

République Algérienne Démocratique Et Populaire
Ministère De L'Enseignement Supérieur Et La Recherche Scientifique



Université Kasdi Merbah - Ouargla
Faculté de Médecine
Département de Médecine



**L'impact de la consultation de tri
sur l'hospitalisation en urgence chirurgicale
- ETUDE PROSPECTIVE-
L'Etablissement Publique Hospitalière
MOHAMMED BOUDIAF OUARGLA**

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par :

KHELIL Boutheyne

Encadré par :

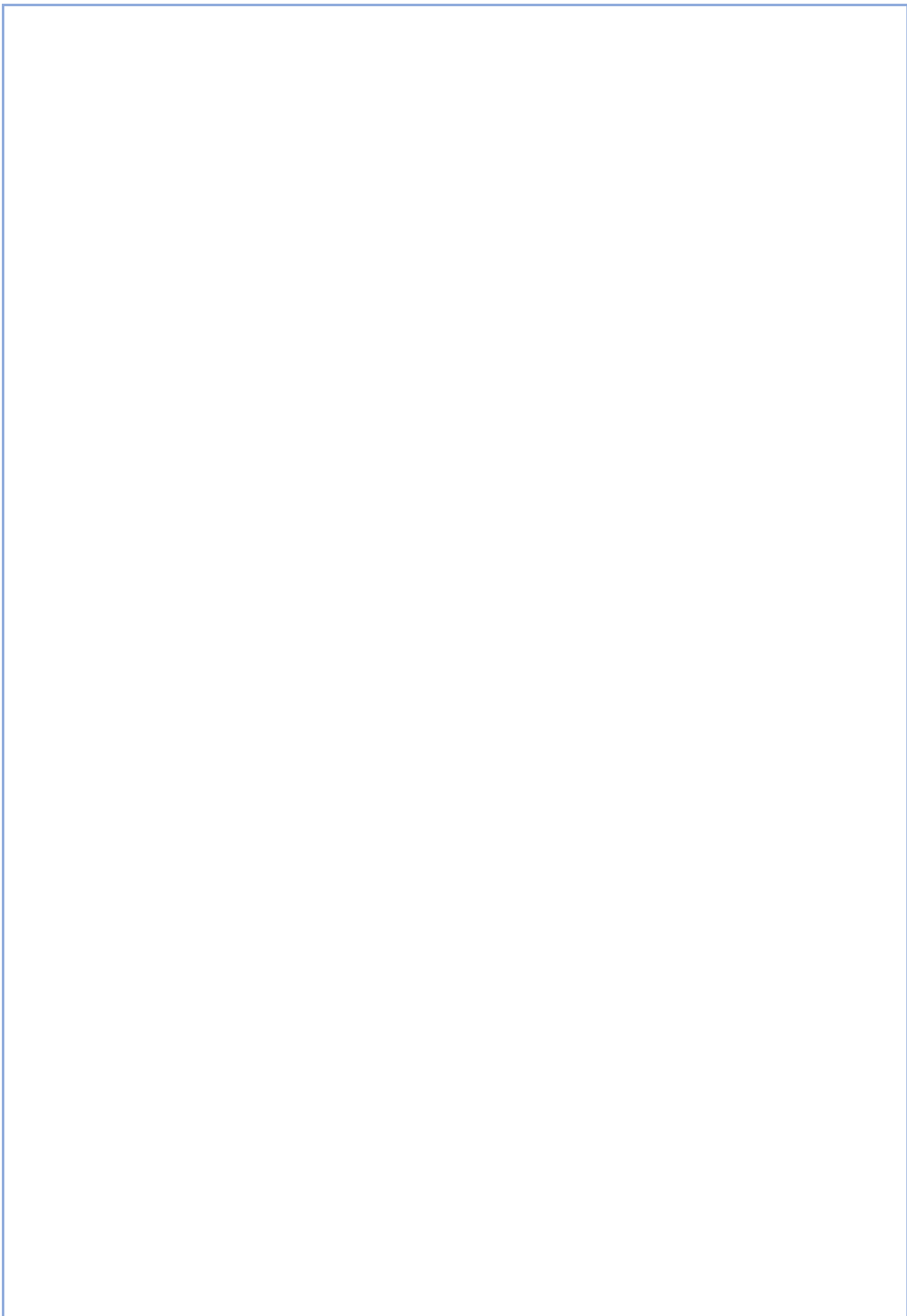
Dr MAZOUZI Mohamed Laid

Devant le Jury Composé de :

Dr RAHMI Amine	Président	Maitre-assistant en anesthésie réanimation
Dr BENBAKAI Fayçal	Examineur	Maitre-assistant en chirurgie général
Dr KELLECHE Hamid	Examineur	Maitre-assistant en chirurgie général

Année universitaire

2022/2023



République Algérienne Démocratique Et Populaire

Ministère De L'Enseignement Supérieur Et La Recherche Scientifique



Université Kasdi Merbah - Ouargla

Faculté de Médecine

Département de Médecine



**L'impact de la consultation de tri
sur l'hospitalisation en urgence chirurgicale
- ETUDE PROSPECTIVE -
L'Etablissement Public Hospitalière
MOHAMMED BOUDIAF OUARGLA**

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par :

KHELIL Boutheyne

Encadré par :

Dr MAZOUZI Mohamed Laid

Devant le Jury Composé de :

Dr RAHMI Amine

Président Maitre-assistant en anesthésie réanimation

Dr BENBAKAI Fayçal

Examineur Maitre-assistant en chirurgie général

Dr KELLECHE Hamid

Examineur Maitre-assistant en chirurgie général

Année universitaire

2022/2023



REMERCIEMENTS

BEWERTUNG



REMERCIEMENTS

A mon encadreur docteur MAZOUZI Mohamed Laid

Le fait que vous êtes toujours là pour me guider et m'orienter, pour m'encourager et raviver ma confiance était vraiment une chose pour laquelle j'étais très reconnaissante.

Avec des mots brefs et peu nombreux, vous avez été en mesure de fournir d'excellents conseils et soutien, avec tes conseils avisés et mesurés vous avez montré les qualités d'un véritable leader compétent.

J'ai eu l'honneur d'être sous votre leadership et votre direction.

A mes maitres : docteur RAHMI Amine, docteur BENBAKAI Fayçal, docteur KELLECHE Hamid

Vous me faites le privilège de juger mon travail et m'accordez votre présence pour cette étape fondamentale dans ma vie et ma carrière.

Pour cela, soyez assuré de ma profonde gratitude.

DEDICACE

DEDICACE



DEDICACE

Au DIEU Tout-puissant

En tout premier lieu, je remercie le bon Dieu, tout puissant, de m'avoir guidé
et donné la force pour survivre, ainsi que la santé, le courage et l'audace
pour dépasser toutes les difficultés.

À ma chère mère

Tu n'es pas la cause de la vie... tu es la vie elle-même.

Tu es le lever du soleil qui ne connaît pas de coucher.

Et la pluie qui ne connaît pas la sécheresse.

Tu étais et tu es toujours la plus belle chose et la définition de la beauté à mes yeux.

Merci pour vos dons et vos sacrifices.

Merci d'être le tout pour moi et d'être la fleur du paradis sur terre.

Je suis heureuse que tu sois ma mère, et j'ai eu de la chance que tu m'aies donnée
un soleil qui illumine mes journées.

J'espère que Dieu te gardera toujours près de moi

et te donnera tout le bonheur du monde.

Je t'aime plus que tout.

À ma grand-mère, mon grand-père et mon oncle

Vous êtes ceux qui m'ont entouré d'ailes de paix,

et sous ces ailes j'ai trouvé une famille, une maison et un monde.

Mon grand-père, Je n'oublierai pas ces petits détails avec lesquels tu m'as exprimé
ton amour malgré le fait que tu es une personne qui n'aime pas exprimer ses sentiments,
mais je voudrais te dire que ces sentiments j'ai pu toucher et elles étaient capables
de me toucher. Je vous remercie et j'espère que Dieu aura pitié de vous et vous habitera
dans ses vastes jardins



Ma grand-mère, Tu n'es pas ma grand-mère, tu es une seconde mère.

J'aimais quand tu me persuadais de t'appeler ma mère
et d'appeler ma mère par son nom.

L'idée de ton désir de me posséder et l'idée que tu distinguais moi de tout le monde
et m'a aimé énormément me fait me sentir vide maintenant parce que ton départ
et ta place sont restés comme un vide que je ne peux pas combler.

Je t'aime beaucoup.

J'espère que Dieu le fera vous habiter dans ses vastes jardins

Mon oncle, si je n'avais pas de père, alors tu étais le père, le soutien et l'ange protecteur.

L'idée que jusqu'à présent tu ne refuses jamais une demande et viens toujours me voir
rapidement pour m'interroger ce dont j'ai besoin est quelque chose que je suis très
reconnaissante.

J'espère te dédommager un jour de toute cette tendresse que tu m'as donnée
et de cet amour.

À mes chers cousins : Safa, Maroi, Abdelrahman

J'aime vraiment quand quelqu'un vous questionne sur moi "qui est cette fille !"
et que vous répondez automatiquement "c'est notre sœur".

Vous m'avez mis dans une position dont j'avais désespérément besoin.

Vous m'avez toujours donné le plus beau sentiment "le sentiment d'appartenance"

Et je vous souhaite tout le meilleur en retour pour cela.

Je vous promets que votre sœur deviendra votre soutien et votre protectrice,
et que je vous soutiendrai et serai toujours à vos côtés.

Safa, tu es la signification de la gentillesse, la douceur, et la tendresse...

Ma belle âme. Je vous souhaite tout le succès, le bonheur et l'amour.

Maroi, tu es audacieuse, forte, créative, toi qui es la plus proche de mon cœur,
je vous souhaite tout la réussite et la joie

Abdelrahmane, l'hooligans, fauteur de troubles

Je vous souhaite d'être un jour un athlète exceptionnel.

**À mes amis.**

Chaima, ma belle,

Tu as une place chère dans mon cœur.

Avoir quelqu'un comme toi dans ce monde me donne l'impression
que le monde va toujours bien.

Cherifa , Tu es le plus beau cœur que j'ai vu.

Tu étais et tu resteras l'un des cœurs les plus purs que j'ai rencontrés et je
m'efforcerai de les garder toujours à mes côtés.

Islam, Le fait que tu étais là quand j'avais le plus besoin de toi, le fait que tu aies toujours
et pour toujours cru en moi me rend toujours stable et heureuse.

J'espère pouvoir te rendre ce grand bien un jour.

À mes chers amis : Nour Elimane, Aya, Khaled, Walid, Farouk

Et tous mes camarades et collègues :

Je vous remercie énormément.

À mon père.

J'aimerais que tu sois ici aujourd'hui.

J'espère que Dieu aura pitié de vous.


TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES



TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	II
DEDICACE.....	IV
TABLE DES MATIERES.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	XII
LISTE DES TABLEAUX.....	XIV
LISTE DES ABREVIATIONS.....	XVII
RESUME.....	XIX
INTRODUCTION.....	2
REVUE DE LITTERATURE.....	5
I. Généralités.....	5
I.1. Définition des services des urgences.....	5
I.2. Organisation des services des urgences.....	5
I.3. La chirurgie générale d'urgence.....	6
I.4. La surcharge en structure d'urgence.....	7
I.4.1. Définition.....	7
I.4.2. Les causes.....	7
I.4.3. Les conséquences.....	8
II. Le triage.....	10
II.1. Définition.....	10
II.2. Guide général du triage :.....	11
II.2.1. Les paramètres a retenu devant tout processus de triage :.....	11
II.2.2. Les échelles de triage :.....	12
II.3. Objectifs.....	23
II.4. Qui doit réaliser le triage ?.....	24
II.5. Efficacité.....	27
II.6. Indicateurs de l'efficacité.....	28
II.6.1. Indicateurs institutionnels.....	28
II.6.2. Indicateurs qualité des outils.....	29
III. Intervalles de temps :.....	30
III.1. Délai d'attente avant une première évaluation :.....	30
III.2. La durée de triage :.....	31
III.3. Délais de prise en charge médicale :.....	31
III.3.1. Durée d'obtention des résultats des examens biologiques :.....	31
III.3.2. Durée d'obtention des examens radiologiques :.....	31
III.3.3. Durée d'obtention d'un avis spécialisé :.....	32
III.4. Délai pour l'obtention d'un lit :.....	32
III.5. Délai d'attente avant l'admission au bloc opératoire :.....	32
MATERIEL ET METHODES.....	34
I. Le type et la durée de l'étude.....	34
II. La population de l'étude.....	34
II.1. Les critères d'inclusion :.....	34



II.2. Les critères de non-inclusion :	34
III. Recueil des données :	34
IV. Analyse statistique des données :	35
V. Choix des Variables étudiés :	35
VI. Les biais de l'étude :	35
VII. Considération ethnique :	35
RESULTATS	37
I. Etude descriptive :	37
I.1. Fréquence :	37
I.2. Les paramètres étudiés avant le triage.....	38
I.2.1. Délai d'attente avant le box de tri :	38
I.2.2. La qualité d'attente avant le box de tri	39
I.2.3. L'orientation.....	40
I.2.4. Motif de consultation	41
I.2.5. Durée de la consultation dans le box de tri	42
I.2.6. Durée de l'examen clinique dans le box de tri	43
I.2.7. Évidence de diagnostic.....	44
I.2.8. Examens complémentaires	45
I.2.9. Mode de la sortie de box de tri	46
I.3. Les paramètres étudiés après le triage.....	47
I.3.1. Mode de passage à l'observation	47
I.3.2. Délai entre l'admission et l'avis spécialisé	48
I.3.3. La cause de retard de l'avis spécialisé	49
I.3.4. Délai entre l'admission et l'hospitalisation.....	50
I.3.5. Délai entre l'hospitalisation et l'intervention	51
I.3.6. Type d'intervention	52
II. Etude analytique :	53
DISCUSSION	55
I. Fréquence :	55
II. Les paramètres étudiés avant le triage :	56
II.1. Délai d'attente avant le box de tri :	56
II.2. Qualité d'attente :	57
II.3. L'orientation aux services des urgences :	58
II.4. Motif de consultation :	59
II.5. Durée de la consultation :	60
II.6. Les explorations biologiques et radiologiques :	61
II.7. Mode de sortie.....	62
III. Les paramètres étudiés après le triage :	63
III.1. Mode de passage à la salle d'observation :	63
III.2. Délai entre l'admission et l'avis spécialisé	64
III.3. La cause de retard de l'avis spécialisé :	65
III.4. Délai entre l'admission et l'hospitalisation :	66
III.5. Délai entre l'hospitalisation et l'intervention :	67
III.6. Type d'intervention :	68
IV. Discussion analytique :	69
V. Limites de l'étude	73



CONCLUSION.....	75
I. Conclusion	75
II. Recommandations.....	77
BIBLIOGRAPHIE	80
ANNEXES	86

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Cercle vicieux de la surcharge des services des urgences et à l'hôpital.	9
Figure 2 : Echelle de la douleur EVA.....	12
Figure 3 : Echelle de triage et de gravité.....	17
Figure 4 : Algorithme de l'ESI.....	23
Figure 5 : La répartition des patients selon leur réponse aux critères d'inclusion	37
Figure 6 : La répartition des patients selon le délai d'attente	38
Figure 8 : La répartition des patients selon la qualité d'attente	39
Figure 9 : La répartition des patients selon l'orientation	40
Figure 10 : La répartition des patients selon le motif de consultation	41
Figure 11 : La répartition des patients selon la durée de la consultation.....	42
Figure 12 : La répartition des patients selon la durée de l'examen clinique	43
Figure 13 : La répartition des patients selon le diagnostic s'il est évident ou non	44
Figure 14 : La répartition des patients selon les explorations faites.....	45
Figure 15 : La répartition des patients selon le mode de sortie.....	46
Figure 16 : La répartition des patients selon le mode de passage à l'observation	47
Figure 17 : La répartition des patients selon le délai entre l'admission et l'avis spécialisé	48
Figure 18 : La répartition des patients selon la cause de retard de l'avis spécialisé.....	49
Figure 19 : La répartition des patients selon le délai entre l'admission et l'hospitalisation.....	50
Figure 20 : La répartition des patients selon le délai entre l'hospitalisation et l'intervention	51
Figure 21 : La répartition des patients selon le type d'intervention.....	52

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description des principales échelles internationales.	13
Tableau 2 : Le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale selon l'ETG.....	14
Tableau 3 : Les niveaux de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.....	14
Tableau 4 : Le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale selon CIMU	18
Tableau 5 : L'orientation du patient dans les différents secteurs selon sa catégorisation.	18
Tableau 6 : Les niveaux de priorité selon CIMU	18
Tableau 7 : Le niveau de triage selon le nombre de ressources	21
Tableau 8 : Le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale selon l'ESI	21
Tableau 9 : les niveaux de priorité selon ESI	22
Tableau 10 : La répartition des patients selon leur réponse aux critères d'inclusion	37
Tableau 11 : La répartition des patients selon le délai d'attente.....	38
Tableau 12 : La répartition des patients selon la qualité d'attente	39
Tableau 13 : La répartition des patients selon l'orientation	40
Tableau 14 : La répartition des patients selon le motif de consultation	41
Tableau 15 : La répartition des patients selon la durée de la consultation	42
Tableau 16 : La répartition des patients selon la durée de l'examen clinique.....	43
Tableau 17 : La répartition des patients selon le diagnostic s'il est évident ou non	44
Tableau 18 : La répartition des patients selon les explorations faites.....	45
Tableau 19 : La répartition des patients selon le mode de sortie.....	46
Tableau 20 : La répartition des patients selon le mode de passage à l'observation	47
Tableau 21 : La répartition des patients selon le délai entre l'admission et l'avis spécialisé.....	48
Tableau 22 : La répartition des patients selon la cause de retard de l'avis spécialisé.....	49
Tableau 23 : La répartition des patients selon le délai entre l'admission et l'hospitalisation	50
Tableau 24 : La répartition des patients selon le délai entre l'hospitalisation et l'intervention	51



Tableau 25 : La répartition des patients selon le type d'intervention	52
Tableau 26 : Les rapports calculés selon les données de circuit	53
Tableau 27 : La comparaison de la fréquence selon des différentes séries	55
Tableau 28 : La comparaison du délai d'attente avant le box de tri selon des différentes séries.....	56
Tableau 29 : La comparaison du mode d'orientation vers les services des urgences selon des différentes séries	58
Tableau 30 : La comparaison des motifs de la consultation selon des différentes séries ..	59
Tableau 31 : La comparaison de la durée de la consultation selon des différentes séries.	60
Tableau 32 : La comparaison des explorations faites selon des différentes séries	61
Tableau 33 : La comparaison de mode de sortie	62
Tableau 34 : La comparaison des priorités des admissions et leurs délais d'attente	63
Tableau 35 : La comparaison des délais d'attente des résultats des examens complémentaires.....	65
Tableau 36 : La comparaison des délais entre la demande d'hospitalisation et l'assignation d'un lit.....	66
Tableau 37 : La comparaison des délais entre l'admission et l'opération selon des différentes séries	67
Tableau 38 : La comparaison de rapport hospitalisé/en observe selon des différentes séries.....	69
Tableau 39 : La comparaison de rapport Hospitalisation/consultation selon des différentes séries.....	70

LISTE DES ABBREVIATIONS

LISTE DES ABBREVIATIONS



LISTE DES ABREVIATIONS

ACEP : l'American College of Emergency Physicians (le collège américain des médecins d'urgence).

APP : professionnels de pratique avancée.

DDS : durée de séjour.

Dr : docteur.

DU : département d'urgence.

EGS : emergency general surgery (chirurgie générale d'urgence).

EPH : établissement publique hospitalier.

ESI : Emergency Severity Index (indice de gravité d'urgence)

ETG : Échelle canadienne de triage et de gravité

EVA : échelle visuelle analogique.

FR : fréquence respiratoire

H : heure

IAO : infirmier(e) d'accueil et d'orientation.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

IUB : infection urinaire basse.

J : jour

Min : minute.

NENA : l'association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence.

O2 : Oxygène.

SAMU : service d'aide médicale urgente.

SaO2 : saturation en oxygène.

SAU : service d'accueil des urgences.

SAUV : salle d'accueil des urgences vitales.

SIMU : classification infirmière des malades aux urgences

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation.

SU : services des urgences.

TA : tension artérielle.

TAD : tension artérielle diastolique.

TAS : tension artérielle systolique.

TDM : tomодensitométrie.

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

RESUME

RESUME



RESUME

Introduction : La chirurgie générale d'urgence constitue 11 % de toutes les admissions à l'hôpital, mais représente la moitié (50 %) de toute la mortalité chirurgicale.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact de la consultation de tri sur les hospitalisations en urgence chirurgicale à l'hôpital Mohammed Boudiaf Ouargla.

Méthode : Notre travail est une étude descriptive prospective réalisée dans les services des urgences chirurgicales de l'établissement public de santé (l'EPH Mohammed Boudiaf-Ouargla), sur registre, portant sur les patients consultants pour prise en charge d'une urgence chirurgicale viscérale au sein de ce service durant la période étendue de 01/02/2023 à 30/04/2023.

Résultats : Les urgences générales ont constitué 1.35% de total des admissions aux urgences. Aucun patient avait contacté avec un infirmier(e) d'accueil et d'orientation (IOA). 52.34% avaient dépassé les 5 minutes dans le box, alors que 50.48%, qu'ils n'avaient pas eu un examen clinique supérieur à 5 minutes. 85.05% des patients avaient réalisé des examens complémentaires. Pour le mode de sortie ils y'avait 74.76% qu'ils avaient passé à la salle d'observation. Parmi les patients qu'ils avaient été passés directement à la salle d'observation (22 patients), 50% avaient représenté un ETG à 2 et 22.72% avaient représenté un ETG à 3. Le délai d'attente d'un avis spécialisé avait été autour de 110 minutes, ce retard avait été lié directement au retard des examens complémentaires dans 79.52% des cas. Le délai entre l'admission et l'hospitalisation avait été plus de 2 heures dans 79.74% des cas. Le délai moyen entre l'hospitalisation et l'intervention avait été autour de 5 heures, dont 92.41% des malades avaient été bénéficiés d'une opération en urgence immédiate.

Conclusion : Les études de temps fournissent des données utiles pour identifier les inefficacités du système. Le triage ici s'avère être un processus déterminant du bon fonctionnement de tout service d'urgence.

Mots clés : délai d'attente, triage, efficacité, indicateurs de qualité, ETG, EGS.



ABSTRACT

Introduction : Emergency general surgery constitutes 11% of all hospital admissions but represents half (50%) of all surgical mortality.

The objective of our study is to evaluate the impact of the triage consultation on surgical emergency hospitalizations at the Mohammed Boudiaf Ouargla hospital.

Method : Our study is a prospective descriptive study carried out in the surgical emergency services of the public health establishment (EPH Mohammed Boudiaf-Ouargla) on registers of patients consulted for the management of a visceral surgical emergency within those services during the extended period from 01/02/2023 to 30/04/2023.

Results : general emergencies constituted 1.35% of total emergency room admissions. No patient had contacted a reception and orientation nurse (IAO). 52.34%, had exceeded 5 minutes in the box, while 50.48%, had not had a clinical examination longer than 5 minutes. 85.05% of patients had performed complementary examinations. For the exit mode there was 74.76% that they had passed to the observation room. Among the patients who had been passed directly to the observation room (22 patients), 50% had represented an ETG of 2 and 22.72% had represented an ETG of 3. The waiting time for a specialist opinion had been around 110 minutes, this delay had been directly linked to the delay in the complementary examinations in 79.52% of the cases. The time between admission and hospitalization was more than 2 hours in 79.74% of cases. The average time between hospitalization and the operation was around 5 hours, of which 92.41% of the patients had undergone an immediate emergency operation.

Conclusion : Time studies provide useful process data to identify system inefficiencies. Triage here turns out to be a key process in the proper functioning of any emergency service.

Keys words : waiting time, triage, efficiency, quality indicators, ETG, EGS.

ملخص

مقدمة : تشكل الجراحة العامة الطارئة 11% من جميع حالات دخول المستشفيات، لكنها تمثل النصف (50%) من إجمالي الوفيات الجراحية. الهدف من دراستنا هو تقييم تأثير استشارة الفرز على الاستشفاء الجراحي الطارئ في مستشفى محمد بوضياف ورقلة.

الطريقة : عملنا عبارة عن دراسة وصفية بأثر تقدمي تم إجراؤها في مصلحة الطوارئ الجراحية لمؤسسة الصحة العامة (محمد بوضياف - ورقلة) انطلاقاً من سجلات المرضى الذين أتوا لأخذ الاستشارة فيما يخص الطوارئ الجراحية العامة على مستوى هذه المصلحة خلال الفترة الممتدة من 2023/02/01 إلى 2023/04/30.

النتائج : حالات الطوارئ العامة تشكل 1.35% من إجمالي حالات دخول غرفة الطوارئ. لم يتصل أي مريض بالمرضة منظمة الاستقبال. 52.34%، تجاوزوا 5 دقائق في غرفة الفرز، في حين أن 50.48%، لم يخضعوا لفحص سريري تزيد مدته عن 5 دقائق. 85.05% من المرضى أجروا فحوصات إضافية. بالنسبة لنمط الخروج كان هناك 74.76% من مروا إلى غرفة المراقبة. من بين المرضى الذين تم نقلهم مباشرة إلى غرفة المراقبة (22 مريض)، 50% كانوا مصنفيين ك ETG من المستوى 2 و 22.72% مصنفيين ك ETG من المستوى 3. وكان وقت الانتظار للحصول على رأي متخصص حوالي 110 دقيقة، وكان هذا التأخير مرتبطاً بشكل مباشر بالتأخير في نتائج الفحوصات الإضافية في 79.52% من الحالات. كانت المدة بين الدخول إلى المستشفى والاستشفاء أكثر من ساعتين في 79.74% من الحالات. كان متوسط الوقت بين الاستشفاء والعملية حوالي 5 ساعات، حيث خضع 92.41% من المرضى لعملية طارئة فورية.

الاستنتاج : توفر دراسات الوقت بيانات مفيدة لتحديد أوجه القصور في النظام. يثبت الفرز هنا أنه عملية رئيسية في الأداء السليم لأي قسم للطوارئ.

الكلمات المفتاحية : مدة الانتظار، الفرز، الكفاءة، مؤشرات الجودة، سلم الفرز الكندي، جراحة عامة مستعجلة.

INTRODUCTION

INTRODUCTION



INTRODUCTION

Le terme « services de santé d'urgence » définit toutes les interventions qui devraient être appliquées pour protéger la vie des patients ou dans les cas nécessitant une intervention rapide après une maladie ou un accident d'urgence. (1)

Le recours aux urgences par les patients externes est un problème croissant dans le monde entier. C'est une raison importante pour laquelle les patients nécessitant une intervention d'urgence ne peuvent pas être traités adéquatement et à temps. (2,3)

La surpopulation dans les services des urgences (SU) est un problème mondial croissant(4). Le surpeuplement des SU compromet également la sécurité des patients et la rapidité (délai de traitement approprié) (5), menace la vie privée et la confidentialité des patients et conduit souvent à la frustration du personnel des urgences. (6,7)

De multiples facteurs déterminent le flux de patients dans les services des urgences (8) et le modèle conceptuel entrée-débit-sortie est devenu une approche acceptée pour comprendre les causes de la surpopulation (5,9). Selon le modèle, les causes peuvent être recherchées dans l'un ou l'autre des trois domaines et les actions visant à réduire l'encombrement peuvent être dirigées vers l'entrée, le débit ou la sortie du département d'urgence (DU).

L'augmentation des admissions aux urgences dépassant quotidiennement les capacités de soins a conduit les services à s'organiser afin de déterminer quels patients devaient être pris en charge rapidement et lesquels pouvaient attendre. Ce processus, dénommé « triage », consiste à déterminer à la phase initiale de la prise en charge d'un patient, la filière adaptée à son état en termes de délai et de type de soins.

Cette mission est confiée, le plus souvent, aux infirmières d'accueil et d'orientation avec, si possible, un appel à un médecin référent dans les situations complexes et/ou les périodes de débordement. Alors qu'un tri en « très-urgent, urgent ou non urgent » s'est avéré décevant, la fiabilité de plusieurs échelles de triage en cinq priorités de prise en charge médicale a été confirmée, par une concordance entre infirmières et médecins, par une corrélation avec le recours à l'hospitalisation et par une bonne reproductibilité.

Ces échelles s'appuient sur une classification des motifs de recours et, éventuellement, l'estimation des paramètres vitaux et de la douleur. L'utilité réelle du triage dans les services des urgences dépend des capacités des équipes à s'approprier



l'échelle, à intégrer la priorité dans l'organisation des filières de soins et à mettre en place des procédures d'évaluation.(10)

La chirurgie générale d'urgence constitue 11 % de toutes les admissions à l'hôpital, mais représente la moitié (50 %) de toute la mortalité chirurgicale. (11)

Les hospitalisations pour les cas de chirurgie générale d'urgence aux États-Unis ont augmenté en parallèle les couts de tous cela va accroître aussi. (1)

Les études de temps qui évaluent les processus clés des services des urgences aideront à clarifier les causes des retards de soins aux patients et de la prolongation de la durée de séjour.

Une analyse de régression linéaire multiple a été effectuée pour déterminer comment diverses caractéristiques des patients et les processus des services des urgences ont influencé la durée de séjour, allant de ces raisons on peut dire qu'elles sont susceptibles d'inclure une combinaison de caractéristiques des patients, des activités des médecins des urgences, des processus de consultation et des pratiques de services spécialisés. (8)

Tous ces arguments, avec l'argument qu'il y a peu d'études faites sur l'impact de la consultation de tri sur l'hospitalisation en urgence chirurgicale dans la région de Ouargla, nous dirigent à être proposés d'effectuer une étude sur ce thème, afin d'identifier les points d'inefficacité du système et les réparer améliorant par cela le circuit des patients au niveau des services des urgences chirurgicales de l'Hôpital Mohammed Boudiaf, fixant comme objectifs :

Objectif principal :

Evaluer l'effet de la consultation de tri sur l'hospitalisation en urgence chirurgicale au niveau de l'hôpital Mohammed Boudiaf Ouargla.

Objectifs secondaires :

- Décrire Les systèmes de triage et les échelles conçus pour évaluer le degré d'urgence chez les patients qui arrivent aux urgences
- Déterminer les indicateurs destinant à évaluer et déterminer l'efficacité
- Déterminer l'utilité réelle de triage et son impact sur les pratiques et finalement sur le devenir des patients

REVUE DE LITTERATURE

REVUE DE LITTERATURE



REVUE DE LITTÉRATURE

I. Généralités

I.1. Définition des services des urgences

Les urgences désignent le service hospitalier en charge de l'accueil et des soins des personnes malades ou blessées qui se présentent d'elles-mêmes à l'hôpital ou qui arrivent via les services de secours comme les pompiers ou le service d'aide médicale urgente (SAMU).

Pilier central de tout établissement hospitalier, les services des urgences sont organisés de manière à prendre en charge 7j/7 et 24h/24 les soins urgents non programmés avec un maximum d'efficacité.

Le rôle des services des urgences est d'accueillir tous types de patients, sans sélection, et ce 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en cas d'urgence vitale ou non.(12)

I.2. Organisation des services des urgences

Un service d'accueil, de traitement et d'orientation des patients en lien avec les autres services hospitaliers que ce soient les services de soins, de consultation ou le plateau technique (imagerie médicale, laboratoire).

Géré par un médecin urgentiste, qui doit permettre l'accueil et l'examen 24h/24, et doit pouvoir faire venir un médecin spécialiste en fonction de la pathologie.

➤ IAO : infirmier(e) d'accueil et d'orientation doit :

- Recevoir tout usager se présentant pour une urgence
- Établir le 1er contact avec le patient
- Mettre en confiance
- Trier les malades
- Décide du lieu le plus adapté aux soins
- Donne l'information au patient et aux proches.
- Rassurer
- Communiquer et coordonner

✓ Dans notre pays Le plus souvent cette mission est qualifiée à un médecin généraliste ou devrait être un personnel paramédical formé



- Structures des services des urgences :
- Salle d'accueil préservant la confidentialité = S.A.U
 - Espace d'examen
 - Salle de soins
 - Salle d'accueil des urgences vitales S.A.U.V ou déchoquage
 - unité d'hospitalisation de courte durée= U.H.C.D (13–16)

I.3. La chirurgie générale d'urgence

La chirurgie générale d'urgence (EGS) désigne l'ensemble des gestes fréquents réalisés par l'ensemble des chirurgiens digestifs, en-dehors de toute hyperspécialisation dont ces interventions sont réalisées hors du circuit habituel de programmation d'une intervention chirurgicale.

La chirurgie générale d'urgence (EGS) représente 11 % des admissions à l'hôpital, avec plus de 3 millions d'admissions par an et plus de 50 % de la mortalité opératoire aux États-Unis (17)

La chirurgie générale d'urgence (EGS) est en train de devenir une sous-spécialité distincte de la chirurgie de soins aigus. La phase de croissance de l'EGS a été témoin d'une évolution des échelles de notation, des scores de gravité et des mesures de qualité d'une manière analogue à la chirurgie traumatologique (18)

La chirurgie d'urgence est, en comparaison à la chirurgie réglée, pourvoyeuse de mortalité, de complications post-opératoires et de durée de séjour prolongée. (11,19–21). Il est connu que le retard de prise en charge au bloc opératoire aggrave le pronostic des patients.

Un programme de qualité spécifique à l'EGS a été créé avec une supervision administrative basée sur les services du fournisseur de pratique avancée (SB APP), validant ainsi la nécessité d'un gestionnaire de programme EGS dédié. (18)

Mais aussi on ne peut pas ignorer que des nombreuses études ont analysé cette augmentation de la morbidité et mortalité inhérente à la chirurgie d'urgence et un des principaux facteurs retenus était le retard de prise en charge chirurgicale. (22–24)

Dans une autre étude menée par Eko et al. Un délai prolongé avant appendicectomie était associé à une durée accrue du séjour à l'hôpital et à une augmentation des coûts hospitaliers. (25)



L'absence de triage de ces patients ou l'inadéquation entre les besoins du patient et les ressources du trauma center sont à l'origine d'une surmortalité importante.

I.4. La surcharge en structure d'urgence

I.4.1. Définition

Certains ont défini le surpeuplement des urgences sur la base des délais de transfert d'un patient vers un lit d'hospitalisation, (6) mais cela ne traite pas d'autres mesures potentielles de la surpopulation, comme l'heure de la porte d'entrée à DU d'un civière des urgences, les retards importants dans les soins initiaux ou l'utilisation du couloir comme une zone de traitement. Certains urgentologues définiraient le surpeuplement comme situation dans laquelle la demande de service dépasse la capacité de fournir des soins dans un délai raisonnable temps, obligeant les médecins et les infirmières à se sentir trop pressés prodiguer des soins de qualité. Selon les auteurs, le temps réel suivi informatisé des temps d'attente, des temps de soins, et recensement actuel du nombre réel de patients à l'urgence en cours de traitement ou en attente d'être vus, sont nécessaires pour définir avec précision le surpeuplement. Cependant, peu de services des urgences les disposent. (7)

L'American College of Emergency Physicians (ACEP) affirme que "l'encombrement se produit lorsque le besoin identifié des services des urgences dépasse les ressources disponibles pour les soins aux patients à l'urgence, à l'hôpital ou les deux". Cette description suggère que le surpeuplement peut être quantifié comme une relation entre des variables en 2 catégories : les besoins de service et les ressources disponibles (6)

I.4.2. Les causes

Les causes de surcharge des SU sont multiples et souvent intriquées. La physiopathologie de cette surcharge est complexe et nous la simplifierons ci-dessous en trois grandes « étiologies » (26,27) illustrées d'exemples : le nombre d'entrées vers la SU est trop important, l'insuffisance des ressources extérieures nécessaires au fonctionnement du SU (examen complémentaire, avis spécialisé), le nombre de sorties du SU est trop faible.



1) Nombre d'entrées trop important

Nous citerons à titre d'exemple :

- Les consultations non-urgentes
- Les « habitués » des SU
- Les pics d'activité et les variations saisonnières.

2) Insuffisance des ressources

La surcharge en SU résulte souvent d'une durée de séjour en SU trop importante. Cette durée de séjour est la somme d'une multitude de délais correspondant chacun à différents processus faisant souvent appel à des ressources extérieures à la SU. Nous citerons à titre d'exemple :

- L'attente des résultats d'examens complémentaires
- L'attente des consultations spécialisées.

3) Nombre de sorties trop faible

Le manque de solutions d'aval pour les patients entraîne un engorgement puis une surcharge du SU. L'attente trop importante des patients devant être hospitalisés représente une cause majeure de surcharge. Cette attente peut être due à :

- Une insuffisance de place ou parce que ces places sont réservées pour les patients programmés.
- Elle peut également être la conséquence du refus des services à accueillir le patient bien qu'une place soit disponible. (28)

1.4.3. Les conséquences

Les conséquences des surcharges de la SU et de l'hôpital dans son ensemble sont une augmentation de la morbi-mortalité pour le patient. La surcharge de l'un est en partie responsable de la surcharge de l'autre, et réciproquement. L'ensemble constitue donc un cercle vicieux de dysfonctionnements aboutissant à une mauvaise prise en charge du malade.

En triant ces conséquences on peut les citer comme suit :

- Surcharge de la structure des urgences.
- Attente d'hospitalisation ou « Boarding ».
- Surcharge de l'hôpital. (28)

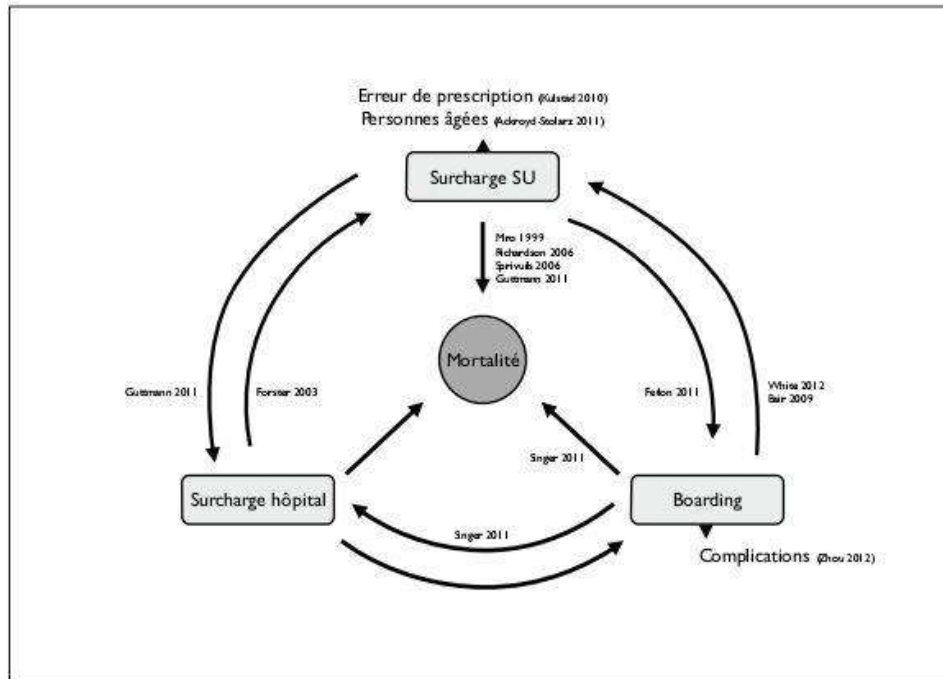


Figure 1 : Cercle vicieux de la surcharge des services des urgences et à l'hôpital.



II. Le triage

Dans les services des urgences, les patients se présentent avec différentes sévérités de maladies et de blessures traumatiques. Cependant, les patients atteints de maladies graves et potentiellement mortelles se disputent les mêmes ressources telles que personnelles et structurelles. En règle générale, chaque patient doit recevoir un diagnostic et un traitement immédiats, indépendamment de la gravité de sa maladie ou de sa blessure traumatique. Cependant, un nombre inattendu de patients se présentant au service des urgences en même temps peut dépasser les ressources disponibles. Ainsi, des temps d'attente se produiront et la prise en charge des patients pourra être entravée. Par conséquent, les patients atteints de maladies ou de lésions traumatiques nécessitant une prise en charge urgente doivent être détectés au moment de la présentation. Après la catégorisation, les patients doivent être classés par ordre de priorité et guidés vers le bon lieu de traitement ("triage"). (29)

II.1. Définition

Selon l'association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (La NENA), le triage est : « un processus de tri qui utilise la pensée critique et qui permet aux infirmières d'expérience de rapidement évaluer les patients à leur arrivée à l'urgence afin de :

- Évaluer et déterminer la gravité des raisons de consultation
- Attribuer aux patients un niveau de priorité au triage
- Déterminer la réponse appropriée (accès au traitement)
- Attribuer de façon effective et efficiente les ressources humaines appropriées du réseau de la santé

Le triage constitue l'évaluation clinique initiale systématique de la gravité des pathologies pour chaque patient admis aux urgences(30)

Il permet de prioriser les prises en charge en catégorisant les patients selon quatre niveaux, allant de l'urgence vitale à la consultation qui pourrait être reportée(31)

Il s'agit d'un processus qui nous permet de gérer les risques cliniques de manière sûre et appropriée. Et de savoir organiser les flux de patients lorsque la demande et les



besoins cliniques dépassent les ressources. À l'heure actuelle, les systèmes de triage utilisés sont structurés selon cinq niveaux de priorité. Les niveaux sont attribués selon le concept que ce qui est urgent n'est pas toujours grave et que ce qui est grave n'est pas toujours urgent. Cela permet de classer les patients selon le "degré d'urgence", de sorte que les patients les plus urgents seront pris en charge en premier et les autres seront réévalués jusqu'à ce qu'ils soient vus par le médecin.

Les systèmes de triage sont des échelles destinées pour évaluer le degré d'urgence chez les patients qui arrivent aux urgences.

II.2. Guide général du triage :

II.2.1. Les paramètres à retenir devant tout processus de triage :

1) Paramètres de sévérité et d'urgence :

La fonction essentielle du triage est la « priorisation » des soins, elle nécessite donc une évaluation rapide des fonctions vitales et de la douleur :

A/ Liberté des voies respiratoires

B/ Respiration :

- FR,
- Coloration (cyanose ?),
- Saturation capillaire en O₂,
- Le patient arrive-t-il à parler ?

C/ Circulation :

- Pouls, est-il régulier ou irrégulier ? est-il bien frappé ou filant ?
- TA,
- Marbrures,
- Temps de recoloration capillaire.

D/ Etat de conscience :

Échelle de Glasgow /15

- Yeux / 4,
- Verbale / 5,
- Motrice / 6.

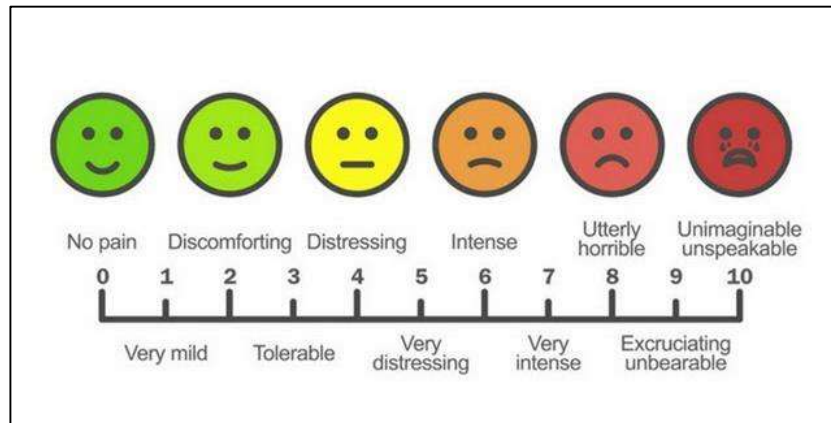
E/ EVA douleur /10

Figure 2 : Echelle de la douleur EVA

2) Signaler le principal motif d'admission

3) Recueillir, si possible, les données suivantes :

(En dehors des grandes urgences (priorités I) et des périodes de grande affluence

- Début des symptômes, circonstances,
- Traitements reçus,
- Antécédents pertinents,
- Conditions de vie.

4) Retenir et interroger les témoins : (32)

➤ **La précision de l'assignation dépend :**

- ✓ Des connaissances pratiques acquises par l'expérience et la formation ;
- ✓ De l'identification appropriée des signes et symptômes ;
- ✓ De l'usage de guides et de protocoles de triage. (33)

II.2.2. Les échelles de triage :

Pour évaluer au mieux la gravité de la pathologie à l'arrivée aux urgences, différentes échelles ont été élaborées : échelle de triage canadienne (ETG), classification infirmière des malades aux urgences (CIMU), Emergency Severity Index (ESI), etc.



Nous avons choisi de présenter trois échelles de triage à cinq niveaux :

Tableau 1 : Description des principales échelles internationales. (34)

Echelle	Technique de tri	Nombre de niveaux
ETG	Motif d'admission modulé par les paramètres vitaux.	5
CIMU	Les déterminants du tri (motifs de recours, signes et paramètre vitaux) orientent vers un niveau de tri ou un intervalle de tri.	5
ESI	Algorithme en fonction des signes de gravité puis de l'estimation à priori des ressources nécessaires.	5

1- Échelle canadienne de triage et de gravité

L'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG) a été créée en 1999, à la suite d'un large consensus d'experts du Groupe de travail national canadien sur l'ÉTG, constitué d'infirmières et de médecins. Plusieurs fois révisée depuis sa création, l'ÉTG vise à uniformiser le processus du triage à l'urgence par l'utilisation de critères communs et d'une même méthode de classification. (35)

L'ÉTG, une échelle de triage à cinq niveaux permettant de classer la gravité de l'état d'un patient, elle est fondée principalement sur la raison de consultation du patient. Les lignes directrices originales comportaient un nombre limité de raisons de consultation. Les raisons de consultation qui n'apparaissaient pas dans le guide étaient souvent comparées avec d'autres dans la liste pour extrapoler un niveau de triage.

Les lignes directrices originales de l'ÉTG recommandent un délai jusqu'à l'évaluation par le médecin fondé sur l'assignation du niveau de gravité sur l'échelle de triage. Cependant, quand la raison de consultation n'a pas été spécifiquement identifiée dans les lignes directrices, l'assignation d'un niveau de triage devient plus subjective. Le Groupe de travail sur l'ÉTG estimait qu'une approche plus objective s'imposait. (36)

L'ÉTG vise la priorisation de la prise en charge des patients en fonction du caractère urgent de leur état de santé et l'intervention en temps opportun. (35)



➤ **Objectifs opérationnels**

L'objectif opérationnel principal de l'ÉTG est de définir le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale. La raison de ce choix est simple : la plupart des décisions d'investigations et d'initiation de traitements sont prises lorsque le médecin évalue le patient ou qu'il reçoit les résultats préliminaires lui permettant de décider d'une conduite. (33)

Tableau 2 : Le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale selon l'ÉTG.

Niveau de triage	1	2	3	4	5
Délai	Immédiat	15 min.	30 min.	60 min.	120 min.

➤ **Les niveaux de priorité selon l'ÉTG :**

Les cinq niveaux de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité sont :

Tableau 3 : Les niveaux de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité

Niveau 1	Réanimation
Niveau 2	Très urgent
Niveau 3	Urgent
Niveau 4	Moins urgent
Niveau 5	Non urgent

Niveau 1 selon l'ÉTG - Réanimation

Le niveau de priorité 1 s'applique lorsqu'il y a « des conditions qui menacent la vie ou l'intégrité d'un membre (où il y a risque imminent de détérioration) requérant des interventions « Agressives ».

Les patients de niveau 1 se présentent avec des signes apparents de détresse et des signes vitaux instables. Ils sont à risque immédiat de détérioration requérant des interventions agressives immédiates. Ils ne requièrent pas d'évaluation supplémentaire. Certains exemples sont :

- Arrêt cardiaque ;
- Arrêt respiratoire ;
- Trauma majeur (en état de choc) ;



- Dyspnée (détresse sévère des voies respiratoires) ;
- Altération du niveau de conscience (inconscient, Échelle de Glasgow 3-9).

Niveau 2 selon l'ÉTG – Très urgent

Le niveau de priorité 2 s'applique lorsqu'il y a « des conditions qui représentent une menace potentielle pour la vie, l'intégrité d'un membre ou d'une fonction et requérant une intervention médicale rapide » de la part d'un médecin ou l'exécution d'actes délégués. Des exemples de cas de niveau 2 incluent :

- Dyspnée (détresse modérée des voies respiratoires) ;
- Vomissements de sang (étourdissement lorsqu'assis)
- Hypertension (TAS > 220 ou TAD > 130 avec symptômes) ;
- Altération du niveau de conscience (Échelle de Glasgow 10-13).
- Fièvre (température > 38,5°C, semble être septique) ;
- Douleur thoracique angineuse ;
- Douleur thoracique non angineuse (douleur déchirante)
- Douleur abdominale (douleur sévère 8-10/10) ;
- Céphalée (soudaine, sévère, la pire jamais connue) ;
- Trauma majeur contondant, sans blessure évidente (piéton heurté par une voiture);

Il est important de procurer une attention médicale rapide puisque le patient de niveau 2 peut se détériorer rapidement et requérir des soins de réanimation.

Niveau 3 selon l'ÉTG – Urgent

Le niveau 3 s'applique lorsqu'il y a des « conditions qui pourraient potentiellement s'aggraver de manière à requérir une intervention d'urgence. La condition peut s'accompagner d'un inconfort significatif ou affecter la capacité de travailler ou d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne ». Les signes vitaux sont habituellement normaux ou aux limites de la valeur normale. Ces patients ont un réel potentiel de détérioration, mais il arrive souvent que ces patients soient assignés dans la salle d'attente du DU en raison de surpeuplement du service.



En voici quelques exemples :

- Dyspnée légère (détresse respiratoire légère) ;
- Hypertension (TAS > 220 ou TAD > 130 sans symptômes) ;
- Vomissements et/ou diarrhée (déshydratation légère)
- Douleur abdominale (douleur modérée 4-7/10) ;
- Douleur abdominale (douleur modérée 4-7/10)
- Céphalée (douleur modérée 4-7/10) ;

Niveau 4 selon l'ÉTG – Moins urgent

Le niveau 4 s'applique lorsqu'il y a des « conditions qui relèvent de l'âge du patient, de la détresse ou d'un potentiel de détérioration pour lesquelles le patient pourrait recevoir une intervention ou des conseils dans un délai d'une à deux heures ». Les exemples incluent :

- Confusion (chronique, pas de changement de l'état normal) ;
- Problèmes/symptômes d'infection urinaire basse (IUB), dysurie légère ;
- Constipation (douleur légère < 4/10) ;

Niveau 5 selon l'ÉTG – Non urgent

Le niveau 5 s'applique lorsqu'il y a des « conditions qui peuvent être aiguës, mais non urgentes ou relever d'un problème chronique avec ou sans évidence de détérioration. L'investigation ou des interventions pour certains de ces problèmes pourraient être retardées ou même être effectuées dans d'autres services de l'établissement ou un autre service de soin de santé. Des exemples de cas de niveau 5 incluent :

- Diarrhée (légère, pas de déshydratation) ;
- Morsures mineures (+/- douleur légère < 4) ;
- Changement de pansement (non compliqué) ;
- Demande de renouvellement d'ordonnance ; (37)

➤ Changer le niveau de triage

Il est raisonnable de rehausser l'assignation du niveau de triage si l'objectif de délai n'est pas atteint, par exemple : si un patient assigné au niveau V attend plus de 2 heures. L'assignation des patients aux catégories basses (III, IV et V) comporte en effet le risque que l'évaluation médicale ne soit retardée indûment ou dangereusement par l'arrivée continue de nouveaux patients. Ceci est d'autant plus important que l'état des patients peut évoluer pendant leur séjour à l'urgence et que les guides de triage ne permettent pas toujours de séparer avec précision les patients de niveaux III, IV et V. Les systèmes informatisés de repérage des patients sont des outils intéressants pour gérer de manière efficace ces changements dans les niveaux de triage.

Pour fin de recueil de données, le degré de gravité associé à un patient peut être déterminé en utilisant une combinaison des paramètres suivants : niveau de triage, diagnostic final, informations à propos des soins donnés et durée de séjour (DDS). (33)

سلم الفرز حسب خطورة حالة المريض ECHELLE DE TRI ET DE GRAVITE (ETG)					
Code 1	الرجوع 1	الإنعاش	Réanimation	مُدَّة الإنتظار 0 دق	Delai 0 mn
Code 2	الرجوع 2	عاجل جدا	Très Urgent	مُدَّة الإنتظار 15 دق	Delai 15 mn
Code 3	الرجوع 3	عاجل	Urgent	مُدَّة الإنتظار 30 دق	Delai 30 mn
Code 4	الرجوع 4	أقل خطورة	Moins Urgent	مُدَّة الإنتظار 60 دق	Delai 60 mn
Code 5	الرجوع 5	غير عاجل	Non Urgent	مُدَّة الإنتظار 120 دق	Delai 120 mn

Figure 3 : Echelle de triage et de gravité

2-Classification infirmière des malades aux urgences :

La classification infirmière des malades des urgences (CIMU) est largement utilisée.(38) La CIMU a été élaborée en 1996 aux urgences de l'hôpital Saint Louis par l'équipe du Dr Taboulet. La première version a été publiée en 1997.(39) La CIMU a ensuite été régulièrement mise à jour, la dernière version datant de 2009.(40) Comme toute classification de triage, elle est utilisable par tous les services des urgences après formation du personnel. Il s'agit d'une échelle en cinq stades de complexité et de sévérité croissante développée par les équipes françaises dont la version la plus récente date de 2009 .(38)



Les pathologies sont, dans cette grille, classées par appareil et, selon l'interrogatoire du patient, les constantes et les signes cliniques, le niveau de gravité estimé donne la classification CIMU .(41)

➤ **Objectifs opérationnels**

- ✓ Le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale :

Tableau 4 : Le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale selon CIMU. (42)

Niveau de triage	1	2	3	4	5
Délai	Immédiat	20 min.	90 min.	120 min.	240 min.

- ✓ L'orientation du patient dans les différents secteurs selon sa catégorisation :

Tableau 5 : L'orientation du patient dans les différents secteurs selon sa catégorisation. (41)

Niveau de triage	1	2	3	4	5
Orientation	SAUV	SAUV	Soins Longs	Soins Longs/ Soins courts	Soins courts

➤ **Les niveaux de priorité selon CIMU :**

Tableau 6 : Les niveaux de priorité selon CIMU. (42)

Niveau CIMU	Situation	Risque	Action
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	Support d'une ou des fonctions vitales
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	Acte diagnostique et/ ou thérapeutique limité
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	Pas d'acte diagnostique et/ ou thérapeutique



➤ Les étapes de déroulement :

Le processus de triage CIMU (classification infirmière des malades aux urgences) se déroule en 5 étapes :

- 1) Recueillir les déterminants primaires du tri
- 2) Recueillir les déterminants secondaires du tri
- 3) Combiner les déterminants et proposer un tri
- 4) Moduler le tri
- 5) Agir

PREMIÈRE ÉTAPE

Consiste à transcrire par des mots techniques la plainte, souvent imprécise, du patient qui consulte. Il ne suffit pas d'écouter. Il faut mener l'interrogatoire de façon semi-directive.

Cinq questions stéréotypées :

- Motif de recours au soin : quoi ?
- Date et heure de début : quand ?
- Mode de début et évolution : comment ?
- Intensité du symptôme : combien ?
- Episodes similaires, antécédents et comorbidités : qui ?

L'objectif de ces 5 questions est de mieux cerner le caractère complexe et/ou sévère de la situation

- ✓ Cette étape permet l'obtention de déterminants primaires du tri

SECONDE ÉTAPE

Consiste à mesurer les paramètres vitaux (ou constantes vitales) afin d'affiner la complexité / sévérité de la situation

Relevé de quatre paramètres vitaux en systématique : tension artérielle, pouls, douleur et température (voire saturation également le plus souvent)

Les autres constantes utiles en fonction du motif de recours (ECG, dextro, Glasgow) seront réalisées dans certains cas

- ✓ Cette étape permet l'obtention des déterminants secondaires du tri



TROISIÈME ÉTAPE

Consiste à proposer un tri à l'aide du tableau de correspondances entre déterminants et niveaux de tri

QUATRIÈME ÉTAPE

Consiste à moduler la vitesse de prise en charge en fonction de l'intensité de la situation.

En effet, certaines situations requièrent une prise en charge plus rapide que ne le justifie la complexité / sévérité

CINQUIÈME ÉTAPE

Consiste à orienter et/ou initier la prise en charge en fonction du niveau de tri, des possibilités de prise en charge matérielles et la disponibilité du tandem médecin-infirmier en aval.(43)

3- Emergency severity index

L'échelle « Emergency Severity Index » (ESI) est un score en 5 points élaboré par l'agence de recherche et de qualité pour les soins de santé américaine (Agency for Healthcare Research and Quality).

Ce score validé a subi plusieurs modifications permettant d'obtenir la version actuelle en 5 points.(44,45) Un score de 1 (patient sévère, instable) correspond à une prise en charge immédiate.

Un patient avec un score de 5 est stable et ne requiert pas de soins urgents. Les stades de gravité de ce score sont corrélés aux investigations complémentaires à mener.(42)

L'ESI se différencie des autres échelles par :

- le fait qu'elle prend en compte les ressources nécessaires pour définir la catégorie de triage : l'infirmière de tri doit anticiper les ressources nécessaires attendues (tests diagnostiques et procédures) en plus d'évaluer la sévérité.

- le fait qu'elle ne définit pas de temps d'attente maximal selon le niveau de gravité.(46)



➤ Objectifs opérationnels

- ✓ L'infirmière évalue la sévérité. Si le patient ne présente pas de critère de sévérité (niveau 1 ou 2), l'infirmière évalue alors le besoin attendu en ressources pour déterminer le niveau de tri (niveau 3, 4 ou 5 selon que le patient nécessite plusieurs ressources, une seule ressource ou aucune ressource).

Le besoin en ressources est défini par le nombre d'exams qui seront probablement réalisés pour la prise en charge du patient. Elle estime ce besoin en se basant sur ses connaissances théoriques et son expérience passée de cas similaires. Cela nécessite donc que l'ESI soit utilisé par une infirmière ayant une expérience importante du tri et/ou ayant reçu une formation spécifique poussée.(46)

Tableau 7 : Le niveau de triage selon le nombre de ressources

Niveau de triage	3	4	5
Nombre de ressources	Plusieurs	1	0

- ✓ Le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale :

Tableau 8 : Le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale selon l'ESI. (42)

Niveau de triage	1	2	3
Délai	Immédiat	10 min.	30 min.



➤ **Les niveaux de priorité selon ESI :**

Tableau 9 : les niveaux de priorité selon ESI (42)

Niveau ESI	Situation	Action
1	Patient avec instabilité importante	Nécessite souvent une intervention (exemple : intubation) pour être stabilisé
2	Patient potentiellement instable	Nécessite souvent des examens complémentaires biologiques et d'imagerie, un traitement et une hospitalisation
3	Patient stable	Nécessite souvent des examens complémentaires biologique et d'imagerie, un traitement et le plus souvent sort en externe
4	Patient stable, peut ne pas être pris en charge rapidement	Nécessite peu d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe
5	Patient stable, peut ne pas être pris en charge rapidement	Ne nécessite pas d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe

➤ **Les étapes de déroulement :**

4 questions décisives doivent se poser lors du tri d'un patient avec l'ESI :

1. Est-ce que le patient nécessite une intervention immédiate de sauvetage ? (Où : est-il en train de mourir ?).

- ✓ Si la réponse est oui, le patient est classé dans le niveau 1.
- ✓ Si la réponse est non, on passe à la 2ème question :

2. Est-ce que c'est une situation à haut risque ? (Ou est-ce que le patient peut attendre ?)

- ✓ Si la réponse est oui, le patient est classé dans le niveau 2.
- ✓ Sinon, on passe à la 3ème question :

3. Combien de ressources ce patient va-t-il probablement nécessiter afin de parvenir à la décision finale d'orientation (hospitalisation, retour à domicile, etc.) ?

- ✓ En cas de nécessité d'aucune ressource, le patient est classé en niveau 5.
- ✓ En cas d'une ressource nécessaire, le patient est classé niveau 4.

- ✓ En cas de nécessité de plusieurs ressources, avant de classer un patient dans le niveau 3, on passe à la 4ème question :

4. Les paramètres vitaux (constantes) sont-ils compris dans les normes pour l'âge ?

- ✓ Si l'un des paramètres sort des normes (FC, FR et SaO2), le patient sera classé dans le niveau 2.
- ✓ En cas de constantes normales, la classification en niveau 3 est conservée.(46)

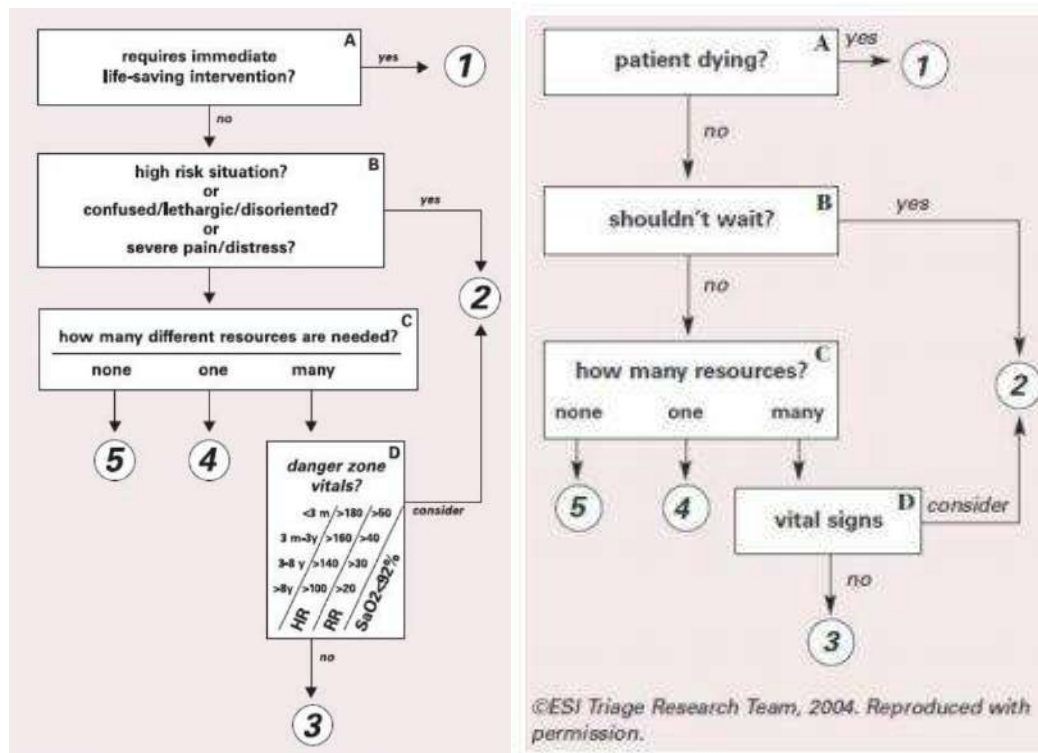


Figure 4 : Algorithme de l'ESI

II.3. Objectifs

- 1 - le triage doit être effectué par IOA dédié.
- 2 - Le triage doit être le plus tôt possible après l'arrivée à l'accueil.
- 3 - L'organisation de l'accueil doit être adaptée à l'intensité du flux.
- 4 - Il faut que l'IOA ait, entre deux patients triés, un contact visuel sur ceux en attente de triage.
- 5 - Le délai avant triage ne doit pas dépasser trente minutes.
- 6 - Il faut que le triage soit effectué en un lieu individualisé, avec un matériel adapté et des conditions qui assurent la confidentialité.
- 7 - Les experts recommandent que le triage concerne tous les patients.



8 - Il faut que le triage soit effectué en toute neutralité, sans discrimination vis-à-vis du malade ou du motif de recours au soin.

9 - Il faut que le triage soit réalisé à l'aide d'une échelle spécifique.

10 - Il faut que l'ensemble des informations recueillies lors du triage et le niveau de priorité qui en découle apparaissent dans le dossier patient.

11 - Il faut que le triage s'appuie sur l'expérience du travail en SU et sur une formation Spécifique.

12 - Il faut que le triage permette d'orienter chaque patient vers le secteur de prise en charge adapté.

13 - Le triage doit permettre de réorienter, selon avis médical et/ou protocole, les patients qui ne nécessitent pas une prise en charge au sein de la SU.

14 - Il faut que le triage définisse pour chaque niveau un délai maximum d'attente avant prise en charge médicale.

15 - Au terme du triage, les patients et les accompagnants doivent être informés sur la durée prévisible de leur attente malgré son caractère très approximatif.

16 - Une réévaluation sommaire des patients en attente quand le délai prévu par le triage est dépassé.(42)

II.4. Qui doit réaliser le triage ?

Une collecte rapide d'informations et une prise de décision précise, c'est-à-dire une capacité de raisonnement clinique, sont essentielles pour la classification de la gravité. Afin d'acquérir cette capacité, une formation continue et systématique est nécessaire, et pour le développement et l'application de programmes d'éducation sur la classification de la gravité, il est nécessaire d'étudier le degré des capacités de classification de la gravité des IOA et leurs facteurs d'influence. (47)

La classification de la gravité nécessite une réflexion stratégique, qui consiste à décider de nouvelles actions appropriées basées sur des méthodes existantes et des faits tirés de situations spécifiques afin d'atteindre le meilleur objectif dans une situation donnée.(48)

Les compétences en résolution de problèmes nécessitent de la confiance en soi, un style d'évitement d'approche et du contrôle.



La confiance a un effet positif sur le processus et le résultat de résolution de problèmes. Le style d'approche d'évitement fait référence au style d'approche consistant à travailler dur pour éviter les mauvaises choses, et il est similaire à la gestion du stress. Dans le processus de résolution de problèmes, le contrôle de la conscience et de comportement est nécessaire.(49) Dans les classifications de gravité, les compétences en résolution de problèmes sont essentielles et affectent la précision grâce à la réflexion stratégique et critique. Une étude précédente a montré que les compétences en résolution de problèmes améliorent la précision des classifications de gravité.(50)

Il représente l'organisation pour laquelle il travaille ainsi que sa profession. La responsabilité qu'il assume requiert donc des qualités et des capacités humaines et professionnelles d'ordre cognitif (le savoir), d'ordre affectif (le savoir-être) et d'ordre psychomoteur (le savoir-agir). De plus, il doit maîtriser des techniques efficaces d'entrevue et avoir un bon sens de l'observation afin de recueillir toute l'information verbale, paraverbale et non verbale nécessaire à son évaluation.

Comme dans tout autre contexte de soins, l'IOA qui procède au triage d'un patient doit établir une relation thérapeutique. Pour ce faire, il fait appel à ses compétences professionnelles, à ses habiletés de communication et à sa compassion. Les rapports qu'elle établit avec le patient sont fondés sur la confiance et le respect. Une relation thérapeutique adéquate facilite la pratique clinique de l'infirmière autant que l'épisode de soins du patient.

Par conséquent, l'infirmier/le médecin assigné au triage à l'urgence doit, entre autres :

SAVOIR

- Posséder de bonnes connaissances des divers problèmes de santé physique et mentale de l'adulte ainsi que des particularités et risques liés à l'âge, dont les signes et symptômes atypiques chez la personne âgée ;
- Posséder de bonnes connaissances des divers problèmes de santé physique et mentale de l'enfant et connaître les stades de développement de l'enfant;
- Connaître ses devoirs et ses obligations déontologiques, notamment en ce qui concerne la préservation du secret quant aux renseignements de nature confidentielle, l'information et le consentement ;



- Avoir une bonne compréhension de son rôle ;
- Avoir une excellente compréhension du fonctionnement de l'urgence ;
- Comprendre les politiques, les procédures et le rôle de tous les professionnels et non professionnels travaillant à l'urgence ;
- Connaître les divers outils cliniques à sa disposition : protocoles, règles de soins infirmiers, ordonnances collectives, et autres ;
- Connaître les ressources de la communauté : cliniques GMF, cliniques médicales privées, etc.

SAVOIR AGIR

- Faire preuve d'un jugement clinique sûr ;
- Posséder des aptitudes en relations interpersonnelles et des habiletés pour communiquer efficacement avec une clientèle vivant des situations critiques et complexes, et ce, souvent dans un contexte multiculturel ;
- Être apte à intervenir promptement lorsque la situation l'exige ;
- Être capable d'évaluer l'agressivité, la dangerosité et le risque suicidaire du patient et d'intervenir de façon adéquate ;
- Identifier les situations qui risquent de compromettre son rôle ou la sécurité des patients et en aviser les instances appropriées ;
- Être capable de procéder à un examen clinique dans des conditions sous-optimales ;
- Être capable de colliger les données, ses observations et ses interventions, afin qu'elles servent d'assise aux interventions des autres membres de l'équipe de soins.

SAVOIR ÊTRE

- S'exprimer avec empathie et respect ;
- S'adapter à des situations qui évoluent rapidement ;
- Résoudre des situations conflictuelles ;
- Démontrer des stratégies positives d'adaptation au stress afin d'établir ses limites.(35)



II.5. Efficacité

Le triage des patients consultant en SU est nécessaire lorsque le flux dépasse les capacités de prise en charge immédiate. Ce triage a pour fonction première d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge. Il permet de mettre en œuvre les démarches diagnostiques et thérapeutiques conformes à l'état de l'art. Il permet une orientation initiale cohérente au sein, voire en dehors, de la SU et de gagner ainsi en efficacité.(42)

À l'instar d'un test diagnostique, l'utilité réelle du triage ne dépend pas uniquement de son intérêt et de sa fiabilité mais aussi des conditions nécessaires à sa mise en place concrète, de son acceptation par les équipes soignantes, de son impact sur les pratiques et finalement sur le devenir des patients.(51)

Pour la mise en place du triage, la présence d'une infirmière dédiée à cette activité est indiscutablement la première condition ;

La seconde condition est d'opter pour un mode de triage adapté au service.

La troisième condition est que la structure s'approprie l'échelle de triage.(10)

La majorité des erreurs de triage ne seraient pas des erreurs du système de triage mais des erreurs d'utilisation liées à un apprentissage déficient.(52) Ainsi, les guides d'implantation de l'ETG précisent dans le détail un programme de formation expliquant les techniques d'entretien, les locaux nécessaires, etc.(53,54)

Les modalités de formation de la CIMU ne sont pas précisées ; elle serait maîtrisée par les IAO après une séance de formation de 4 heures.(55) Cette appropriation semble avant tout dépendre de la capacité de la structure à réfléchir sur sa pratique. Y'avait des constatations qu'elle était faites lors d'une démarche d'adaptation locale de l'ETG conduisant à redéfinir et parfois reclasser les motifs de recours, que la qualité du triage, évaluée sur la concordance entre priorités et orientations.(10)

L'évaluation de l'impact du triage sur les pratiques est capitale. Les patients classés prioritaires par l'IAO sont-ils effectivement pris en charge plus rapidement par les médecins ?

Pour l'ETG, la concordance entre les priorités et les délais de prise en charge médicale a été confirmée au Canada(54) et en France(56) hormis pour les malades les moins graves (priorités 4 et 5) dont la prise en charge est accélérée lorsqu'il existe un secteur pour les malades ambulatoires.(56,57) L'évaluation de la CIMU n'a été réalisée que dans



le centre où elle a été élaborée ; cette équipe a montré que l'implantation du triage avait permis de raccourcir les délais de prise en charge des patients prioritaires sans allonger celui des autres.(39) Ces évaluations réalisées à un moment donné par une équipe ne donnent qu'une idée relative de l'impact réel. En attendant que l'outil informatique permette un suivi continu et généralisé, des indicateurs indirects peuvent être utilisés comme l'analyse des priorités vis-à-vis de diagnostics cibles ou pour les patients décédés aux urgences.

La dernière et la plus difficile des étapes de validation est l'analyse de l'impact du triage sur le devenir des patients et sur la société. On peut logiquement supposer que l'implantation d'une échelle de triage, en modulant les délais de prise en charge médicale au profit des patients les plus graves, permette la mise en place rapide de thérapeutiques appropriées et diminue la mortalité et/ou la morbidité des patients. Cependant, aucune étude n'a cherché à ce jour à démontrer cette hypothèse ni à évaluer l'impact économique du triage.(55)

II.6. Indicateurs de l'efficacité

Les indicateurs rapportés dans cette sous-section sont destinés à l'évaluation des pratiques et peuvent différer des indicateurs utilisés pour la certification des établissements.

II.6.1. Indicateurs institutionnels

Ce sont des indicateurs qui permettent de réaliser les évaluations du triage. Ces indicateurs sont extraits habituellement des recueils de données de l'institution. Le taux de mortalité en SU (58,59) ne doit pas être considéré comme un indicateur du triage. Cet indicateur est très dépendant du recrutement, du type de structure et de l'organisation administrative de celle-ci. Il reste cependant pertinent en situation de catastrophe.

- Les experts recommandent d'utiliser le délai avant contact IOA comme un indicateur qualité du triage (temps entre l'entrée dans la SU et la prise en charge par l'IOA).
- Les experts proposent d'utiliser la durée du triage par l'IOA comme un indicateur qualité du triage.



- Les experts recommandent d'utiliser le délai de premier contact médical comme un indicateur qualité de l'organisation de l'accueil (temps entre l'entrée dans la SU et la prise en charge médicale).
 - Les experts recommandent d'utiliser le pourcentage de prises en charge médicale dans le délai indiqué par le triage comme un indicateur qualité de l'organisation de la SU.
- ✓ Il a été évoqué comme indicateur possible l'évaluation de la satisfaction des patients. Bien que non retenu, cet indicateur subjectif reflète de façon globale le ressenti concernant l'organisation du triage.(60)

II.6.2. Indicateurs qualité des outils

Au cours de la rédaction, bien que non retenus dans les Recommandations Formalisées d'Experts (RFE), plusieurs indicateurs ont été discutés.

- La reproductibilité intra-individuelle : (61) mesure de fiabilité, par le même IOA, du niveau de triage d'un même patient vu à deux périodes différentes.(58,62) Cette mesure est essentiellement réalisée à partir de scénarii théoriques.
- La reproductibilité inter-individuelle : (63,64) mesure de fiabilité du triage, d'une même situation clinique, par deux IOA.
- La validité par prédictivité de la consommation de ressources : (65) capacité d'une échelle de triage à prédire la consommation des ressources humaines et matérielles pour prendre en charge un patient, en fonction du niveau de triage.
- La validité par prédictivité du taux d'hospitalisation : (59,62,66–69) capacité d'une échelle de triage à prédire l'admission d'un patient en fonction du niveau de triage.



III. Intervalles de temps :

Les services des urgences surpeuplés, les temps d'attente prolongés, les retards dans les soins aux patients et la rareté des ressources sont des thèmes communs à la médecine d'urgence urbaine actuelle.(70,71) La durée du séjour des patients (DS) est une mesure clé du débit des services des urgences et un marqueur de surpeuplement.(8)

En urgence, les pathologies nécessitent une prise en charge rapide, ce temps est supposé être très court, voire immédiat car le pronostic vital peut à chaque instant être engagé.

Ce délai est variable selon la nature de la pathologie urgente et est fonction de l'organisation des systèmes d'urgence de chaque région.

L'attente reste le point noir de l'accueil aux urgences, Dr Davido précise en effet "de quoi se plaignent les malades mécontents ou pas tout à fait satisfaits ? Ils se plaignent de l'attente mais à aucun moment ils ne formulent de critique contre le personnel médical et paramédical"... (72)

Chaque étape du parcours du patient représente un délai d'attente on va les détailler une par une :

III.1. Délai d'attente avant une première évaluation :

Il est défini comme la durée entre le moment de l'arrivée aux urgences et celui de l'installation dans un box de consultation.(73)

L'attente avant une première évaluation dépend de la densité du personnel présent (le ratio entre le nombre de patients et le personnel présent), mais aussi des caractéristiques des patients.

Ceux qui sont amenés par les pompiers ou par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) [respectivement 7 % et 4 % des patients] attendent moins souvent plus d'une demi-heure que l'ensemble des personnes accueillies en urgence.

Des différentes échelles ont été élaborées permettant de définir les délais d'attente maximaux acceptables en fonction du degré d'urgence.(74)



III.2. La durée de triage :

La médiane de temps pour le triage des patients dans le box IOA était de quatre minutes.(75)

"Trop peu sensible, il expose au risque de manquer des pathologies graves. Trop sensible, il ne permet pas de réduire les consultations non urgentes."

Il faut évaluer régulièrement de la pertinence du tri. Bien qu'il soit recommandé que des tri doit être achevée en 2 à 5 minutes, Travers a démontré que cet objectif n'ait été respecté que dans 22% des cas. Les enfants et les personnes âgées nécessitent plus de temps que les autres patients.(76)

III.3. Délais de prise en charge médicale :

C'est le délai s'écoulant entre la prise en charge du patient par le médecin et sa sortie du service. Il Comprend trois importants délais :

III.3.1. Durée d'obtention des résultats des examens biologiques :

C'est le délai entre la demande de l'examen et l'obtention du résultat.(77) Lorsque la consultation aux urgences comprend la réalisation d'un acte de biologie, les délais s'allongent fortement.(74)

Les analyses de laboratoire urgentes demandées à l'unité d'urgence doivent être effectuées rapidement. Les résultats de ces examens doivent être disponibles de façon prioritaire dans un délai d'une heure.(78)

III.3.2. Durée d'obtention des examens radiologiques :

C'est le délai entre la demande de l'examen et le retour du patient en salle d'examen.(77) Lorsque la consultation va de pair avec un acte d'imagerie conventionnelle (radiographie standard), il faut compter une demi-heure de plus.(74)

Les radiographies simples doivent être effectuées rapidement et être disponibles dans un délai de moins d'une heure.

Quant aux services d'imagerie médicale avancée (tomodensitométrie, échographie...), un protocole d'entente entre l'unité d'urgence et le département d'imagerie doit prévoir l'accès à des plages horaires prioritaires pour l'unité d'urgence.(78)



- Quand plusieurs actes du plateau technique sont effectués (imagerie et biologie, par exemple), le temps passé aux urgences augmente mécaniquement : la moitié des patients qui en ont bénéficié et sont passés dans un point d'accueil à fort volume restent aux urgences plus de 4 heures.(74)

III.3.3. Durée d'obtention d'un avis spécialisé :

C'est le délai s'écoulant depuis l'appel d'un médecin pour avis spécialisé et son arrivée au SAU.(77) En fonction de la spécialité, les avis pouvaient se faire soit par téléphone soit au lit du patient. la demande d'avis spécialisés est faite soit d'emblée ou après la réception de résultats d'examens.(79)

III.4. Délai pour l'obtention d'un lit :

Le délai entre le moment où la décision d'hospitalisation est prise et le moment où les services des urgences trouve une place d'hospitalisation varie selon les situations.

Dans près de la moitié des cas, la place est trouvée en moins de 15 minutes, mais dans un cas sur dix, il faut attendre presque 4 heures.

Dans 80 % des cas, un seul appel suffit pour trouver un lit au patient.(74)

III.5. Délai d'attente avant l'admission au bloc opératoire :

Une augmentation du délai préopératoire aura par conséquent : une augmentation de la mortalité, de la durée d'hospitalisation et du coût total des soins analysé.

Ce retard semble être un facteur déterminant que l'on retrouve dans presque toutes les spécialités chirurgicales.

Les principales causes de retard de prise en charge chirurgicale étaient :

- Le manque de salle d'opération disponible (21,74%)
- Le manque de chirurgien (14,78%)
- L'attente ou la nécessité d'examens complémentaires du patient (13,91%)
- La priorité donnée à une opération plus urgente (13,04%)
- Les transferts secondaires (10,43%).(80)

MATERIEL ET METHODES

MATERIEL ET METHODES



MATERIEL ET METHODES

I. Le type et la durée de l'étude

Notre travail est une étude descriptive prospective réalisée dans les services des urgences chirurgicales de l'établissement public de santé (l'EPH Mohammed Boudiaf-Ouargla), sur registre, portant sur les patients consultants pour prise en charge d'une urgence chirurgicale générale au sein de ces services durant la période étendue de 01/02/2023 à 30/04/2023.

II. La population de l'étude

II.1. Les critères d'inclusion :

On a inclus tout patient présentant une urgence générale qui a consulté au niveau des urgences chirurgicale dont l'âge est supérieur à 16ans

II.2. Les critères de non-inclusion :

- Toute urgence chirurgicale autre que générale
- Les patients dont l'âge est inférieur à 16ans :

III. Recueil des données :

Le recueil des divers paramètres de notre étude qu'ils ont été tapés sur une fiche technique est faite à partir des :

- Renseignements collectés de l'interrogatoire de ces patients
- Dossiers médicaux des patients.
- Les registres des consultations au box de tri.
- Les registres des radiographies demandées
- Les registres d'hospitalisation des services.
- Les registres des comptes rendus opératoires.



IV. Analyse statistique des données :

Après collecte des données sur les fiches techniques, la saisie et l'analyse de ces données et le traitement des résultats ont été réalisés en utilisant le logiciel " IBM® SPSS® Statistics (Ver. 26) "

V. Choix des Variables étudiés :

- Délai d'attente devant le box de tri.
- Qualité d'attente
- L'orientation services des urgences
- Motif de consultation
- Durée de la consultation
- Durée de l'examen clinique
- Évidence de diagnostic
- Les explorations biologiques et radiologiques
- Mode de sortie
- Mode de passage à la salle d'observation
- Délai entre l'admission et l'avis spécialisé
- La cause de retard de l'avis spécialisé
- Délai entre l'admission et l'hospitalisation
- Délai entre l'hospitalisation et l'intervention
- Type d'intervention

VI. Les biais de l'étude :

Le nombre insuffisant des patients respectants les critères de notre étude.

VII. Considération ethnique :

Le recueil des données a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthique relatives au respect de la confidentialité et la protection de données propres aux patients.

RESULTATS

RESULTATS



RESULTATS**I. Etude descriptive :****I.1. Fréquence :**

On a eu 15872 malades au niveau de l'EPH Mohammed Boudiaf Ouargla durant notre période d'étude, dont 214 patients avaient répondu à nos critères d'étude représentant 1.35% de l'ensemble des patients consultants.

Tableau 10 : La répartition des patients selon leur réponse aux critères d'inclusion

	Effectif	Pourcentage
Patients répondant aux critères d'inclusion	214	1.35%
Patients répondant aux critères de non-inclusion	15658	98.65%
Total	15872	100%

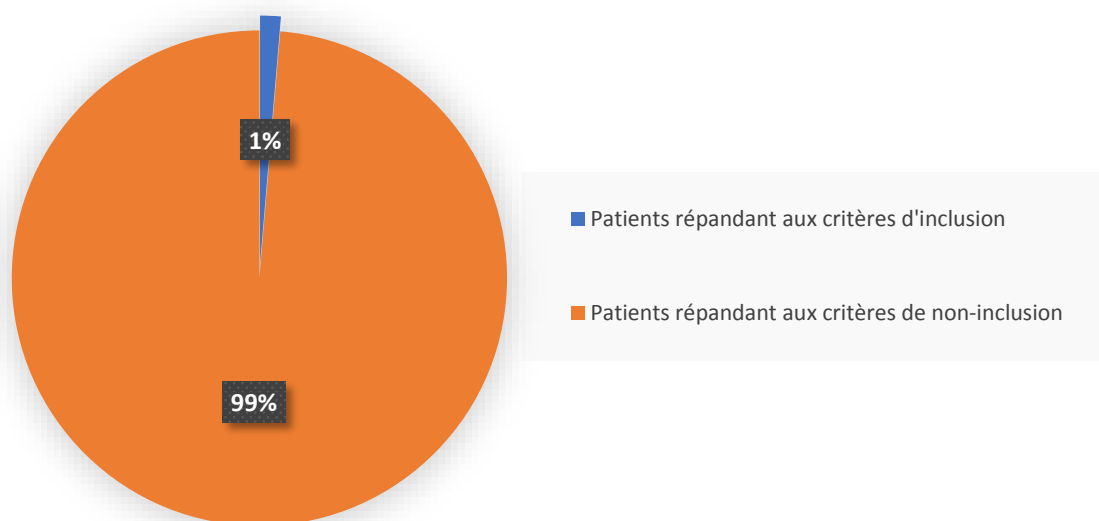


Figure 5 : La répartition des patients selon leur réponse aux critères d'inclusion



I.2. Les paramètres étudiés avant le triage

I.2.1. Délai d'attente avant le box de tri :

Parmi les 214 patients inclus dans notre étude 15.42% avaient attendu un délai qu'il était supérieur à 30 minutes.

Tableau 11 : La répartition des patients selon le délai d'attente

Délai d'attente	Fréquence	Pourcentage (%)
0 min	22	10.28
Inférieur à 10 min	116	54.2
Entre 10 et 20 min	39	18.22
Entre 20 et 30 min	4	1.87
Supérieur à 30 min	33	15.42
Total	214	100

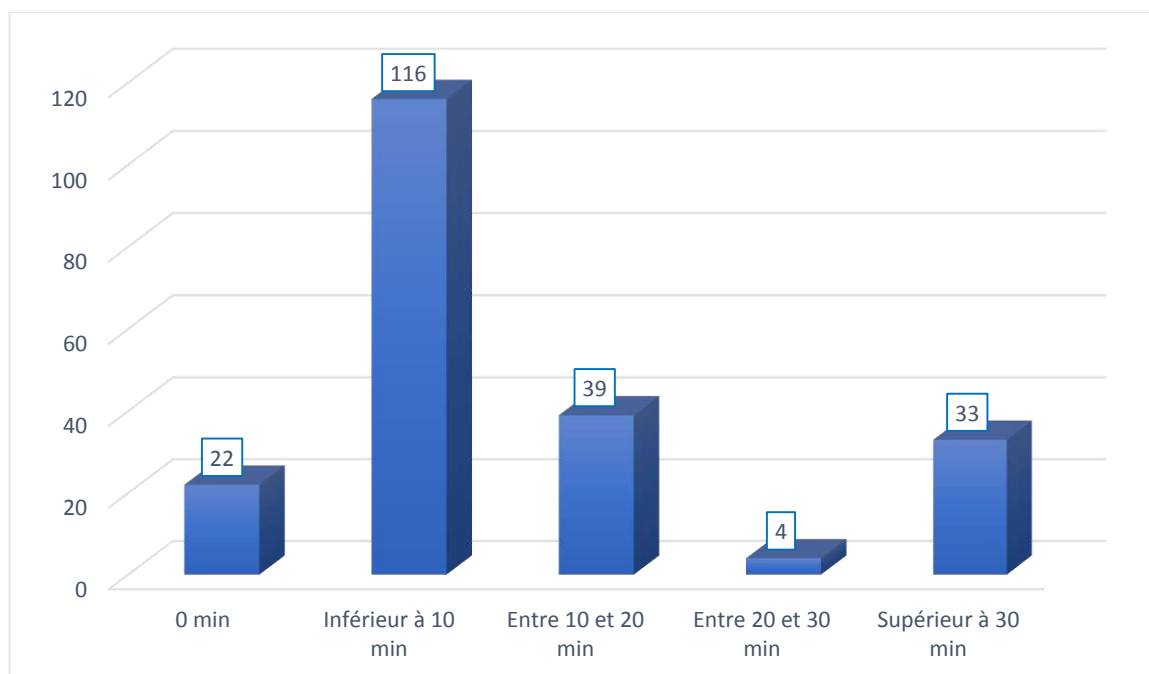


Figure 6 : La répartition des patients selon le délai d'attente

I.2.2. La qualité d'attente avant le box de tri :

Parmi les 214 patients en attente, 19.16% avaient contacté avec un agent et 69.16% n'avaient aucun contact initial.

Tableau 12 : La répartition des patients selon la qualité d'attente

Qualité d'attente	Fréquence	Pourcentage (%)
Avec ticket	0	0
Contact initial avec un agent	41	19.16
Contact avec un IOA	0	0
Ramené par intermédiaire	25	11.68
Passage sans aucun contact initial	148	69.16
Total	214	100

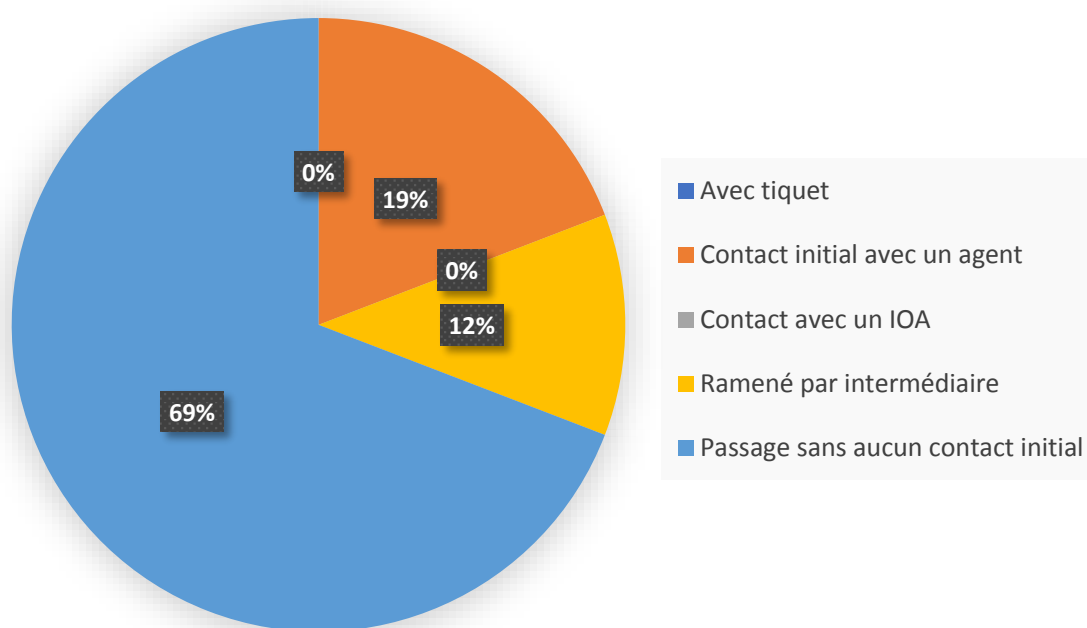


Figure 7 : La répartition des patients selon la qualité d'attente

I.2.3. L'orientation :

Pour les patients orientés au ces services, ils y'avait 74 patients soit 34.58% avaient ramené une lettre d'orientation, et 93 patients soit 43.46% qu'ils étaient venus individuellement.

Tableau 13 : La répartition des patients selon l'orientation

L'orientation	Fréquence	Pourcentage (%)
Lettre	74	34.58
Urgence médicale	2	0.93
Individuel	93	43.46
Autre	45	21.03
Total	214	100

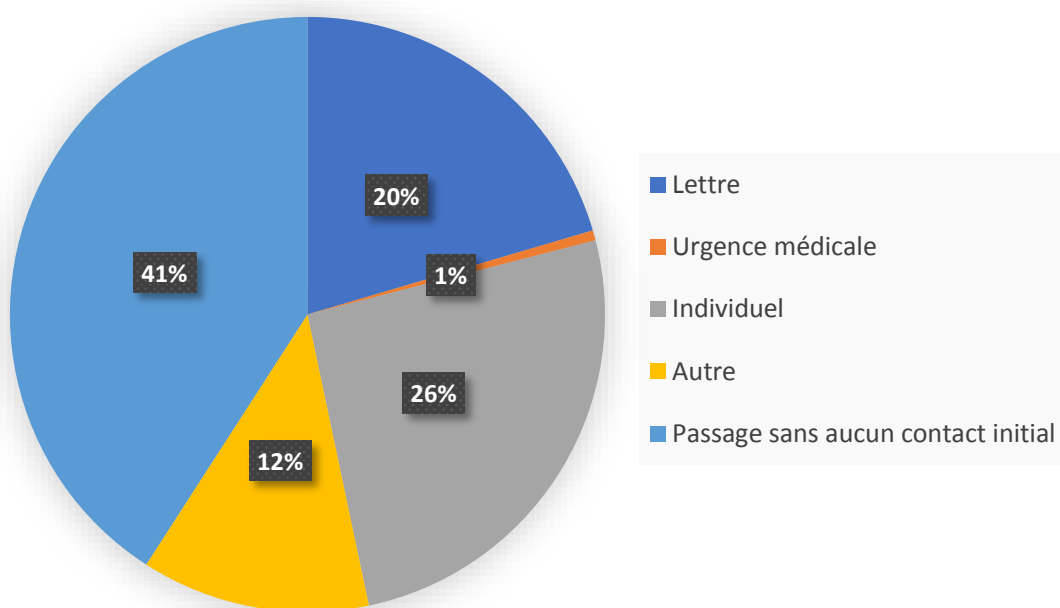


Figure 8 : La répartition des patients selon l'orientation

I.2.4. Motif de consultation :

Le motif dominant avait été la douleur focalisée au niveau de la fosse iliaque droite dont 86 patients soit 40.19% qu'ils avaient présenté ce symptôme.

Tableau 14 : La répartition des patients selon le motif de consultation

Le motif	Fréquence	Pourcentage (%)
Douleur de la FID	86	40.19
Douleur de l'HCD	34	15.89
Douleur abdominale généralisée	16	7.48
Hémorroïde	22	10.28
Abcès péri anal	27	12.62
Arrêt des matières et des gaz	9	4.20
Autre	20	9.34
Total	214	100

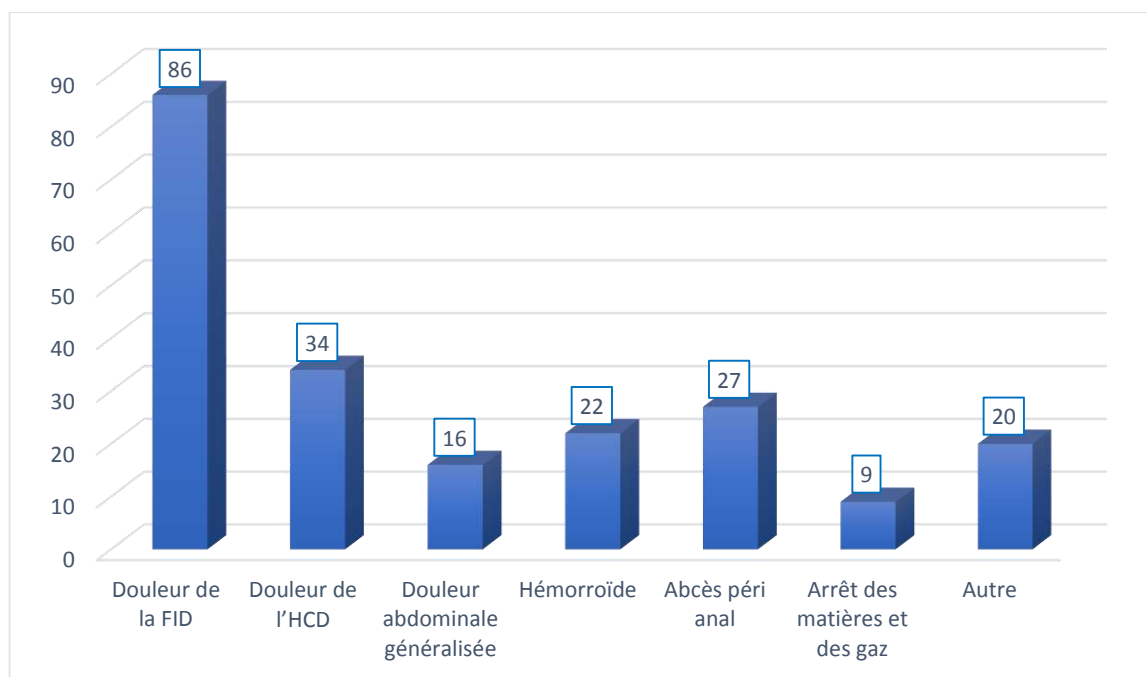


Figure 9 : La répartition des patients selon le motif de consultation



I.2.5. Durée de la consultation dans le box de tri :

Pour la durée de la consultation des patients, plus de la moitié des patients soit 52.34% avaient dépassé les 5 minutes dans le box.

Tableau 15 : La répartition des patients selon la durée de la consultation

Durée de la consultation	Fréquence	Pourcentage (%)
Inférieur à 5 min	80	37.38
Supérieur à 5 min	112	52.34
Passage à l'observe sans consultation	22	10.28
Total	214	100



Figure 10 : La répartition des patients selon la durée de la consultation



I.2.6. Durée de l'examen clinique dans le box de tri :

Plus de la moitié des patients examinés soit 50.48%, ils n'avaient pas eu un examen clinique supérieure à 5 minutes.

Tableau 16 : La répartition des patients selon la durée de l'examen clinique

Durée de l'examen clinique	Fréquence	Pourcentage (%)
Inférieur à 5 min	108	50.48
Supérieur à 5 min	84	39.24
Passage à l'observe sans examen	22	10.28
Total	214	100

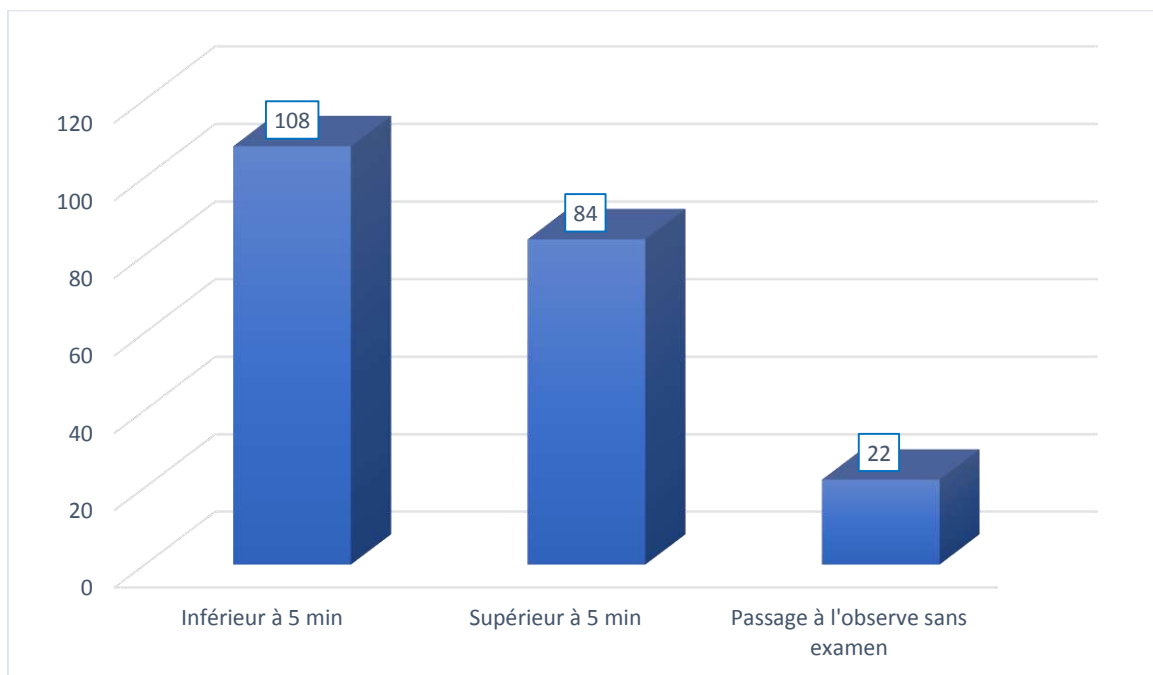


Figure 11 : La répartition des patients selon la durée de l'examen clinique



I.2.7. Évidence de diagnostic :

Parmi les 30 diagnostics présentés à notre étude 77.10% soit 165 diagnostics n'avaient pas été évidents et qu'ils avaient nécessité après des examens complémentaires.

Tableau 17 : La répartition des patients selon le diagnostic s'il est évident ou non

	Fréquence	Pourcentage (%)
Diagnostic non évident	165	77.10
Diagnostic évident	49	22.90
Total	214	100

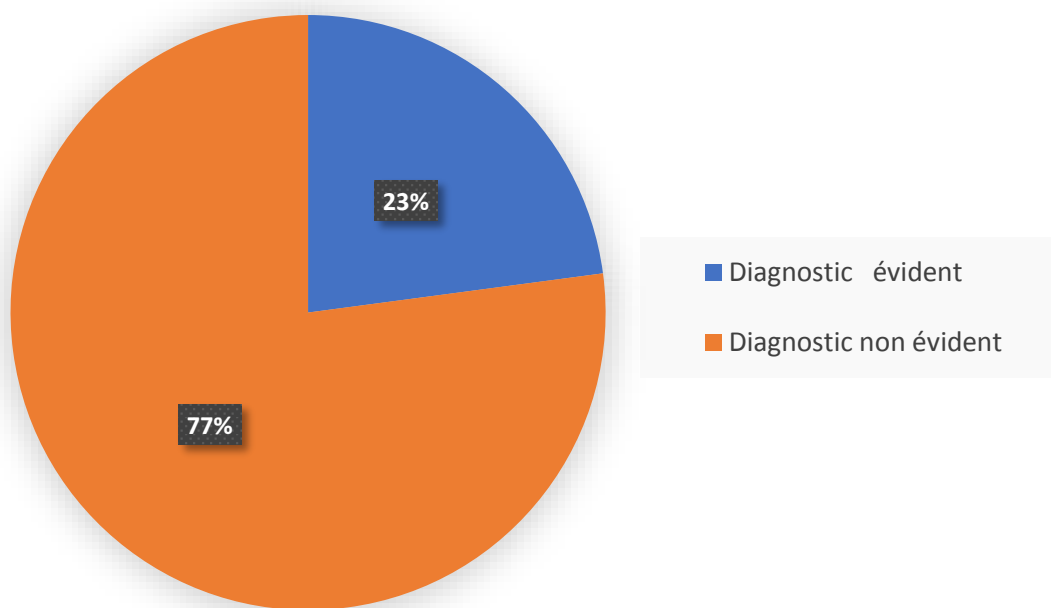


Figure 12 : La répartition des patients selon le diagnostic s'il est évident ou non

I.2.8. Examens complémentaires :

Ils y'avait 182 patients qu'ils avaient bénéficié des examens complémentaires, 79.9% de total des patients soit 171 patients avaient bénéficié d'un examen radiologique et 76.63% soit 164 patients avaient profité d'un examen biologique.

Tableau 18 : La répartition des patients selon les explorations faites

Type d'exploration	Fréquence	Pourcentage (%)
Radiologique	171	79.9
Biologique	164	76.63
Non faites	32	14.95

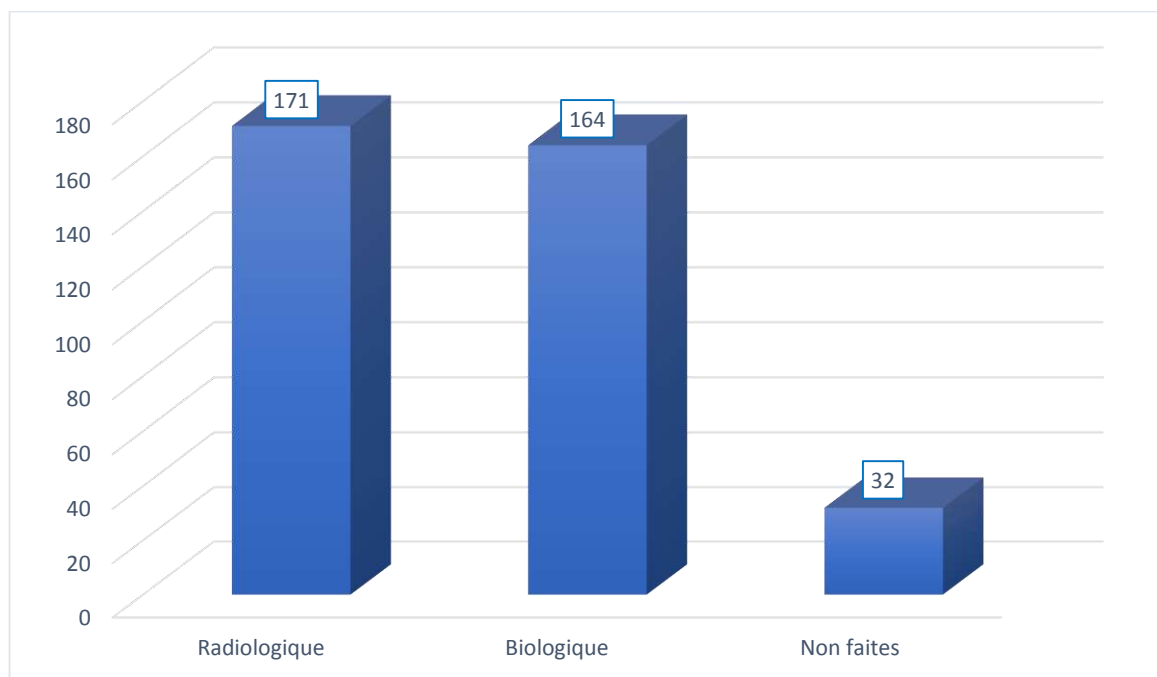


Figure 13 : La répartition des patients selon les explorations faites

I.2.9. Mode de la sortie de box de tri :

Pour le mode de sortie ils y'avait 74.76% soit 160 malades qu'ils avaient passé à la salle d'observation et 21.96% soit 47 malades ont bénéficié d'une lettre d'orientation ou une ordonnance d'un traitement ambulatoire, alors que 3.27% soit 7 patients avaient représenté un motif non urgent.

Tableau 19 : La répartition des patients selon le mode de sortie

Mode de sortie	Fréquence	Pourcentage (%)
Traitement ambulatoire	26	12.15
Lettre d'orientation	21	9.81
Motif non urgent	7	3.27
Passage à l'observation	160	74.76
Total	214	100

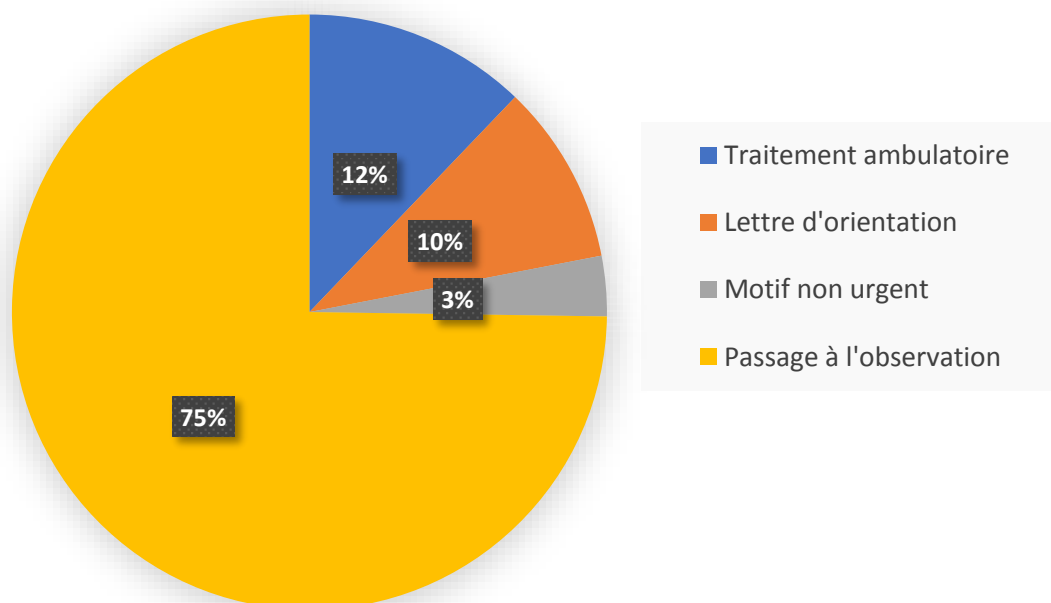


Figure 14 : La répartition des patients selon le mode de sortie

I.3. Les paramètres étudiés après le triage

I.3.1. Mode de passage à l'observation :

Pour les patients au niveau de la salle d'observation (182 malades), y'avait 160 malades parmi eux soit 87.91% qu'ils avaient passé à travers le box de tri, alors que 22 malades avaient été admis directement.

Tableau 20 : La répartition des patients selon le mode de passage à l'observation

Passage à l'observation	Fréquence	Pourcentage (%)
A travers le triage	160	87.91
Directement	22	12.09
Total	182	100

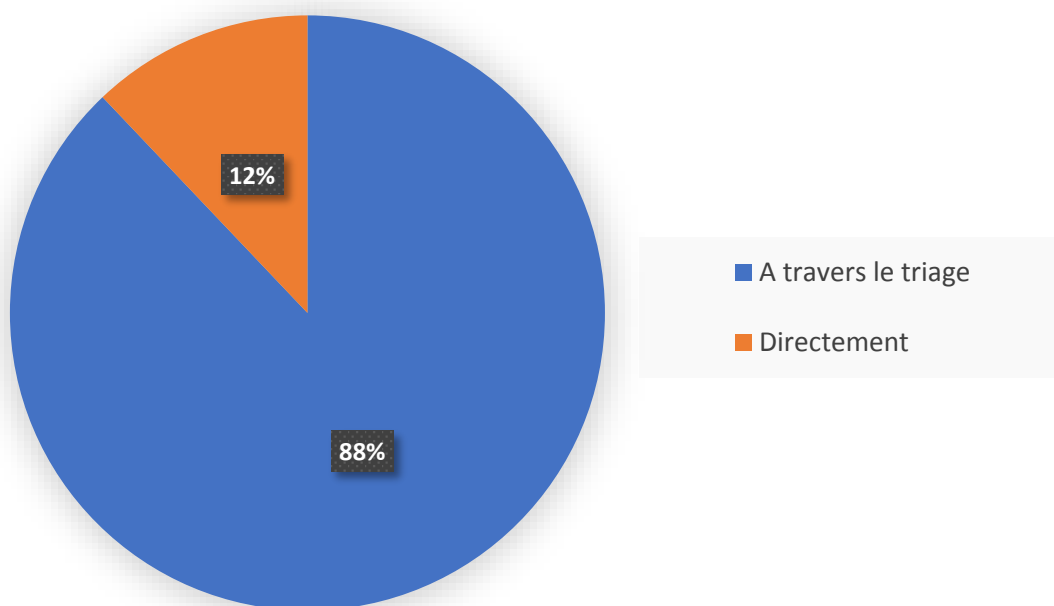


Figure 15 : La répartition des patients selon le mode de passage à l'observation



I.3.2. Délai entre l'admission et l'avis spécialisé :

Après l'admission y'avait 69 patients soit 37.91% qu'ils avaient attendu juste moins d'une heure pour un avis spécialisé alors que 83 soit 45.6% avaient attendu plus que ça.

Tableau 21 : La répartition des patients selon le délai entre l'admission et l'avis spécialisé

Délai entre l'admission et l'avis spécialisé	Fréquence	Pourcentage (%)
Inférieur à 1H	69	37.91
Entre 1H et 2H	30	16.48
Supérieur à 2H	83	45.6
Total	182	100

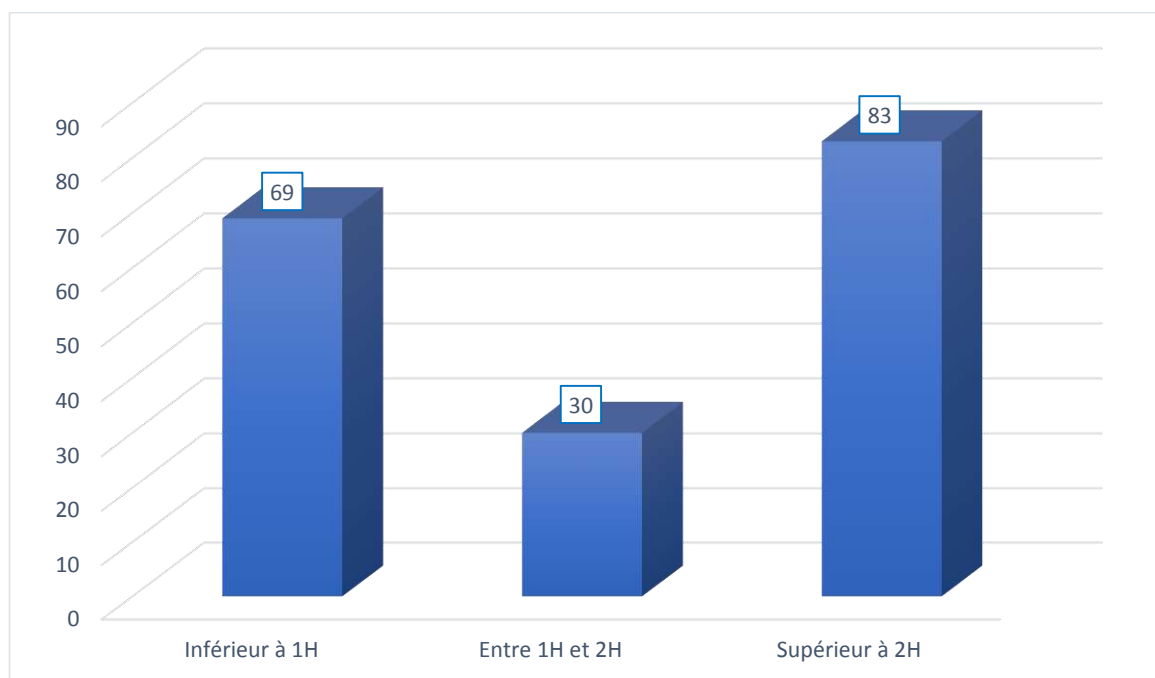


Figure 16 : La répartition des patients selon le délai entre l'admission et l'avis spécialisé



I.3.3. La cause de retard de l'avis spécialisé :

Pour les retards de l'avis spécialisé la plupart soit 79.52% avait été lié au retard des examens complémentaires.

Tableau 22 : La répartition des patients selon la cause de retard de l'avis spécialisé

La cause de retard de l'avis spécialisé	Fréquence	Pourcentage (%)
Chirurgien au bloc	17	20.48
Retard des examens complémentaires	66	79.52
Total	83	100

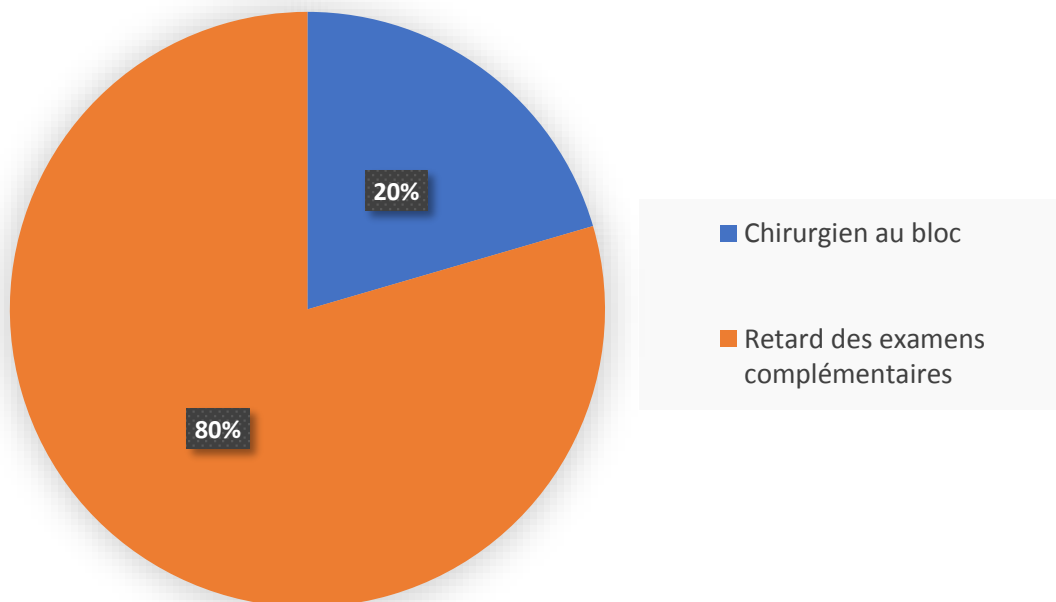


Figure 17 : La répartition des patients selon la cause de retard de l'avis spécialisé



1.3.4. Délai entre l'admission et l'hospitalisation :

Pour le délai entre l'admission et l'hospitalisation y'avait seulement 7.84% des patients qu'ils avaient attendu moins d'une heure alors que 79.74% ont attendu plus de 2 heures.

Tableau 23 : La répartition des patients selon le délai entre l'admission et l'hospitalisation

Délai entre l'admission et l'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage (%)
Inférieur à 1H	12	7.84
Entre 1H et 2H	19	12.42
Supérieur à 2H	122	79.74
Total	153	100

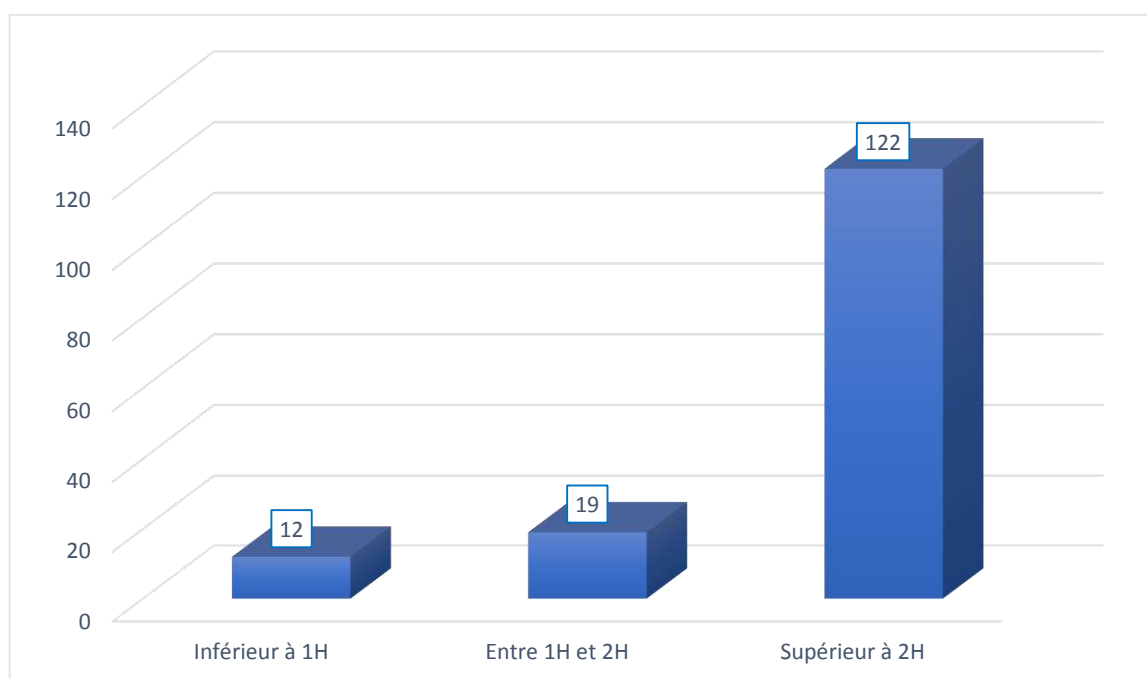


Figure 18 : La répartition des patients selon le délai entre l'admission et l'hospitalisation



I.3.5. Délai entre l'hospitalisation et l'intervention :

Parmi les 153 patients hospitalisés 134 avaient été opérés et parmi ces 134 malades 67.91% patient qu'ils avaient attendu moins de 3 heures pour l'opération.

Tableau 24 : La répartition des patients selon le délai entre l'hospitalisation et l'intervention

Délai entre l'hospitalisation et l'intervention	Fréquence	Pourcentage (%)
Inférieur à 3H	91	67.91
Entre 3H et 6H	9	6.71
Supérieur à 6H	34	25.37
Total	134	100

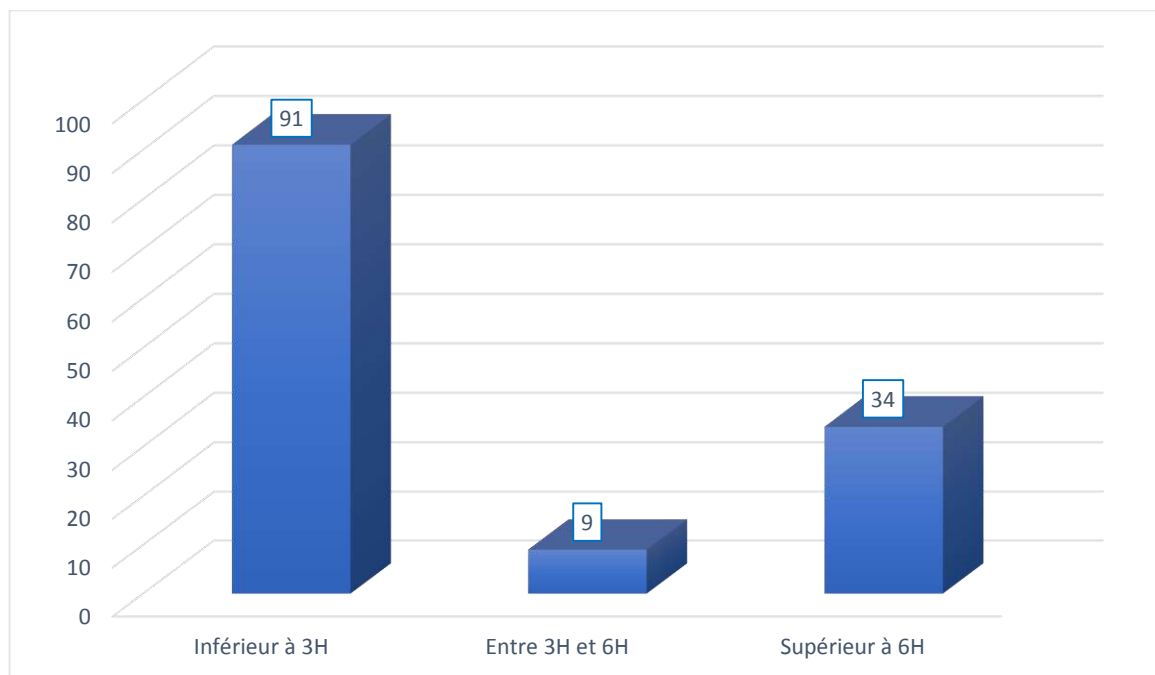


Figure 19 : La répartition des patients selon le délai entre l'hospitalisation et l'intervention

I.3.6. Type d'intervention :

Parmi les 153 patients hospitalisés 145 avaient eu besoin d'une opération qu'elle avait été faite en urgence pour 134 malades et à froid pour 11 malades.

Tableau 25 : La répartition des patients selon le type d'intervention

Type d'intervention	Fréquence	Pourcentage (%)
Urgence immédiate	134	92.41
Urgence différée	11	7.59
Total	145	100

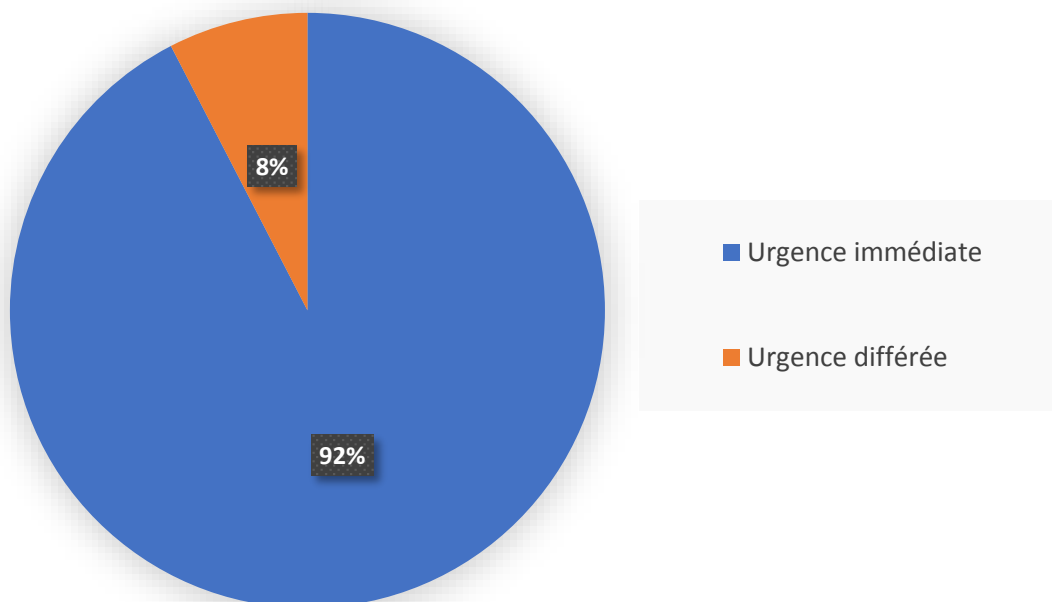


Figure 20 : La répartition des patients selon le type d'intervention

**II. Etude analytique :**

Tableau 26 : Les rapports calculés selon les données de circuit

Rapport	Pourcentage
Rapport (patients hospitalisés pour une urgence chirurgicale viscérale / patients passés à la salle d'observation pour une urgence chirurgicale viscérale) :	71.49%
Rapport (patients passés à la salle d'observation pour une urgence chirurgicale viscérale / total des patients consultants) :	1.35%
Rapport (patients hospitalisés pour une urgence chirurgicale viscérale / total des patients consultants) :	0.96%
Rapport (patients hospitalisés pour une urgence chirurgicale viscérale / total des patients hospitalisés) :	8.87%
Rapport (patients passés à la salle d'observation pour une urgence chirurgicale viscérale / total des patients passés à la salle d'observation) :	6.4%
Rapport (les bilans faites pour les patients consultants pour une urgence chirurgicale viscérale / total des bilans faites) :	7.1%

DISCUSSION

DISCUSSION



DISCUSSION

I. Fréquence :

Y'avait eu une grande discordance avec les autres séries au fait des critères d'inclusion de notre étude d'un part et le nombre accru des consultants d'autre part.

Tableau 27 : La comparaison de la fréquence selon des différentes séries

La série	Urgences viscérales
KEITA Kadiatou KOÏTA (72)	26,7%
Adamou Harissou (81)	22%
Y. FANE (82)	35.1%
BERTHE I. D (83)	19.32%
HAROUNA (84)	25.6%
Notre série	1.35%



II. Les paramètres étudiés avant le triage :

II.1. Délai d'attente avant le box de tri :

On peut considérer le délai d'attente comme un critère d'évaluation d'un bon fonctionnement des services des urgences dont il va traduire aussi l'état de l'infrastructure hospitalière, le temps des pics du surpeuplement et le degré de la conscience perceptive des patients, dans notre série le délai d'attente avait été autour de 12 min.

Tableau 28 : La comparaison du délai d'attente avant le box de tri selon des différentes séries

La série	Le délai moyen d'attente
GILBOY N, TANABE P, TRAVERS DA et al.(44)	49 minutes
Layla Ricroch et Albert Vuagnat (74)	Plus de 15 minutes
Libreville (A.Sima) (85)	45±15 minutes
Keita Kadiatou Koita (72)	3±9 minutes
Notre série	12 minutes

Ces résultats signifient 2 choses :

1. Selon l'étude faite par "Layla Ricroch et Albert Vuagnat" la fréquence des patients qui avaient attendu plus d'une demi-heure avant de voir un infirmier est un peu plus élevée aux heures les plus chargées aux urgences, c'est-à-dire l'après-midi et en soirée (12 % à 13 % des patients attendent plus d'une demi-heure). À partir de minuit, les délais d'attente pour cette première évaluation se réduisent et la moitié des patients qui se présentent entre minuit et 8 heures le lendemain sont vus par un infirmier en moins de deux minutes.(74) En comparant avec notre étude y'a vraiment une corrélation dont la plupart des patient : 90% qu'ils avaient dépassé un délai d'attente de 30 min avaient été venus l'après-midi.
2. On a une capacité de triage suffisante pour gérer le flux des patients et le minimiser au maximum et rapidement.



II.2. Qualité d'attente :

D'après Robert Beveridge : L'aire d'attente doit disposer d'un nombre suffisant de sièges pour accommoder les patients et les visiteurs. Des salles de repos, des téléphones payants et des machines distributrices peuvent s'avérer nécessaires. On doit assurer la sécurité des lieux, aussi bien pour les patients que pour le personnel soignant.(33).

Et selon Bonhomme, C : L'attente est souvent "kafkaïenne", le malade attend il ne sait qui, ni quoi, ni pourquoi, ni pour combien de temps et cette attente peut lui paraître d'autant plus incompréhensible qu'il voit parfois des malades arrivés après lui être pris en charge avant lui. L'absence d'informations, d'explications et d'apaisements, en un mot l'absence de "médicament verbal" confère à cette attente un caractère d'étrangeté insupportable.(72)

Dans notre série plusieurs cas de l'urgence médicale avaient perdu plusieurs temps juste pour connaître à la fin qu'ils ne sont pas dans l'aire que les convient.

Dans plusieurs séries y'avait eu un paramètre avait été écrit en gras sous le nom d'IOA, un infirmier qualifié à l'orientation initiale de l'urgence à l'endroit précis avant le premier contact avec le médecin.

En considérant que le contact avec un agent est le minimum à faire devant cette pauvreté des personnels qualifiés mais le fait que y'a pas une équipe informatisée de triage et d'orientation reste un vrai problème.



II.3. L'orientation aux services des urgences :

D'après Philippe Chauveau : La lettre d'admission aux urgences élaborée par le médecin adressant qui juge nécessaire une admission aux urgences, est déjà une forme de tri et devrait permettre une amélioration du triage des patients.(86)

Un pourcentage de 34.58% des patients admis avec une lettre reflète la participation efficace des autres structures libérales toutes en le but de bon triage et bonne orientation.

Tableau 29 : La comparaison du mode d'orientation vers les services des urgences selon des différentes séries

La série	% de lettre d'orientation
Philippe Chauveau (86)	18.55%
DREES 2003	25%
CADAT Déborah (87)	54%
Notre série	34.58%



II.4. Motif de consultation :

La plupart des études ont mentionné la douleur de la fosse iliaque droite comme le motif abdominal le plus fréquent et selon la littérature on peut justifier ça par le fait que plus de 5% de la population développe une appendicite au cours de sa vie.(88)

Tableau 30 : La comparaison des motifs de la consultation selon des différentes séries

La série	Pourcentage
Edison NSIAMUNU (89)	1,6%
Modibo FONGORO (90)	47,3%
Dr Desantis (91)	5.5-13.8%
Engbang Jean Paul, Motah Mathieu (92)	26.2%
Notre série	40.19%



II.5. Durée de la consultation :

D'après Dr Mounir Gazzah, "le temps de triage optimal ne doit pas excéder les 5 minutes."(93)

Mais dans notre étude cet objectif n'avait pas été atteint pour 52.34% des patients, le problème ici que la durée de l'examen clinique avait été inférieure à 5 minutes pour 50.48% des patients dont un pourcentage de cette prolongation du délai de tri n'avait pas été lié à un retard de l'examen ce qui signifie que y'a un temps perdu au niveau de box de tri mais pour l'autre pourcentage restant on peut justifier la séjour en box par le retard de la mise de diagnostic.

Tableau 31 : La comparaison de la durée de la consultation selon des différentes séries

La série	La durée de la consultation
P. Taboulet , C. Vincent-Cassy (94)	Autour de 4 minutes
P. Taboulet , C. Maillard-Acker (75)	Autour de 4 minutes
SORIN Bertrand, Robert, Gaston (79)	Moins de 6 minutes
Notre série	Plus de 5 minutes



II.6. Les explorations biologiques et radiologiques :

Parmi les 214 patients y'avait 182 soit 85.04% avaient réalisé des examens complémentaires, le fait que notre étude intéresse les urgences chirurgicales explique la nécessité de faire des bilans pour assurer l'évidence des diagnostics qu'elle avait été à 22.9% avant être suivie par des explorations.

Tableau 32 : La comparaison des explorations faites selon des différentes séries

La série	La demande d'un examen (%)
Haute Autorité de Santé (95)	97.3 %
J.E. LEFEVRE (96)	90,7 %
Notre série	85.04%



II.7. Mode de sortie

Pour les séries citées, les admissions avaient été calculés en comptant aussi les faux malades dont ils avaient représenté à notre étude un moyen de 5 faux malade par jour.

Le savoir orienter de malade reflète le degré de la compétence de l'IOA d'un part et le degré de la satisfaction de malade par son orientation à l'endroit qu'il est compatible à son état.

Tableau 33 : La comparaison de mode de sortie

La série	Admission
STATISTA (97)	19.9%
SFMU (98)	17.8
Smulowitz, P. B., O'Malley, A (99)	38.9%
Angélique Sentilhes-Monkam (100)	19 %
Notre série	24.28%



III. Les paramètres étudiés après le triage :

III.1. Mode de passage à la salle d'observation :

Le Guide de gestion de l'urgence du MSSS indique d'ailleurs le délai maximum de prise en charge médicale à respecter selon le niveau de priorité, en déterminant précisément les délais en minutes.

Mais y'a en pratique certaines exceptions qu'elles consistent à manager la priorité 2 immédiatement et suggèrent que la priorité 3 est gérer en fonction de circuit des patients, et ça ce qu'il avait été vu dans notre série pour les patients qu'ils avaient passé directement, dont 50% parmi eux avaient représenté un ETG à 2 et 22.72% avaient représenté un ETG à 3.

Tableau 34 : La comparaison des priorités des admissions et leurs délais d'attente

La série \ La priorité	La priorité		
	1	2	3
Philip Yoon (8)	Immédiatement	13 minutes	53 minutes
Hôpital du Valais (73)	Immédiatement	11 minutes	24 minutes
Robert Beveridge (33)	Immédiatement	5 minutes	30 minutes
Robert Salois (101)	Immédiatement	Immédiatement	78 minutes/selon le flux
Notre série	Immédiatement	Immédiatement	64 minutes/selon le flux



III.2. Délai entre l'admission et l'avis spécialisé

Une demande d'un avis spécialisé est une obligation devant les cas où le jugement de la démarche diagnostique et thérapeutique dépasse le domaine de compétence de médecin urgentiste. Un délai entre l'admission et un avis d'un spécialiste avaient été estimé à 95 minutes d'après Layla Ricroch et Albert Vuagnat et entre les 2-4 heures selon Robert Salois, et en les comparant à notre série ce délai avait été autour de 110 minutes dont il avait dépassé les 2 heures dans presque la moitié des cas.

Et selon Nolan Gauthier 0.87% des retards de la prise en charge au bloc opératoire est à cause de retard de l'avis spécialisé et après une admission en urgence, un délai prolongé avant une laparotomie exploratrice est à l'origine d'une augmentation de la mortalité, de complications post opératoires et d'une élongation de la durée d'hospitalisation.(80)



III.3. La cause de retard de l'avis spécialisé :

Selon J.E. Lefevre, la radiologie est une spécialité clinique qui vit actuellement la même spécialisation par organe que celle que les médecins et chirurgiens ont vécue.(96) Et d'après Layla Ricoch, lorsque la consultation va de pair avec un acte d'imagerie conventionnelle (radiographie standard), il faut compter une demi-heure de plus, et une heure et demi est ajoutée pour un acte biologique ou autre acte d'imagerie (échographie, TDM, IRM..)(74)

Le retard de l'avis spécialisé avait été lié directement au retard des examens complémentaires dans 79.52% des cas et vu que ces explorations sont une étape indépassable et dû au fait qu'elles demeurent une étape qui suivi un cheminement diagnostique précis et organisé il va rester un problème majeur pour l'ajournement de la prise en charge médicale et le séjour hospitalier.

Tableau 35 : La comparaison des délais d'attente des résultats des examens complémentaires

La série	Bilans biologiques	Radiographie simple	Imagerie médicale
Robert Salois (101)	Moins d'1h	Moins d'1h	Plus de 2h
Layla Ricoch et Albert Vuagnat (74)	Plus de 2h	Moins de 2h	Plus de 2h
Philip Yoon (8)	Plus de 2h	Moins d'1h	Plus de 4h
Notre série	Plus de 2h	Moins de 2h	Plus de 2h



III.4. Délai entre l'admission et l'hospitalisation :

Le délai entre l'admission et l'hospitalisation peut être décomposé en 3 phases :

1. Délai entre l'admission et les résultats des explorations.
2. L'attente de l'avis spécialisé qui est lié dans la plupart de temps de la 1^{ère} étape.
3. Et le délai entre l'avis spécialisé et l'hospitalisation

Cette dernière phase reflète chez les autres pays la capacité des services à accueillir des malades mais chez nous elle est presque totalement liée à l'attente des bilans pré opératoires ce qui justifie le retard d'hospitalisation.

Parmi les 79.74% ou la durée entre l'admission et l'hospitalisation avait été supérieure à 2 heures y'avait 28.6% des cas ou le délai entre l'admission et l'avis spécialisé avait été inférieur à 1 heure et ça justifie ce qu'est sus-cité.

Un seul cas avait été compté dans les cas exceptionnels ou la capacité de service de chirurgie homme avaient été dépassée dont le patient avait attendu plus d'un jour pour l'obtention d'un lit.

Tableau 36 : La comparaison des délais entre la demande d'hospitalisation et l'assignation d'un lit.

La série	Délai entre la demande d'hospitalisation et l'assignation d'un lit.
Marc Afilalo (102)	1 Heure
Robert Salois (101)	2 Heures
Layla Ricroch (74)	Moins de 15 minutes
Notre série	Immédiat



III.5. Délai entre l'hospitalisation et l'intervention :

Loftus et al. retrouvait une augmentation de la durée de séjour d'hospitalisation et du coût total de prise en charge pour chaque heure d'attente supplémentaire après la pose de l'indication opératoire pour une chirurgie abdominale urgente.(103)

Et selon Nolan Gauthier : L'analyse des causes de retard chirurgical possibles :

- Organisationnelles : manque des personnels, de salle de bloc opératoire ; de matériel chirurgical ; de place disponible en post opératoire

- Liées au patient : thérapeutique contre indiquant la chirurgie ; décompensation en cours de comorbidités ; attente de résultats biologiques, radiologiques ; refus de procédure chirurgicale par le patient ; amélioration clinique du patient.(80)

Tableau 37 : La comparaison des délais entre l'admission et l'opération selon des différentes séries

La série	Délai entre l'admission et l'opération
Andrea M. Faryniuk, MD (104)	14 heures
Keita Kadiatou Koita (72)	Plus de 3 heures
Notre série	Plus de 5 heures



III.6. Type d'intervention :

D'après Adamou Harissou «Les patients ne consultent qu'au stade de complications», et pour J.M Andreu « L'urgence est le mode habituel d'admission dans la plupart des services chirurgicaux en Afrique »(81)

Le fait que les malades ne laissent aucune chance pour différer une intervention dû à leur venue au stade final les opérations restent comme la solution exclusive et martiale.

Dans notre étude 92.41% des malades avaient été bénéficiés d'une opération en urgence immédiate.

Et même pour les urgences différées elles avaient été reportées pour la même raison : "l'arrivée tardive"



IV. Discussion analytique :

✓ **Rapport (patients hospitalisés pour une urgence chirurgicale viscérale / patients passés à la salle d'observation pour une urgence chirurgicale viscérale) :**

Le patient est en général accueilli et évalué par un médecin généraliste d'où la décision de son admission ou non à la salle d'observation, l'air ou va le patient se bénéficier d'un avis spécialisé de premier part et un traitement symptomatique de l'autre part tous en attendant les résultats et les commentaires d'un équipe plus spécialisé.

Un pourcentage près de 71% signifie que les personnels dédiés de ce rôle d'orientation et de triage est considérablement mené de la performance.

Tableau 38 : La comparaison de rapport hospitalisé/en observe selon des différentes séries

Série	Hospitalisé/en observe
Layla Ricroch et Albert Vuagnat (74)	20%
Notre série	71.49%

✓ **Rapport (patients passés à la salle d'observation pour une urgence chirurgicale viscérale / total des patients consultants) :**

Les urgences chirurgicales abdominales désignent un processus abdominal pathologique ou traumatique d'évolution aiguë compromettant à très court terme une ou plusieurs fonctions vitales et demandant de ce fait une évaluation diagnostique et un traitement chirurgical rapide (105). Elles sont fréquentes et occupent une place importante des activités en chirurgie viscérale et générale (106,107).

L'un parmi des objectifs de notre étude était de déterminer la fréquence des urgences chirurgicales abdominales.

Dans 2 études était faites par Ananivi Sogan et A.Sima Zué, une fréquence des urgences chirurgicales reçues a été chiffré et elle a été autour de 234 ,325 dans des périodes de 5 ans, 3 ans (85,108).

Dans notre série un taux de 214 patients présentant une urgence chirurgicale et qui inclus 192 patients nécessitants des autres avis et cheminement spécialisé urgent est relativement significatif.



Ce rapport qu'il a été estimé à 1.35% épargnant les urgences traumatologiques, de cci ou de la neurochirurgie reflète que vraiment "En Afrique l'urgence est le mode habituel d'admission dans la plupart des services chirurgicaux du continent, et ses caractéristiques et contraintes, universelles et cosmopolites, accentuent particulièrement l'évidence des dysfonctionnements sanitaires (109).

✓ **Rapport (patients hospitalisés pour une urgence chirurgicale viscérale / total des patients consultants) :**

Le taux d' "**hospitalisation/consultation**" a été évalué comme le succès des médecins travaillant au département d'urgence dans la reconnaissance des cas EGS (1).

Tableau 39 : La comparaison de rapport Hospitalisation/consultation selon des différentes séries

Hôpital	Hospitalisation/consultation
SH : State hospital d'Ankara et des environs	59.58 %
TRH-7 : training and research hospital 7 d'Ankara et des environs	13.09 %
EPH de Ouargla	0.96 %

Dans une étude, des évaluations ont été faites de la chirurgie d'urgence statistique des hôpitaux centraux d'Ankara et des environs, le taux de réussite le plus élevé était vu dans SH à 59,58 %. Dans ce paramètre, le taux le plus bas était 13,09 % dans le TRH-7. SH a été le plus performant centre. Le TRH-7 le plus consulté, à 13,09 %, était bien inférieur à la moyenne (20.15%).

les raisons du taux plus élevé d'hospitalisation/consultation EGS en SH par rapport aux autres hôpitaux étaient le temps plus long alloué aux patients en raison de la faible charge de patients au service des urgences de ce centre, fait que le profil de cas contient moins de comorbidités que aux TRH , et la capacité de se référer les cas difficiles d'EGS vers d'autres hôpitaux (1).

Dans notre étude ce taux a été autour de 0.96% et il est très significativement inférieur de la moyenne de l'étude suscitée.



La mauvaise orientation au début des patients externes, les habitués, l'absence d'un fournisseur ou un bureau d'orientation et de renseignement performant, la charge exercée à notre établissement et le fait de l'absence d'un autre centre fondu à communier un peu de la responsabilité sont toutes des raisons non négligeables pour justifier les erreurs dans notre système.

Malgré les nombreux critères d'inclusion de notre étude qui peut fausser la comparaison mais même après la correction de ce taux il va rester inférieur à l'objectif attendu et il va à son tour confirmer que le problème dans notre structure est plus remarquable dans les institutions menues avant le box de tri.

✓ **Rapport (patients hospitalisés pour une urgence chirurgicale viscérale / total des patients hospitalisés) :**

Les UMC se présentent comme étant une « porte d'entrée » de la ville à l'hôpital et constituent un lieu de croisements et de rencontres des « mondes extrêmes ».

Mais malgré le statut ambigu du médecin urgentiste, au ci-dessous la spécialisation est une réalité incontournable, même la chirurgie générale d'urgence est sur la route d'être une entité apart.

« Chaque service a sa petite spécialité de chirurgie. Même le chirurgien généraliste d'avant qui faisait tout, on a tendance aujourd'hui à l'appeler, le chirurgien viscéral, c'est-à-dire qu'il ne fait que les viscères abdominaux. S'il est confronté à une fracture, il ne saura pas la faire. C'est ça le problème... » (110).

Le rapport a été égale à 8.87% ce qui reflète la fréquence élevée des hospitalisations des urgences viscérales et l'intérêt de l'hyperspécialisation de la chirurgie en général.

✓ **Rapport (patients passés à la salle d'observation pour une urgence chirurgicale viscérale / total des patients passés à la salle d'observation) :**

Ce rapport a été autour de 6.4%, il est apparemment significatif mais on peut justifier ce taux par le recours à la salle d'observation des patients traumatisés et le nombre très élevé de ces derniers. une étude au mali a estimé une parcours des patients présentant des traumatismes égale à 33.7% (72). Ce qui justifie les motifs de traumatologies sont les plus répandus.

✓ **Rapport (les bilans faites pour les patients consultants pour une urgence chirurgicale viscérale / total des bilans faites) :**



Ce rapport a été autour de 7.1% et il est significatif malgré que les critères d'inclusions soient strictes, le fait de l'existence d'un laboratoire conçu aux urgences chirurgicales seulement mais il est incapable de couvrir les retards de l'obtention des résultats.



V. Limites de l'étude

Durant cette période d'étude on a se confronté avec plusieurs limites :

- ☒ Durant la phase de la collection des données il était un peu difficile de couvrir tous les détails des patients avec certitude au fait que le travail était monôme
- ☒ Les données ont été recueillies manuellement à partir des fiches de questionnaires des patients
- ☒ La période d'étude a été limitée, ce qui exclut l'analyse des variations saisonnières.
- ☒ Pour les registres y'avait eu des lacunes dans la documentation ont empêché la saisie précise d'éléments de données pour plusieurs patients.
- ☒ L'incapacité à délimiter les relations causales entre les variables.
- ☒ L'incapacité de préciser les délais précis de séjour pour certains patients qui dépasse leur hospitalisation les 24h.
- ☒ Les processus des dû sont interdépendants et soumis à des influences externes ; par conséquent, une amélioration dans un domaine peut ne pas raccourcir la durée de séjour, et un changement significatif peut impliquer l'ajustement d'une combinaison de nombreux facteurs dont l'identification peut être difficile.
- ☒ La généralisation de nos résultats peut être limitée parce que les facteurs sociodémographiques, les processus de travail à l'urgence, les structures de gestion de l'urgence, la présence d'apprenants, la disponibilité de la consultation spécialisée et des services aux patients hospitalisés varient tous d'un site à l'autre et devraient influencer l'urgence.

CONCLUSION

CONCLUSION



CONCLUSION

I. Conclusion

Les opportunités d'améliorer le flux des patients aux urgences sont nombreuses et les hôpitaux qui engagent le personnel dans un effort d'amélioration peut en tirer des avantages substantiels en termes de coût, de qualité des soins et de satisfaction des patients.

Étant donné que chaque hôpital est différent, l'évaluation des améliorations à apporter à la conception des services des urgences doit être basée sur des critères de performance établis en consultation avec l'administration hospitalière et le personnel des urgences.

Les études de temps fournissent des données de processus utiles pour identifier les inefficacités du système et à des fins d'analyse comparative. Les futurs systèmes d'information et les techniques de modélisation statistique permettront aux administrateurs et aux chercheurs de mieux analyser les processus et les résultats des DU.(8)

Le triage, en tant que processus de stratification des priorités de prise en charge médicale des patients admis aux Urgences, est possible, nécessaire, fiable, et à l'évidence utile aux soignants comme aux patients. La plupart des échelles de triage actuellement proposées ont une structure identique. Cette base commune permettra aux acteurs de l'urgence d'avoir le même langage tout en respectant les spécificités de chacun.(10)

Le triage s'avère être un processus déterminant du bon fonctionnement de tout service d'urgence.

Plus que jamais, il est impératif d'optimiser la performance des services des urgences afin de répondre adéquatement aux besoins complexes de la population.

De concert avec l'amélioration de l'accès aux soins de première ligne, l'organisation efficiente des soins, l'utilisation optimale des compétences professionnelles, les pratiques collaboratives et la démarche d'amélioration continue de la qualité sont autant de jalons qui permettront de rehausser la qualité.(35)



L'efficience du triage est liée aux capacités d'appropriation de la procédure par les équipes soignantes ,à son intégration dans l'organisation des filières de soins et à sa prise en compte par tous les soignants, médecins et non-médecins, tout au long de la prise en charge.(10)

L'IOA ici a un rôle fondamental dans l'organisation d'un SU. Ce poste clé revêt une importance croissante compte tenu du rôle primordial du tri face à l'augmentation constante des passages.(111)

L'unité d'urgence constitue une vitrine importante des activités d'un centre hospitalier. Il doit être également perçu comme un baromètre de l'efficacité du réseau dans sa mission de fournir des soins médicaux optimaux à la population(102) et l'obtention des délais plus courts devrait être une priorité.(72)



II. Recommandations

On recommande :

- ✓ L'installation d'un IOA.
- ✓ Disposer l'hôpital de tous les examens complémentaires nécessaires aux urgences et à tout moment.
- ✓ Disposer à la pharmacie de l'hôpital de tous les médicaments prescrits aux urgences ou constituer des armoires d'urgence
- ✓ Limiter la prescription d'examens complémentaires
- ✓ Organiser mieux les équipes chirurgicales, anesthésiques
- ✓ Affecter plus de personnel permanent aux services des urgences chirurgicales
- ✓ La création de formulaires numériques pré-remplis insérés au dossier par l'IAO
- ✓ L'installation d'imprimantes pilotées à distance par le laboratoire pour accélérer la consultation des résultats de biologie après leur validation
- ✓ La création d'une consultation non programmée pour les patients non graves.
- ✓ **Méthodes de triage** adoptées selon la situation et le flux :
 - L'ajout d'un fournisseur au triage, un fournisseur de pratique avancée
 - Le triage inversé
 - La création d'un service de chirurgie de soins aigus (acute care surgical service : ACSS).
 - L'installation des services des urgences combinés et un Système de triage ABCDE.
 - Le triage en équipe.
 - Utilisation de la FRENCH échelle ou CIMU modifiée
 - La création d'un poste d'infirmier coordonnateur des flux gérant le parcours de chaque patient.

BIBLIOGRAPHIE

БІБЛІОГРАФІЯ

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Celepli S, Türkoğlu B, Ulusoy S, Tuncal S, Akkapulu N, Eryılmaz M. The effect of emergency room consultations on emergency general surgery operations. *Ulus Travma Ve Acil Cerrahi Derg Turk J Trauma Emerg Surg TJTES*. oct 2022 ;28(10) :1455-61.
2. Mai-Phan TA, Patel B, Walsh M, Abraham AT, Kocher HM. Emergency room surgical workload in an inner city UK teaching hospital. *World J Emerg Surg*. déc 2008 ;3(1) :19.
3. Suen K, Hayes IP, Thomson BNJ, Shedda S. Effect of the introduction of an emergency general surgery service on outcomes from appendicectomy. *Br J Surg*. janv 2014 ;101(1) :e141-146.
4. Eitel DR, Rudkin SE, Malvey MA, Killeen JP, Pines JM. Improving service quality by understanding emergency department flow : a White Paper and position statement prepared for the American Academy of Emergency Medicine. *J Emerg Med*. janv 2010 ;38(1) :70-9.
5. Bernstein SL, D'Onofrio G. Public health in the emergency department : Academic Emergency Medicine consensus conference executive summary. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. nov 2009 ;16(11) :1037-9.
6. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1--concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med*. mai 2009 ;53(5) :605-11.
7. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments : complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med*. janv 2000 ;35(1) :63-8.
8. Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *CJEM*. mai 2003 ;5(3) :155-61.
9. Rotstein Z, Wilf-Miron R, Lavi B, Shahar A, Gabbay U, Noy S. The dynamics of patient visits to a public hospital ED : a statistical model. *Am J Emerg Med*. oct 1997 ;15(6) :596-9.
10. P.M. Roy, Y. Lannehoa. Le triage aux urgences. 2002.
11. Havens JM, Peetz AB, Do WS, Cooper Z, Kelly E, Askari R, et al. The excess morbidity and mortality of emergency general surgery. *J Trauma Acute Care Surg*. févr 2015 ;78(2) :306-11.
12. Les urgences : accueil, soins, fonctionnement [Internet]. *passport santé*. 2022. Disponible sur : www.passeportsante.net
13. Les urgences médico-chirurgicales (UMC) du Pr. Larbi Abid du CHU Mustapha Bacha.
14. Nouvelles organisation et architectures hospitalières selon les ministère de la santé et des solidarités français.
15. Organisation et Fonctionnement d' un Service d' Urgence du M. A Achour du CHU de Constantine.
16. Recommandations pour la gestion et le fonctionnement des services d'accueil des urgences du Groupe d'experts (S.F.U.M - S.F.A.R- S.R.L.F).
17. Ross SW, Reinke CE, Ingraham AM, Holena DN, Havens JM, Hemmila MR, et al. Emergency General Surgery Quality Improvement : A Review of Recommended Structure and Key Issues. *J Am Coll Surg*. 1 févr 2022 ;234(2) :214-25.
18. Eaton B, O'Meara L, Aresco C, Scalea T, Diaz J, Bruns B. The evolution of emergency general surgery : its time for a dedicated program manager. *Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc*. févr 2022 ;48(1) :5-11.



19. Haider AH, Obirieze A, Velopulos CG, Richard P, Latif A, Scott VK, et al. Incremental Cost of Emergency Versus Elective Surgery. *Ann Surg.* août 2015 ;262(2) :260-6.
20. Smith SA, Yamamoto JM, Roberts DJ, Tang KL, Ronksley PE, Dixon E, et al. Weekend Surgical Care and Postoperative Mortality : A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *Med Care.* févr 2018 ;56(2) :121-9.
21. Bohnen JD, Ramly EP, Sangji NF, de Moya M, Yeh DD, Lee J, et al. Perioperative risk factors impact outcomes in emergency versus nonemergency surgery differently : Time to separate our national risk-adjustment models? *J Trauma Acute Care Surg.* juill 2016 ;81(1) :122-30.
22. Schneider C, Tyler LE, Scull EF, Pryle BJ, Barr H. A case-control study investigating factors of preoperative delay in emergency laparotomy. *Int J Surg Lond Engl.* oct 2015 ;22 :131-5.
23. Leppäniemi A. What is acceptable delay in emergency abdominal surgery? *Scand J Surg SJS Off Organ Finn Surg Soc Scand Surg Soc.* 2013 ;102(2) :54.
24. Wood T, Azin A, Quereshy FA. Effect of time to operation on outcomes in adults who underwent emergency general surgery procedure. *J Surg Res.* août 2018 ;228 :118-26.
25. Eko FN, Ryb GE, Drager L, Goldwater E, Wu JJ, Counihan TC. Ideal timing of surgery for acute uncomplicated appendicitis. *North Am J Med Sci.* janv 2013 ;5(1) :22-7.
26. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med.* août 2003 ;42(2) :173-80.
27. Cha WC, Ahn KO, Shin SD, Park JH, Cho JS. Emergency Department Crowding Disparity : a Nationwide Cross-Sectional Study. *J Korean Med Sci.* août 2016 ;31(8) :1331-6.
28. Claret PG. Le circuit patient en structure des urgences : comment lutter contre la surcharge?
29. Christ M, Bingisser R, Nickel CH. [Emergency Triage. An Overview]. *Dtsch Med Wochenschr* 1946. mars 2016 ;141(5) :329-35.
30. Zimmermann PG. Guiding principles at triage : advice for new triage nurses. *J Emerg Nurs.* févr 2002 ;28(1) :24-33.
31. Recommandations de la Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage pour le triage dans les services d'urgences hospitaliers en Suisse. *Bull Médecins Suisses.* 11 nov 2009 ;90(46) :1789-90.
32. Odile Gastineau,, Betty Mazet. ECHELLE DE TRIAGE. 2001.
33. Beveridge R, John S, Clarke B, John S, Janes L, John S, et al. ÉTG L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence.
34. JOSEE Constance. Performance de l'échelle de Tri du SAU du Mans : Fiabilité et Validité. 2018.
35. Brodeur Joël, Connan M, Amyot I, Dupont S. Triage à l'urgence : lignes directrices. Montréal (Québec) : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ; 2019.
36. Murray M, Bullard M, Grafstein E, pour les Groupes de travail nationaux sur l'ÉTG et le SIDUC. Révision de L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : Guide d'implantation. *CJEM.* janv 2005 ;7(01) :28-35.
37. Gaétan Arseneau Basque. ÉCHELLE CANADIENNE DE TRIAGE ET DE GRAVITÉ. 2007.
38. Fehre A, Chauvin A, Durand-Stocco C, Ouled N, Plaisance P, Segal N. Évaluation de l'application d'un triage par la Classification Infirmière des Malades aux Urgences par des infirmiers organisateurs de l'accueil en comparaison avec un triage réalisé par un médecin. *Ann Fr Médecine Urgence.* mai 2015 ;5(3) :150-8.



39. Taboulet P, Fontaine JP, Afdjei A, et al (1997) Triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation. *Reanim Urg* 6 :433–42.
40. Taboulet P, Moreira V, Haas L, et al (2009) Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale : reliability and validity. *Eur J Emerg Med* 16 :61–7.
41. Manon Feder. Description des motifs de transfert du service d'accueil des urgences polyvalentes adultes vers la salle d'accueil des urgences vitales au sein des urgences du CHU d'Amiens. *Médecine humaine et pathologie*. 2021. ffdumas-03340755f.
42. Aurore Armand-Perroux. Le triage en structure des urgences Recommandations formalisées d'experts Société Française de Médecine d'Urgence 2013.
43. Les cinq étapes de triage [Internet]. Fiches IDE. 2021. Disponible sur : FICHES-IDE.FR
44. Eitel DR, Travers DA, Rosenau AM, Gilboy N, Wuerz RC. The emergency severity index triage algorithm version 2 is reliable and valid. *Acad Emerg Med*. 2003 Oct ; 10(10) :1070-80. PubMed PMID : 14525740. Epub 2003/10/04. eng.
45. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Adams JG. The Emergency Severity Index (version 3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. *J Emerg Nurs*. 2004 Feb ;30(1) :22-9. PubMed PMID : 14765078. Epub 2004/02/07. eng.
46. Marine Cercley. Échelle de tri des urgences pédiatriques du CHU de Grenoble : un outil valide. *Médecine humaine et pathologie*. 2015. dumas-01142436.
47. Yang J, Kim KH. Effect of the Strategic Thinking, Problem Solving Skills, and Grit on the Disaster Triage Ability of Emergency Room Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 16 janv 2022 ;19(2) :987.
48. Randolph SA. Strategic thinking. *Workplace Health Saf*. janv 2013 ;61(1) :52.
49. Arble, E. ; Arnetz, B.B. A model of first-responder coping : An approach/avoidance bifurcation. *Stress Health* 2017.
50. Follmann, A. ; Ohligs, M. ; Hochhausen, N. ; Beckers, S.K. ; Rossaint, R. ; Czaplik, M. Technical support by smart glasses during a mass casualty incident : A randomized controlled simulation trial on technically assisted triage and telemedical app use in disaster medicine. *J. Med. Internet Res*. 2019.
51. Pearl W. A hierarchical outcomes approach to test assessment. *Ann Emerg Med* 1999.
52. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill ? *J Accid Emerg Med* 1999.
53. Australasian College for Emergency Medicine. Guidelines for the implementation of the Australasian triage scale in emergency departments. Available at : [http : //www.acem.org.au/ open/documents/triageguide.htm](http://www.acem.org.au/open/documents/triageguide.htm). Accessed July 10, 2002.
54. Beveridge R, Clarke B, Janes L, Sawage N, Thompson J, Dodd G, et al. Implementation guidelines for the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS). Available at : [http : //www.caep.ca/002.policies/002-02.CTAS/ CTAS-guidelines.html](http://www.caep.ca/002.policies/002-02.CTAS/CTAS-guidelines.html). Assessed july, 10, (version française) ETG. Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence. Guide d'implantation. Available at : [http : //www.urgent.qc.ca/tabmat.html](http://www.urgent.qc.ca/tabmat.html). Assessed July 10, 2002.
55. Williams RM. Triage and emergency department services. *Ann Emerg Med* 1996.
56. Roy PM, Dérogis V, Dalmon P, Kétowobiakou A, Rougé A, Barbeau C. Priorisation des malades par l'infirmière : classification des motifs d'admission. *Réanim Urg* 1998.
57. Fernandes CM, Christenson JM, Price A. Continuous quality improvement reduces length of stay for fast-trak patients in an emergency department. *Acad Emerg Med* 1996.



58. Baumann MR, Strout TD. Triage of geriatric patients in the emergency department : validity and survival with the Emergency Severity Index. *Ann Emerg Med.* 2007 Feb.
59. Martins HM, Cuna LM, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg Med J.* 2009 Mar.
60. Mortimore A, Cooper S. The « 4-hour target » : emergency nurses' views. *Emerg Med J.* 2007 Jun.
61. Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Chin a Choi V, Luitse JS. Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index : a simulation study. *Emerg Med J.* 2009 Aug.
62. Twomey M, Wallis LA, Myers JE. Limitations in validating emergency department triage scales. *Emerg Med J.* 2007 Jul.
63. Grafstein E, Innes G, Westman J, Christenson J, Thorne A. Inter-rater reliability of a computerized presenting-complaint-linked triage system in an urban emergency department. *CJEM.* 2003 Sep.
64. King DL, Ben-Tovim DI, Bassham J. Redesigning emergency department patient flows : application of Lean Thinking to health care. *Emerg Med Australas.* 2006 Aug.
65. Elshove-Bolk J, Mencl F, van Rijswijck BT, Simons MP, van Vugt AB. Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department. *Emerg Med J.* 2007 Mar.
66. Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine JP, et al. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale : reliability and validity. *Eur J Emerg Med.* 2009 Apr.
67. van der Wulp I, van Stel HF. Adjusting weighted kappa for severity of mistriage decreases reported reliability of emergency department triage systems : a comparative study. *J Clin Epidemiol.* 2009 Nov.
68. Considine J, Thomas S, Potter R. Predictors of critical care admission in emergency department patients triaged as low to moderate urgency. *J Adv Nurs.* 2009 Apr.
69. Wuerz RC, Milne LW, Eitel DR, Travers D, Gilboy N. Reliability and validity of a new five-level triage instrument. *Acad Emerg Med.* 2000 Mar.
70. Schull MJ, Slaughter PM, Redelmeier DA. Urban emergency department overcrowding : defining the problem and eliminating misconceptions. *CJEM* 2002.
71. Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses Affiliation. Joint position statement on emergency department overcrowding. *CJEM* 2001.
72. KEITA Kadiatou KOÏTA. : Evaluation des délais de prise en charge des urgences au service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré. 2005.
73. Délais d'attente aux urgences de Sion. Hôpital du Valais ; 2020.
74. Ricroch L, Vuagnat A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins [Internet]. 2015. Report No. : 0929. Disponible sur : www.drees.sante.gouv.fr
75. P. Taboulet, C. Maillard-Acker, G. Ranchon, S. Goddet. Triage of the Patients on Presentation to an Emergency Department : Presentation of the Scale Elaborated by the French Society of Emergency Medicine—the FRENCH (FRench Emergency Nurses Classification in Hospital). 2018.
76. TRAVERS D. : Triage, How long does it take? How long should it take? *Journal of Emergency Nursing* 25 (3) :238-40.



77. M.S. Jarrar, S. Khelifi, W. Ben Amor, S. El afrit, S. Ghannouchi. L'accueil et la durée de la prise en charge des patients au service des urgences au CHU Farhat Hached. 2005.
78. HADID Yacine. Démarche qualité pour la prise en charge des urgences au sein des établissements publics de santé : Cas du centre Hospitalo-universitaire Nedir Mohamed de TiziOuzou. UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU ; 2018.
79. SORIN Bertrand, Robert, Gaston. Analyse des temps d'attente aux urgences adultes du CHRU de Tours. FACULTE DE MEDECINE DE TOURS ; 2015.
80. Nolan Gauthier. . Acute-flow : étude prospective observationnelle multicentrique nationale sur le flux des urgences chirurgicales : résultats du centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes. [Médecine humaine et pathologie.]. 2021.
81. Adamou Harissou, Amadou M M Ibrahim, Habou Oumarou. Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain. Cas des urgences en chirurgie digestive à l'hôpital national de zinder, niger. 2015.
82. Y. FANE Urgences chirurgicales digestives : diagnostic et prise en charge. 2017 ; 83 (17M208).
83. BERTHE I.D. Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G. Thèse de Méd- Bamako,2008 : 80 ; 102.
84. CAMARA S. Problème d'anesthésie et réanimation posé par la chirurgie abdominale d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré ; thèse médecine Bamako (Mali) 1989, 68.
85. Zué AS, Josseaume A, Nsafu DN, Galois-Guibal L, Carpentier JP. Les urgences chirurgicales au Centre Hospitalier de Libreville. Ann Fr Anesth Réanimation. mars 2003 ;22(3) :189-95.
86. Chauveau P, Mazet-Guillaume B, Baron C, Roy PM, Tanguy M, Fanello S. Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences : Santé Publique. 17 sept 2013 ;Vol. 25(4) :441-51.
87. Déborah Cadat, Cécile Trolong-Bailly. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences. 2006.
88. Parswa A. Appendicite [Internet]. 2023. Disponible sur : www.msdmanuals.com
89. Edison NSIAMUNU. Motifs des consultations chirurgicales a l'unité des urgences de la clinique Bondeko. 2013.
90. M. Modibo FONGORO. LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE SAN. 2022.
91. Dr Desantis. URGENCES : EXPLICATIONS. DOCTEUR DESANTIS.
92. Engbang Jean Paul , Motah mathieu. Appendicites Aigües : Aspects Epidémiologique, Clinicopathologique, Thérapeutique Et Evolutif Dans Les Hôpitaux De Douala (Cameroun). 2020.
93. gazah mounir. Le triage : pourquoi et comment ? [Internet]. 2021. Disponible sur : www.efurgences.net
94. P. Taboulet , C. Vincent-Cassy. Validity of the Revised FRENCH (FRENch Emergency Nurses Classification in Hospitals), the Emergency Departments Triage Scale Developed by the French Society of Emergency Medicine. 2019.
95. IndicateurConformitédesdemandes d'examen d'imagerie [Internet]. 2010. Disponible sur : www.has-sante.fr
96. J.E. LEFEVRE, G. VALLET, Pr. P. SAUVAL. Organisation des urgences en radiologie.
97. Répartition des modes de sortie des patients se présentant au service des urgences en France [Internet]. 2013. Disponible sur : fr.statista.com



98. L'ATTENTE AUX URGENCES DES PATIENTS ADMIS EN HOSPITALISATION, SIGNE DES TENSIONS DE L'AVAL [Internet]. 2023. Disponible sur : smfu.org
99. Smulowitz, P. B., O'Malley, A. J., Zaborski. Variation du taux d'hospitalisation aux urgences en fonction des médecins. 2021.
100. Angélique Sentilhes-Monkam. Les services d'accueil des urgences ont-ils un avenir en Afrique de l'Ouest ? Exemple à l'hôpital principal de Dakar. 2011.
101. Robert Salois. ÉTUDE COMPARATIVE DES URGENCES DU QUÉBEC. 2016.
102. Marc Afilalo. Guide de gestion de l'unité d'urgence. Bibliothèque nationale du Québec ; 2000.
103. Loftus TJ, Rosenthal MD, Croft CA, Stephen Smith R, Efron PA, Moore FA, et al. Effect of Time to Operation on Value of Care in Acute Care Surgery. World J Surg. août 2018.
104. Faryniuk AM, Hochman DJ. Effect of an acute care surgical service on the timeliness of care. Can J Surg J Can Chir. juin 2013 ;56(3) :187-91.
105. Ducommier A. Ethique de la chirurgie d'urgence en situation précaire. Paris : pradel ; 1996. 174p.
106. Magagi IA, Adamou H, Habou O, Magagi A, Halidou M, Ganiou K. Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder, Niger. Bulletin de la Société de pathologie exotique. 2017 ;110(3) : 191-7.
107. Diedhiou M, Dieng M, Barboza D, Traore MM, Ba EB, Gaye I et al. Anesthésie-réanimation pour urgences chirurgicales de l'abdomen chez l'adulte : à propos de 118 cas. Rev Afr Anesth MedUrg. 2020 ;25(1) :16-21.
108. Ananivi Sogan, Efoe-Ga Amouzou, Komlan Adabra, David Dosseh, Komlanvi James. Urgences Chirurgicales Abdominales non Traumatiques de l'Adulte à l'Hôpital d'Aného (Togo) : Aspects Épidémiologiques, Thérapeutiques et Pronostiques à Propos de 234 Cas. 2023.
109. J.M. ANDREU. URGENCES CHIRURGICALES EN MILIEU AFRICAIN (L'URGENCE TROPICALE EXISTE T-ELLE ?). 2002.
110. Haouari A, Adda Boudjellel A. Significations plurielles des urgences médicales et chirurgicales. Étude sociologique au service des UMC au CHU d'Oran. Insaniyat. إنسانيات. 30 sept 2018 ;(80-81) :55-70.
111. Desmettre T, Baron AF, Capellier G, Tazarourte K. L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) : rôle et fonctions. Réanimation. nov 2013 ;22(6) :610-5.

ANNEXES

ANNEXES



ANNEXES

Impact de la consultation de tri sur l'hospitalisation en urgence chirurgicale

Fiche technique :

AVANT LE TRIAGE			
		OUI	NON
Délai d'attente	inferieur à 10 min		
	entre 10 et 20 min		
	entre 20 et 30 min		
	superieur à 30 min		
Qualité d'attente	avec tiquet		
	contact initial avec un agent		
	contact avec un IOA		
	ramené par intermediaire		
Orientation	avec une lettre		
	urgence médicale		
	individuel		
	autre		
APRES LE TRIAGE			
Motif de consultation			
Durée de la consultation	inferieur à 5 min		
	superieur à 5 min		
Durée de l'examen clinique	inferieur à 5 min		
	superieur à 5 min		
Diagnostic evident			
Exploration	bilans biologiques		
	bilans radiologique		
Mode de sortie	traitement ambulatoire		
	lettre d'orientation		
	motif non urgent		
	passage à l'observation		
Passage à la salle d'observation	à travers le triage		
	directement		
Délai entre l'admission et l'hospitalisation	inferieur à 1H		
	entre 1H et 2H		
	superieur à 2H		
Délai entre l'admission et l'avis spécialisé	inferieur à 1H		
	entre 1H et 2H		
	superieur à 2H		
Délai entre l'hospitalisation et l'intervention	la cause		
	inferieur à 3H		
	entre 3H et 6H		
	superieur à 6H		
Type d'intervention	urgence immédiate		
	urgence différée		

KHELIL Boutheyra



**IMPACT DE LA CONSUMTATION DE TRI
SUR L'HOSPITALISATION EN URGENCE CHIRURGICALE
- ETUDE PROSPECTIVE -
L'ETABLISSEMENT PUBLIQUE HOSPITALIERE
MOHAMMED BOUDIAF OUARGLA**



Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Résumé

Introduction : La chirurgie générale d'urgence constitue 11 % de toutes les admissions à l'hôpital, mais représente la moitié (50 %) de toute la mortalité chirurgicale.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact de la consultation de tri sur les hospitalisations en urgence chirurgicale à l'hôpital Mohammed Boudiaf Ouargla.

Méthode : Notre travail est une étude descriptive prospective réalisée dans les services des urgences chirurgicales de l'établissement public de santé (l'EPH Mohammed Boudiaf-Ouargla), sur registre, portant sur les patients consultants pour prise en charge d'une urgence chirurgicale viscérale au sein de ce service durant la période étendue de 01/02/2023 à 30/04/2023.

Résultats : Les urgences générales ont constitué 1.35% de total des admissions aux urgences. Aucun patient avait contacté avec un infirmier (e) d'accueil et d'orientation (IOA). 52.34% avaient dépassé les 5 minutes dans le box, alors que 50.48%, qu'ils n'avaient pas eu un examen clinique supérieur à 5 minutes. 85.05% des patients avaient réalisé des examens complémentaires. Pour le mode de sortie ils y'avait 74.76% qu'ils avaient passé à la salle d'observation. Parmi les patients qu'ils avaient été passés directement à la salle d'observation (22 patients), 50% avaient représenté un ETG à 2 et 22.72% avaient représenté un ETG à 3. Le délai d'attente d'un avis spécialisé avait été autour de 110 minutes, ce retard avait été lié directement au retard des examens complémentaires dans 79.52% des cas. Le délai entre l'admission et l'hospitalisation avait été plus de 2 heures dans 79.74% des cas. Le délai moyen entre l'hospitalisation et l'intervention avait été autour de 5 heures, dont 92.41% des malades avaient été bénéficiés d'une opération en urgence immédiate.

Conclusion : Les études de temps fournissent des données utiles pour identifier les inefficacités du système. Le triage ici s'avère être un processus déterminant du bon fonctionnement de tout service d'urgence.

Mots clés : délai, attente, triage, efficacité, indicateurs, qualité, ETG, EGS.

Encadreur : Dr MAZOUZI Mohamed Laid

**Année universitaire
2022-2023**