (1995) Prospective identification and triage of non emergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Ann Emerg Med* 25:215–23
8. Washington DL, Stevens CD, Shekelle PG, et al (2000) Safely directing patients to appropriate levels of care: guideline-driven triage in the emergency service. *Ann Emerg Med* 36:15–22
9. Derlet RW, Nishio D, Cole LM, et al (1992) Triage of patients out of the emergency department: three-year experience. *Am J Emerg Med* 10:195–9
10. Derlet RW, Nishio DA (1990) Refusing care to patients who present to an emergency department. *Ann Emerg Med* 19:262–7
11. Edhag O, Olsson M, Rosenqvist M, Rosenqvist U (1986) Emergency room triage by a medical specialist. *Scand J Soc Med* 14:93–6
12. Diesburg-Stanwood A, Scott J, Oman K, Whitehill C (2004) None-emergent ED patients referred to community resources after medical screening examination: characteristics, medical condition after 72 hours, and use of follow-up services. *J Emerg Nurs* 30:312–7
13. Washington DL, Stevens CD, Shekelle PG, et al (2002) Next-day care for emergency department users with non acute conditions. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 137:707–14
14. Boivin M, SFMU (2004) Référentiel IOA, infirmière organisateur de l'accueil. Référentiel SFMU, 48 p. <http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/ioa2004.pdf> (dernière date d'accès 25 octobre 2013)
15. Lowe RA, Bindman AD, Ulrich SK (1994) Refusing care to emergency department of patients: evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med* 23:286–93
16. Birnbaum A, Gallagher J, Utkewicz M, et al (1994) Failure to validate a predictive model for refusal of care to emergency department patients. *Acad Emerg Med* 1:213–7
17. Durand AC, Gentile S, Devictor B, et al (2011) ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med* 29:333–45
18. Pateron D (2013) Une organisation des flux au sein des urgences. *Ann Fr Med Urg* 3:69–70