



**HAL**  
open science

# Etat des lieux du médecin référent sur le territoire français et apports de ce poste pour l'avenir de la médecine d'urgence

Grégoire Charon

## ► To cite this version:

Grégoire Charon. Etat des lieux du médecin référent sur le territoire français et apports de ce poste pour l'avenir de la médecine d'urgence. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04516809

**HAL Id: hal-04516809**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04516809v1>**

Submitted on 22 Mar 2024

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

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



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES  
UNIVERSITAIRES**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)  
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2023

**THESE**

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de médecine spécialisée

Par

**GREGOIRE CHARON**

Le 30 octobre 2023

**Etat des lieux du médecin référent sur le territoire  
Français**

**Et apports de ce poste pour l'avenir en  
Médecine d'urgence**

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur Tahar CHOUIHED

Juges : Madame le Docteur Déborah JAEGER

Madame le Docteur Laure ABENSUR VUILLAUME, directrice de thèse

**Présidente de l'Université de Lorraine : Madame Hélène BOULANGER**

**Doyen de la Faculté de  
Médecine  
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne**  
Pr Louise TYVAERT

**Assesseurs :**

- *Premier cycle* : Pr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Pr Jacques JONAS
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA • *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

**Chargé de mission**

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

**Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT**  
**Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH**

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD

Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD

Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER

Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE

Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN

Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER

Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL

Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN

Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL

Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT  
Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET  
Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

### **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE -

Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Faïez ZANNAD

=====

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

*(Disciplines du Conseil National des Universités)*

#### **42<sup>e</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : Anatomie**

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

**2<sup>e</sup> sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique** Professeur Christo CHRISTOV

**3<sup>e</sup> sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques**

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

#### **43<sup>e</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Biophysique et médecine nucléaire**

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

**2<sup>e</sup> sous-section : Radiologie et imagerie médicale**

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

#### **44<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>re</sup> sous-section : Biochimie et biologie moléculaire**

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

**2° sous-section : *Physiologie***

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSÉL - Professeur Jacques JONAS

**3° sous-section : *Biologie cellulaire***

Professeure Véronique DECOT-MAILLET

**4° sous-section : *Nutrition***

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

**45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1° sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière***

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

**2° sous-section : *Parasitologie et Mycologie***

Professeure Marie MACHOUART

**3° sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales***

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

**46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1° sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention***

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

**4° sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

**47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1° sous-section : *Hématologie ; transfusion***

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Julien BROSEUS

**2° sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie***

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

**3° sous-section : *Immunologie***

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

**4° sous-section : *Génétique***

Professeur Philippe JONVEAUX

**48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1° sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire***

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Philippe GUERCI

**2° sous-section : *Médecine intensive-réanimation***

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

**3° sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie***

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

**4° sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie***

Professeur Nicolas GIRERD

**5° sous-section : *Médecine d'urgence***

Professeur Tahar CHOUIHED

## **49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

### **1<sup>re</sup> sous-section : *Neurologie***

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

### **2° sous-section : *Neurochirurgie***

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

### **3° sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER -

Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

### **4° sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie***

Professeur Bernard KABUTH

### **5° sous-section : *Médecine physique et de réadaptation*** Professeur Jean PAYSANT

## **50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : *Rhumatologie***

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

### **2° sous-section : *Chirurgie orthopédique et traumatologique***

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

### **3° sous-section : *Dermato-vénéréologie***

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

### **4° sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie***

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

## **51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : *Pneumologie ; addictologie***

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

### **2° sous-section : *Cardiologie***

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

### **3° sous-section : *Chirurgie thoracique et cardiovasculaire***

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

### **4° sous-section : *Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire***

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY - Professeure Nicla SETTEMBRE

## **52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie***

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

### **2° sous-section : *Chirurgie viscérale et digestive***

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

**3° sous-section :**

**Néphrologie**

Professeur Luc FRIMAT

**4° sous-section : Urologie**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

**3° sous-section : Médecine générale**

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>re</sup> sous-section : Pédiatrie**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -

Professeur Cyril SCHWEITZER

**2° sous-section : Chirurgie infantile**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>re</sup> sous-section : Oto-rhino-laryngologie**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU -

Professeur

Patrice GALLET

**2° sous-**

**section :**

**Ophtalmologi**

**e**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

**3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et**

**stomatologie** Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS 61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL** Professeur Walter BLONDEL **64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

**66° Section :**  
**PHYSIOLOGIE**  
Professeur Nguyen  
**TRAN PROFESSEUR**  
**ASSOCIÉ DE**  
**MÉDECINE**  
**GÉNÉRALE 53° Section,**  
**3° sous-section :**  
***Médecine générale***

=====

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier  
BOUCHY =====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS 42° Section :**  
**MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Anatomie***  
Docteur Bruno GRIGNON

**44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire***  
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –  
Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

**2° sous-section : *Physiologie***  
Docteure Iulia-Cristina IOAN

**45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière***  
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2° sous-section : *Parasitologie et mycologie***  
Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Epidémiologie, économie de la santé et prévention***  
Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

**2° sous-section *Médecine et Santé au Travail***  
Docteure Isabelle THAON

**4° sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*** Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

**47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Hématologie ; transfusion*** Docteure Maud D'AVENI

**2° sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie***  
Docteure Lina BOLOTINE

**3° sous-section :**  
***Immunologie***

Docteure Alice AARNINK

**4° sous-section : *Génétique***

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

**48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3° sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie***

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA - Docteure Élise PAPE (stagiaire)

**49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**2° sous-section : *Neurochirurgie***

Docteur Fabien RECH

**50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**4° sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie***

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3° sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire***

Docteur Fabrice VANHUYSE

**54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1° sous-section : *Pédiatrie***

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

**3° sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale***

Docteur Charline BERTHOLD

**4° sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;***

***Gynécologie médicale*** Docteure Eva FEIGERLOVA

**5° sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;***

***gynécologie médicale*** Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES 5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES**

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ – Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

**69° Section : NEUROSCIENCES**

Madame Sylvie MULTON

**90° Section :**

**MAÏEUTIQUE**

Madame Gaëlle

AMBROISE (stagiaire)

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**53<sup>e</sup> Section, 3<sup>e</sup> sous-section : (Médecine générale)**

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)      Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)      Professeur Brian BURCHELL  
(2007)  
*Brown University, Providence (U.S.A)      Université d'Helsinki (FINLANDE)      Université de Dundee  
(Royaume-Uni)*

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)      Professeur Duong Quang TRUNG (1997)      Professeur Yunfeng  
ZHOU (2009)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)      Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)      Université de  
Wuhan (CHINE)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)      Professeur Daniel G. BICHET (2001)      Professeur David ALPERS  
(2011)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)      Université de Montréal (Canada)      Université de Washington  
(U.S.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)      Professeur Marc LEVENSTON (2005)      Professeur Martin EXNER  
(2012)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de      Institute of Technology, Atlanta (USA)  
Université de Bonn (ALLEMAGNE)      Kyoto (JAPON)*

## **REMERCIEMENTS :**

**A notre Maître et Juge**

**Monsieur le Professeur Tahar CHOUIHED**

M.D., Ph.D, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Médecine d’Urgence

CHRU de Nancy

Je vous suis gré de me faire l’honneur de présider cette thèse qui sera je l’espère à la hauteur de la formation reçue au cours des trois années écoulées.

La formation ne fut pas sans embuche, mais la progression professionnelle ainsi que personnelle s’est faite à vos côtés et aux côtés de votre équipe et est je l’espère à la hauteur de vos attentes.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

**A notre Maître et Juge**

**Madame le Docteur Déborah JAEGER**

M.D., Ph.D., Maître de Conférence Universitaire – Praticien Hospitalier en Médecine  
d’Urgence CHRU de Nancy

Je vous remercie de votre présence ainsi que de la réactivité dont vous avez fait preuve afin de  
pouvoir être présente en ce jour de soutenance de thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de tout mon respect.

**A notre Juge et Directeur de thèse**

**Madame le Docteur Laure ABENSUR-VUILLAUME**

Un plaisir d'avoir travaillé avec toi sur ce sujet ainsi que sur la rédaction de l'article.

Je pense qu'il serait difficile de trouver quelqu'un d'aussi disponible et investi que toi dans l'organisation et la direction d'un sujet ainsi que dans l'accompagnement personnel.

Ce sera un plaisir de commencer à travailler avec toi dès mon année de docteur junior en novembre.

Encore merci pour tout !

## **A nos collègues :**

### **A Monsieur le Docteur JEANNON, ou plutôt Mathieu**

Chef et surtout devenu ami. J'aurais aimé que tu puisses être membre du jury afin de te remercier pour ces six mois passés ensemble. Ce stage n'aurait pas été le même sans toi et j'espère qu'un jour je pourrai te rendre la pareille !

### **A Madame la Doctoresse VALANCE Aude**

Ta bienveillance m'a permis d'avancer dans ma carrière et ton investissement dans le travail et la formation des internes comme des externes sont des exemples à suivre pour tout médecin qui souhaite devenir meilleur. Merci pour tes conseils avisés.

### **A Monsieur le Docteur SERRE Patrice, à Monsieur le Docteur BENHAMED Axel et à Madame la Doctoresse ARROUY Laurence**

Un grand merci pour vos conseils et votre participation indispensables à la réalisation et à l'amélioration de l'article qui sera diffusé dans le cadre de cette thèse.

### **A Monsieur le Docteur MAILLARD Laurent**

Merci pour votre implication tout particulièrement dans la diffusion du questionnaire grâce à votre réseau personnel de connaissances. Encore merci pour votre disponibilité.

## **Aux équipes soignantes :**

**Merci à toute l'équipe du service de médecine d'urgence de Central :** Mes premiers six mois d'internat, puis mes derniers six mois pour boucler la boucle. J'ai énormément appris aux côtés des équipes soignantes et j'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec tout le monde. Arrivé sur Nancy, je ne connaissais personne et nous étions en plein deuxième confinement Covid mais la gentillesse des équipes m'a permis d'apprécier cette nouvelle expérience. Un grand merci à tous !

Une pensée pour le désormais Docteur TOUSSAINT qui m'a fait découvrir la ville en dehors des murs de l'hôpital et a toujours été présent pour moi au cours de mon cursus.

Rom et Mat, des vacances dans le sud-ouest que nous ne risquons pas d'oublier !

**Merci à l'équipe du service de pédiatrie d'Epinal :** J'ai passé six mois très agréables avec une équipe dynamique et une ambiance différente des autres services dans lesquels j'ai eu l'occasion de passer, de par la simplicité des relations et l'ambiance familiale qu'on ne retrouve pas ailleurs. A mes co internes, merci à vous et une pensée pour David Guetto !

**Merci à l'équipe du service de réanimation médicale de Central :** Un stage plein de surprises avec une alternance de coups de bourre et de détente. J'ai beaucoup appris, jusque-là tout semble logique. Une équipe de qui je garderai un très bon souvenir avec mention spéciale pour Thibault, Jacques, Tanguy et l'ensemble de mes co internes, Carl, Gaëlle, Steven, Alma, Nico, Louise, et Florent (springbok dans l'âme) !

**Merci à l'équipe des urgences du service de médecine d'urgence de Metz :** J'aurai le plaisir de vous retrouver dès le mois de novembre pour poursuivre cette formation en tant que docteur junior. Un stage enrichissant durant lequel nous avons même réussi à convertir un médecin généraliste en urgentiste ! Une pensée à notre recrue Damien et à Rafiki, Amélie, Cécile, Romain, Kelly, Isham !

**Merci enfin à l'équipe de Pont-à-Mousson :** Une équipe familiale et de surtout belles rencontres dans un contexte tout autre que celui du CHU. Mention spéciale à Manon et au désormais infirmier, pompier, maire et surtout papa Allan !

## **A ma famille :**

### **A Maman et Fafa**

Il y a eu des moments compliqués, une adolescence qui a duré, mais vous avez toujours été là pour me soutenir. Maman depuis toujours, tu crois plus en moi que moi-même en toutes circonstances et Fafa, manque de pot pour toi, tu as choisi le package avec moi dedans !

Merci et félicitations pour votre mariage ! Ne manque plus qu'une petite sœur à Lego !  
(Maintenant c'est fait !)

### **A Papa et Emma**

Même si le rêve initial était plus axé sur un jeu de ballon que sur un travail de méninges, il semblerait que les plans changent. Pour l'un comme pour l'autre papa, tu as toujours été présent pour me pousser, alors merci ! On se retrouvera en régulation pendant six mois pour profiter et un petit peu pour travailler ! Merci à vous deux, je vous fais des bisous !

### **A ma Sœur et son Fiancé**

Les années sont passées sans se ressembler... passant de copains comme cochons à des chamaillades futiles, mais en grandissant et avec l'aide de quelques milliers de kilomètres, aujourd'hui je ne changerais pour rien au monde ces évènements qui nous ont rapprochés ! Une pensée particulière pour Tristan qui te supporte au quotidien et semble en plus aimer ça ! Soyez heureux et prenez bien soin l'un de l'autre !

### **A Tonton, mon oncle, mon parrain et mon clone**

Si je suis là aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à toi. Tu as été là dans les moments les plus compliqués sans aucun reproche ni aucun jugement. Tu m'as accueilli chez toi pour ma première année et je sais que j'y aurai toujours ma place, alors merci Tonton !

### **A Tata et Gabriel**

A toutes nos parties de cartes passées et à venir et à tous les bons moments passés ensemble ! Ce sera peut-être un jour à Gab d'être à ma place d'aujourd'hui, je vous fais des bisous !

### **A Papi et Mamie Charon**

Je ne saurais dire combien de petites assiettes j'ai mangé chez vous ni le nombre de parties de cartes ou de ping-pong que j'ai pu jouer ! Les 80 ans, nouvelle étape, mais la Martinique semble vous rajeunir alors pourquoi s'arrêter !

Je suis heureux et fier d'être votre petit-fils, gros bisous !

### **A Papy et Mamie de Rouen**

Deux des premiers souvenirs de ma vie étaient avec vous, apprendre à faire du vélo juste devant votre maison de Sotteville comme les balades à Cormontreuil en poussette vide... Vous m'avez toujours gâté, mamie avec ses repas toujours aussi « légers » et papy avec tes histoires de voyages à en faire pâlir plus d'un ! Joyeuses noces de Diamants aux amoureux !

## Aux amis :

**A Mout**, ami d'aussi longtemps que je me souviens et ce n'est pas fini ! Tellement de souvenirs ensemble, de jeunesse puis d'adolescence (l'histoire retiendra un fameux capitaine Paf un soir de 40 ans avec un certain Monsieur le Docteur Malkoun) et aujourd'hui tu es papa, avec une femme géniale et une petite fille qui le deviendra j'en suis sûr, car elle ne pourrait avoir de meilleur exemple à suivre que le tien ! Bisous à tous les trois !

**A Mamat**, qu'on ne vienne jamais me dire que cette colocation n'était pas grandiose ! Certes peu productive sur certains aspects mais le « Chez Quelqu'un » demandait tout de même une certaine rigueur et nous avons bien évidemment su instaurer une grande modération. Surtout sous l'œil bienveillant du grand frère et investigateur en la personne du Marlo ! Blague à part, il semblerait que toi aussi tu aies décidé de grandir... bien aidé par Dame Didi il faut le dire ! Vous ferez de merveilleux parents ! Bisous les amis !

**A Gogo, Léo, Bebel et Barot**, on en aura passé des journées et des nuits ensemble ! De la P2 jusqu'à maintenant sans jamais se lâcher. Chacun a pris son chemin, mais on finit toujours par se retrouver ! Clem, Bebel on risque fort de se croiser pendant mes six mois estivaux de 2024 pour le retour au bercail, le Market m'a déjà réservé un fauteuil royal paraît-il ! Mon Gogo, tu pourras continuer de me louer la vie parisienne quand j'y serai, Tic et Tac réunis pour le plus grand plaisir de nos femmes ! Mister Delleme, quand tu daigneras quitter ta diagonale du vide, on aura peut-être l'occasion de se retrouver autour d'un bon rhum, et qui sait, peut-être qu'on le prendra sur place à la Réunion pour une petite escale !

Je vous embrasse les copains... sauf Léo !

**A Maxence**, départ à 11 ans et pourtant toujours présent. On arrive toujours à se retrouver, la dernière aux Eurockéennes, la prochaine peut être aujourd'hui même ! Bisous mon pote !

**A Ronflex, Flo et Alex**, cet internat c'était quelque chose ! L'intendant vous en remercie en espérant qu'à l'avenir Alex passe son permis jet ski et pourvu qu'il y ait des Choza à la cruche ! A l'amitié et aux projets à venir !

**A Thomas, Léo, Alex et Anto**, toujours un plaisir de passer des moments avec vous ! On n'oubliera pas Courchevel ou encore Ibiza. Quand vous voulez pour la prochaine destination ! Thomas, toujours un plaisir de te retrouver sur et en dehors des terrains ! Un plaisir surtout d'avoir pu apprendre à te connaître sur ces années même si ton amour pour le Réal reste un mystère... Des bisous à tous !

**A Camille**, une très belle rencontre amicale nancéenne ou plutôt messine en l'occurrence ! Tu es quelqu'un de bien, j'espère sincèrement que l'on ne se perdra pas de vue à l'avenir, gardes ta joie de vivre qui est si plaisante pour ceux qui t'entourent ! Bisous !

**Aux Kolb**, à ceux qui m'ont porté étant bébé et à ceux que j'ai porté ! Félicitations à mon Juju pour ton diplôme ! Bisous tout le monde !

**A Théophile et MC**, un grand merci pour m'avoir aidé dans la réalisation du diaporama et pour tout le soutien que vous m'avez apporté, tout particulièrement dans les derniers instants qui n'ont pas été les plus simples. A nos futurs rougails saucisses et autres moments passés et futurs à partager !

**A toi, Laure-Hélène,**

Depuis le jour de notre rencontre et même si tu en doutais, je t'avais bien dit que nous serions là, ensemble aujourd'hui ! Malte, Bangkok, Bali, Madère sans oublier ce magnifique et si confortable toit d'Epinal ! J'espère que les voyages à venir seront aussi nombreux que ceux passés et je ne doute pas plus maintenant qu'au premier jour, que dans plusieurs années je puisse tenir ce même discours. Tu m'as soutenu comme personne et supporté tous les jours sur cette période de stress peu commune. Merci d'avoir été là pour moi, j'espère pouvoir t'apporter tout le bonheur que tu mérites.

Je t'aime.

## **SERMENT**

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

# Table des matières

## Table des matières20

21

Introduction22

22

22

22

23

23

25

26

28

47

Les problématiques de flux : causes et conséquences47

48

52

52

53

54

56

57

58

64

## **ABREVIATIONS**

**DMS** durée moyenne de séjour

**DREES** direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

**IOA** infirmière d'accueil et d'orientation

**MOA** médecin organisateur de l'accueil

**MR** médecin référent

**SFMU** société française de médecine d'urgence

**SU** service d'urgence

## **Introduction**

En France, il est possible de se présenter spontanément dans l'un des 623 services d'urgence (SU) publiques du territoire (1). Les motifs de consultation sont variés et s'étendent de la rhinopharyngite banale aux pathologies mettant en jeu le pronostic vital immédiat. Les passages aux urgences sont plus nombreux chaque année. En 2010, on recensait un total de 17,45 millions de passages, contre 22,04 millions en 2019, soit une augmentation de 26,3%. Cette tendance a été bouleversée par la pandémie de SarS-CoV-2, ce qui a induit une baisse transitoire de 21,6% des passages sur l'année 2020, avant de repartir à la hausse avec 14,9% d'augmentation en 2021 (2). Ce flux majeur dépasse aujourd'hui les capacités des SU et augmente la durée moyenne de séjour (DMS), cette dernière étant considérée comme majeure pour le bon fonctionnement d'un service (3) et son allongement comme délétère pour les patients (4-8).

### **Origines de l'augmentation des flux**

L'origine de l'augmentation du flux est poly factorielle. Certaines causes peuvent être évitables, d'autres non. Trois axes principaux se dégagent : la durée avant installation des patients, la durée de séjour aux urgences et la durée de sortie du patient (« boarding ») (9).

#### ***Durée avant installation***

Le nombre de consultations non urgentes a été estimé à 32% à Marseille en 2012 (10) et 6,16% sur des hôpitaux parisiens en 2020 (11). Un des facteurs est notamment la venue aux urgences d'un patient suite à une non possibilité de consulter auprès des médecins généralistes. Entre 2012 et 2018, le nombre de médecins généralistes a augmenté de 0,7% mais leur nombre en secteur libéral a lui diminué de 2% majorant l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins (12). En sus, le manque de personnel soignant, en lien avec la même problématique de démographie médicale, est également ressenti aux urgences et a entraîné la fermeture de 27 SU publiques entre 2013 et 2021 (13) concentrant le flux sur ceux toujours en activité.

#### ***Durée de séjour***

La démographie actuelle penche vers le vieillissement de la population générale, ce qui induit une médiane d'âge plus élevée aux urgences. Les conséquences sont une augmentation des durées de prise en charge et un nombre majoré d'hospitalisations nécessaires. Une étude de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) publiée en 2017 montrait que 57% des patients de plus de 75 ans avaient une DMS de plus de 4 heures

contre 28% des majeurs de moins de 75 ans (14). Les délais d'obtention des résultats d'examens biologiques ou de scanner, d'environ une heure voire plus, ou encore les délais d'attente d'avis spécialisés, estimés à plus de deux heures, impactent également la durée de séjour (15,16).

L'allongement de ces durées entraîne une insatisfaction globale vis-à-vis de la prise en charge et une surcharge cognitive des soignants. Il existe en effet un ratio inversement proportionnel entre satisfaction des patients et encombrement des services (17).

### ***Boarding***

Une décroissance majeure du nombre de places en hospitalisation complète : de 468 000 lits en 2003 à 387 000 en 2020 (18), laisse sans solution d'orientation les patients des urgences relevant d'une hospitalisation en secteur spécialisé. En sus, le vieillissement de la population déjà décrit précédemment, montre que 56% des plus de 75 ans se voyaient hospitalisés dans un service autre que l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) contre 17% des moins de 75 ans (14).

### **Agilité et adaptabilité des services d'urgences**

Ces différentes problématiques ont poussé les SU à s'adapter en modifiant leur organisation. En France, depuis 1991, le premier contact avec l'équipe soignante est effectué en box d'accueil par les infirmiers ayant pour mission d'accueillir l'ensemble des patients exceptés ceux adressés par le SMUR (19). Ces infirmiers, appelés Infirmiers Organiseurs de l'Accueil (IOA) depuis 2003 disposent d'échelles standardisées comme la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) ou encore la French Emergency Nurses Classification Hospital-triage (FRENCH) pour réaliser un triage initial des patients (20). Depuis plusieurs années et en réponse à l'augmentation du flux, des filières sont mises en place par l'intermédiaire de ces classifications pour permettre à l'IOA d'orienter les patients vers une filière de prise en charge rapide (aussi appelée filière courte ou filière ambulatoire) au sein de laquelle sont représentés la plupart des patients ne nécessitant pas d'examens de biologie ou vers une filière de prise en charge longue où l'on retrouve la majorité des personnes âgées et des patients suspects de présenter une pathologie motivant la prescription d'examens complémentaires. Une étude réalisée à la Pitié-Salpêtrière en 2015 montrait une diminution significative des DMS de 70 minutes après ouverture d'un circuit court (21). Cette différence significative était retrouvée chez les patients relevant des deux filières confondues.

Toujours dans cet objectif d'accélération du flux, se développent des zones transitoires où les patients, après avoir été examinés sont regroupés dans une zone intermédiaire dans l'attente de résultats ou d'examens complémentaires déjà prescrits comme au CHU de Nancy ou encore en pour des patients en attente d'hospitalisation comme à Rouen (22). Des salles de consultation sont ainsi libérées pour prendre en charge un nombre plus conséquent de patients simultanément.

Pour les patients relevant d'une surveillance hospitalière de moins de deux nuits ou moins de 36 heures, les services d'urgence disposent d'une UHCD. Leur objectif est d'améliorer l'organisation de la prise en charge diagnostique et l'orientation des patients en aval de l'accueil des urgences (23). De par le manque de lits dédiés à la fin de vie, les patients limités sur le plan thérapeutique ont une DMS supérieure aux objectifs (24) et 54% des décès aux urgences se produisent en UHCD (25). En 2018, une méta analyse a mis en évidence l'importance d'identifier les causes de majoration du flux à l'échelle locale (comprenant le vieillissement) pour pouvoir identifier les pathologies de la patientèle et adapter les soins en conséquence en amont et les structures d'aval (26).

Une mesure prise par certains SU français consiste à désigner un médecin référent (MR) journalier parmi l'équipe médicale qui se voit alors dédier la prise en charge des patients dès leur arrivée en box d'accueil, soit en zone de triage. Le MR peut alors prescrire et obtenir des examens complémentaires plus précocement ou réorienter des patients qui ne nécessiteraient pas de soins urgents permettant de diminuer les temps de passage (27). En appliquant la réorientation, une diminution de 24% des consultations de soins primaires aux urgences a pu être observée en Finlande (28). Cette possibilité a déjà été envisagée dans certains services en France et a permis sur de courtes périodes une amélioration du service médical rendu par une diminution de la DMS de 295 minutes à 267 minutes soit 28 minutes à Paris en 2013 (29). Cette baisse était principalement expliquée par le temps de premier contact médical passant de 35 minutes sans médecin présent à l'accueil à 15 minutes avec la présence de ce médecin. A une plus grande échelle en Suède, l'association entre MR et IOA permettait d'obtenir une diminution de 18 minutes du temps de premier contact médical mais également une diminution de la DMS (30). Ce gain de temps permet d'obtenir l'adhésion du patient à la prise en charge. Une autre étude réalisée à Thonon-Les-Bains montrait que la présence du MR diminuait le temps d'acquisition de l'ensemble des examens d'imagerie avec un gain de 3 heures pour certains examens (31).

Ce MR se voit attribuer différents noms selon l'endroit où il travaille : médecin d'accueil et d'orientation, médecin organisateur de l'accueil ou encore médecin de coordination et d'orientation. Il apparaît en France que le MR ait un rôle différent selon les SU. Deux méthodes se détachent (32) : la « see and treat method » où le médecin ne voit que des patients de filière courte selon un premier triage infirmier (33) et la « doctor led triage method » qui allie une évaluation médicale et paramédicale de l'ensemble des patients dès le premier contact en box d'accueil (34,35).

La DREES en 2013 révélait qu'uniquement 12% des centres utilisant un MR, ce pourcentage atteignant les 19% pour les Centres Hospitaliers Universitaires. D'après un état des lieux réalisé en 2019 il est tout de même présent dans 50% des centres hospitaliers interrogés, ce pourcentage montant à 52% concernant les Centres Hospitaliers Universitaires (36). Aucune étude jusqu'alors n'a permis de rassembler les données de l'ensemble des SU français. Une nette augmentation est constatée révélatrice de bénéfices supposés de cette mesure. La création de ce poste associée à une réorganisation du service pourrait permettre non seulement l'accélération du flux mais pourrait également être réalisée sans majoration du nombre de médecins en poste (37).

### **Vers une uniformisation du système**

La dernière certification des établissements de santé de 2022 (38) éditée par la Haute Autorité de Santé a rendu obligatoire la présence de l'IOA et ses rôles et objectifs ont été définis (39). Cependant, aucun consensus à propos du MR. Le simple fait de la multiplicité de ses noms témoigne de l'absence d'organisation du service autour de ce médecin qui a pourtant un rôle central. Ce MR n'ayant pas de nom consensuel, il est difficile aujourd'hui de lui attribuer un rôle ou encore des objectifs précis. Certaines structures, CHU et centres hospitaliers périphériques disposent pourtant déjà de fiches de poste (selon des directives intra hospitalières) pour les définir (36,40–44). De nombreux questionnements restent en suspens en particulier sur son importance selon la taille des établissements de santé, sur la possibilité de créer un nouveau poste de travail, de son financement ou encore du réel bénéfice sur l'accélération du flux (45). Néanmoins les études laissent entrevoir un potentiel non négligeable en faveur de la création de ce poste pour le bon fonctionnement des SU (46,47).

A la lumière de ce contexte et des problématiques actuelles des SU, nous avons souhaité réaliser un état des lieux sur le titre, les rôles et les objectifs de ce MR.

## Synthèse de l'article

### **La place du médecin référent en France à travers son titre, ses rôles et ses objectifs**

Les services d'urgence français sont aujourd'hui dépassés par un flux de patients de plus en plus important. Cette augmentation du nombre de passages annuels entraîne une surcharge des services d'urgence devenue la problématique principale au niveau national. Afin de lutter contre cet afflux de patients, les services tentent de s'adapter à travers des mesures déjà appliquées à ce jour ou par de nouvelles mesures en cours de développement. Cette adaptation s'avère indispensable étant donnée la relation péjorative entre surcharge des services et risque de morbi-mortalité. Parmi les mesures déjà mises en œuvre depuis plusieurs années et largement utilisées sur le territoire français, on retrouve notamment la présence des infirmiers organisateurs de l'accueil qui constituent le premier contact avec l'équipe soignante dès l'arrivée aux urgences. Leur rôle est de réaliser un premier triage des patients par l'intermédiaire d'échelles standardisées et ainsi de leur attribuer une gravité potentielle de la pathologie suspectée. En fonction de cette première évaluation, les patients sont priorisés ou non et orientés vers des filières de prise en charge adaptées. De plus, la création de nouveaux espaces dédiés aux patients en attente de résultats d'examens ou en attente d'hospitalisation ont vu le jour dans le but de prendre en charge simultanément un plus grand nombre de patients.

Malgré ces mesures, les services ne parviennent pas à contrôler le flux de patients. Ainsi, la création d'un nouveau poste médical a vu le jour : celui de médecin référent. Ce médecin se voit attribuer un rôle majeur au sein du service. Il est posté soit en box d'accueil, soit à proximité mais doit rester disponible pour les infirmiers d'accueil en cas de requête. Son objectif principal est l'amélioration du flux à travers la réalisation de plusieurs missions. Ces missions divergent selon les services d'urgence. Notre étude s'est attachée à réaliser un état des lieux à propos du titre, des rôles et des objectifs du médecin référent en France.

Pour cela, un questionnaire a été diffusé dans les services d'urgence français, qu'ils disposent ou non d'un médecin référent et nous avons pu analyser les réponses de 162 services d'urgence, ce nombre représentant 26% de la totalité des services du territoire. Il est apparu que le médecin référent était présent dans 58% des centres interrogés, ce nombre s'élevant à 76% pour les services d'urgence effectuant plus de 40 000 passages annuels. En comparaison, dans un état des lieux réalisé dans les chefs-lieux français en 2019, seuls 50% des centres disposaient d'un médecin référent.

Bien que son importance en terme de population soit grandissante, seuls 56,4% des services bénéficient d'une fiche de poste avec des missions clairement établies et ces dernières sont d'une grande variabilité entre les services. On dénombre une quinzaine de rôles et objectifs différents considérés comme principaux selon le lieu de travail. De plus, même son titre n'est pas constant, même s'il est nommé « médecin d'accueil et d'orientation » dans 58,5% des cas. Le médecin référent a déjà dans la littérature démontré son efficacité sur de nombreux éléments relevant de la problématique du flux : diminution des délais d'obtention des examens complémentaires, diminution du temps de premier contact médical ou encore diminution des durées moyennes de séjour. On peut alors se poser la question du bénéfice qui serait apporté en cas d'uniformisation des missions du médecin référent.

Notre étude a montré que ses principaux rôles étaient représentés par la gestion des avis téléphoniques avec l'extérieur (70,2% des cas), le lien avec la régulation (67,0% des cas) ou encore la réorientation des patients dès l'accueil (61,7% des cas). Ses principaux objectifs étaient la diminution des délais de prescription et d'obtention des examens complémentaires (qu'ils soient biologiques ou d'imagerie pour respectivement 44,7% et 41,5%), mais aussi et surtout la diminution du temps de premier contact médical (71,3%). Pour les services de plus de 40 000 passages annuels, outre la proportion importante du nombre de médecins référents en poste en comparaison avec les centres de plus petite taille, on relève également la présence d'un infirmier organisateur de l'accueil dans 100% de ces centres contre seulement 62,2% des plus petits.

Cet ensemble de données nous a mené à conclure que la création d'une fiche de poste dédiée aux médecins référents et commune à l'ensemble des services d'urgence français de plus de 40 000 passages annuels pourrait permettre une uniformisation des pratiques et in fine une amélioration du flux dans les centres. Le médecin référent travaillerait alors dans un espace dédié, avec un poste dédié et en collaboration avec les soignants de l'amont et de l'aval pour la fluidification du parcours de soins.

## Article scientifique

### La place du médecin référent en France à travers son titre, ses rôles et ses objectifs

#### *The importance of senior doctor triage in France across his title, its roles and its objectives*

Grégoire Charon<sup>1</sup>, Axel Benhamed MD, MSc<sup>2</sup>, Patrice Serre MD<sup>3</sup>, Laurence Arrouy MD<sup>4</sup>, Laure Abensur-Vuillaume MD, PhD<sup>5\*</sup>

1. Université de Lorraine, Nancy, France.
2. Service SAMU-Urgences, Centre Hospitalier Universitaire Édouard Herriot-Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France.
3. SAU-SAMU-SMUR, Centre Hospitalier Fleyriat, Bourg en Bresse, France & Société Française de Médecine d'Urgence, Paris, France.
4. Cheffe du département urgences et soins non programmés, Direction de la stratégie et de la transformation. APHP.
5. Département SAMU-Urgences, CHR Metz-Thionville, Metz, France.

1. [charon.gregoire51@gmail.com](mailto:charon.gregoire51@gmail.com) 2. [axel.benhamed@chu-lyon.fr](mailto:axel.benhamed@chu-lyon.fr) 3. [pserre@ch-bourg01.fr](mailto:pserre@ch-bourg01.fr) 4. [laurence.arrouy@aphp.fr](mailto:laurence.arrouy@aphp.fr) 5. [Laure.abensur-vuillaume@chr-metz-thionville.fr](mailto:Laure.abensur-vuillaume@chr-metz-thionville.fr)

\*corresponding author

## Résumé

**Objectif :** L'objectif principal de cette étude était d'effectuer un état des lieux en France sur le titre, les rôles et les objectifs du médecin référent journalier en service d'urgence.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude type enquête transversale par diffusion d'un questionnaire à travers le réseau Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU), de la société française de médecine d'urgence (SFMU) et par contact direct des services d'urgence. Les questions portaient non seulement sur les rôles et objectifs du médecin référent, mais aussi sur la description des centres, des services d'urgence et de l'équipe de triage. Le questionnaire a été créé pour l'étude avec un groupe de travail dédié.

**Résultats :** Au total 162 centres ont été inclus dans les analyses statistiques. 15 régions étaient représentées parmi les répondants. Parmi les centres inclus, 71 étaient des centres hospitaliers (régionaux) universitaires (43,83%) et 88 centres réalisaient plus de 40 000 passages annuels (54,32%). Sur l'ensemble de ces centres, 94 possédaient un médecin référent (58,0%). Ce médecin référent était appelé médecin d'accueil et d'orientation dans 55 services (58,5%). Son rôle le plus fréquent était celui de la gestion des avis téléphonique avec les particuliers et les médecins extérieurs (70,2%) et son objectif le plus fréquemment retrouvé, celui de la réduction du temps de premier contact médical (71,3%). Une fiche de poste était présente dans 53 centres possédant un médecin référent (56,4%). Dans les centres de plus de 40 000 passages annuels, le médecin référent était présent dans 67 d'entre eux (76%) contre seulement 27 centres de moins de 40 000 passages annuels (37%).

**Conclusion :** En France, le médecin référent se voit principalement attribuer le titre de « médecin d'accueil et d'orientation ». Ses rôles et ses objectifs ont pour but l'amélioration du flux en privilégiant la diminution du temps de premier contact médical. Un consensus permettant d'aboutir à une fiche de poste définie pourrait être bénéfique pour uniformiser les pratiques. D'autres mesures telles que l'augmentation du nombre de soignants en poste sont à envisager, notamment par l'intermédiaire du développement des postes d'infirmiers en pratique avancée.

**Mots clés :** services urgences / encombrement / médecin accueil / triage

## INTRODUCTION :

En France, les services d'urgence (SU) absorbent un flux de patients en constante croissance. Entre 2010 et 2019, on a constaté une augmentation de 26,3% du nombre de consultations annuelles (1). Cet afflux de patients concoure en partie à l'encombrement des SU, responsable d'un allongement des durées moyennes de séjour (DMS) avec in fine un risque de morbidité accru (5) et pouvant induire une diminution de la qualité de prise en charge (6).

Dans l'objectif d'accélérer ou fluidifier le flux de patients, certains SU ont créé des filières de prise en charge, avec par exemple la création de « circuits courts », ayant pour effet une réduction des DMS (7), ou encore des zones de transition où l'on retrouve des patients en attente de la suite de prise en charge après avoir bénéficié du premier contact médical (8). En Finlande, une organisation axée sur la réorientation des patients considérés comme non graves vers les médecins généralistes aux heures d'ouverture des cabinets a été privilégiée et n'augmenterait pas le nombre de consultations de façon significative ni la mortalité en médecine de ville (9). D'autres stratégies ont été mises en place ou sont en cours d'évaluation comme l'amélioration de la qualité de communication avec les partenaires dont dépendent les SU : les laboratoires, les radiologues ou les services d'aval (10), l'apparition de zones de triage pour les patients valides en Australie (11), mais aussi l'existence depuis quelques années de médecins postés en salle d'accueil en réponse à l'augmentation du flux (12).

Dans la majorité des pays, le premier triage effectué aux urgences est réalisé par un infirmier organisateur de l'accueil (IOA) en France ou plus communément à travers le monde d'un infirmier de tri (« *nurse triage* »). Il a pour outils des échelles standardisées : ABCDE comme en Scandinavie ou en Afrique du Sud, ETG au Canada, ESI aux Etats-Unis, ATS en Australie ou encore FRENCH en France qui se basent sur des critères objectifs (13). La présence d'un seul IOA pour absorber le flux de patients semble ne plus suffire et les problématiques actuelles tendent à implémenter un médecin dès l'accueil des urgences, que nous appellerons médecin référent (MR) (14). Cette solution a déjà été mise à l'épreuve à Singapour et a montré une réduction du temps de premier contact médical de 16 à 12 minutes en 2020 (15). Une équipe d'accueil mixte MR/infirmière de tri a montré son efficacité en Finlande sur la DMS avec une diminution de 219 à 185 minutes (16). Deux publications britanniques de 2016 et 2017 montraient les avantages du MR sur les thématiques suivantes : le temps de premier contact, la DMS et la proportion de patients partis sans attendre (17,18). Malgré les études montrant ses bénéfices, le cadre légal du MR est inexistant dans le monde contrairement à celui de l'infirmière de tri, que l'on retrouve dans de nombreuses organisations

(19). En Suède et en Finlande, le MR a pour rôle majeur la réorientation et son efficacité a été démontrée (16,20). En France, le MR était présent dans 50% des centres hospitaliers en 2019 avec pour rôles : la réorientation des patients et la réalisation de consultations courtes (21). Aux Etats-Unis, il n'existe pas de triage médical ni de soins médicaux en milieu extra hospitalier hors situations exceptionnelles pour lesquelles des « response physicians » sont envoyés sur le terrain avec pour rôle un triage médical pré hospitalier (22). Ces derniers ont un rôle semblable aux médecins urgentistes européens du service d'aide médicale urgente (SAMU) (23,24). Cette diversité d'organisation peut expliquer le manque d'uniformisation des rôles et objectifs du MR dans le monde.

Dans cette étude, nous avons souhaité observer à travers une enquête transversale les caractéristiques du MR en France où il est parfois nommé médecin d'accueil et d'orientation (MAO), mais aussi médecin accélérateur de flux ou encore MR. Devant l'absence de consensus portant même sur son titre, on peut aisément comprendre que ses rôles et objectifs soient mal définis. L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des rôles et objectifs du MR en France.

## **METHODE :**

### Design de l'étude :

Il s'agissait d'une étude type enquête transversale. Elle concernait les services d'urgence français de toutes tailles, qu'ils soient des centres pédiatriques, adultes, publiques ou privés. Les inclusions se faisaient à la date de retour d'un questionnaire envoyé par e-mail aux professionnels de santé responsables des SU. Un seul questionnaire par centre était inclus pour éviter les biais.

Le questionnaire a dans un premier temps été validé auprès des représentants de la Commission Risque Incident Sécurité Sureté Qualité (CRISSQ) de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Des modifications ont été apportées sur la formulation des questions, leur pertinence et leur enchaînement pour améliorer la fluidité. Le formulaire validé a ensuite été envoyé à des chefs de service permettant de relever une erreur dans le chainage du questionnaire. Cette erreur a été prise en compte dans l'analyse des résultats pour effacer le biais. La dernière modification a été effectuée après relecture par un membre du réseau Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) en ajoutant une question portant sur le lieu d'exercice avant la diffusion via ce réseau.

L'ensemble des questionnaires retournés a été analysé. Les questions étaient identiques mais une bifurcation était observée suite à la question portant sur le fait de la présence ou non d'un MR dans le service. Les services en disposant pouvaient ainsi apporter des formalités plus précises sur ce médecin dans leur service alors que ceux n'en disposant pas pouvaient émettre leurs souhaits ou leurs réticences sur ce poste.

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux sur les rôles et objectifs du MR dans les SU français.

### Données :

Les données enregistrées l'ont été après réception d'un questionnaire effectué sur le logiciel Google Forms. Ce questionnaire a été rédigé initialement de façon personnelle. Il a dans un second temps été adapté suite à une relecture par les représentants de la CRISSQ. Une troisième relecture a été effectuée par un représentant de la FEDORU avant d'être diffusé. Le questionnaire qui a permis de récupérer les résultats pour cette étude a été envoyé par l'intermédiaire du réseau FEDORU via un lien internet qui était le même que celui envoyé par

mail de façon individuelle après prise de contact téléphonique. Certains mails ont été adressés directement aux chefs de service, d'autres ont été relayés par les secrétariats des services.

Il n'était pas possible de faire la part entre les questionnaires retournés via le réseau FEDORU et ceux retournés après contact téléphonique. Nous ne connaissons pas le nombre de centres contactés par le réseau FEDORU. 210 questionnaires ont été adressés après démarchage téléphonique, dans 210 services d'urgence différents. Tous les services de médecine d'urgence n'ont pu être contactés et tous les services contactés n'ont pas répondu au questionnaire.

#### Analyses statistiques :

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS (version 9.4, SAS Inst., Cary, NC, USA). Le seuil de significativité était fixé à 5%. Les comparaisons ont été conduites à l'aide de tests exacts de Fischer, et une correction de Bonferonni a été appliquée pour tenir compte de la multiplicité des variables testées.

## **Résultats :**

### Inclusion

Au total, 182 questionnaires ont été retournés dont 169 entre le 7 mars 2023 et le 12 septembre 2023. 13 questionnaires ont été exclus, car la réponse a été reçue en dehors de la période d'inclusion. Parmi les 169 questionnaires reçus en période d'inclusion des résultats, 7 ont été exclus car ils correspondaient à des doublons (6 provenant de centres hospitaliers universitaires et 1 d'un centre hospitalier périphérique). 162 ont été analysés.

### Description des centres et services inclus :

Les centres inclus provenaient de 15 régions : Ile-de-France (23,5%), Normandie (14,8%), Nouvelle-Aquitaine (12,2%), Grand-Est (11,3%), Auvergne Rhône-Alpes (10,4%), Bretagne (7,0%), Occitanie (4,4%), Bourgogne Franche-Comté avec Provence Alpes-Côte D'Azur et Hauts de France respectivement 3,5%, Centre Val de Loire (2,6%), La Réunion avec la Martinique ainsi que les Pays de la Loire et la Guadeloupe respectivement à 0,9%.

Les centres répondants (CR) étaient majoritairement des centres hospitaliers (CH) : 84 réponses (51,9%). Les centres hospitaliers universitaires (CHU) étaient représentés à raison de 59 réponses (36,4%). Les autres centres comprenaient 12 centres hospitaliers régionaux ou équivalent (CHR) dans (7,4%), 4 établissements privés à but lucratif (2,7%), 2 établissements privés à but non lucratif (1,2%) et 1 établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) (0,6%). 93 réponses provenaient de SU adultes (57,4%), 57 de SU mixtes (35,2%) et 12 de SU pédiatriques (7,4%). Le flux de patients au sein de services a été divisé en deux groupes : ceux de plus de 40 000 passages annuels (PA) représentant 88 CR soit 54,3% et ceux avec un nombre inférieur au nombre de 74 soit 45,7%.

L'organisation majoritaire du circuit conventionnel des CR de plus de 40 000 PA est l'organisation en filières indépendantes qui est présente dans 82 CR (93%), un circuit est commun pour 5 CR (6%) et une réponse difficilement analysable pour 1 CR (1%). Pour les centres de moins de 40 000 PA, l'organisation en filières indépendantes représente 52 CR (69%), celle en circuit commun représente 21 CR (28%) et 1 CR a son organisation en cours de structuration (1%). Au sein du circuit dit conventionnel (sauf UHCD), 30 CR de plus de 40 000 PA disposaient de 15 à 20 box (34%), 28 disposaient de plus de 20 box (32%), 27 disposent de 10 à 15 box (31%) et 3 disposent de 5 à 10 box (3%). Parmi les CR de moins de 40 000 PA, 41

disposaient de 5 à 10 box (55%), 19 disposaient de 10 à 15 box (26%), 10 disposaient de 15 à 20 box (14%) et 4 disposaient de moins de 5 box (5%).

#### Le médecin référent :

Le MR était présent dans 94 des CR (58,0%), soit 67 CR de plus de 40 000 PA (76%), alors qu'il n'était présent que dans 27 CR de moins de 40 000 PA (37%).

#### Les caractéristiques du médecin référent

Le MR avait différentes appellations : MAO dans 55 cas soit 58,5%, MR dans 17 cas soit 18,1%, médecin coordonnateur dans 7 cas soit 7,5%, médecin gestionnaire de flux dans 4 cas soit 4,3%, médecin régulateur dans 3 cas soit 3,2%. Un autre nom lui est attribué dans 8 cas, chacun différent soit 8,5%.

Il pouvait s'agir d'un praticien hospitalier (PH) pour 92 CR soit 97,9%, d'un assistant chef de clinique pour 60 CR soit 63,8%, d'un médecin remplaçant ou intérimaire dans 15 CR soit 16,0%, d'un docteur junior dans 4 CR soit 4,3% ou d'un interne pour 1 CR soit 1,2%. Deux questionnaires étaient ininterprétables soit 2,1%.

Quel que soit le grade de MR, aucune formation spécifique n'est réalisée dans 84 établissements soit 89,4%. En revanche, un minimum d'ancienneté était nécessaire dans 51 centres soit 54,3% des cas. Ce minimum d'ancienneté est de 2 ans pour 14 centres soit 27,5%, 14 centres également avec une limite à 1 an soit 27,5%, 6 mois pour 9 centres soit 17,5%. Aucun délai n'est recommandé dans 7 centres soit 13,7%. Un autre délai (s'étalant de 1 mois à 5 ans) dans 7 centres soit 13,7%.

#### Design et ergonomie du poste

Le MR ne disposait d'un local dédié que dans 37 CR (39,4%), soit 28 des CR de plus de 40 000 PA (44%) contre seulement 9 des CR de moins de 40 000 PA (38%). Son poste quant à lui n'était un poste dédié de façon constante que dans 26 CR (27,7%). Dans les SU de plus de 40 000 PA, son poste était dédié dans 21 CR (31%), uniquement la journée dans 28 CR (42%) et ne lui était pas dédié dans 18 CR (27%). Pour les SU de moins de 40 000 PA, le poste était dédié dans 5 d'entre eux (19%), le jour uniquement pour 9 d'entre eux (33%) et non dédié pour 13 (48%). Le MR était en poste 7 jours /7 et 24/24h pour 24 CR de plus de 40 000 PA (36%) contre 8 CR de moins de 40 000 PA (30%). Il travaillait en horaires de jour 7/7 jours pour 20 CR de plus de 40 000 PA (29%) contre 4 CR des moins de 40 000 PA (15%) et était posté en

horaires de jour la semaine uniquement pour 23 CR de grande taille (34%) contre 15 CR de petite (56%).

Lorsque ce poste n'était pas dédié, le MR pouvait remplir les rôles suivants : circuit court pour 31 CR (45,6%), circuit long pour 21 CR (30,9%), déchoquage pour 18 CR soit 26,5%, un autre poste (filiale psychiatrique, aide selon secteur le plus touché par le flux, transmissions) pour 9 CR (13,2%), l'UHCD pour 8 CR (11,8%), le SMUR pour 5 SU (7,4%).

Il existait trois plages horaires pour le MR : 7/7 jours et 24/24h pour 33 CR soit 35,1%, 7/7 jours uniquement en journée pour 23 CR (24,5%) et en journée la semaine uniquement pour 38 CR (40,4%). Si les services se trouvaient en période de sous-effectif médical, le poste était tout de même maintenu dans 61 cas (64,7%). Une fiche de poste était présente dans 53 CR (56,4%).

### Rôles du médecin référent

Les différents rôles du MR ont été divisés en deux catégories : les rôles attitrés (table 1) et les rôles régulièrement effectués (table 2).

Rôles attitrés du Médecin référent	Nombres de CR	%	>40 000 passages (%)	<40 000 passages (%)
Gestion des avis téléphoniques avec les particuliers ou médecins extérieurs	66	70.2	73	63
Lien avec la régulation	63	67	73	52
Réorientation des patients dès l'accueil	58	61.7	64	56
Gestion des certificats médicaux et réquisitions	53	56.4	58	52
Consultations courtes en box d'accueil	41	43.6	45	41
Gestion des avis intra hospitaliers de médecine d'urgence	34	36.2	39	30
Modification de l'organisation du service selon le flux	33	35.1	40	22
Répartition des tâches à la prise de poste	16	17	19	11
Prise d'avis spécialisé	13	13.8	15	11
Gestion de la filière psychiatrique	13	13.8	16	7
Formation des internes	11	11.7	13	7
Intervention prioritaire dans les étages aux heures de garde	9	9.6	9	11
Responsabilité de l'UHCD	6	6.4	6	7
Départs SMUR intra hospitaliers	5	5,3	3	11
Départs SMUR extra hospitaliers	4	4.3	3	7
Recherche de lits d'aval	1	1.1	1	0

Table 1. Rôles attitrés du médecin référent

Rôles régulièrement effectués par le Médecin référent	Nombres de CR	%	>40 000 passages (%)	<40 000 passages (%)
Prise d'avis spécialisé	41	43.6	45	41
Gestion de la filière psychiatrique	39	41.5	39	44
Formation des internes	29	30.9	28	37
Réorientation des patients dès l'accueil	28	29.8	27	37
Consultations courtes en box d'accueil	26	27.7	27	30
Modification de l'organisation du service selon le flux	23	24.5	19	37
Gestion des certificats médicaux et réquisitions	21	22.3	18	33
Gestion des avis téléphoniques avec les particuliers ou médecins extérieurs	20	21.3	18	30
Gestion des avis intra hospitaliers	20	21.3	19	26
Liens avec la régulation	16	17	12	30
Répartition des tâches à la prise de poste	15	16	15	19
Recherche de lits d'aval	13	13.8	15	11
Responsabilité de l'UHCD	6	6.4	3	15
Départs SMUR intra hospitaliers	5	5.3	4	7
Départs SMUR extra hospitaliers	5	5.3	6	4
Intervention prioritaire dans les étages aux heures de garde	3	3.2	1	7

Table 2 : Rôles régulièrement effectués par le médecin référent

Parmi les autres rôles évoqués en texte libre on citera : la validation des résultats de biologie, la lecture de l'ensemble des ECG réalisés en box d'accueil, l'animation des staffs, la possibilité de doublure SMUR, la gestion des événements indésirables, la responsabilité de la filière thrombolyse, la réalisation de prescriptions anticipées, la gestion et l'accélération du flux.

#### Objectifs du médecin référent

Les différents objectifs du MR ont été divisés en deux catégories : les objectifs principaux (table 1) et les objectifs secondaires (table 2).

Objectifs principaux du Médecin référent	Nombres de CR	%	>40 000 passages (%)	<40 000 passages (%)
Diminution du temps de premier contact médical	67	71,3	70	74
Diminution des délais de prescription/obtention des biologiques	42	44,7	49	33
Amélioration de la communication entre équipe médicale et paramédicale	42	44,7	42	52
Diminution des délais de prescription/obtention des imageries	39	41,5	42	41
Veille aux bonnes pratiques et respect des protocoles	35	37,2	42	26
Recherche d'une meilleure adhésion des patients	31	33	34	30
Lien avec la hiérarchie	26	27,7	31	19
Lien avec les familles	24	25,5	28	19
Soutien au bed manager	15	16	19	7
Formation du personnel	14	14,9	18	7

Table 1 : Objectifs principaux du médecin référent

Objectifs secondaires du Médecin référent	Nombres de CR	%	>40 000 passages (%)	<40 000 passages (%)
Lien avec les familles	34	36,2	34	41
Lien avec la hiérarchie	31	33	34	37
Formation du personnel	31	33	28	44
Diminution des délais de prescription/obtention des imageries	29	30,9	33	26
Recherche d'une meilleure adhésion des patients	29	30,9	31	33
Veille aux bonnes pratiques et respect des protocoles	29	30,9	28	44
Amélioration de la communication entre équipe médicale et paramédicale	27	28,7	30	26
Soutien au bed manager	25	26,6	27	26
Diminution des délais de prescription/obtention des biologiques	24	25,5	19	41
Diminution du temps de premier contact médical	13	13,8	16	7

Table 2 : Objectifs secondaires du médecin référent

Parmi les autres objectifs évoqués : celui qui revient le plus est l'accélération/gestion du flux, puis la diminution de la durée moyenne de séjour, puis la priorisation des patients relevant du déchoquage ou de la filière thrombolyse. On relève également la réorientation des patients (même si déjà évoquée dans les rôles du MR) et le travail en partenariat avec la ville pour éviter le recours abusif aux urgences.

### Services ne disposant pas de médecin référent

La raison principale de l'absence de MR dans les CR était le manque d'effectif pour 51 (50,5%). Les autres raisons étaient l'absence de nécessité d'un MR pour 20 CR (19,8%) et la mauvaise connaissance du poste pour 16 (15,8%). A la question sur un possible détachement de l'un des médecins pour remplir ce rôle en cas de majoration importante ponctuelle du flux, 50 (49,5%) centres ont répondu oui et 51 non (50,5%). Parmi les SU ne disposant pas de MR, 29 CR (67%) de plus de 40 000 PA soutiendraient la création de ce poste et 29 CR (67%) de moins de 40 000 PA le soutiendraient également.

Les raisons de l'absence de MR dans les centres de plus de 40 000 PA étaient : le manque d'effectifs pour 23 CR (26%), la non nécessité et le manque de connaissance du poste pour 4 CR (5%). Dans les centres de moins de 40 000 PA, les répondants ont rapporté : le manque d'effectifs pour 28 CR (38%), la non nécessité pour 17 CR (23%) et enfin, le manque de connaissance du poste dans 19%. Dans les SU de plus de 40 000 PA, 62 CR ont déclaré que la création de ce poste serait complémentaire aux mesures déjà mises en œuvre pour l'amélioration du flux (70%) et 53 CR

de moins de 40 000 PA ont partagé cet avis (72%). En revanche, à la question sur la création du poste si le financement de ce dernier était possible, 88 CR (87,1%) ont répondu oui et seulement 13 non (12,9%).

Enfin, à propos des horaires potentiellement souhaités par les services, trois horaires de début de poste et trois de fin de poste se sont détachés : pour la prise de poste, on a retrouvé une préférence 14 fois pour 8h00 (18,2%), 13 fois pour 9h00 (16,9%) et 13 fois également pour 10h00 (16,9%). 37 réponses ont été données pour d'autres horaires, moins importants en terme quantitatif. Pour la fin de poste, il a été noté une préférence à 16 reprises pour 20h00 (22,9%), 15 pour minuit (21,4%) et 14 pour 22h00 (20,0%).

## Discussion

Notre étude a montré un nombre croissant de SU disposant d'un MR en France marquant une tendance positive de la création de ce poste sur les dernières années. Nous avons pu montrer que 58% des centres inclus possédaient un MR attitré en début de poste, ce qui est supérieur aux 12% de 2013 et aux 50% retrouvés dans un état des lieux réalisé en 2019 (21). En revanche, il semble exister une variabilité très importante sur ses tenants et aboutissants en fonction des centres. Ce manque d'uniformité fait remettre en question la possibilité d'une définition commune en l'absence d'un consensus. Nous mettons également en évidence des similitudes dans le fonctionnement des SU français de l'ensemble du territoire. On note que la plupart des centres possédant déjà un MR sont majoritairement ceux absorbant un flux important. En effet, 76% des CR de plus de 40 000 PA possédait un MR attitré en début de poste contre seulement 36% des autres centres. Pour les centres de moins de 40 000 PA, lorsque le MR est absent, c'est principalement par manque d'effectif médical (dans 37,8%) ou mauvaise connaissance du poste (18,9%) et non par absence de nécessité (23,0%). En revanche, cette absence de nécessité est logiquement plus importante dans les centres de moins de 40 000 PA (23,0%) que dans les centres de plus de 40 000 PA (4,6%). En effet, un SU avec moins de PA n'a pas nécessairement l'intérêt d'accélérer son flux puisqu'il ne se retrouve pas en situation de surcharge. Dans les SU disposant d'un MR défini en début de poste, ce dernier se voit attribuer divers rôles et objectifs selon les centres et le manque d'homogénéité est parlant puisqu'on dénombre 7 rôles et 6 objectifs différents considérés comme majeurs (plus de 30% de réponses positives des CR) dans les centres en question. Les principaux rôles étant : la gestion des avis téléphoniques avec les particuliers ou médecins extérieurs dans 70,2% des CR, le lien avec la régulation médicale dans 67,0% des CR et la réorientation des patients pour 61,7%. Les principaux objectifs étaient : la diminution du temps de premier contact médical dans 71,3% des CR, la diminution des délais de prescription/obtention des examens de biologie ainsi que l'amélioration de la communication entre personnel médical et paramédical dans 44,7% et la diminution des délais relatifs aux examens d'imagerie pour 41,5%. On remarque également la multiplicité de ses noms avec pas moins de 10 appellations différentes même si le titre de « médecin d'accueil et d'orientation » ressort dans 58,5% des centres interrogés.

Il serait pertinent d'aboutir à un consensus sur la présence et les missions du MR en France. La majorité des centres de taille importante dispose déjà d'un MR. Ce consensus pourrait alors s'appliquer aux SU de plus de 40 000 PA uniquement ou être scindé en deux catégories distinctes (centres de plus de 40 000 PA et centres de moins de 40 000 PA) pour

adapter les rôles et objectifs du MR. Il permettrait d'obtenir que l'ensemble des SU de France dispose d'un MR attiré avec une fiche de poste uniformisée, alors qu'aujourd'hui, les fiches de postes existantes (présentes dans seulement 56,4%) divergent en de nombreux points. Plusieurs études bien conduites ont montré les bénéfices du MR pour l'accélération du flux. Ses avantages portaient sur la diminution des temps de premier contact médical, des délais d'exams, des délais d'avis spécialisés et des DMS (18,25). La création d'un consensus établi à partir d'éléments prouvant la pertinence du poste de MR permettrait au MR d'améliorer ses performances en lui dédiant un espace de travail et un poste à part entière. Une appellation unique pourra être utilisée en fonction des rôles et objectifs définis. Pour rappel, seuls 39,4% des MR ont un box de consultation qui leur est dédié et seulement 27,7% un poste dédié, ce nombre montant à 39,4% en poste de jour. L'uniformisation du poste de MR permettrait alors d'améliorer le flux par réduction des délais précédemment évoqués.

La problématique du flux n'est pas spécifique à la France et se retrouve dans toute l'Europe (4). En Angleterre, en Suisse et en Scandinavie, les SU utilisent de plus en plus le MR en réponse à l'augmentation du flux (26). La question de l'élargissement du consensus au niveau européen ne semble pas irréaliste. Des protocoles communs aux pays européens existent déjà comme pour le numéro d'urgence 112. Il est utilisé en Europe mais aussi en Afrique du Sud (27). Ce cas pourrait être pris en exemple en montrant qu'une base solide permet d'étendre les recommandations y compris à une autre échelle que celle initialement prévue. Toutefois, d'autres solutions pour lutter contre le flux existent. *Maninchedda et al.* ont résumé ces possibilités en 5 catégories: « organisation du travail, investissement dans les soins primaires, création de nouvelles figures professionnelles dédiées, modifications du travail et des structures et mise en œuvre de modèles de simulation prédictifs utilisant des algorithmes mathématiques » (19). Pour l'organisation du travail, des essais sur le e-triage avec l'utilisation de bornes pour les patients non graves sont réalisés dans les pays du Commonwealth. Les premiers résultats ont toutefois montré que le e-triage engendrerait un sur-triage (28). D'autre part, une collaboration plus étroite avec les professionnels de santé de soins primaires est à ce jour nécessaire. Au Danemark, on estime à 87% la part des soins assurés par les médecins généralistes, qui doivent obligatoirement être consultés avant la venue aux urgences (29). La possibilité de réaliser des consultations par les médecins généralistes ou infirmières en pratique avancées en milieu intra ou extra hospitalier, avec disponibilités aux heures de garde permettrait une réduction de la part des soins primaires aux urgences (30,31). Concernant les modifications de structure et dans la façon de travailler, une méta analyse de *Yarmohammadian et al.* a conclu

que le flux pourrait être réduit en organisant des staffs avec les responsables des autres spécialités, visant à aboutir à des protocoles inter services pour réduire les délais d'attente d'examens ou d'hospitalisation (10). L'augmentation du nombre de médecins présents dans le service est une solution pour prendre en charge l'afflux de patients (32). Or, *Haakenstad et al.* en 2022 ont estimé à 19,4% le manque de médecins dans le monde, avec une carence plus marquée pour les pays en voie de développement (33). Ce problème quantitatif est important et *Ahmed et al.* de 2020 ont estimé à 122 000, le manque de médecins à prévoir en 2032 (34). Enfin, l'importance de la création d'un modèle mathématique prédictif du flux a aussi été évoquée mais exceptés les score NEDOCS et EDWIN (35), aucun autre score n'a été retenu.

Notre étude comporte un certain nombre de limites. Premièrement, bien que nous disposions de réponses provenant de l'ensemble du territoire métropolitain comme d'outre-mer, notre taux de réponses n'a pu être calculé comme nous ne connaissions pas le nombre de centres contactés par le réseau FEDORU. Cependant nous avons analysé 162 questionnaires de 162 SU français et il y en a 623 sur le territoire. Nous avons donc pu analyser les réponses de 26% des SU français. De plus, aucune analyse statistique n'a été réalisée région par région alors que nous avons vu précédemment l'importance d'accorder une attention particulière aux caractéristiques démographiques locales (36). Deuxièmement, la question des coûts engendrés par la mise en place d'un MR n'a pas été abordée en profondeur même si 88,1% des CR ne disposant pas de MR soutiendraient la création du poste en cas de possibilité de financement. En revanche, à la question sur les raisons de l'absence de MR dans les SU n'en disposant pas, un seul CR a évoqué un « gâchis des ressources ». Les études réalisées jusqu'alors ne disposaient que de peu d'arguments sur l'évaluation des coûts (17,32), mais en 2016, une étude prospective était encourageante en cas de flux important (37). Enfin, malgré la présence d'items définissant l'accélération du flux dans les questions à propos des rôles et objectifs du MR, aucune proposition clairement formulée sur l'objectif de diminution du flux en tant que telle n'a été formulée. On notera tout de même la présence de réponses exprimant la gestion et l'accélération du flux aux questions à propos des rôles et objectifs du MR notifiées dans les textes libres.

## **Conclusion**

L'augmentation du flux dans les SU force ces derniers à s'adapter. Les SU et en particulier, ceux de plus de 40 000 PA, sont de plus en plus nombreux à recourir à la création de postes de MR. Cependant son titre, ses rôles et ses objectifs sont variés et propres à chaque centre. La présence du MR dans les SU ayant déjà montré son efficacité pour l'amélioration du flux, la question d'une uniformisation sur le territoire à travers la création d'une fiche de poste commune doit être réfléchi. Celle-ci permettrait d'obtenir un poste dédié à l'accueil qui viserait à améliorer le flux par une meilleure répartition des tâches. Le MR se verrait attribuer les rôles et objectifs dédiés à l'accueil et travaillerait en collaboration avec les membres du personnel soignant responsables de l'amont et de l'aval. Toutefois, des études complémentaires restent nécessaires et notamment sur la possibilité de création du poste en fonction des coûts.

## **References :**

1. Chiffres Clés Urgences - 2021 [Internet]. [cité 2 août 2022]. Disponible sur: <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2021/>
2. NDRS [Internet]. [cité 4 janv 2023]. Hospital Accident & Emergency Activity 2021-22. Disponible sur: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-accident--emergency-activity/2021-22>
3. Health, United States 2020–2021. 1997;
4. Revue E. Overcrowding in Europe. In 2013.
5. Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, et al. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg Med J*. 1 mars 2022;39(3):168-73.
6. Hwang U, Richardson L, Livote E, Harris B, Spencer N, Morrison RS. Emergency Department Crowding and Decreased Quality of Pain Care. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. déc 2008;15(12):1248-55.
7. Saidi K, Paquet AL, Goulet H, Ameur F, Bouhaddou A, Nion N, et al. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 1 déc 2015;5(6):283-9.
8. Nasr Isfahani M, Davari F, Azizkhani R, Rezvani M. Decreased Emergency Department Overcrowding by Discharge Lounge: A Computer Simulation Study. *Int J Prev Med*. 17 févr 2020;11:13.
9. Lieder-Kaupilla M, Heikkinen AM, Rahkonen O, Lehto M, Mustonen K, Raina M, et al. Development of the use of primary health care emergency departments after interventions aimed at decreasing overcrowding: a longitudinal follow-up study. *BMC Emerg Med*. 14 juin 2022;22:108.
10. Yarmohammadian MH, Rezaei F, Haghshenas A, Tavakoli N. Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. *J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci*. 16 févr 2017;22:23.
11. Joseph MJ, Summerscales M, Yogesan S, Bell A, Genevieve M, Kanagasingam Y. The use of kiosks to improve triage efficiency in the emergency department. *NPJ Digit Med*. 3 févr 2023;6:19.
12. Andrews SL, Lewena S, Cheek JA. Rapid Assessment, Planning, Investigations and Discharge: Piloting the introduction of a senior doctor at triage model in an Australian paediatric emergency department. *Emerg Med Australas EMA*. févr 2020;32(1):112-6.
13. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, et al. Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 30 juin 2011;19:42.
14. Abdulwahid MA, Turner J, Mason SM. Senior doctor triage (SDT), a qualitative study of clinicians' views on senior doctors' involvement in triage and early assessment of emergency patients. *Emerg Med J EMJ*. juill 2018;35(7):440-6.
15. Shen Y, Lee LH. Improving the wait time to triage at the emergency department. *BMJ Open Qual*. févr 2020;9(1):e000708.

16. Burström L, Engström ML, Castrén M, Wiklund T, Enlund M. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Ups J Med Sci.* mars 2016;121(1):38-44.
17. Abdulwahid MA, Booth A, Kuczawski M, Mason SM. The impact of senior doctor assessment at triage on emergency department performance measures: systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Emerg Med J EMJ.* juill 2016;33(7):504-13.
18. Thèse Dr ABDULWAHID [Internet]. [cité 26 juin 2023]. Disponible sur: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Ftheses.whiterose.ac.uk%2F20166%2F1%2FThesis%2520SDT.docx&wdOrigin=BROWSELINK>
19. Maninchedda M, Proia AS, Bianco L, Aromatario M, Orsi GB, Napoli C. Main Features and Control Strategies to Reduce Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review of the Literature. *Risk Manag Healthc Policy.* 21 févr 2023;16:255-66.
20. Kantonen J, Menezes R, Heinänen T, Mattila J, Mattila KJ, Kauppila T. Impact of the ABCDE triage in primary care emergency department on the number of patient visits to different parts of the health care system in Espoo City. *BMC Emerg Med.* 4 janv 2012;12:2.
21. 2019\_Medecine\_DesfougeresJeanBaptiste.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: [http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2019\\_Medecine\\_DesfougeresJeanBaptiste.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2019_Medecine_DesfougeresJeanBaptiste.pdf)
22. Cook L. The World Trade Center Attack: The paramedic response: an insider's view. *Crit Care.* 2001;5(6):301-3.
23. Carli P. Évolution de la réponse médicale aux catastrophes et aux attentats terroristes. *Bull Académie Natl Médecine.* mars 2018;202(3-4):663-77.
24. Fishman D, Ribordy V, Savary G. Le tri primaire ou pré-triage en cas d'accident majeur ou de catastrophe. *Rev Med Suisse.* 15 août 2002;2401:1430-4.
25. Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, Schull M, Holroyd B, Bullard M, et al. The Role of Triage Liaison Physicians on Mitigating Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review. *Acad Emerg Med.* 2011;18(2):111-20.
26. Oliveira MM, Marti C, Ramlawi M, Sarasin FP, Groscurin O, Poletti PA, et al. Impact of a patient-flow physician coordinator on waiting times and length of stay in an emergency department: A before-after cohort study. *PLOS ONE.* 14 déc 2018;13(12):e0209035.
27. 112 emergency [Internet]. [cité 3 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.112emergency.eu/fr>
28. Dickson SJ, Dewar C, Richardson A, Hunter A, Searle S, Hodgson LE. Agreement and validity of electronic patient self-triage (eTriage) with nurse triage in two UK emergency departments: a retrospective study. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med.* 1 févr 2022;29(1):49-55.
29. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/le-systeme-de-sante-danois-un-exemple-pour-la-france-/new\\_id/61757](https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/le-systeme-de-sante-danois-un-exemple-pour-la-france-/new_id/61757)
30. Jeyaraman MM, Copstein L, Al-Yousif N, Alder RN, Kirkland SW, Al-Yousif Y, et al. Interventions and strategies involving primary healthcare professionals to manage emergency department overcrowding: a scoping review. *BMJ Open.* 10 mai 2021;11(5):e048613.

31. Barratt J, Thomas N. Nurse practitioner consultations in primary health care: an observational interaction analysis of social interactions and consultation outcomes. *Prim Health Care Res Dev*. 6 juill 2018;20:e37.
32. Amorim FF, Almeida KJQ de, Barbalho SCM, Balieiro V de AT, Machado Neto A, Dias G de F, et al. Reducing overcrowding in an emergency department: a pilot study. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. déc 2019;65(12):1476-81.
33. Haakenstad A, Irvine CMS, Knight M, Bintz C, Aravkin AY, Zheng P, et al. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 4 juin 2022;399(10341):2129-54.
34. Ahmed H, Carmody JB. On the Looming Physician Shortage and Strategic Expansion of Graduate Medical Education. *Cureus*. 12(7):e9216.
35. Weiss SJ, Ernst AA, Nick TG. Comparison of the National Emergency Department Overcrowding Scale and the Emergency Department Work Index for quantifying emergency department crowding. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. mai 2006;13(5):513-8.
36. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*. 30 août 2018;13(8):e0203316.
37. Cheng I, Castren M, Kiss A, Zwarenstein M, Brommels M, Mittmann N. Cost-effectiveness of a physician-nurse supplementary triage assessment team at an academic tertiary care emergency department. *CJEM*. mai 2016;18(3):191-204.

## Discussion générale

### Les problématiques de flux : causes et conséquences

L'augmentation du nombre de passages annuels au sein des SU en France semble aujourd'hui acquise. En 2021 on recensait 20,4 millions de passages avec une tendance à l'augmentation après deux années de diminution corrélées à la pandémie de SarS-CoV-2. Une enquête de la DREES menée en date du 13 juin 2023 sera publiée au deuxième trimestre de l'année 2024 et aura pour objectif de rendre publique les nouvelles données sur les SU. Mais elle comportera également un volet « patients » sur les raisons de consultations aux urgences (48).

Cette augmentation du flux a notamment pour conséquence un surpeuplement des SU ayant lui-même des effets néfastes. Le surpeuplement engendre de manière globale un allongement des DMS responsable d'un risque de mortalité accru (4,49). Une étude française menée par *BOULAIN et al.* en 2019 sur une cohorte monocentrique de grande taille montrait que « les patients dont le temps d'attente aux urgences était supérieur à 4 heures avant d'être transférés dans un lit d'hospitalisation présentaient un risque accru de décès à l'hôpital » (7). En sus, le nombre de patients partis sans attendre des SU, c'est-à-dire n'ayant pas bénéficié d'une évaluation médicale pourrait également être en lien avec cette augmentation de flux. Cette population est estimée à 2% en France en 2021 ; et les conséquences de l'absence de consultation sont difficilement évaluables (50).

Le risque accru de mortalité dû au surpeuplement est causé par différents facteurs et acteurs. Du côté médical, on retrouve un taux d'erreurs de prescriptions accru en contexte d'augmentation de flux dans un même service (51), ou encore des erreurs dans le diagnostic de la pathologie ayant amené le patient à consulter (52). La qualité des soins, en dehors des erreurs médicales est aussi impactée, par exemple avec une moins bonne gestion de la prise en charge de la douleur en contexte de surpeuplement (53). Du côté paramédical, *HAUSSERHOFER et al.* ont montré en 2021 un pourcentage d'erreurs de 16,3% dans le triage infirmier, portant majoritairement sur le sur-triage des personnes âgées présentant des comorbidités (54). Les personnes âgées définies en France par un âge supérieur à 75 ans sont particulièrement touchées par ces erreurs et ont également un rôle dans le surpeuplement des SU. Ceci s'explique premièrement par le vieillissement de la population générale dont l'âge moyen est passé de 40,6 ans à 42,4 ans entre 2013 et 2023 (55). Ainsi les plus de 75 ans, qui représentent 14% des patients en 2021 et 2022 selon la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) (2,56) voient leur taux stable mais un nombre de passages annuels qui grandit mis

en relief avec l'augmentation globale du nombre de patients. Or, dans ces rapports, il est montré que les patients de plus de 75 ans restent plus longtemps aux urgences. Seuls 32% d'entre eux ont une DMS inférieure à 4h contre 60% pour les majeurs de moins de 75 ans. De plus, 49% des plus de 75 ans étaient hospitalisés dans les suites de leur passage dans les SU contre seulement 16% pour les moins de 75 ans en 2022. Dans une autre étude menée par *ACKROYD-STOLARZ et al.* en 2011, la présence d'effets indésirables chez les patients de plus de 65 ans était associée à l'allongement des DMS. Ce risque était majoré de 3% par heure (57). Nous avons par conséquent, des patients plus âgés en nombre plus important, pour lesquels plus de lits d'hospitalisation seront nécessaires. De plus, ils présentent un risque de sur-triage initial allongeant leur DMS, entraînant un risque d'évènements indésirables accru qui lui-même allonge la DMS. Ce cercle vicieux abouti à l'encombrement des SU.

Outre les caractéristiques démographiques, d'autres facteurs sont impactés par l'augmentation du flux. Les patients ayant un temps d'attente avant premier contact médical plus important, se voient prescrire leurs examens plus tardivement. C'est le cas pour les examens de biologie, comme pour les examens d'imagerie. Ces délais étant allongés, le temps entre l'arrivée au sein des SU et les délais d'obtention des résultats des examens l'est également (15). Les délais dans les demandes d'avis spécialisés sont également allongés sur ce même principe (16). Cependant une étude réalisée par *MOMENI et al.* en 2017 montrait que dans le cas des accidents vasculaires cérébraux, la présence d'une surcharge dans les SU n'était pas associée de façon significative à l'allongement des délais de prise en charge. Cela malgré un temps de première évaluation par un neurologue estimé à 138 minutes (58).

Enfin, il existe également un défaut de lits d'aval dans les hôpitaux. Une diminution de 81 000 lits d'hospitalisation a été enregistrée sur le territoire entre 2003 et 2013 (18). Cette tendance est expliquée par la fermeture des lits faute de personnel et devant une prédilection pour les prises en charge ambulatoires. La carence de lits d'aval est de plus en plus importante et est en inadéquation avec le nombre de patients nécessitant une hospitalisation d'où la stagnation dans les SU.

### ***Des solutions envisageables***

Face à cet ensemble de problématiques, des solutions sont déjà en application de façon pérennes en France. On peut notamment relever la création des salles d'accueil avec présence de l'IOA 24h/24h selon les derniers critères de qualité de 2023 (38). Ce critère n'est pas toujours respecté d'après les résultats de l'étude (étude ici menée sur les SU français entre mars et septembre

2023) avec la présence d'une IOA à toute heure de la journée que dans 82,72% des SU. Même s'il est à noter que pour les centres de plus de 40 000 passages annuels, l'IOA est présente 24/24h et 7/7 jours dans 100% des SU répondeurs. La création des échelles de triage et leur application a également permis une uniformisation des pratiques en donnant une estimation du temps maximal sous lequel le patient doit bénéficier d'une évaluation médicale. En France, deux échelles sont grandement majoritaires : la FRENCH et la CIMU (respectivement 47,53% et 38,89% selon notre étude) dont les critères sont principalement objectifs (59). En 2018, *TABOULET et al.* ont publié une étude portant sur la modification de l'échelle FRENCH permettant d'incorporer l'existence de comorbidités au profil des patients (60).

L'application de ces nouvelles mesures semble toutefois insuffisante pour lutter à elles seules contre l'augmentation du flux. *MANINCHEDDA et al.* ont résumé les avancées possibles pour l'amélioration du flux en cinq catégories : « organisation du travail, investissement dans les soins primaires, création de nouvelles figures professionnelles dédiées, modifications du travail et des structures et mise en œuvre de modèles de simulation prédictive à l'aide d'algorithmes mathématiques » (61).

### **Organisation du travail**

A ce jour, le triage est effectué en salle d'accueil par les IOA. Ce système pourrait être amené à évoluer puisqu'avec l'apparition du poste de MR, il y a de plus en plus d'équipes de triage, dès l'accueil composées d'un couple IOA/MR (38,89% selon notre étude). Cette méthode a montré ses bénéfices sur la diminution des DMS, du temps de premier contact médical et sur le pourcentage de patients partis sans attendre (30,62). Autre possibilité envisagée, le e-triage pour les patients non graves dans les pays du Commonwealth. Cette méthode consiste à mettre en place dans les salles d'attente des SU un kiosk en libre accès avec un formulaire d'entrée reprenant l'identité du patient requérant ainsi que son motif de venue. Une application pour les patients valides dans le but de libérer du temps pour les IOA avec les patients considérés plus lourds. Toutefois, les premiers résultats montrent que le e-triage engendrerait un sur-triage (63).

Les solutions ne sont pas uniquement portées sur le triage. Dans une méta analyse réalisée par *YARMOHAMMADIAN et al.*, l'équipe concluait que le flux pourrait être réduit en organisant des staffs avec les responsables des autres spécialités (64). L'objectif est de créer des protocoles à propos des critères d'admission aux urgences avec les médecins généralistes, de la réduction des délais d'obtention d'examen complémentaires avec les biologistes et les radiologues, ou encore de trouver des solutions pour les patients en attente d'hospitalisation

avec les médecins d'autres spécialités, principaux facteurs d'allongement des DMS (15). *HUANG et al.* ont montré qu'après l'intervention d'un protocole visant à réserver deux lits aux urgences uniquement pour les patients traumatisés et en informant les chirurgiens orthopédiques de l'arrivée de l'ensemble de ces patients, on obtenait une réduction de la DMS de 389 minutes à 224 minutes (65).

### **Investissement dans les soins primaires**

Outre les solutions organisationnelles, les solutions humaines en termes quantitatifs et qualitatifs sont remises en question. L'augmentation du nombre de médecins présents en même temps dans le service pourrait être une solution pour prendre en charge l'afflux de patients (66). Toutefois, nous faisons face à un défi en matière de recrutement médical, dont l'origine est multifactorielle. Pour pallier à ce manque de médecins, une collaboration avec les professionnels de santé de soins primaires pourrait être pertinente. Elle permettrait à ces derniers de réaliser des consultations en milieu intra ou extra hospitalier, y compris aux heures de fermeture des cabinets libéraux induisant une réduction de la part des soins primaires aux urgences (67). Au Danemark, on estime à 87% la part des soins assurés par les médecins généralistes, qui doivent obligatoirement être consultés avant la venue aux urgences (68). En sus, la présence du dossier médical partagé aide à l'abstention d'orientation vers les urgences (69). Enfin, le développement du rôle des infirmières en pratique avancée pourra sans doute dans un futur proche apporter une gamme supplémentaire de soins primaires (70) ou encore de réaliser des prescriptions directement au sein des SU (71). Ces nouveaux métiers demandent encore à être pleinement intégrés et acceptés.

### **Modification du travail et des structures**

Des modifications portant sur l'environnement de travail et la manière de travailler pourraient améliorer les DMS sans augmenter le personnel soignant. L'agrandissement des SU par l'intermédiaire de zones transitoires pour les patients en attente d'hospitalisation ou de résultats d'examen est une solution déjà mise en place dans certains SU et permet de prendre en charge simultanément un plus grand nombre de patients à la fois réduisant les DMS (22,72).

Une meilleure qualité de prescription des examens en rapport avec l'application des recommandations pourrait être bénéfique (15). Une étude publiée en 2017 par *MARJANOVIC et al.* retrouvait que dans 47% des cas étudiés, les prescriptions (en l'occurrence de biologies) n'étaient pas conformes aux recommandations et avaient induit à elles seules un allongement

des DMS moyen de 140 minutes (73). Lorsque les examens sont nécessaires, la biologie délocalisée pourrait également amener une fluidité plus importante (32).

Enfin, une prescription des examens plus précoce, dès l'accueil permettrait de fait une obtention plus précoce des résultats. Ces prescriptions peuvent être réalisées par un médecin dans son rôle de MR, et dont les résultats bénéfiques ont été montrés sur la réduction des DMS et la réduction du nombre de patients partis sans attendre (74). Mais certains examens comme les radiographies pour les patients traumatisés pourraient-être prescrits également par les IOA permettant l'accélération du flux, comme en Australie (75). Certains SU se sont dotés de protocoles de coopération pour permettre à l'IOA d'effectuer les premiers examens nécessaires (25,93% des SU selon notre étude).

### **Mise en œuvre de simulations prédictives**

L'importance de la création d'un modèle mathématique prédictif du flux a aussi été évoqué mais exceptés les score NEDOCS et EDWIN (76), aucun autre score n'a été retenu. On peut aussi relever l'absence dans ces scores d'item portant sur l'âge des patients ou la prise en compte des caractéristiques démographiques locales (26). Ces scores sont inversement corrélés à la satisfaction des patients (77).

Pour tenter d'être complémentaire ou même de suppléer ces scores, les SU se tournent de plus en plus vers l'intelligence artificielle. Une fois le logiciel développé il permettrait une utilisation quotidienne avec pour but d'améliorer les prises en charges diagnostiques et thérapeutiques des patients par l'intermédiaire d'une base de données préalablement constituée et évolutive. Une étude française de *ARNAUD et al.* a évoqué ses avantages : « reproductibilité, rapidité », mais aussi ses risques : « erreur, perte d'esprit critique » et la nécessité d'une surveillance ou contrôle humain des résultats qu'elle pourrait fournir (78).

### **Création de nouvelles figures professionnelles dédiées**

L'IOA est aujourd'hui bien ancrée dans les pratiques courantes avec une présence jugée de façon positive par les patients (79). Depuis quelques années, les infirmiers se voient également attribuer de nouvelles fonctions attendant à l'orientation des patients. Les infirmiers de flux ou infirmier coordinateurs ont pour rôle de trouver des lits d'aval adaptés pour les patients devant bénéficier d'une hospitalisation. Selon cette étude, seuls 22,8% des SU disposent d'un poste à part entière. Un poste présent à Bordeaux et qui avait été bien reçu par les membres de l'équipe soignante lors d'une étude en 2013 (80). La création de ce poste a permis aux médecins de se

concentrer sur les pathologies des patients sans être focalisé sur son devenir, recentrant ainsi la prise en charge sur le patient et ses besoins.

Malgré la création de ces postes, l'augmentation du flux perturbe toujours l'organisation des SU et les médecins aussi sont impliqués dans de nouvelles fonctions. Ainsi le développement des médecins référents en France prend de l'ampleur. Il est aujourd'hui présent dans 58% des SU. Il joue un rôle en apportant « une brève évaluation systématique des patients arrivant au service des urgences par une équipe dirigée par un médecin principal qui se déroule dans une unité dédiée. L'objectif de cette évaluation est de faciliter l'investigation précoce et la prise en charge des patients, la disposition précoce des patients et de guider le personnel subalterne à fournir des soins cliniques sûrs et de haute qualité. » (46). Cette définition n'est pas validée mais reste une approche cohérente de l'apport bénéfique du MR.

### **Le médecin référent**

Il semble que les SU aient chacun un nom pour ce MR, appelé comme tel dans 18,1% des cas uniquement, mais surtout nommé médecin d'accueil et d'orientation (58,5%). D'autres noms lui sont donnés mais sont toutefois minoritaires. Dans l'ensemble, ce travail a permis de mettre en évidence deux points majeurs concernant la place du MR en France : premièrement, une majorité des SU disposent d'un MR attitré ; deuxièmement, ses titres, rôles et objectifs, bien qu'ayant certains points communs, diffèrent en de nombreux aspects selon les SU.

Cette grande variabilité à propos du titre, des rôles et des objectifs du médecin référent selon les SU s'explique en partie par l'absence de consensus au niveau national à son propos.

### ***Une diversité de fonction***

D'après les résultats obtenus, un MR attitré en début de poste est présent dans plus de la moitié des SU ayant participé à ce questionnaire (58%). Cependant, son implication au sein de chaque service est très variée tout comme les outils dont il dispose. Parmi les SU disposant d'un MR, moins de la moitié possèdent un espace de travail dédié (39,4%) et dans un tiers des cas, ce poste est cumulé avec d'autres fonctions (33%). Le MR doit alors non seulement remplir ses rôles de MR mais également les rôles du médecin posté sur un autre circuit. Dans la majorité des cas, il s'agit du circuit court (45,6%) permettant alors des prises en charge plus rapides. Néanmoins, dans certains SU, il peut également être affecté au circuit long (30,9), au déchoquage (26,5%) et même prendre les départs avec les équipes des Structures Médicales

d'Urgence et de Réanimation ou SMUR (7,35%). Dans ce dernier cas, on en déduit l'absence de MR à certaines périodes de la journée au sein du SU.

Ce poste peut être effectué par différents types de praticiens avec une grande variabilité y compris au sein du même SU. Dans la quasi-totalité des centres, il s'agit d'un praticien hospitalier ou praticien hospitalier contractuel (97,9%). Cependant, dans plus de la moitié des SU, il peut s'agir d'un assistant (63,8%) et dans des proportions plus faibles d'un médecin remplaçant (16%) ou même d'un interne (1,1%).

Ce MR remplit plusieurs rôles. Ceux qui ressortent le plus des formulaires retournés sont :

- Le don d'avis téléphoniques relatifs à la médecine d'urgence avec les particuliers ou les médecins extérieurs (70,2%)
- La communication téléphonique avec le centre de régulation médicale (67%)
- La réorientation des patients en box d'accueil (61,7%)
- La réalisation de certificats de non hospitalisation ou de réquisitions (56,4%)
- La réalisation de consultations courtes en box d'accueil (43,6%)

A un degré moindre, mais toujours dans ses rôles principaux, on retrouve :

- Les modifications ponctuelles de l'organisation du service en fonction du profil des patients présents (24,5%)
- Le fait de donner des avis téléphoniques en intra hospitaliers (21,3%)

### ***Une diversité d'objectifs***

Plusieurs objectifs du MR semblent communs mais l'un d'eux ressort particulièrement, il s'agit de la réduction du temps de premier contact médical (71,28% des SU). *LIU et al.* en 2013-2014 avaient déjà montré les bénéfices du MR en la matière (30). Certains des autres objectifs du MR sont :

- L'amélioration de la communication entre personnel médical et paramédical (44,7%)
- La réduction des délais de prescription d'examens biologiques et d'imageries (respectivement 44,7% et 41,5%)
- L'harmonisation des pratiques en veillant à l'application des protocoles de service (37,2%)

L'idée que l'on pourrait se faire spontanément est que le MR soit posté en salle d'accueil avec l'IOA, mais on se rend compte que le couple IOA/MR n'est établi que dans 38,9% des pratiques.

Dans 46,9% des SU, l'IOA reste seule en salle d'accueil. Le reste du temps, c'est variable, avec la présence de l'IOA de manière constante, alors que le MR n'intervient qu'en cas de besoin. Il est à notifier que plusieurs centres répondeurs de l'étude ont relevé un objectif principal pour englober l'ensemble de ces mesures : l'amélioration du flux.

### *Une uniformisation nécessaire*

Malgré les nombreuses variables, la création de ce poste apparaît comme une option majeure pour lutter contre l'augmentation constante du flux mais à ce jour, aucun consensus au niveau national n'a été formulé. A ce jour, les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) de 2013 ne rapportaient aucune obligation vis-à-vis de la création de ce poste, tout comme le manuel de certification de établissements de santé de 2023 et laissaient libre choix aux SU (38,59).

Le MR souffre d'une problématique de « titre ». Comme vu précédemment, diverses dénominations lui sont attribuées : médecin d'accueil et d'orientation, MR, médecin gestionnaire de flux, médecin coordinateur. Ses appellations sont dues à un choix aléatoire et non à une variabilité inter services vis-à-vis de sa fiche de poste. Dans un second temps, le choix de l'appellation unique la plus adaptée pourra être évoqué en fonction de ses rôles et objectifs clairement définis. En se basant sur la définition proposée par *ABDULWAHID et al.* exprimant le souhait « d'une évaluation systématique des patients arrivant au service des urgences ... par un médecin principal ... dans une unité dédiée. » (46), la présence des termes « médecin » et « accueil » dans son titre semblerait plus qu'approprié. Ce qui est déjà actuellement le cas avec une majorité de 58,51% des SU utilisant l'appellation de « Médecin d'Accueil et d'Orientation ».

Le MR devrait pouvoir bénéficier d'une fiche de poste uniformisée. Certains centres disposent déjà d'une fiche de poste écrite avec des rôles et objectifs clairement définis mais ce n'est pas le cas de la majorité des centres (36,40–44). Un consensus à propos de ce MR permettrait d'apporter un cadre légal clair avec une fiche de poste déterminée qui pourrait aboutir à l'amélioration du flux dans les SU français en agissant à différents niveaux. Un poste dédié lui permettrait de travailler de façon plus ergonomique et plus efficace en lui dédiant un bureau et des tâches clairement explicitées et non multipliées par sa présence sur plusieurs postes de travail à la fois.

Le MR pourrait répondre à de nombreuses problématiques précédemment évoquées. Il ne peut permettre la diminution du nombre de patients se présentant dans les SU, en revanche,

la pratique de la réorientation dès le box d'accueil des patients se présentant pour un motif non urgent (effectifs représentant 6,16% à 32% selon les études (10,11)) permettrait une amélioration du flux de patients. Il s'agit d'ailleurs de l'un des rôles majeurs des SU disposant d'un médecin référent pour 61,7% selon notre étude. Sur ce même principe, la réalisation de consultations courtes en box d'accueil est prioritaire dans 43,6% des centres répondeurs. Ces mesures ont déjà montré leurs bénéfices sur le nombre de patients présents dans le SU sans avoir bénéficié du premier contact médical ainsi que sur la DMS (35).

Dans le but d'uniformiser les pratiques et à travers les résultats de notre étude, la proposition d'une fiche de poste pour les SU de plus de 40 000 passages annuels pourrait s'inspirer des éléments suivants :

- Titre : Lorsque les SU disposent d'un MR, le titre de « médecin d'accueil et d'orientation » est celui qui revient dans 58,51% des cas. Cependant, ce titre sous-entend que le MR soit placé dans un espace dédié à l'accueil des urgences, ce qui n'est actuellement le cas que dans 39,36% des cas. De plus, la notion « d'orientation » est plus utilisée pour la sortie des patients des urgences que pour leur entrée dans les circuits, c'est d'ailleurs pour cela que le titre « d'infirmier d'accueil et d'orientation » a été modifié pour celui « d'infirmier organisateur de l'accueil ». Sur ce même principe, il pourrait sembler approprié d'utiliser le terme de « médecin organisateur de l'accueil ».
- Poste : Ce Médecin Organisateur de l'Accueil (MOA) devrait bénéficier d'un local dédié et d'un poste dédié. Il ne remplirait alors que les rôles et objectifs étant définis pour ce poste, lui permettant d'en améliorer les performances.
- Rôles : Il devrait posséder un téléphone lui étant attribué en début de poste sur lequel il serait joint pour les avis extra hospitaliers, intra hospitaliers et ferait le lien avec la régulation médicale. Il aurait pour mission de réaliser en priorité des consultations courtes comprenant : la réorientation des patients ne nécessitant pas d'entrer dans le circuit conventionnel, la réalisation des réquisitions et certificats pour les autorités. Pour les autres consultations, effectuer une première évaluation médicale avec la prescription d'examens complémentaires semblant appropriés.
- Objectifs : Ces rôles lui permettraient d'aboutir à l'objectif principal qu'est l'accélération du flux à travers la réduction du temps de premier contact médical, la réduction des délais d'obtention d'examens complémentaires (biologies, imageries) et la prise précoce d'avis spécialisé au besoin. Il aurait aussi pour objectif d'être le lien

entre l'accueil et le circuit conventionnel, ceci nécessitant une communication prioritaire avec les équipes médicales et paramédicales.

- Qualités requises : Le rôle de MOA, de par ses objectifs serait un poste difficile tant sur le plan physique que mental car avec une sollicitation constante. Par conséquent, un dynamisme important et des compétences médicales solides seraient nécessaires. Un minimum d'ancienneté au sein du service de minimum 2 ans voire 3 ans après l'obtention du titre de Docteur en Médecine devrait être exigé. De plus, le médecin à ce poste ne pourrait le remplir 24h de suite. Au minimum, 2 médecins sur 24h devraient se relayer.

Le MR pourrait se voir attribuer la définition suivante : « Le MOA est un médecin expérimenté réalisant une première évaluation médicale pour l'ensemble des patients à l'accueil des urgences dans une unité dédiée. Ce premier contact médical permet soit la réorientation des patients, soit leur entrée en circuit conventionnel avec la prescription précoce d'examen jugés les plus appropriés. Les objectifs sont l'amélioration du flux et l'apport d'une double sécurité au triage en coopération avec l'IOA ».

### ***Les facteurs limitants***

Certains SU ne disposent pas de MR attitré. On pourrait émettre l'hypothèse que ces centres ne souhaitent pas placer de MR par manque de nécessité, or ce n'est la raison que dans 19,8% des cas (23% pour les centres de moins de 40 000 PA). Les raisons de cette absence du MR sont en réalité principalement dues à un manque d'effectif (50,5%) ou à une mauvaise connaissance du poste (15,8%). Ce manque d'effectif est inquiétant puisque dans une étude réalisée par *HAAKENSTAD et al.* on estimait à 19,4% le manque de médecins diplômés dans le monde en 2022, avec une carence plus marquée pour les pays en voie de développement (81). Ce problème démographique n'est pas propre aux pays émergents puisque *AHMED et al.* avaient estimé en 2020 à 122 000, le manque de médecins à prévoir en 2032 (82). Une tendance encore plus inquiétante pour le recrutement dans les SU où le risque de burnout est considéré comme 40% plus élevé que dans les autres spécialités (83).

Autre facteur limitant la création de ce poste au sein des SU est la condition économique qui rentre en jeu. Au sein des services naïfs de MR, 65,2% d'entre eux soutiendraient la création de ce poste si leur budget le permettait. Les études réalisées jusqu'alors ne disposaient que de peu d'arguments sur l'évaluation des coûts (45,66), mais en 2016, une étude prospective était encourageante en cas de flux important (84). De plus, *CHOI et al.* ont montré que la création

d'un poste dédié était associée à une diminution des DMS sans augmentation du nombre de médecins dans le service (37).

Enfin, nous n'avons encore que peu de recul pour parler du poste de MR et de son efficacité en France. Il s'avère qu'il a aussi ses limites. Une étude montrait que pour les pathologies à faible risque, il n'y avait pas de différence entre le triage par un IOA ou par un MR (85). L'histoire de l'IOA et sa représentativité actuelle nous permettent raisonnablement d'émettre des doutes sur la réalisation dans un futur proche d'un consensus au niveau national sur le MR et surtout son application pratique dans les SU français. Néanmoins, la présence de l'IOA en continu dans 100% des SU de plus de 40 000 PA laisse entrevoir des possibilités.

### **Conclusion générale**

Les études menées jusqu'à présent ont montré les bénéfices du MR sur l'accélération du flux par l'intermédiaire de la diminution des temps de premier contact médical, des délais d'obtention d'examens complémentaires, des délais d'avis spécialisés et in fine des DMS (32,45,47,86), cependant à ce jour, aucune recommandation n'a été formulée à son propos.

Son apport pour la médecine d'urgence en France et en particulier dans les centres de plus de 40 000 PA apparaît pourtant aujourd'hui comme une évidence. Ses bénéfices sur l'amélioration du flux, sa présence de plus en plus importante dans les SU français et la concordance entre ses rôles et objectifs se liant avec les problématiques actuelles font du MR une solution concrète à court terme en France.

Des études prospectives restent à réaliser afin de poursuivre ces travaux en incluant notamment l'aspect financier pour aboutir à des preuves solides concernant l'utilité de ce MR et la réalisation d'un consensus.

## Références bibliographiques

1. PARCOURS DE SOINS COORDONNES. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_1\\_hopital-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_1_hopital-2.pdf)
2. Chiffres Clés Urgences - 2021 [Internet]. [cité 2 août 2022]. Disponible sur: <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2021/>
3. Andersson J, Nordgren L, Cheng I, Nilsson U, Kurland L. Long emergency department length of stay: A concept analysis. *Int Emerg Nurs.* 1 nov 2020;53:100930.
4. Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, et al. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg Med J.* 1 mars 2022;39(3):168-73.
5. Kim YE, Lee HY. The effects of an emergency department length-of-stay management system on severely ill patients' treatment outcomes. *BMC Emerg Med.* 13 déc 2022;22:204.
6. Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L, et al. Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales. *Ann Fr Médecine D'urgence.* juill 2019;9(4):229-34.
7. Boulain T, Malet A, Maitre O. Association between long boarding time in the emergency department and hospital mortality: a single-center propensity score-based analysis. *Intern Emerg Med.* 1 avr 2020;15(3):479-89.
8. Routoulp S. Relation entre les temps de passage aux urgences et la mortalité intra-hospitalière : étude de cohorte rétrospective [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2020 [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3108/>
9. Claret PG, Bobbia X, Richard P, Poher F, de La Coussaye JE. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. *Ann Fr Médecine Urgence.* mars 2014;4(2):96-105.
10. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes.* 25 sept 2012;5:525.
11. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf.* juin 2020;29(6):449-64.
12. Enquête Drees 2018 [Internet]. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier\\_presse\\_demographie.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf)
13. Statista [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Urgences : nombre de structures France 2013-2021. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/690808/nombre-structures-urgences-france/>
14. Les personnes âgées aux urgences, étude la Drees, 2017 [Internet]. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>
15. Kocher KE, Meurer WJ, Desmond JS, Nallamotheu BK. Effect of testing and treatment on emergency department length of stay using a national database. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* mai 2012;19(5):525-34.

16. Geskey JM, Geeting G, West C, Hollenbeak CS. Improved Physician Consult Response Times in an Academic Emergency Department After Implementation of an Institutional Guideline. *J Emerg Med.* 1 mai 2013;44(5):999-1006.
17. Ghazali DA, Richard A, Chaudet A, Choquet C, Guericolas M, Casalino E. Profile and Motivation of Patients Consulting in Emergency Departments While not Requiring Such a Level of Care. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2019;16(22):4431.
18. Fiche 02 - Les capacités d'accueil à l'hôpital.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche%2002%20-%20Les%20capacit%C3%A9s%20d%E2%80%99accueil%20%C3%A0%20l%E2%80%99h%C3%B4pital.pdf>
19. Maillard-Acker C. Infirmière Organisatrice de l'Accueil et référentiel.
20. Taboulet P, Maillard-Acker C, Ranchon G, Goddet S, Dufau R, Vincent-Cassy 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 Médecine D'urgence.* 1 janv 2019;9(1):51-9.
21. Saidi K, Paquet AL, Goulet H, Ameer F, Bouhaddou A, Nion N, et al. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. *Ann Fr Médecine D'urgence.* 1 déc 2015;5(6):283-9.
22. Lévesque H, Grall M, Bréant N, Idrissi Kassimy I, Arbid TD, Boujedaini R, et al. Unité d'attente d'hospitalisation : une organisation simple et une place pour les internistes pour améliorer la filière d'hospitalisation non programmée à partir des urgences. *Rev Médecine Interne.* 1 nov 2019;40(11):707-13.
23. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) policy. Implementation and management of Observation Units.
24. CP123 - Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et personnes âgées de 75 ans et plus (75+) [Internet]. [cité 17 mai 2023]. Disponible sur: [https://www.sfmou.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2014/donnees/communications/resume/resume\\_123.htm](https://www.sfmou.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/communications/resume/resume_123.htm)
25. Barthel A. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives en médecine d'urgence : évaluation et évolution des pratiques [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2019 [cité 2 mars 2023]. p. NNT : 2019LORR1251. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298579>
26. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE.* 30 août 2018;13(8):e0203316.
27. Andrews SL, Lewena S, Cheek JA. Rapid Assessment, Planning, Investigations and Discharge: Piloting the introduction of a senior doctor at triage model in an Australian paediatric emergency department. *Emerg Med Australas EMA.* févr 2020;32(1):112-6.
28. Kantonen J, Menezes R, Heinänen T, Mattila J, Mattila KJ, Kauppila T. Impact of the ABCDE triage in primary care emergency department on the number of patient visits to different parts of the health care system in Espoo City. *BMC Emerg Med.* 4 janv 2012;12:2.
29. Diminution du temps de passage avec un couple MAO+IOA [Internet]. [cité 9 févr 2023]. Disponible sur:

[https://www.sfm.u.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2013/donnees/communications/resume/posters/CP264.pdf](https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/communications/resume/posters/CP264.pdf)

30. Liu J, Masiello I, Ponzer S, Farrokhnia N. Can interprofessional teamwork reduce patient throughput times? A longitudinal single-centre study of three different triage processes at a Swedish emergency department. *BMJ Open*. 1 avr 2018;8(4):e019744.
31. Bonnet C, Mounier E, Peribois G, Brallet J. Intérêt du médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) aux urgences d'un centre hospitalier général.
32. Jarvis PRE. Improving emergency department patient flow. *Clin Exp Emerg Med*. 30 juin 2016;3(2):63-8.
33. Radice C, Ghinaglia M, Doneda R, Bollini G. ['See and Treat' in the Emergency Department: legal aspects and professional nursing responsibility]. *Prof Inferm*. sept 2013;66(3):175-81.
34. Burström L, Engström ML, Castrén M, Wiklund T, Enlund M. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Ups J Med Sci*. mars 2016;121(1):38-44.
35. Terris J, Leman P, O'Connor N, Wood R. Making an IMPACT on emergency department flow: improving patient processing assisted by consultant at triage. *Emerg Med J*. 1 sept 2004;21(5):537-41.
36. 2019\_Medecine\_DesfougeresJeanBaptiste.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: [http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2019\\_Medecine\\_DesfougeresJeanBaptiste.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2019_Medecine_DesfougeresJeanBaptiste.pdf)
37. Choi YF, Wong TW, Lau CC. Triage rapid initial assessment by doctor (TRIAD) improves waiting time and processing time of the emergency department. *Emerg Med J EMJ*. avr 2006;23(4):262-5; discussion 262-265.
38. manuel\_certification\_es\_qualite\_des\_soins.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel\\_certification\\_es\\_qualite\\_des\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf)
39. Hugenschmitt D, Boursin P, Coen Y, Stefano CD, Degomme L, Jaouen Y, et al. Commission Soins et Urgences de la SFMU. 2020;75.
40. Fiche de poste MAO Carpentras [Internet]. Disponible sur: [https://www.ch-carpentras.fr/fileadmin/mediatheque/ch-carpentras/image/ch/Documents/FICHE\\_DE\\_POSTE\\_MAO.pdf](https://www.ch-carpentras.fr/fileadmin/mediatheque/ch-carpentras/image/ch/Documents/FICHE_DE_POSTE_MAO.pdf)
41. Fiche de poste Carcassonne.docx.
42. Fiche de poste Colmar.doc.
43. Fiche de poste Chinon.jpeg.
44. Fiche de poste anonyme.
45. Abdulwahid MA, Booth A, Kuczawski M, Mason SM. The impact of senior doctor assessment at triage on emergency department performance measures: systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Emerg Med J EMJ*. juill 2016;33(7):504-13.

46. Abdulwahid MA, Turner J, Mason SM. Senior doctor triage (SDT), a qualitative study of clinicians' views on senior doctors' involvement in triage and early assessment of emergency patients. *Emerg Med J EMJ*. juill 2018;35(7):440-6.
47. Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, Schull M, Holroyd B, Bullard M, et al. The Role of Triage Liaison Physicians on Mitigating Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review. *Acad Emerg Med*. 2011;18(2):111-20.
48. ENQUETE NATIONALE DES URGENCES 2023 - DREES - GHPSO [Internet]. [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ghpsso.fr/0/1/1/44>
49. 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. *The BMJ*. 1 juin 2011;342:d2983.
50. variables C texte fournit des informations générales S ne peut garantir que les informations soient complètes ou exactes E raison de cycles de mise à jour, Texte LSPADDPRQCRDL. Statista. [cité 18 août 2023]. Thème: Les urgences médicales en France. Disponible sur: <https://fr.statista.com/themes/3462/les-urgences-medicales-en-france/>
51. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med*. 1 mars 2010;28(3):304-9.
52. Newman-Toker DE, Peterson SM, Badihian S, Hassoon A, Nassery N, Parizadeh D, et al. Diagnostic Errors in the Emergency Department: A Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2022 [cité 10 août 2023]. (AHRQ Comparative Effectiveness Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK588118/>
53. Hwang U, Richardson L, Livote E, Harris B, Spencer N, Morrison RS. Emergency Department Crowding and Decreased Quality of Pain Care. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. déc 2008;15(12):1248-55.
54. Ausserhofer D, Zaboli A, Pfeifer N, Solazzo P, Magnarelli G, Marsoner T, et al. Errors in nurse-led triage: An observational study. *Int J Nurs Stud*. janv 2021;113:103788.
55. Âge moyen et âge médian de la population | Insee [Internet]. [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
56. Chiffres Clés Urgences - 2022 [Internet]. [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2022>
57. Ackroyd-Stolarz S, Guernsey JR, MacKinnon NJ, Kovacs G. 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*. 1 juill 2011;20(7):564-9.
58. Momeni M, Vahidi E, Seyedhosseini J, Jarchi A, Naderpour Z, Saeedi M. Emergency Overcrowding Impact on the Quality of Care of Patients Presenting with Acute Stroke. *Adv J Emerg Med*. 4 déc 2017;2(1):e3.
59. Le triage en médecine d'urgence [Internet]. [cité 10 août 2023]. Disponible sur: [https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/rfe\\_triage2013.pdf](https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf)
60. Taboulet P, Vincent-Cassy C, Squara PA, Resche-Rigon M. Validité de la FRENCH, l'échelle de tri des urgences hospitalières élaborée par la Société française de médecine d'urgence. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 1 janv 2019;9(1):10-6.

61. Maninchedda M, Proia AS, Bianco L, Aromatario M, Orsi GB, Napoli C. Main Features and Control Strategies to Reduce Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review of the Literature. *Risk Manag Healthc Policy*. 21 févr 2023;16:255-66.
62. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 19 juill 2011;19:43.
63. Dickson SJ, Dewar C, Richardson A, Hunter A, Searle S, Hodgson LE. Agreement and validity of electronic patient self-triage (eTriage) with nurse triage in two UK emergency departments: a retrospective study. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med*. 1 févr 2022;29(1):49-55.
64. Yarmohammadian MH, Rezaei F, Haghshenas A, Tavakoli N. Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. *J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci*. 16 févr 2017;22:23.
65. Huang D, Bastani A, Anderson W, Crabtree J, Kleiman S, Jones S. Communication and bed reservation: Decreasing the length of stay for emergency department trauma patients. *Am J Emerg Med*. 1 oct 2018;36(10):1874-9.
66. Amorim FF, Almeida KJQ de, Barbalho SCM, Balieiro V de AT, Machado Neto A, Dias G de F, et al. Reducing overcrowding in an emergency department: a pilot study. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. déc 2019;65(12):1476-81.
67. Jeyaraman MM, Copstein L, Al-Yousif N, Alder RN, Kirkland SW, Al-Yousif Y, et al. Interventions and strategies involving primary healthcare professionals to manage emergency department overcrowding: a scoping review. *BMJ Open*. 10 mai 2021;11(5):e048613.
68. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/le-systeme-de-sante-danois-un-exemple-pour-la-france/-new\\_id/61757](https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/le-systeme-de-sante-danois-un-exemple-pour-la-france/-new_id/61757)
69. Lindskou TA, Mikkelsen S, Christensen EF, Hansen PA, Jørgensen G, Hendriksen OM, et al. The Danish prehospital emergency healthcare system and research possibilities. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 4 nov 2019;27(1):100.
70. Barratt J, Thomas N. Nurse practitioner consultations in primary health care: an observational interaction analysis of social interactions and consultation outcomes. *Prim Health Care Res Dev*. 6 juill 2018;20:e37.
71. Jennings N, Clifford S, Fox AR, O'Connell J, Gardner G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. janv 2015;52(1):421-35.
72. Nasr Isfahani M, Davari F, Azizkhani R, Rezvani M. Decreased Emergency Department Overcrowding by Discharge Lounge: A Computer Simulation Study. *Int J Prev Med*. 17 févr 2020;11:13.
73. Marjanovic N, Mesrine M, Lardeur JY, Marchetti M, Favreau F, Guenezan J, et al. Respect des recommandations de prescription des examens biologiques et évaluation de leur impact sur le temps de passage aux urgences. *Ann Fr Médecine Urgence*. févr 2017;7(1):7-15.
74. Gloaguen A, Cesareo É, Alhanati L, Lefort H, Duchenne J, Dahan B, et al. Actualités en médecine d'urgence. *Ann Fr Médecine Urgence*. oct 2017;7(5):351-9.

75. Claret PG, Bobbia X, Coussaye JE de L. Les prescriptions anticipées d'imagerie par les infirmier(e)s diplômé(e)s d'État en structure des urgences. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 1 mai 2017;7(2):75-6.
76. Weiss SJ, Ernst AA, Nick TG. Comparison of the National Emergency Department Overcrowding Scale and the Emergency Department Work Index for quantifying emergency department crowding. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. mai 2006;13(5):513-8.
77. King DM, Vakkalanka JP, Junker C, Harland KK, Nugent AS. Emergency Department Overcrowding Lowers Patient Satisfaction Scores. *Acad Emerg Med*. 2021;28(3):363-6.
78. Arnaud E, Petitprez E, Ammirati C, Nemitz B, Dequen G, Gignon M, et al. L'intelligence artificielle dans les structures d'urgences : place de la formation et de la garantie humaine. *Ann Fr Médecine D'urgence* [Internet]. 2023 [cité 3 oct 2023]; Disponible sur: <https://afmu.revuesonline.com/10.3166/afmu-2022-0496>
79. Rehman SA, Ali PA. A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. *Int Emerg Nurs*. nov 2016;29:38-44.
80. CP127 - La mise en place d'un infirmier coordonnateur de flux aux urgences : rôle, missions et bénéfices apportés [Internet]. [cité 19 août 2023]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2014/donnees/communications/resume/resume\\_127.htm](https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/communications/resume/resume_127.htm)
81. Haakenstad A, Irvine CMS, Knight M, Bintz C, Aravkin AY, Zheng P, et al. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 4 juin 2022;399(10341):2129-54.
82. Ahmed H, Carmody JB. On the Looming Physician Shortage and Strategic Expansion of Graduate Medical Education. *Cureus*. 12(7):e9216.
83. Zhang Q, Mu M chun, He Y, Cai Z lun, Li Z chi. Burnout in emergency medicine physicians. *Medicine (Baltimore)*. 7 août 2020;99(32):e21462.
84. Cheng I, Castren M, Kiss A, Zwarenstein M, Brommels M, Mittmann N. Cost-effectiveness of a physician-nurse supplementary triage assessment team at an academic tertiary care emergency department. *CJEM*. mai 2016;18(3):191-204.
85. van der Linden C, Reijnen R, de Vos R. Diagnostic Accuracy of Emergency Nurse Practitioners Versus Physicians Related to Minor Illnesses and Injuries. *J Emerg Nurs*. 1 juill 2010;36(4):311-6.
86. Corkery N, Avsar P, Moore Z, O'Connor T, Nugent L, Patton D. What is the impact of team triage as an intervention on waiting times in an adult emergency department? – A systematic review. *Int Emerg Nurs*. 1 sept 2021;58:101043.

## **Permis d'imprimer**

VU

NANCY, le 20 septembre 2023

Le Président de Thèse

Professeur Tahar CHOUIHED

NANCY, le 16 octobre 2023

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 13261C

NANCY, le 20 octobre 2023

**La Présidente de l'Université de Lorraine**

Madame Hélène BOULANGER

## **Résumé de la thèse :**

**Titre :** Etat des lieux du médecin référent sur le territoire français et apports de ce poste pour l'avenir de la Médecine d'Urgence. **Introduction :** En France, les services d'urgence absorbent un flux de patients en constante croissance. Entre 2010 et 2019, on a constaté une augmentation de 26,3% du nombre de consultations annuelles. Cet afflux de patients concoure en partie à la surcharge des services, responsable d'un allongement des durées moyennes de séjour avec in fine d'un risque de morbidité accru et pouvant induire une diminution de la qualité de prise en charge. **Méthode :** Il s'agit d'une étude type enquête transversale par diffusion d'un questionnaire à travers le réseau FEDORU, de la SFMU et par contact direct des services d'urgence. Les questions portaient non seulement sur les rôles et objectifs du médecin référent, mais aussi sur la description des centres, des services d'urgence et de l'équipe de triage. Le questionnaire a été créé pour l'étude avec un groupe de travail dédié. **Résultats :** Au total 162 centres ont été inclus dans les analyses statistiques. 15 régions étaient représentées parmi les répondants. Parmi les centres inclus, 71 étaient des centres hospitaliers (régionaux) universitaires (43,83%) et 88 centres réalisaient plus de 40 000 passages annuels (54,32%). Sur l'ensemble de ces centres, 94 possédaient un médecin référent (58,0%). Ce médecin référent était appelé médecin d'accueil et d'orientation dans 55 services (58,5%). Son rôle le plus fréquent était celui de la gestion des avis téléphonique avec les particuliers et les médecins extérieurs (70,2%) et son objectif le plus fréquemment retrouvé, celui de la réduction du temps de premier contact médical (71,3%). Une fiche de poste était présente dans 53 centres possédant un médecin référent (56,4%). Dans les centres de plus de 40 000 passages annuels, le médecin référent était présent dans 67 d'entre eux (76%) contre seulement 27 centres de moins de 40 000 passages annuels (37%). **Conclusion :** En France, le médecin référent se voit principalement attribuer le titre de « médecin d'accueil et d'orientation ». Ses rôles et ses objectifs ont pour but l'amélioration du flux en privilégiant la diminution du temps de premier contact médical. Un consensus permettant d'aboutir à une fiche de poste définie pourrait être bénéfique pour uniformiser les pratiques. Des études prospectives restent à réaliser afin de poursuivre ces travaux en incluant notamment l'aspect financier, pour in fine, aboutir à des preuves solides concernant l'utilité de ce médecin référent et la réalisation d'un consensus.

## **Titre en anglais :**

State of play of the referring Doctor on French territory and the contributions of this position for the future in emergency medicine.

## **Thèse :**

Médecine d'urgence, année 2023

## **Mots clefs :**

Services urgences / encombrement / médecin accueil / triage

## **Intitulé et adresse :**

Université de Lorraine

Faculté de Médecine / Maïeutique / Métiers de la santé

9 avenue de la forêt de Haye

54500 VANDOEUVRE-LES-NANCY, cedex