

UNIVERSITE DE NANTES  
UFR MEDECINE  
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE NANTES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Une échelle de tri pour les urgences  
gynéco-obstétricales du CHU de Nantes ?  
Point de vue des professionnels de santé.  
(Sages-femmes, Infirmier(e)s, Aides-soignant(e)s et Auxiliaires  
de puériculture).

Mémoire présenté et soutenu par :

Charline SIMON

Née le 16 juillet 1990

Directeur de mémoire : Dr Anne-Sophie COUTIN

Promotion : 2009-2013

## Remerciements

---

A tout le personnel des urgences gynéco-obstétricales qui a contribué à la réalisation de cette étude. Je remercie particulièrement le Docteur COUTIN, directeur de ce mémoire, pour l'intérêt porté à ce travail, ces précieux conseils et sa disponibilité.

A Madame Pascale GARNIER, sage-femme cadre enseignante, pour sa disponibilité et son aide.

A Monsieur BRANGER, médecin coordinateur du réseau de périnatalité des Pays de Loire, pour le temps accordé et ses conseils statistiques.

A mon entourage, particulièrement à Gi, pour leur présence, leur soutien et leurs précieuses relectures.

# Sommaire

---

Introduction.....	1
Glossaire .....	2
1 Des urgences en gynécologie et en obstétrique .....	3
1.1 Qu'est ce qu'une urgence / des urgences ? .....	3
1.2 Les urgences dans leur cadre législatif .....	3
1.3 La reconnaissance des urgences en gynécologie et en obstétrique .....	4
1.3.1 Un défaut de reconnaissance.....	4
1.3.2 L'effectif en personnel.....	5
2 Les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Nantes.....	6
2.1 Etat des lieux des urgences gynéco-obstétricales en mars 2003.....	6
2.2 La création d'une unité d'urgences gynécologiques et obstétricales.....	8
2.2.1 Le lieu et les locaux.....	8
2.2.2 Le personnel .....	10
2.2.3 Les objectifs .....	11
2.2.4 La cellule de régulation des transferts obstétricaux en Pays de la Loire.....	12
2.3 L'activité des urgences gynéco-obstétricales .....	13
2.3.1 Quantitatif.....	13
2.3.2 Descriptif .....	14
3 Le triage .....	16
3.1 Historique .....	16
3.2 Définition .....	17
3.3 L'évaluation .....	17
3.4 Les objectifs du triage.....	17
4 L'étude, le matériel et la méthode .....	19
4.1 Le contexte.....	19
4.2 L'étude et les moyens.....	19
4.3 Les objectifs .....	20
4.4 L'analyse des résultats.....	20
4.5 Les biais et les difficultés.....	21
5 Les résultats.....	22
5.1 Descriptions.....	22
5.1.1 La population interrogée.....	22

5.1.2	La réalisation de l'accueil .....	23
5.1.3	Les critères de tri.....	24
5.1.4	L'utilité d'une échelle de tri .....	25
5.2	Comparaisons .....	26
5.2.1	Selon la profession.....	26
5.2.2	Selon l'âge .....	27
5.2.3	Selon l'ancienneté .....	29
5.3	Acceptabilité du tri .....	31
6	Discussion.....	33
6.1	Réflexion sur la notion de tri .....	33
6.1.1	Le tri est une évaluation .....	33
6.1.2	La gestion des motifs non urgents .....	35
6.2	Pourquoi instaurer une échelle de tri ? .....	35
6.2.1	Un langage commun .....	36
6.2.2	L'obstétrique un critère de priorité ? .....	36
6.2.3	Un partage avec les Urgences Générales.....	37
6.3	Vers quelle échelle de tri pour la gynécologie et l'obstétrique ? .....	37
6.3.1	Echelles existantes.....	37
6.3.2	Propositions des critères de tri .....	38
6.3.3	Quelles possibilités de mise en place ?.....	41
6.4	Questionnement autour des résultats.....	42
6.4.1	Le tri actuel est-il efficient ?.....	42
6.4.2	L'organisation actuelle serait conservée. ....	42
6.4.3	Une réorganisation de l'accueil pourrait être envisagée.....	43
6.4.4	La place des étudiants à l'accueil des UGO.....	43
	Conclusion.....	45
	Bibliographie.....	46
	Annexes.....	50
	ANNEXE 1 : Présentation gynécologique et obstétricale de l'ETG .....	50
	ANNEXE 2 : Les déterminants du tri (CIMU).....	51
	ANNEXE 3 : Le score de Malinas.....	52
	ANNEXE 4 : Le questionnaire .....	53

## Introduction

---

Depuis sa création en 2005, le service des urgences gynécologiques et obstétricales du CHU de Nantes enregistre une affluence en constante progression. Le nombre de passages annuels a progressé de 11921 en 2005 à 14694 en 2012, soit une augmentation de 23 % en 8 ans. Ce service reçoit les urgences, vraies ou ressenties, gynécologiques, obstétricales et liées aux abus sexuels, sept jours sur sept et 24 heures sur 24.

La prise en charge des patientes est réalisée par une équipe constituée d'une sage-femme, d'une infirmière, d'une aide-soignante ou d'une auxiliaire de puériculture. L'équipe est aussi constituée par des médecins qui interviennent pour les urgences en journée (un interne de spécialité, un interne de médecine générale et un sénior), et d'une équipe médicale de nuit chargée aussi de la salle de naissance.

Face à un volume d'activité toujours croissant et des ressources en personnels et locaux limitées, nous avons envisagé la mise en place une échelle de tri pour organiser l'accueil et l'orientation des consultantes, afin d'obtenir une prise en charge adaptée au degré d'urgence.

Le but de ce mémoire est de connaître le point de vue des professionnels de santé sur la pertinence de la mise en place d'une échelle de priorisation aux urgences gynécologiques et obstétricales du CHU de Nantes. Il permettra également de lister les critères de tri déjà utilisés.

Dans un premier temps, nous poserons le cadre législatif relatif aux services d'urgences puis nous traiterons de l'évolution des prises en charge des urgences gynéco-obstétricales de 2005 à nos jours, au CHU de Nantes.

Nous nous intéresserons ensuite aux résultats de l'étude réalisée auprès des acteurs de soins (Sages-femmes, Infirmières, Aides-soignantes et Auxiliaires de puériculture) travaillant aux urgences gynéco-obstétricales.

Enfin nous discuterons de ces résultats et de l'opportunité d'une échelle de tri.

## Glossaire

---

UGO : Urgences Gynéco-Obstétricales

SA : Semaines d'Aménorrhée

SF : Sage-femme

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

AS : Aide Soignante

AP : Auxiliaire de Puériculture

TIU : Transfert In Utéro

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

VME : Version par Manœuvre Externe

MAF : Mouvements Actifs Fœtaux

RPM : Rupture Prématuroe des Membranes

ETG : Echelle de Tri par Gravité

IAO : Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

DDR : Date des Dernières Règles

PEC : Prise En Charge

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HTA : HyperTension Artérielle

SFHTA : Signes Fonctionnels d'HyperTension Artérielle

GEU : Grossesse Extra Utérine

# 1 Des urgences en gynécologie et en obstétrique

## 1.1 Qu'est ce qu'une urgence / des urgences ?

Le Larousse médical définit l' « urgence » [1] comme :

- *une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement.*

Et définit « les urgences » comme :

- *un service dans lequel sont pris en charge les malades nécessitant des soins immédiats.*

Dans la définition d'une urgence, se trouve le terme de « situation pathologique », or en obstétrique il peut exister une situation d'urgence sans contexte de pathologie, par exemple une troisième pare, arrivant en travail avancé, nécessitant un diagnostic et une prise en charge rapide.

Dans la définition « des urgences », c'est le terme « malade » qui n'est pas adapté au contexte de la gynéco-obstétrique en particulier à l'obstétrique.

## 1.2 Les urgences dans leur cadre législatif

La législation précise qu'un service d'urgence doit accueillir et prendre en charge 24 heures sur 24, tous les jours de l'année et sans sélection, toute personne exprimant une situation d'urgence. « *Un établissement de santé [...] dispense en hospitalisation complète les soins mentionnés au a du 1° de l'article L. 711-2 et comporte au moins des services [...] chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique. [...]*

*Un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales. »). La gynécologie est incluse dans cet article [2].*

L'article R 712-77 du Code de la Santé Publique mentionne que les établissements pratiquant des accouchements doivent accueillir et prendre en charge de jour comme de nuit, les femmes enceintes et les parturientes. Article R712-77 du Code de la

Santé Publique : « *Les dispositions de la présente sous-section ne s'appliquent ni aux établissements mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 326 et à l'article L. 331, qui accueillent de jour comme de nuit des patients présentant des troubles mentaux, ni aux établissements de santé pratiquant les accouchements.*

*Ces derniers établissements doivent accueillir et prendre en charge, de jour comme de nuit, les femmes enceintes et les parturientes » [3] [4].*

### **1.3 La reconnaissance des urgences en gynécologie et en obstétrique**

#### **1.3.1 Un défaut de reconnaissance**

Les urgences gynécologiques et obstétricales n'ont pas toujours été reconnues. En 2005, le Ministre de la Santé qui s'apprêtait à mettre en œuvre son « plan urgences » n'y avait pas inclus la gynéco-obstétrique. Dans cette discipline, les effectifs médicaux et non-médicaux sont comptabilisés sur la base du nombre annuel d'accouchements. Le personnel gère l'activité de la salle d'accouchement en plus des urgences, avec les hospitalisations et les interventions qu'elles peuvent engendrer.

Ces équipes travaillent sur des plateaux obstétricaux de plus en plus importants (souvent plus de 1500 accouchements annuels allant jusqu'à 4000 ou 5000 accouchements pour un seul établissement). Les patientes se présentent directement au service des urgences gynéco-obstétricales sans être préalablement vues ou « pré-triées » par les urgences générales. La fréquentation moyenne des services d'urgences gynéco-obstétricales est de douze patientes par jour, d'après une enquête du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) [5]. Les consultations urgentes engendrent un taux d'hospitalisation de 15% et un taux de 50% d'intervention chez les patientes hospitalisées. Le CNGOF recommande une augmentation des effectifs médicaux et non médicaux, en gynécologie et en obstétrique pour l'accueil des urgences, particulièrement en journée et en première partie de nuit (18h00-24h00). Il rappelle que les services de gynéco-obstétrique ne sont pas seulement des maternités mais aussi des services médico-chirurgicaux [6], [7], [8].

En 2008, les urgences gynécologiques, y compris les urgences du premier trimestre de grossesse, sont reconnues dans les établissements qui possèdent un service d'urgence. Les urgences gynécologiques sont considérées comme un service déporté des urgences générales, ce qui permet de comptabiliser les passages et les actes en gynécologie donnant droit au forfait d'accueil et traitement des urgences (ATU) [9].

Il n'existe pas de renseignement concernant la prise en charge des grossesses entre la fin du premier trimestre et la 22<sup>ème</sup> Semaine d'Aménorrhée (SA), terme de relais de prise en charge par l'obstétrique.

### 1.3.2 L'effectif en personnel

Dans la plupart des maternités, il n'existe pas de service d'Urgence Gynéco-Obstétricales (UGO). Les urgences sont gérées, soit par le personnel de la salle de naissance, soit par celui du secteur de la gynécologie.

Dans sa lettre du 16 décembre 2006 envoyée au ministre de la santé, le CNGOF demande que l'effectif en personnel des urgences ne soit plus estimé à partir du nombre annuel d'accouchements mais qu'il le soit en fonction du nombre de consultations aux UGO. Il propose alors la répartition suivante, segmentées par tranches de 2500 passages [6] :

- 2 500 à 5 000 : 0,5 poste de SF 24h/24,  
0,5 IDE de jour (8h-20h),  
Pas de secrétaire ;

- 5 000 à 7 500 : 0,5 poste de SF 24h/24,  
0,5 IDE 24h/24,  
0,25 poste de secrétaire ;

- 7 500 à 10 000 : 1 poste de SF 24h/24 (soit 5,80 ETP),  
1 AS 24h/24,  
1 IDE de jour (8h-20h),  
0,5 secrétaire ;

- 10 000 à 12 500 : 1 poste de SF 24h/24,  
1 AS 24h/24,  
1 IDE de jour (8h-20h),  
1 secrétaire ;

- plus de 12 500 : idem, plus 1 IDE 24h/24.

## 2 Les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Nantes

### 2.1 Etat des lieux des urgences gynéco-obstétricales en mars

2003

L'unité d'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales a été ouverte à Nantes en septembre 2004, à l'occasion de l'emménagement du pôle maternité dans le nouveau bâtiment : l'Hôpital Mère-Enfant (HME). Avant la création de ce service individualisé d'urgence, les urgences gynécologiques et obstétricales étaient prises en charge par le service de consultation pendant la journée et les jours ouvrables. Cette prise en charge consacrée aux consultations en urgences, était réalisée par une sage-femme pour l'obstétrique (grossesses > 23<sup>ème</sup> SA) et par un interne en médecine pour la gynécologie.

En cas de flux important en journée, certaines urgences étaient alors orientées soit vers la salle de naissance pour l'obstétrique, soit vers les urgences générales pour la gynécologie.

La nuit, le week-end et les jours fériés, l'accueil et la prise en charge des urgences étaient réalisés par les sages-femmes de la salle de naissance, en ce qui concerne l'obstétrique et par le service d'hospitalisation en gynécologie pour les urgences gynécologiques et les grossesses avant 23 SA. C'était alors l'infirmière du service de gynécologie qui se détachait de son service pour prendre en charge ces urgences.

En vue du déménagement du pôle maternité, un état des lieux a été effectué en mars 2003, afin de pouvoir améliorer l'organisation de la maternité. Ce dernier relevait de nombreux problèmes organisationnels, concernant notamment, l'accueil et la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales.

Plusieurs points posaient problème :

- **Au niveau du personnel** : le service de consultation avait pour mission de prendre en charge les urgences à la fois gynécologiques et obstétricales. Cette prise en charge était souvent réalisée par des internes en garde. Ce qui engendrait parfois de longs délais d'attente pour les patientes (3h d'attente pour une suspicion de grossesse extra-utérine). La sage-femme responsable des urgences en consultation y était affectée à seulement 50%, les patientes étaient fréquemment réorientées vers la salle de

naissance, même en journée, avec pour conséquence un encombrement du service. Un interne remplaçait la sage-femme en cas d'absence de celle-ci.

En l'absence de poste d'infirmière dédié aux consultations urgentes en gynécologie après 17h30, les week-end et les jours fériés, leur prise en charge était assurée par l'infirmière en poste dans le service d'hospitalisation. Celle-ci devait alors assurer les consultations d'urgences en plus de la surveillance des patientes hospitalisées.

- **Au niveau des locaux** : le service de consultation ne disposait que d'une salle réservée à l'urgence. Dans le service de gynécologie, il n'existait pas de salle de consultation d'urgence adaptée, ni de salle d'attente, alors que ce service recevait toutes les urgences gynécologiques de nuit et du week-end. Le bloc obstétrical, équipé d'une seule salle d'examen, ne pouvait répondre aux exigences de l'activité d'urgence obstétricale, une consultation pouvant durer plus de deux heures.  
Dans ces trois services, les locaux n'étaient donc pas adaptés pour l'accueil et la prise en charge des urgences.
- **Le mélange des flux** : c'est l'un de problème majeur d'une telle organisation de soins. Ce mélange entre consultantes programmées ou urgentes et patientes hospitalisées était présent dans tous les services. Par exemple, il arrivait que cohabitent dans la même salle d'attente, une patiente faisant une fausse couche avec une parturiente venant consulter pour son huitième mois. De même, on constatait fréquemment en gynécologie, que l'accueil nocturne des consultantes générait une nuisance sonore pour les patientes hospitalisées.
- **La confidentialité de l'accueil** : les patientes venant pour une urgence devaient se présenter et annoncer la raison de leur venue à l'accueil principal de la maternité, lieu ouvert et public, manquant de confidentialité. Cette étape, qui pouvait être mal vécue par les patientes, a pu contribuer en partie à l'évolution des conditions d'accueil au sein de l'HME.

**-L'absence de cotation** était un problème récurrent aux trois services :

- En consultation : en 2002 le nombre de consultations d'urgences perdues par défaut de cotation était estimé à 500.
- Au bloc obstétrical : l'activité de consultation d'urgence, cotée 3128, ne figurait pas sur le rapport de la Direction des Affaires Financières.
- En gynécologie : le reflet de l'activité de consultations urgentes n'était pas connu par défaut de cotation.

Par conséquent l'activité globale des urgences gynécologiques et obstétricales, méconnue de la Direction jusqu'en 2004, était impossible à évaluer.

Ces différents points, révélateurs d'un manque évident de personnel et d'une structure adaptée à l'accueil et à la prise en charge des patientes urgentes, ont contribué à la mise en place d'un service d'urgences gynéco-obstétricales.

## **2.2 La création d'une unité d'urgences gynécologiques et obstétricales**

### **2.2.1 Le lieu et les locaux**

Le déménagement du pôle maternité dans l'HME et les nombreux problèmes d'organisation mentionnés paragraphe II a, ont conduit à la création d'un service d'urgences gynécologiques et obstétricales (UGO). Cette unité a pour mission d'accueillir dans un même lieu, les urgences gynécologiques et obstétricales, 24h sur 24 et sept jours sur sept.

Le service des UGO est situé au cinquième et dernier étage du bâtiment. Cet emplacement, peu habituel pour un service d'urgence, offre une proximité avec le plateau technique (bloc obstétrical, gynécologique et pédiatrique). Les UGO,

localisées au dernier étage du bâtiment et moins fréquentées par les autres patientes ou les visiteurs que la précédente structure, offrent une plus grande confidentialité.

Ce service est composé :

- D'une salle d'accueil, attenante à la salle de soin
- D'une salle d'attente avec sanitaires
- De quatre salles d'examen dont deux préférentiellement dédiées à l'obstétrique et deux à la gynécologie.
- D'une salle de prélèvement et/ou d'entretien
- D'une salle réservée aux transferts in utero (TIU)
- D'une salle de soins et bureau pour le personnel
- De locaux d'entretien et de réserve
- D'un secrétariat

Les salles d'examen sont des salles individuelles, fermées par des parois complètes, ce qui offre une protection visuelle et acoustique préservant l'intimité des patientes et permettant une meilleure confidentialité. Leur proximité avec la salle de soins et la présence d'une sonnette d'appel permettent une surveillance efficace par le personnel. De plus, les salles de gynécologie et d'obstétrique, équipées à l'identique, permettent une polyvalence de zones. Par exemple en cas de forte affluence en gynécologie, une salle d'obstétrique pourra être réquisitionnée pour une consultation gynécologique [10].

L'accès aux services des UGO se fait par l'entrée principale de la maternité aux heures ouvrables, dans ces conditions les patientes sont orientées vers le cinquième étage par le personnel de l'accueil principal de la maternité. Le service est desservi par quatre ascenseurs accessibles à tous : visiteurs, consultantes, patientes hospitalisées et personnels soignants. Après 19h30, l'entrée des urgences se fait par l'accès de nuit, situé en retrait de l'entrée principale et peu visible. Pour entrer dans l'établissement la nuit, les patientes doivent sonner à un interphone qui est en communication avec la salle de soin du personnel des urgences. Elles présentent alors la raison de leur venue pour pouvoir rentrer. L'accès au service se fait par un unique ascenseur qui n'est pas réservé aux urgences. L'accès de nuit est également la rampe d'accès utilisée par les patientes transportées par le SAMU ou les pompiers. Pour celles arrivant par leur propre moyen, il est possible de se garer

temporairement sur une zone réservée juste en face de l'entrée de la maternité. Il n'existe pas de parking pour les patientes venant consulter aux urgences.

### 2.2.2 Le personnel

A l'ouverture du bâtiment de l'HME, les locaux étaient prévus pour l'accueil des urgences mais l'équipe soignante actuelle n'a été mise en place qu'en 2005. Aujourd'hui, le personnel de l'unité des urgences gynéco-obstétricales est réparti de la manière suivante :

- Une infirmière diplômée d'état (IDE) 24h/24, une sage-femme (SF) 24h/24, une aide-soignante (AS) ou auxiliaire de puériculture (AP) 24h/24. Les IDE travaillent uniquement à l'unité des UGO. Les SF et AS/AP effectuent des rotations de gardes avec la salle de naissance. Les SF et IDE travaillent sur des plages horaires de 12h soit de 8h00 à 20h00 ou 20h00 à 8h00. Les AS travaillent de 6h30 à 14h00 ou de 13h30 à 21h00 pour l'équipe de jour et de 20h45 à 6h45 pour l'équipe de nuit.
- Aux heures ouvrables (8h00-16h00 ou 18h00): un sénior référent, un interne de médecine générale et un interne de spécialité en gynéco-obstétrique. En semaine est présente une cadre SF.
- En garde la nuit (18h00-8h00) : deux internes DES jusqu'à minuit, puis un interne DES jusqu'à 8h00, un sénior de garde. Le sénior de garde et l'interne DES gèrent dans le même temps le bloc obstétrical.
- Une SF responsable de la cellule de transfert présente de 10h00 à 18h00 en semaine. Ce poste a été créé en 2008.

Le médecin responsable de l'unité des UGO est actuellement Dr Anne-Sophie COUTIN. Aux heures ouvrables et en semaine, une secrétaire médicale est présente.

Cet effectif en personnel médical et paramédical correspond à la proposition faite par le CNGOF au Ministère de la Santé en 2006 [6].

### 2.2.3 Les objectifs

Les objectifs de cette unité sont de répondre aux urgences, vraies ou ressenties, gynécologiques, obstétricales et liées aux abus sexuels ; sept jours sur sept et 24 heures sur 24. Ce service reçoit les patientes adultes. Les mineures de moins de 15 ans et 3 mois, enceintes ou non, sont accueillies dans un premier temps aux urgences pédiatriques. Le personnel oriente, si besoin, les patientes vers les services adéquats. Il assure la continuité des soins en dehors des heures ouvrables, prend en charge les victimes d'abus sexuels et délivre les conseils téléphoniques nécessaires.

Les motifs de consultation, en gynécologie, concernent les pathologies urgentes sur une grossesse inférieure à 22 SA et les pathologies gynécologiques urgentes hors grossesse, ainsi que leur suivi immédiat.

Les expériences professionnelles et compétences requises pour les IDE exerçant aux UGO, indiquées dans la fiche de poste des IDE, sont:

- deux ans d'expérience souhaitable dans un service actif.
- connaissances des pathologies gynécologiques et leurs traitements,
- connaissance des besoins des femmes en maternité
- connaissances relatives aux situations d'urgences.

L'accueil en obstétrique concerne toutes les patientes enceintes de plus de 22 SA. Les missions de la SF en poste aux UGO sont définies par la fiche de poste actualisée en septembre 2009.

Ces missions sont :

- Assurer l'accueil, la prise en charge et l'orientation de toutes les grossesses de plus de 22 SA.
- Participer à l'accueil des grossesses de moins de 22 SA et des urgences gynécologiques.

Les qualités professionnelles requises des SF concernant :

- Le savoir-être : avoir le sens des priorités et de l'urgence.
- Le savoir-faire : être réactif et savoir gérer l'Urgence.

L'AS ou l'AP affectée au service d'urgence a pour mission de collaborer avec l'IDE et la SF pour l'accueil et la prise en charge de toutes les patientes se présentant aux urgences.

#### **2.2.4 La cellule de régulation des transferts obstétricaux en Pays de la Loire**

La cellule de régulation des transferts obstétricaux en Pays de la Loire a été installée, en 2008, dans les locaux des UGO. La création de cette cellule répond à la loi du 9 août 2004, relative à la politique de Santé Publique. Cette loi fixe comme objectif, pour 2008, de réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100000. L'objectif de la cellule des transferts in-utéro est d'organiser des transferts obstétricaux en améliorant le maillage des 24 maternités publiques et privées du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire. Ce réseau regroupe cinq départements : la Loire Atlantique, la Vendée, le Maine et Loire, la Mayenne et la Sarthe. La cellule est partagée sur deux sites géographiques, dans des maternités de niveau III : le CHU de Nantes et celui d'Angers. Chaque site couvre un territoire de santé, pour le CHU de Nantes, il comprend la Loire Atlantique et la Vendée.

Les rôles de la SF en poste à la cellule de transfert sont :

→ La coordination :

- assurer le recensement biquotidien des lits de grossesses à hauts risques et de pédiatrie de toutes les maternités des Pays de la Loire.
- renseigner la disponibilité en lits sur le site du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire.

→ La gestion :

- recevoir les demandes de transfert et les analyser.
- orienter les patientes en fonction des places et du niveau de soin nécessaire.
- mettre en relation les équipes demandeuses et receveuses.
- définir le mode de transport adapté au niveau de soins requis.
- accueillir et prendre en charge la patiente transférée sur son propre site.

La SF responsable de la cellule est présente de 10h00 à 18h00 en semaine, soit l'équivalent de deux temps plein pour le CHU de Nantes. La nuit et le week-end, les appels provenant des obstétriciens demandeurs d'un transfert in utéro vers le CHU

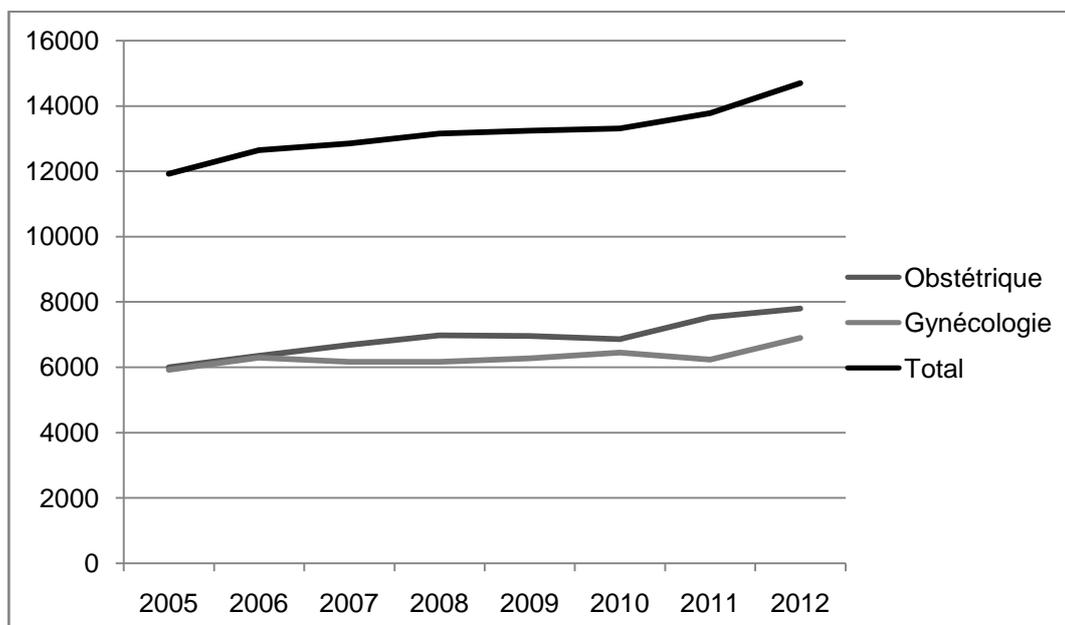
de Nantes, sont reçus par la sage-femme en poste aux UGO. Celle-ci transmet alors la demande à l'obstétricien receveur qui accepte ou non le transfert en fonction des disponibilités mère et enfant de l'HME. Si le transfert est accepté, c'est la sage-femme des UGO qui assure l'accueil et la PEC de la patiente.

Environ 500 transferts maternels (transfert in-utéro et transfert du post-partum) sont réalisés en une année, 1/3 d'entre eux ont lieu quand la SF responsable de la cellule est absente.

## 2.3 L'activité des urgences gynéco-obstétricales

### 2.3.1 Quantitatif

Figure 1 : Nombre de passages aux UGO par an



L'activité aux UGO n'a eu de cesse d'augmenter ces dernières années. Le nombre de passage annuel est passé de 11921 en 2005 à 14694 en 2012, soit une augmentation de 23,3%, qui correspond à la tendance actuelle d'augmentation de la fréquentation des services d'urgences par les usagers. L'unité des UGO reste une « petite » unité d'urgence comparée au service des urgences générales du CHU de Nantes qui comptabilise 69556 passages annuels.

En 2005, le nombre moyen de consultations par jour était de 28 pour l'ensemble gynécologie et obstétrique, il passe à 39 consultations par jour en 2011, soit une augmentation de l'activité journalière de 39%.

L'activité en journée est plus importante et est plus marquée en gynécologie (80,4%) qu'en obstétrique (62,5%). En revanche, la répartition de l'activité entre la semaine et le week-end est similaire dans les deux secteurs [11].

### 2.3.2 Descriptif

Les urgences gynécologiques ont pour mission l'accueil et la prise en charge de toutes les consultations d'urgences non programmées concernant les grossesses inférieures à 22 SA, les suspicions de début de grossesse pathologique, les problèmes gynécologiques urgents et les abus sexuels.

Les principaux motifs de consultations en urgence gynécologique, d'après une étude interne menée en juin 2005, sont :

- Métrorragies
- Douleurs pelviennes
- Visites de contrôles (grossesse de localisation indéterminée, fausse couche en cours sous traitement médical, suivi des GEU avec un traitement médicamenteux)
- Pathologies du post-partum
- Prurit vulvaire
- Vomissements gravidiques
- Hyper stimulation ovarienne
- Bartholinite
- Leucorrhées
- Réquisition/ abus sexuels
- Traumatisme, Accident de la Voie Publique (AVP) au premier trimestre de grossesse
- Autres

Les urgences obstétricales ont pour mission l'admission de toutes les patientes en travail, de tous les déclenchements et maturations, ainsi que l'admission

des patientes se présentant pour des VME, en plus des consultations d'urgences non programmées. Cette unité admet également les transferts in-utéro, admission réalisée par la sage-femme responsable de la cellule de transfert ou en cas d'absence par la SF en poste aux UGO.

Les principaux motifs de consultation en obstétrique concernant les grossesses au-delà des 22 SA, d'après la même étude, sont :

- Contractions utérines (CU) au 9<sup>ème</sup> mois de grossesse
- Menace d'accouchement prématurée (MAP)
- Pré-éclampsie/ éclampsie
- Consultation de terme
- Métrorragie
- Douleurs pelviennes
- Déclenchement, maturation
- Leucorrhées
- Version par Manœuvre Externe (VME)
- AVP
- Diminution des Mouvements Actifs Foëtaux (MAF)
- Rupture prématurée des membranes (RPM)

Dans une note d'information de juillet 2005, le service rappelle qu'il ne prendra pas en charge les patientes venant pour une échographie en dehors de l'urgence. Ces dernières devant être faites en consultation d'échographie au premier étage de l'HME, sur rendez-vous ou en consultation externe. De la même manière, toute consultation de gynécologie ou d'obstétrique en dehors de l'urgence doit être programmée dans le service adéquat.

Enfin, l'unité d'UGO répond aux demandes de contraception d'urgence uniquement en dehors des heures d'ouverture du Centre de Planification et d'Education Familiale(CPEF), soit le soir et le week-end. Toute demande d'interruption volontaire de grossesse doit être dirigée vers le CPEF.

## 3 Le triage

### 3.1 Historique

Le terme triage est reconnu par les publications scientifiques francophones et anglophones et il est synonyme de sélection, répartition ou choix. Le triage est un concept ancien, déjà utilisé au XIX<sup>ème</sup> siècle sur les champs de bataille français. Le triage militaire avait pour but de classer les soldats blessés en fonction de l'urgence chirurgicale et des moyens disponibles. Par la suite, ce principe fut adopté ponctuellement lors de catastrophes et dans certains services hospitaliers de grandes villes au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Il fut introduit plus largement dans les départements d'urgence à partir des années soixante [12] [13] [14]. Aujourd'hui, le triage aux urgences est réalisé dans plusieurs pays. Le précurseur dans ce domaine fut l'Australie avec son échelle de tri complète : The Australasian Triage Scale (ATS), en 1993. Ont suivi l'Echelle de Tri et de Gravité (ETG) [15] [16] au Canada en 1999 régulièrement révisée ; l'échelle anglaise : Manchester Triage Scale ; et aux Etats-Unis : Emergency Severity Score [17], révisée trois fois.

En France, il n'existe pas d'outil de triage national validé. Longtemps, le triage préhospitalier était effectué par le SAMU qui orientait les patients les plus graves vers les services adaptés. En 1994, du fait de la croissance annuelle de l'activité des urgences et du besoin de décrire cette activité, les urgentistes ont mis en place un indicateur de charge en soin : la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU). Mais la CCMU n'est pas un outil de triage par une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) car elle ne peut être cotée qu'après l'examen clinique d'un médecin. Le seul outil de triage retrouvé en France est la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU), une échelle à cinq niveaux allant du niveau 1 pour les malades les moins graves au niveau 5 pour les plus sévères. La CIMU fut conçue initialement comme outil de formation pour les infirmier(e)s travaillant aux urgences. Le tri était laissé à l'appréciation de l'infirmier(e) en fonction de modulateurs de tri (exemple : la douleur, l'âge...). La corrélation entre IAO est bonne lors de l'utilisation de cette classification avec une variabilité inter-individuelle faible, mais elle reste peut élaborée sur les items traumatologiques [18].

## 3.2 Définition

Le triage se définit simplement par la classification ou la détermination du degré de priorité. Il consiste donc à classer les malades, dès l'accueil aux urgences, dans différentes catégories selon leur gravité et les priorités de traitement. Cette évaluation des conditions du patient détermine le degré de priorité des soins et également l'orientation vers l'aire de traitement ou d'attente adaptée ou encore en redirection vers une autre ressource.

Le triage inclut également une réévaluation régulière et systématique des consultants qui attendent d'être pris en charge [15] [18].

## 3.3 L'évaluation

L'évaluation à l'accueil est brève, quelques minutes (environ 5 minutes), est permet de porter un jugement clinique sur l'état de santé à la fois physique et mental du patient présentant un symptôme. Cette appréciation est un processus dynamique. Elle s'appuie sur différentes données :

**-Les données subjectives** : données renseignées par le patient. Elles comprennent notamment la description du ou des symptômes : le début, l'évolution et la durée. Ces informations sont recueillies suite à un interrogatoire semi-directif.

**-Les données objectives** : collectées au moyen de l'examen clinique et à la mesure des paramètres vitaux (tensions artérielle, pouls, douleur et température).

Cette évaluation peut être complétée par des informations additionnelles comme la présence d'allergies ou la prise de médicaments [15] [16] [17] [18].

## 3.4 Les objectifs du triage

Les buts du triage sont :

- D'identifier rapidement les patients dont le pronostic vital est engagé de ceux qui peuvent attendre sans danger pour leur santé.

- D'orienter vers l'aire de traitement appropriée et / ou d'en initier la prise en charge en fonction du niveau de tri attribué.
- De diminuer l'encombrement des services d'urgences.
- De permettre une évaluation continue des patients
- D'informer les patients ainsi que leur famille sur les soins à venir et les délais estimés d'attente.
- A posteriori, d'évaluer l'adéquation de l'orientation et des délais de prise en charge.

## **4 L'étude, le matériel et la méthode**

### **4.1 Le contexte**

Les UGO, comme les urgences générales, ont vu leur fréquentation augmenter. Face à cette affluence, la mise en place d'une échelle de tri peut être utile importante pour organiser l'accueil et l'orientation des consultantes, afin d'obtenir une prise en charge adaptée au degré d'urgence.

De plus dans le service des UGO de Nantes, l'accueil, donc le moment de décision de priorisation des patientes, est effectué par différents personnels : l'IDE, la SF, l'AS ou l'AP, l'interne ou l'externe. Par conséquent, la mise en place d'une échelle de tri, qui pourrait être utilisée par tous, permettrait une harmonisation des pratiques et un langage commun au sein de l'équipe soignante.

### **4.2 L'étude et les moyens**

Il s'agit d'auto-questionnaires déclaratifs et anonymes concernant l'avis des professionnels de santé sur l'intérêt de la mise en place d'une échelle de tri aux urgences gynéco-obstétricales du CHU de Nantes. Les questionnaires ont été distribués aux infirmières en poste uniquement sur les UGO (n=7), aux aides-soignantes et auxiliaires de puéricultures travaillant à la fois en salle de naissance et aux UGO (n=21) ; et aux sages-femmes effectuant des gardes aux urgences et en salle de naissance ainsi que celles ayant réalisé des gardes aux UGO mais étant actuellement dans d'autres services (n=50).

Les questionnaires ont été distribués et récupérés sur une période s'étalant du 15 octobre au 4 décembre 2012. Au total, 34 questionnaires ont été recueillis, répartis de la manière suivante :

- 21 retours de questionnaires remplis par les sages-femmes, soit 42% de taux de réponse.
- 5 questionnaires remplis par les IDE récupérés, soit un taux de réponse de 71%.

- 8 questionnaires remplis par les AS et AP, un taux de réponse de 38%.

Soit un taux total de réponses de 43,6%.

### **4.3 Les objectifs**

L'objectif principal est de recueillir le point de vue des professionnels des UGO à propos de l'instauration d'une échelle de tri comme aide à la priorisation des patientes.

Les objectifs secondaires sont :

- de lister les critères de tri personnels utilisés pour tenter d'établir une liste formelle à mettre en parallèle avec les motifs de consultations les plus fréquents dans ce service.
- de mettre en évidence des facteurs influençant la rapidité de prise en charge.
- de connaître les limites d'application d'une échelle de tri selon les professionnels.

L'objectif final étant de proposer une ébauche d'échelle de tri spécifique aux UGO pour que les prises en charge dans le service soient adaptées au degré d'urgence.

### **4.4 L'analyse des résultats**

L'exploitation des données a été recueillie dans le logiciel *EPIDATA entry 3.1*, puis ces données ont été analysées avec le logiciel *EpiData Analysis*. Les données quantitatives ont été traitées par le calcul des médianes et des moyennes. La description des données qualitatives est représentée par des pourcentages.

Secondairement, les données quantitatives ont été comparées avec un test de Student et les données qualitatives avec un test de Chi-deux. L'intervalle de confiance est de 95% avec un niveau de significativité habituellement utilisé  $p < 0,05$ . Pour comparer trois pourcentages, il existe un problème d'effectif donc le Chi-deux n'était pas calculable (NC).

## 4.5 Les biais et les difficultés

Au cours de cette étude deux difficultés ont été rencontrées :

- Un nombre insuffisants de questionnaires complétés par les professionnels sollicités, probablement lié à un temps de remplissage du questionnaire étant trop court et à une relance insuffisamment soutenue.
- L'impossibilité de comparer les questionnaires entre le personnel de jour et le personnel de nuit. En effet, 22 soignants sur les 34 interrogés effectuent des gardes de jour et de nuit et, seuls 2 soignants travaillent exclusivement de nuit ont renseigné le questionnaire, rendant ainsi impossible la comparaison des réponses en fonction des plages horaires de travail.

Les limites de l'étude sont les suivantes :

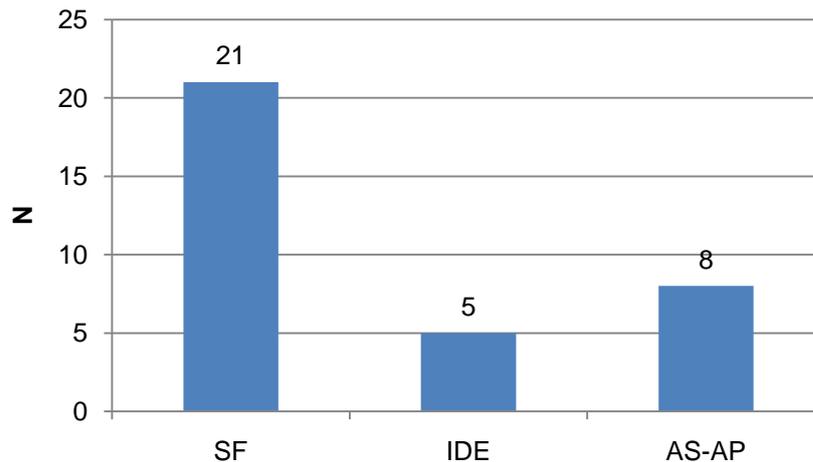
- Une remise des questionnaires en période de grève des SF et des AS et AP.
- Un taux de réponse de 44% sur l'ensemble des sondés, limitation de la significativité des données recueillies.
- Des étudiants infirmiers, sages-femmes ou médicaux ainsi que des médecins et des internes non consultés.
- Une étude limitée au service des urgences gynécologiques et obstétricales et ne prenant pas en compte les parturientes et patientes provenant des urgences générales ou transportées par le SAMU [19] [20].

## 5 Les résultats

### 5.1 Descriptions

#### 5.1.1 La population interrogée

**Figure 2 : Nombre de réponses selon la profession**



61,8 % (n=21) des questionnaires ont été remplis par des sages-femmes, 14,7 % (n=5) par les IDE et 23,5% (n=8) par les AS ou AP. Parmi les 34 professionnels ayant répondu, 22 effectuent des gardes de jour comme de nuit aux UGO. 10 sur 34 d'entre eux travaillent uniquement de jour et 2 sur 34 uniquement de nuit. Face au faible effectif des soignants travaillant uniquement la nuit, nous n'avons pas réalisé de comparaison entre les réponses des personnels de jour et de nuit. Cette analyse semblait cependant importante car la fréquentation et les délais d'attente varient entre les périodes diurnes et nocturnes.

La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 34,2 ans  $\pm$  7,8, les âges varient entre 24 ans et 54 ans. En moyenne, les professionnels sondés travaillent aux UGO depuis 6,7 ans  $\pm$  5,1, depuis une année pour le minimum jusqu'à 22 ans pour le maximum.

### 5.1.2 La réalisation de l'accueil

La totalité des sondés est amenée à réaliser l'accueil des patientes aux urgences gynéco-obstétricales. Les trois premières questions posées le plus souvent aux patientes lors de leur accueil, en dehors de leur identité, sont :

- **Le motif de consultation (n=24)**
- **La douleur (n=12)**
- **La présence de saignement (n=12)**
- La présence ou non d'une grossesse (n=11)
- En cas de grossesse, le terme (n=9)
- Le lieu de suivi de la patiente (n=8) ainsi que la personne qui en est responsable (n=3)
- La DDR (n=7)
- La présence de MAF (n=2)
- La présence de pertes anormales (n=1) ou de liquide amniotique (n=1)
- La présence de contractions utérines (n=1)
- Autres

Le motif de consultation apparaît donc comme un élément essentiel et fréquemment recherché lors de la réalisation de l'accueil, ainsi que la douleur et la présence de saignements. Puis rapidement, se pose la question d'une éventuelle grossesse et le terme de celle-ci, avec la DDR, afin d'orienter, le cas échéant, la patiente vers la gynécologie ou l'obstétrique (dont la PEC est différenciée dans notre service des UGO). De nombreux professionnels précisent que la première question à poser est le motif de consultation et que les questions suivantes dépendent de ce motif.

23/34 (68 %) des soignants reconnaissent avoir déjà rencontré des difficultés à prioriser les consultantes. Ces difficultés liées au tri sont (réponses multiples possibles):

- la prise en charge des motifs considérés comme non urgents (n=5).
- la variabilité du discours des femmes en fonction de l'interlocuteur, avec une majoration ou une minimisation des symptômes (n=4).
- le manque de salles disponibles à l'arrivée d'une patiente (n=3) ainsi que l'arrivée de plusieurs consultantes en même temps (n=2).

- la barrière de la langue (n=3).
- de mauvaises transmissions entre la personne qui réalise l'accueil et celle qui prend en charge la patiente, ou une évaluation différente du degré d'urgence entre ces deux personnes (n=2).
- autres : difficulté d'évaluation, terme de la grossesse relevant d'une PEC en charge gynécologique ou obstétricale, interrogatoire insuffisant, pas de suivi, accueil réalisé par une tierce personne et gestion de la douleur différente.

### 5.1.3 Les critères de tri

31/33 des professionnels intéressés ont des critères de tri personnels, ces critères sont répartis comme suit (réponses multiples):

- **la présence de saignements (n=19)**
- **la douleur (n=17)**
- la présence d'une grossesse ou on (n=11)
- la diminution des mouvements actifs fœtaux (MAF) (n=8)
- la parité (n=5)
- les contractions utérines/ mise en travail (n=5)
- terme / prématurité (n=3)
- la présence de pertes vaginales anormales (n=2)
- l'état général (n=2)
- autres : hyperthermie, degré d'urgence, délais d'attente, inconscience, inquiétude, malaises, ordre d'arrivée, pathologie connue, psychologique, risque vital, arrivée avec le SAMU, urgence médicale.

La majorité des critères évoqués ci-dessus concerne principalement la grossesse.

Les deux principaux critères de tri personnels retrouvés sont la douleur et la présence de saignements, ce qui correspond aux deux motifs (saignement vaginal et douleur aigue) mentionné dans l'ETG pour les niveaux de prise en charge les plus rapides tant pour la gynécologie que l'obstétrique. (Annexe I).

En cas de grossesse, 31 professionnels sur 33 calculent le terme, ce qui opère un premier de tri permettant de différencier les patientes nécessitant une prise en charge gynécologique (terme < 22 SA) de celles nécessitant une prise en charge obstétricale (terme > 22 SA). Le terme est calculé le plus souvent à

partir du début de grossesse renseigné par la patiente pour 16/34 des soignants ou à partir de la date des dernières règles (DDR) pour 13/34 d'entre eux et secondairement avec le terme donné par la première échographie obstétricale (4/19).

#### 5.1.4 L'utilité d'une échelle de tri

Sur la totalité des 32 professionnels questionnés, 17 pensent que la mise en place d'une échelle de tri serait utile.

##### **Priorisation :**

Cette échelle pourrait améliorer la priorisation des patientes pour 18 sur 32 des sondés.

Pour les personnes pensant qu'une échelle n'aiderait pas à prioriser les patientes, les arguments avancés sont :

- tri des patientes déjà réalisé par le personnel soignant (n=6).
- manque de salles de consultation.
- échelle de tri = cadre trop restrictif.

##### **Délais d'attente :**

12 personnes sur 27 (44,4%) pensent que la mise en place d'une échelle de tri améliorerait les délais d'attente aux UGO. Pour 10 personnes sur 27, l'amélioration des délais de PEC par l'instauration d'une échelle de tri passerait par une PEC rapide des motifs urgents (n=3) et part une non admission ou réorientation des motifs considérés comme non urgents (n=6).

A contrario, le manque de salle, le délai d'attente pour les avis médicaux ainsi qu'une attente plus longue pour les motifs considérés comme non urgents sont les principales oppositions à l'amélioration des temps d'attente.

##### **Roulement :**

Pour 15/26 des interrogés, la mise en place d'une échelle de tri n'améliorerait pas le roulement du service, car l'affluence aux urgences restera identique (n=6) avec un nombre de salles disponibles limité (n=3).

##### **Autonomie :**

Enfin, l'application d'une échelle de tri à l'accueil des urgences limiterait l'autonomie professionnelle pour 4 sondés sur 32.

##### **Inconvénients :**

Les inconvénients de cette échelle évoqués par le personnel sont :

- imposerait un cadre trop restrictif.
- entraînerait une mauvaise évaluation du degré d'urgence.
- nécessiterait, pour une bonne mise en place, la création d'un poste d'accueil aux UGO.
- pourrait engendrer des comportements agressifs pour les consultants ayant des motifs non prioritaires.

## 5.2 Comparaisons

### 5.2.1 Selon la profession

**Figure 3 : Critères selon la profession**

Variabes	SF	IDE	AS /AP	p
Age (ans) (n =34)	31.6 ± 6.7	37.4 ±3.0	39.2 ± 9.8	0.03
Ancienneté (ans) (n=34)	7.3 ± 6.2	5.8 ± 1.9	5.7 ± 3.0	0.72
Difficulté tri (n=33)	13/20	4/5	6/8	NC
Critères personnels (n=33)	20/20	5/5	<b>6/8</b>	NC
Modalité d'arrivée dans le service (n=33)	14/21	2/5	3/7	NC
Ordre d'arrivée (n=33)	15/20	5/5	6/8	NC
Personnel suffisant en quantité (n=32)	12/19	5/5	6/8	NC
Personnel suffisant en qualification (n=33)	<b>20/20</b>	<b>2/5</b>	<b>6/8</b>	<b>0.0025</b>
Limitation de l'autonomie (n=32)	3/20	0/4	1/8	NC
Echelle de tri utilisable par tous (n=33)	9/21	4/4	6/8	NC

La moyenne d'âge est de 31,6 ans chez les SF, 37,4 ans chez les IDE et de 39,2 chez les AS/AP. Les AS, AP et IDE sont significativement plus âgées que les SF.

L'ancienneté dans le service est respectivement de 7,3 ans pour les SF, de 5,8 ans pour les IDE et de 5,7 pour les AS/AP. Il n'existe pas de différence significative d'ancienneté dans les trois professions sondées.

Des difficultés dans le tri sont retrouvées dans les trois professions, mais la différence entre chaque profession n'est pas calculable. Il semblerait que les

IDE et AS/AP rencontreraient plus de difficultés dans le tri que les sages-femmes.

L'ensemble des SF et IDE interrogées ont des critères de tri et deux AS /AP n'en possèdent pas, alors que l'ensemble du personnel sondé réalise l'accueil des patientes.

L'ordre d'arrivée des patientes dans le service ainsi que leur mode d'arrivée (transportée par le SAMU, envoyée par Médecin traitant ou SF libérale, d'elle-même...), bien qu'apparaissant comme un élément conditionnant le délai de PEC, n'a pas plus d'importance selon la profession de la personne qui réalise l'accueil. On remarque que l'ordre d'arrivée semble davantage influencer la rapidité de PEC que les modalités d'arrivée dans le service.

Le personnel des urgences, ne semble pas être en sous effectif pour les IDE et la majorité des AS/AP. En revanche, 7/19 SF pensent que le personnel des urgences est en nombre insuffisant. Cette différence n'est pas calculable.

L'ensemble des SF estime que le personnel est satisfaisant en qualification, alors que les IDE et AS/AP estiment le contraire. La différence est significative. Cette opposition de point de vue peut s'expliquer par le statut particulier des sages-femmes, qui gèrent de manière autonome une partie des patientes. Contrairement à l'IDE qui doit systématiquement avertir le médecin sénior ou interne.

La différence de point de vue entre professionnels sur la possibilité d'une diminution de leur autonomie suite à l'instauration d'une échelle de tri ne peut être calculée. Cependant, la possibilité de limitation de l'autonomie est faible voire inexistante dans les trois professions. Cette donnée peut nous renseigner sur le degré d'acceptabilité de la mise en place d'une échelle de tri par le personnel.

Les SF ne pensent pas qu'une échelle de tri pourrait être utilisée par l'ensemble du personnel des UGO, contrairement à l'avis des IDE et AS/AP.

### **5.2.2 Selon l'âge**

Nous avons créé arbitrairement deux catégories d'âges, les personnes ayant 33 ans et plus et celles ayant moins de 33 ans, 33 ans étant la médiane d'âge des sondés.

**Figure 4 : Critères selon l'âge**

Variables	Age < 33ans	Age ≥ 33ans	p
	N (%)	N (%)	
Difficulté tri (n=33)	10/16 (62.5)	13/17 (76.5)	0.38
Critères personnels (n=33)	15/16 (93.8)	16/17 (94.1)	0.96
Modalités d'arrivée dans le service (n=33)	12/16 (70.6)	7/17 (43.8)	0.12
Ordre d'arrivée (n=33)	13/16 (81.3)	13/17 (76.5)	0.73
Limitation de l'autonomie (n=32)	1/16 (6.3)	3/16 (18.8)	0.60

Il y a autant de difficulté à la réalisation du tri chez les plus de 33 ans que chez les moins de 33 ans. Donc l'âge n'est pas un paramètre influençant le critère « difficulté de tri » dans la priorisation des patientes aux UGO. Ces difficultés (la barrière de la langue, la variabilité des discours des patientes mais aussi des professionnels, le manque de salle et les motifs de consultation considérés comme non urgents) sont retrouvées dans les deux catégories d'âge.

Il n'existe pas de différence significative concernant les critères de tri personnels. La quasi-totalité des personnes interrogées possèdent des critères personnels de tri qu'elles aient plus ou moins de 33 ans.

Il semblerait que les personnes âgées de moins de 33 ans accorderaient plus d'importance aux modalités d'arrivée dans le service. Cette différence n'est pas significative.

L'ordre d'arrivée dans le service a la même importance quel que soit l'âge du soignant et reste un paramètre influençant la rapidité ou l'ordre de PEC.

La possibilité d'une limitation de l'autonomie des professionnels de soins suite à l'instauration d'une échelle de tri est faible et sans variation significative entre les deux classes d'âge.

Par conséquent, l'âge à lui seul ne peut pas expliquer les différents points de vue exprimés par les professionnels concernant la mise en place d'une échelle de tri.

### 5.2.3 Selon l'ancienneté

Afin de déterminer si l'ancienneté dans le service est un paramètre influençant les réponses, nous avons créé arbitrairement deux classes : les réponses des personnes travaillant depuis moins de 6 ans dans le service et celles y travaillant depuis 6 ans ou plus. 6 ans étant la médiane d'ancienneté des sondés dans le service.

**Figure 5 : Critères selon l'ancienneté**

Variables	Ancienneté < 6 ans		Ancienneté ≥ 6 ans		p
	N		N		
	(%)		(%)		
Difficulté tri (n=33)	9/14	13/17	(64.3)	(76.5)	0.69
Critères personnels (n=33)	13/14	16/17	(92.9)	(94.1)	1
Modalités d'arrivée dans le service (n=33)	8/14	10/17	(53.3)	(62.5)	0.72
Ordre d'arrivée (n=33)	13/14	12/17	(86.7)	(70.6)	0.40
Limitation de l'autonomie (n=32)	3/14	1/16	(21.4)	(6.3)	0.31

Il existe autant de difficulté lors du tri des patientes quelle que soit l'ancienneté dans le service. Ce résultat n'est pas surprenant car des difficultés lors du tri sont rencontrées par la plupart des acteurs de soins. De plus, les types de difficultés évoquées sont semblables dans les deux catégories.

Concernant les critères personnels de tri les deux groupes en possèdent et sans différence. Les critères les plus souvent cités par les deux groupes sont identiques : la douleur, la présence de saignements, suivi pour la diminution des MAF ou le terme de la grossesse.

Aucune différence, sur la rapidité de prise en charge en fonction de l'ordre et des modalités d'arrivée dans le service, ne peut être mise en évidence entre les deux groupes. Comme précédemment mentionné, l'heure d'arrivée semble primer sur les modalités d'arrivée et détermine l'ordre de la PEC.

La perception de l'échelle de priorisation comme une limitation de l'autonomie est faible dans les deux catégories et sans différence significative.

En conclusion, l'ancienneté dans le service, tout comme l'âge du praticien, n'est pas un critère influençant les réponses des différents professionnels questionnés.

### 5.3 Acceptabilité du tri

**Figure 6 : Critères d'acceptabilité du tri**

Variables	Semble utile N (%)	p
Profession SF	<b>6 (32)</b>	<b>0.0048</b>
IDE	<b>3 (60)</b>	
AS/AP	<b>8 (100)</b>	
Age <33ans	7 (48)	0.49
≥ 33ans	10 (59)	
Ancienneté <6ans	8 (57)	0.58
≥6 ans	8 (47)	
Pour la gynécologie		<b>0.022</b>
- Oui	<b>5 (100)</b>	
- Non	<b>12 (44)</b>	
Pour l'obstétrique		0.17
- Oui	2 (100)	
- Non	15 (50)	
Pour les situations urgentes		<b>0.0001</b>
- Oui	<b>11 (100)</b>	
- Non	<b>5 (25)</b>	
Pour les situations non urgentes		<b>0.0001</b>
- Oui	<b>11 (100)</b>	
- Non	<b>2 (25)</b>	
Ordre d'arrivée critère de priorisation		0.68
- oui	14 (56)	
- non	3 (43)	
Mode d'arrivée comme critère de priorité		0.83
- Oui	9 (50)	
- Non	7 (54)	

L'un des objectifs de ce mémoire est de connaître le point de vue des professionnels de santé travaillant aux UGO sur l'instauration d'une échelle de tri comme aide à la priorisation.

Un des premiers critères influençant significativement l'acceptation de cette échelle est la profession de la personne sondée. En effet, les AS/AP semblent favorables à la mise en place d'une échelle de tri contrairement aux SF, qui s'y opposent majoritairement. Les avis des IDE sont plus partagés.

L'acceptabilité d'une échelle de tri est semblable quel que soit l'âge ou l'ancienneté dans le service des personnes interrogées.

Les personnes reconnaissant une utilité à cette échelle, pensent que son application serait plus pertinente en gynécologie qu'en obstétrique. Toutefois, elles semblent trouver un intérêt au tri quel que soit le degré d'urgence évalué.

Parmi les soignants qui accepteraient la mise en place d'une échelle de tri, la majorité déclare être influencée par l'ordre d'arrivée pour la PEC des patientes.

Chez les soignants reconnaissant une utilité à cette échelle, aucune majorité ne se dégage concernant l'influence du mode d'arrivée des patientes dans le service sur la rapidité de leur PEC.

## **6 Discussion**

Cette étude montre que les professionnels des urgences gynécologiques et obstétriques du CHU de Nantes utilisent déjà implicitement des critères de tri identiques ou proches. Les sages-femmes sont plutôt opposées à la formalisation de ces critères, tandis que les AS et les AP sont plutôt demandeuses. Cependant, malgré l'absence d'une échelle de tri formalisée à l'accueil des UGO, le délai de prise en charge d'une urgence vitale semble toujours immédiat. Pour les situations d'urgences de degré inférieur, le délai de prise en charge reste plutôt influencé par l'ordre d'arrivée des patientes dans le service.

Pour rappel, le nombre relativement faible de questionnaires renseignés, limite la significativité de cette étude.

### **6.1 Réflexion sur la notion de tri**

A partir, des différentes réticences exprimées par l'équipe de soin des UGO, il nous semble important de redéfinir le tri et son application.

#### **6.1.1 Le tri est une évaluation**

- les modalités du tri :

Le tri a pour objectif de définir l'ordre de PEC des patientes admises dans le service en fonction du degré d'urgence évalué. Il repose sur un interrogatoire qui assigne un niveau de triage à la patiente (urgent, doit être vue rapidement, peut attendre sans risque). Cet interrogatoire à l'accueil n'a pas valeur de diagnostic ; un examen médical devra être obligatoirement réalisé pour le poser.

Cette évaluation est basée principalement sur la raison de consultation décrite par le patient et qui peut être complétée par le soignant à l'aide d'un questionnaire semi-directif à la recherche de modulateurs de tri [15] [21]. Nos résultats montrent que le motif de consultation est fréquemment recherché mais pas de manière systématique, alors qu'il devrait être le premier élément

déterminant la priorité des soins, plus particulièrement dans les situations d'urgence de degré inférieur.

Selon l'ETG [15], l'assignation d'un niveau de triage ne repose pas seulement sur le motif de consultation : le tri s'appuie aussi sur la mesure des paramètres vitaux tels que la tension artérielle, le pouls, la douleur et la température. Or le sas d'accueil des urgences n'est pas équipé d'appareils permettant ces mesures. Dans les échelles de tri existantes, les signes vitaux sont mesurés lors du tri et interviennent de manière importante dans l'évaluation du degré d'urgence. Cette situation s'explique par la particularité des UGO comparativement aux urgences générales, où les signes hémodynamiques n'interviennent pas dans la mise en place du tri. Cependant ils doivent être nécessairement mesurés lors de la PEC.

- la douleur :

La douleur est reconnue comme un signe vital dans les différentes échelles de tri existantes. Une évaluation objective du degré de douleur doit être effectuée chez toutes les patientes souffrantes, comme préconisé dans le guide d'implantation de l'ETG [15] et dans la seconde étape du triage CIMU [18]. L'intensité de la douleur oriente vers de niveaux de triage différents des patientes présentant les mêmes symptômes. Dans l'ETG [21], le degré de douleur est réparti en:

- douleur aiguë soit un score entre 8-10/10
- douleur modérée entre 4-7/10
- douleur légère : 0-3/10,

Le niveau de triage varie entre le niveau II (très urgent) pour les douleurs aiguës et le niveau V (non urgent) pour les douleurs légères.

Une étude a comparé cinq méthodes différentes pour évaluer l'intensité des douleurs pelviennes en gynécologie [22] [23], elle montre que les différentes méthodes d'évaluation de la douleur : l'auto-évaluation (EVA, l'échelle numérique, verbal rating scale) et deux échelles basées sur des indices comportementaux, sont efficaces pour coter la douleur. Les échelles d'auto-évaluation sont cependant plus faciles à utiliser couramment.

Dans nos résultats, la recherche d'une douleur est très présente, puisqu'elle est la deuxième question posée lors de l'accueil des patientes et le deuxième critère de tri chez les sondés. L'évaluation de la douleur, ainsi que son mode de cotation, n'ont pas été recherchés dans cette étude.

- le sens clinique :

Le guide d'implantation de l'ETG [15], précise que l'expérience et l'intuition du professionnel de santé sont des aides à l'évaluation du degré d'urgence. Ainsi pour un même motif le soignant pourra attribuer un niveau de triage différent en fonction de son ressenti clinique. Cet élément pourrait être un argument face aux réticences exprimées par certains professionnels qui associe une échelle de tri à un cadre décisionnel trop restrictif. A contrario, le comportement et l'attitude du patient (par exemple : agressivité, pleurs, cris...) ne devront pas être retenus pour l'évaluation du niveau de triage.

### **6.1.2 La gestion des motifs non urgents**

Une difficulté récurrente apparaît dans les réponses des soignants : la PEC des patientes consultant pour des motifs considérés comme non urgents. C'est même la première difficulté rencontrée lors du tri. Une étude de 2011 [24], montre que 89% des patientes consultant auprès des services d'urgences, le font pour des pathologies mineures de la grossesse ou gynécologiques ne relevant pas de l'urgence.

Une échelle de tri a pour vocation de prioriser la PEC des patientes urgentes. Les patientes qualifiées de « non urgentes » au moyen de cette échelle, feront l'objet d'une prise en charge fonction de l'ordre d'arrivée et de la disponibilité des soignants. La PEC de tels patient(e)s, problème récurrent des services d'urgences [25] [26] [27], est une difficulté non liée au tri et nécessite en amont une réflexion et un travail sur la gestion des flux et la réorientation de ces personnes.

Ce mémoire n'a pas pour objectif de répondre à cette problématique.

## **6.2 Pourquoi instaurer une échelle de tri ?**

Une échelle de tri permettrait de mettre en adéquation le flux des consultantes avec les moyens disponibles aux UGO. En effet, face à l'affluence toujours

croissante des patientes pour des ressources en personnel et en locaux identiques aux UGO, il est nécessaire de prioriser la PEC des patientes urgentes. L'échelle de tri permet de différer sans risque la PEC des patientes identifiées comme ne relevant pas d'une urgence immédiate.

### **6.2.1 Un langage commun**

Une telle échelle pourrait s'avérer utile au service des urgences car, comme le montre cette étude, certains professionnels réalisant l'accueil des patientes, n'utilisent pas de critères personnels de tri. L'accueil aux UGO est effectué par différentes professions de santé : SF, IDE, AS et AP ; mais également par des étudiants infirmiers, sages-femmes et de médecine. Il n'existe pas de poste spécifique d'accueil et de tri dans ce service, mais la création d'un tel poste ne semble pas nécessaire. En effet, c'est au travers de la diversité professionnelle, de l'absence d'un poste d'accueil et de l'affluence des patientes aux UGO que se justifierait l'instauration d'une échelle de tri, afin que l'ensemble du personnel dispose des mêmes critères pour prioriser les patientes et puisse disposer d'un langage commun de l'urgence.

Une évaluation du degré d'urgence, dès l'accueil, permettrait vis-à-vis des usagers une explication claire sur leur délai et ordre de prise en charge. On pourra alors expliquer au patient que l'ordre de prise en charge correspond au degré d'urgence évalué lors de l'accueil, et non à l'ordre d'arrivée dans le service. Cette pratique pourrait contribuer à diminuer le niveau stress et/ou le comportement agressif de certaines patientes lors des attentes.

### **6.2.2 L'obstétrique un critère de priorité ?**

Les critères de tri personnels recensés de cette étude semblent plus concerner l'obstétrique que la gynécologie et sont concordants avec les délais de PEC rapides constatés en obstétrique aux UGO [11]. Cette orientation des critères vers l'obstétrique peut s'expliquer par le fait qu'un plus grand nombre de SF a répondu au questionnaire. Cependant l'organisation du service est telle, qu'une sage-femme peut être amenée à réaliser l'accueil des patientes y compris pour des motifs gynécologiques. Il est donc essentiel que l'ensemble du personnel des urgences possède des critères de tri gynécologiques et obstétricaux. Une échelle de tri faciliterait l'acquisition de tels critères par

l'ensemble du personnel, y compris les étudiants et quel que soit le motif de consultation.

### **6.2.3 Un partage avec les Urgences Générales**

Une échelle de tri validée pour les UGO pourrait être partagée avec les urgences générales qui reçoivent également des femmes enceintes ou des femmes consultant pour des motifs gynécologiques.

Les situations complexes, associant grossesse et pathologie non gravidique, peuvent rendre difficile la priorité de PEC entre une patiente enceinte et une patiente malade. La problématique étant d'identifier la patiente relevant d'une PEC aux UGO de celle nécessitant une PEC par les urgences générales, on peut légitimement se demander si une échelle de tri n'apporterait pas une plus-value dans cette situation particulière.

## **6.3 Vers quelle échelle de tri pour la gynécologie et l'obstétrique ?**

### **6.3.1 Echelles existantes**

Le guide d'implantation de l'ETG [15] [21] contient une liste de présentations obstétricales, soit une grossesse supérieure à 22SA, auxquelles sont associées un niveau d'urgence. Ces présentations sont :

- Niveau 1 (urgent : PEC immédiate): présence d'une procidence du cordon ou d'une partie du corps et une hémorragie.
- Niveau 2 (très urgent : PEC dans les 15 minutes) : le travail actif, l'absence de MAF, HTA +/- SFHTA, le post-partum.
- Niveau 3 (urgent : PEC dans les 30min) : la fuite probable de LA (Annexe I)

Dans les déterminants de tri de l'échelle CIMU [28], la seule présentation obstétricale retrouvée est la menace d'accouchement prématuré cotée niveau 2-3. (Annexe II)

Pour l'évaluation de l'imminence d'un accouchement, un score a été créé : le score de Malinas A (Annexe III). Il prend en compte la parité, la durée

du travail et celle des contractions utérines, la fréquence de celles-ci et la perte ou non des eaux. Ce score est valable pour les parturientes à terme uniquement et ne renseigne pas sur le délai de survenue de l'accouchement. Suite à ces informations un score est calculé : plus il est élevé plus l'accouchement est imminent. Ce score est utilisé par les équipe de SMUR pour déterminer l'envoi d'une ambulance ou bien d'une équipe de SAMU. Le score de Malinas pourrait être calculé lors de l'accueil des parturientes en travail aux UGO, afin d'attribuer un niveau de triage en fonction de ce score. Mais il reste incomplet car il ne comprend pas l'envie de pousser et la notion de panique qui sont des critères importants [29].

Concernant la gynécologie, les situations retrouvées dans la littérature [15] [16] [17] [18] [21] sont :

- l'hémorragie vaginale
- la douleur pelvienne
- la suspicion de GEU

Évaluées, dans les différentes échelles de tri existantes, niveau 2 ou 3 (très urgent ou urgent) avec une PEC médicale dans les 15 à 30 minutes. L'état hémodynamique ainsi que le degré de douleur font varier le niveau de tri assigné. La prise en charge, suite à une agression sexuelle récente, est estimée niveau de tri très urgent dans l'ETG et n'apparaît pas dans les autres échelles de tri.

### **6.3.2 Propositions des critères de tri**

Suite au recueil des différents critères de tri relevés dans le questionnaire et avec les motifs de consultation décrits dans l'étude de 2005, associé aux échelles existantes, une échelle de tri à trois niveaux : très urgent, urgent et non urgent, pourrait être proposé au service d'urgence de gynéco-obstétrique.

## **Propositions de critères de tri**

### Obstétricaux :

- Motifs très urgents (voir la patiente immédiatement)

- Convulsions
- Hémorragie
- Procidence
- Travail actif

-Motifs urgents (voir la patiente dans les 15 minutes)

- Douleurs aigue
- HTA +/- SFHTA
- Pas de MAF
- Chute/ choc légers
- MAP

-Motifs non urgents

- Fuite LA sans CU (<12h)
- Prurit (vulvaire ou paume/plante)
- Signes Fonctionnels Urinaires (SFU)
- Leucorrhées anormales
- Déclenchement/ maturation/ visite de terme/ VME

### Gynécologiques

-Motifs très urgents

- Hémorragie vaginale +/- instabilité hémodynamique
- Douleur pelvienne aigue
- Agression sexuelle récente
- Suspicion de GEU

-Motifs urgents

- AVP /chute/ choc modéré premier trimestre de grossesse
- Douleurs abdominales ou pelviennes modérées
- Saignements vaginaux modérés
- Vomissements gravidiques

-Motifs non urgents (ordre de PEC en fonction de l'ordre d'arrivée)

- Visites de contrôle
- Prurit vulvaire

## Modulateurs de PEC

### Obstétricaux

- Douleur
- Parité
- Prématurité / terme
- ATCD significatifs
- Gémellité
- Pathologie associée
- Hyperthermie
- Agitation

### Gynéco

- Douleur
- Age
- Opération gynéco récente
- ATCD /traitement
- DDR
- Hyperthermie
- Agitation

Les modulateurs de PEC sont des éléments qui seraient recherchés en fonction du motif de consultation. Pour une situation donnée, un ou plusieurs modulateurs devraient être recherchés systématiquement, à l'aide de questions types. Les réponses feraient alors diminuer ou augmenter la rapidité de PEC.

Exemple : motif de consultation : Contractions utérines (CU)

Les modulateurs :

- La description des CU : fréquence, intensité (décrite par la patiente et intensité visible), depuis combien de temps.
- La parité
- Grossesse unique/multiple.
- Le terme de la grossesse : si avant terme, recherche d'antécédents de MAP ou accouchement prématuré. Si à terme : ATCD d'accouchement rapide, pertes des eaux.

Dans les motifs de PEC très urgents est retrouvée l'hémorragie. Mais elle reste cependant à être définie précisément. La gravité d'une hémorragie peut être basée sur l'abondance des saignements ou bien sur les retentissements hémodynamiques.

En obstétrique, dans le cadre de l'actuelle organisation, les déclenchements, maturations, VME et certaines visites de terme sont pris en charge par le personnel des UGO. Or, ces motifs ne relèvent pas de l'urgence. La création d'un circuit de soin hors UGO pour ces motifs pourrait être envisagée.

Un constat identique peut être fait en gynécologie au niveau des visites de contrôle. Cependant, deux types de situations sont à distinguer, premièrement les contrôles cliniques (exemple : suivi du dosage des  $\beta$ HCG suite à une FCS) ne relevant pas nécessairement d'un service d'urgence, et deuxièmement, les visites de contrôle suite à des grossesses non localisées où la GEU n'a pas été formellement écartée, relevant d'un circuit de soins passant par les urgences gynécologiques.

### 6.3.3 Quelles possibilités de mise en place ?

L'ensemble des patientes de la maternité de Nantes est amené à avoir un dossier de soins informatisé. On pourrait imaginer, suite à l'accueil des patientes, la mise en place d'un code couleur en fonction du degré d'urgence évalué : vert pour les motifs non urgents, orange pour les motifs urgents et rouge pour les motifs très urgents ; apparaissant sur le dossier. Un écran récapitulatif recenserait, ainsi, toutes les patientes présentes, avec leur code couleur associé, dans le service et dans la salle d'attente. Ceci offrirait une vision globale du service et ferait ressortir rapidement les patientes prioritaires.

L'évaluation du degré d'urgence serait effectuée par la personne réalisant l'accueil de la patiente, quelle que soit sa profession, et ne pourrait être modifiée par la personne qui prendrait ultérieurement en charge la patiente. De cette façon, on pourrait évaluer la bonne adéquation entre l'échelle de tri et le degré d'urgence. Le professionnel, dans ses PEC, devrait respecter le degré d'urgence coté lors de l'accueil.

Face à la crainte formulée par le personnel de ne pas repérer une urgence véritable en utilisant une échelle de tri, il paraît important de rappeler que l'objectif d'une telle échelle est justement de repérer les motifs très urgents. Il faudra être vigilant afin de minimiser les sur cotations du degré d'urgence. Il

conviendrait de raisonner de la manière suivante : considérer toute patiente se présentant aux UGO comme non urgente et établir rapidement une liste de critères qui détermineront la rapidité de sa PEC.

## **6.4 Questionnements autour des résultats**

Au vu des résultats de cette étude, nous pouvons discuter autour du tri et de l'instauration d'une échelle de tri aux UGO du CHU de Nantes.

### **6.4.1 Le tri actuel est-il efficient ?**

Dans un premier temps, on peut se poser la question de l'efficacité du tri actuellement effectué aux UGO du CHU de Nantes. Il semblerait nécessaire de réaliser un état des lieux global de la situation. Une étude pourrait évaluer la pertinence du tri actuel et déterminer si les délais de PEC sont optimaux en fonction du degré d'urgence.

On pourrait ensuite apprécier l'efficacité du tri en fonction de la profession de la personne qui réalise l'accueil. En effet, le personnel des UGO a des compétences très variées, or l'ensemble des professionnels réalise l'accueil des patientes aux UGO et leur tri. Il apparaît que certaines catégories professionnelles, notamment celles ayant moins de compétences du fait de leur formation initiale, rencontrent plus de difficulté lors du tri. Lors de la mise en place d'une telle évaluation, il faudra veiller à ne stigmatiser aucun soignant.

Deux possibilités pourraient être envisagées en fonction des résultats.

### **6.4.2 L'organisation actuelle serait conservée.**

L'accueil aux UGO continuerait à être effectué par l'ensemble du personnel quelle que soit sa profession.

Comme le montre cette étude, les acteurs de soins sont demandeurs d'outils de tri. Dans ce contexte, quel serait l'outil le mieux adapté pour aider les professionnels à prioriser les patientes ?

Il pourrait être envisagé, dans le cadre de la formation continue, de mettre en place un groupe de travail et de réflexion autour de l'accueil et du tri

aux UGO. Ce groupe, composé des différentes professions de soins exerçant aux UGO, aurait pour but de déterminer la nature de l'outil le mieux adapté pour optimiser la priorisation des patientes.

Une échelle de tri serait-elle la meilleure réponse pour obtenir un tri efficient aux UGO ?

Si la mise en place d'une échelle s'imposait pour optimiser la PEC en fonction du degré d'urgence, il serait alors nécessaire d'impliquer les différents professionnels de soins travaillant aux UGO dans son élaboration.

Cette échelle de tri serait elle utile à l'ensemble des soignants des UGO ou seulement à certaines catégories de soignants, notamment celles possédant le moins de compétences professionnelles ?

Deux types d'échelles de tri pourraient être envisagés :

- Une échelle de tri commune et utilisable par tout le personnel des UGO ainsi que par les étudiants.
- Une échelle de tri par catégorie professionnelle dont l'utilisation serait adaptée au niveau de compétences de la profession. Ou encore, une échelle de tri uniquement pour les AS et AP, qui sont les plus demandeuses de tels outils.

#### **6.4.3 Une réorganisation de l'accueil pourrait être envisagée.**

On pourrait envisager de réserver l'accueil et le tri aux SF et IDE et d'y exclure les AS, les AP et les étudiants, insuffisamment formés à ces tâches. Une telle réorganisation, impliquant uniquement la SF ou l'IDE du service serait limitée par leur manque de disponibilité. En effet, la présence d'une SF ou d'une IDE à l'accueil devra parfois se faire au détriment d'une PEC de patiente en cours.

#### **6.4.4 La place des étudiants à l'accueil des UGO**

Au quotidien, des étudiants effectuent seuls l'accueil des patientes aux UGO. Les étudiants en stage aux UGO sont de formations très diverses (étudiant sage-femme, infirmier, externe, aide-soignant ou auxiliaire de puériculture) et au sein d'une même formation, ont des niveaux différents. Si l'on considère que les étudiants ont des compétences limitées pour évaluer le

degré d'urgence, l'accueil et le tri des patientes devront être effectués sous la responsabilité d'un professionnel de santé.

Si un outil de tri devait être mis en place, il serait alors indispensable, après validation par l'équipe du service des UGO, qu'il soit pleinement adapté à l'ensemble des étudiants en stage dans le service.

## Conclusion

---

Le recours, de plus en plus fréquent, aux services d'urgences par les usagers nous amène à réfléchir sur le devenir et l'organisation de ces services. Le but étant d'aboutir à la meilleure adéquation possible entre l'affluence dans le service et les ressources en personnels et locaux.

Il existe déjà plusieurs échelles de tri validées et/ou efficaces pour les urgences générales en France et à l'étranger. Mais aucune ne semble correspondre parfaitement aux exigences du service des urgences gynéco-obstétricales. Les descriptions d'urgences obstétricales et/ou gynécologiques y sont peu présentes.

Cette étude menée auprès des professionnels exerçant aux urgences gynéco-obstétricales du CHU de Nantes montre une ambivalence des professionnels par rapport à l'instauration d'une échelle de tri, certains craignant qu'elle ne permette pas de repérer les situations d'urgence. Le personnel est globalement demandeur d'outils de tri, mais pas d'une échelle en tant que telle, qui semblerait être un cadre trop formel. La pertinence de sa mise en œuvre reste cependant à apprécier, compte tenu du scepticisme affiché par certains professionnels. Il reste également à évaluer la façon dont les acteurs de soins du service pourraient s'approprier un tel outil.

Des travaux complémentaires seront nécessaires pour formaliser cette échelle de tri et identifier ses limites. Son expérimentation, dans le service, devra être testée.

## Bibliographie

---

1. Larousse médical. Edition 2012. P997. (sous la direction du Pr J.P Wainstein.)
2. Code de la Santé Publique. Article R 712-64 et R 712-65. Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et l'orientation des services d'urgences. Paragraphe 1. Disponible sur (14/02/13):  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000719792&dateTexte=&categorieLien=id>
3. Code de la Santé Publique, article R 731-77. Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et l'orientation des services d'urgences. Paragraphe 4. Disponible sur (14/03/13):  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000719792&dateTexte=&categorieLien=id>
4. CIRCULAIRE N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. 27p. disponible sur (14/02/13):  
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>
5. Communiqué de presse. CNGOF. Il n'y a pas d'urgences en gynécologie-obstétrique.2005. Disponible sur (14/02/13):  
[http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/MDIR\\_38.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_38.HTM)
6. Les Brèves du Collège. CNGOF, Mars 2007 ; n°11, p4. Disponible sur (14/02/13): [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/breves11.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/breves11.pdf)
7. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Besoin en personnel médicale pour l'activité de garde dans les services gynécologie-obstétrique. Enquête nationale mai 2010, publié oct 2010 ; p1-6
8. DARAI E et LUTON D

Pour une meilleure adéquation du personnel médical à l'activité de garde dans les maternités françaises. J Gynécol Obst Biol Reprod, 2010 ; 39,p.599

9. Communiqué du CNGOF. J Lansac. 2008. Disponible sur (14/02/13):  
[http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/080317urgences%20gyneco.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080317urgences%20gyneco.pdf)
10. BLEICHNER G, BRAUN F, BURNOUF J-M et al  
Architecture des services d'urgence. Journal Européen des Urgences, 2005 ; 18, p.102-126
11. COUTIN Anne-Sophie  
Unité d'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales du CHU de Nantes. Délais d'attente et durées de passage. Description et analyse de leurs évolutions entre 2005 et 2012. Mémoire : Nantes : 2012 ; 23p.
12. BRAU François  
Evaluation de la mise en place de l'échelle de tri et de gravité canadienne au service d'accueil et d'urgences du CHU de Nantes. Etude prospective sur 7 jours. Th : Méd. : Nantes : 2004 ; 67p
13. M GAZZAH et S GHANNOUCHI, Formation en médecine d'urgence. Efururgence.2008. Disponible sur (14/02/13):  
<http://www.efurgences.net/index.php/gestion-urgence/52-triage-pourquoi>
14. Triage Urgence CIMU, Historique, disponible sur (14/02/13):  
[http://www.triage-urgence.com/historique\\_triagefr.php](http://www.triage-urgence.com/historique_triagefr.php)
15. BEVERIDGE R, CLARKE B, JANES L et al  
ETG L'Echelle canadienne de Triage et de Gravité pour les départements d'urgence. Guide d'implantation, 1998.p20
16. Société Française de Médecine d'Urgence. Infirmière Organisateur de l'Accueil, Référentiel IAO. Paris : Editions scientifiques I&C, 2004, p 1-48.

Disponible sur (14/02/13):

[http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres\\_publications/ETG.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/ETG.pdf)

17. Emergency Severity Index. Triage tool for emergency department care. 4ème éd. AHRQ, 2011, 114p.
18. Triage Urgence CIMU, L'art du triage. Disponible sur : <http://www.triage-urgence.com/cimu.php>
19. BAGOU G, CABRITA B, CECCALDI P.-F. et al  
Urgences obstétricales extrahospitalières. Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation, 2012 ; 31, p.652-665
20. GAILLARD M, HERVE C et MILLERET Ph  
Epidémiologie des urgences gynéco-obstétricales (dans le cadre de l'aide médicale urgente). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 1989 ; 18, p.707-713
21. MURRAY M, BULLARD M et GRAFSTEIN E  
Révision de l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : guide d'implantation .Canadian Journal of Emergency Medicine, Janvier 2005 ; 7 (1), p.28-35
22. FAUCONNIER A, DALLONGEVILLE E, HUCHON C et al  
Measurement of acute pelvic pain intensity in gynecology. A comparison of five methods. Obstetric and Gynecology, 2009; 113 (2), p.260-267
23. JOHN F Steege  
Pelvic pain phenotyping. Obstetric and Gynecology, 2009; 113 (2), p.258-259
24. ALOUINI S, MESNARD L, COLY S et al  
Urgences gynécologiques: natures et degré de gravité. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2012 ; 41, p.48-54

25. DURANT A-C, GENTILE S, DEVICTOR B et al  
ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of emergency medicine literature. American Journal of Emergency Medical, 2011; 29, p.333-345
26. Samu-Urgences France, Les Premières Assises de l'Urgence, 2012, Paris, Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence. Paris, 2012, p.1-55
27. LACOURSIERE Y et NAGER C.  
A comparison of two models of gynecology service consultation to the emergency department in an academic medical center. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2003, 188; p1166-1168
28. Triage Urgence CIMU, Les Déterminants du tri. Disponible sur (14/02/13): [http://www.triage-urgence.com/downloads/determinants\\_tri.pdf](http://www.triage-urgence.com/downloads/determinants_tri.pdf)
29. GUERIN Alexandre  
Accouchements extra -hospitaliers inopinés. Etude descriptive rétrospective de 133 cas pris en charge par le Smur de Nantes du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2009. Mémoire sage-femme : Nantes : 2012 ; 82

## Annexes

### ANNEXE 1 : Présentation gynécologique et obstétricale de l'ETG

Degré d'urgence	Gynécologie	Obstétrique (> 22 SA)	Délai PEC
<b>Niveau 1 réanimation</b>		-présentation des parties du corps fœtal ou procidence du cordon -hémorragie vaginale troisième trimestre	Immédiat + soins en continu
<b>Niveau 2 très urgent</b>	-saignement vaginal/ douleur pelvienne aiguë ± instabilité hémodynamique -possible agression sexuel <2h - possible GEU avec SV normaux	- saignement vaginal/ douleur pelvienne aiguë -travail actif (CU <2min) -Ø MAF - HTA ± Céphalées ±œdèmes ±douleur abdominale - post-partum mère	≤15min + réévaluation toutes les 15min
<b>Niveau 3 urgent</b>	-saignements léger/modéré + douleur légère ou absente (4/10) avec SV normaux -possible agression sexuelle >2H	-Fuite possible de LA (< 24h)	≤30min+ réévaluation toutes les 30min
<b>Niveau 4 moins urgent</b>	-douleur abdo + vomissement/diarrhée sans signe de déshydratation - possible IU (hématurie, pollakiurie, brulure)		≤1h réévaluation toutes les heures
<b>Niveau 5 non urgent</b>	-Saignement vaginal si grossesse exclue / douleur peu intense / SV normaux		≥2h réévaluation toutes les 2h

## ANNEXE 2 : Les déterminants du tri (CIMU)

# TRIAGE URGENCE CIMU Déterminants du tri

Légende		Cardiologie	Tri	Maladies infectieuses	Tri
FR : fréquence respiratoire		Fréquence cardiaque $\geq 180$ /min	1	Méningite (suspicion)	2
HTA : hypertension artérielle		Tension artérielle systolique 90-75 / < 75 mm Hg	2/1	Hypothermie < 35,5° C / < 32° C	3/2
ECG : électrocardiogramme		Douleur thoracique (ECG pathologique : voir senior)	2-1	Fièvre $\geq 40^{\circ}$ C ★	3
AEG : altération de l'état général		Fréquence cardiaque 120-140 / 141-180/min	3/2	Fièvre $\geq 39^{\circ}$ C et comorbidité ou voyage à risque	3
DNID : diabète non insulino-dépendant		Fréquence cardiaque 50-40 / < 40/min	3/2	Risque contamination VIH	5-4
DID : diabète insulino-dépendant		HTA $\geq 200$ / $\geq 220$ mm Hg et un symptôme relié	3/2	Adénopathie(s)	5-4
PF : peak flow		Ischémie signée de membre	3-2		
VH : virus de l'immunodéficience humaine		Douleur thoracique (ECG non pathologique)	3	<b>Pneumologie</b>	
PNN : polymorphonucléaire		Phlébite (suspicion)	3	Détresse majeure (ex. FR > 40/min et s. de luts)	1
GCS : Glasgow coma score		Malaise ou perte de connaissance	3	Apnée ou FR $\leq 8$ /min	1
PC : perte de connaissance		(Édème membre(s) inférieur(s))	4-3	Hypoxie majeure avec SatO <sub>2</sub> < 85%	1
EM : Anamnèse recueillie d'évaluation de la douleur		Palpitations	4	Dyspnée et PF < 50% théorique (asthme)	2
		HTA < 200 mm Hg	5	Dyspnée et FR < 32/min / 32-40/min	3/2
				Hypoxie avec SatO <sub>2</sub> 94-91 / 90-85%	3/2
				Hémoptysie crachats / si caillots	3/2
		<b>Dermatologie</b>		Pneumopathie ou embolie (suspicion)	3
		Affection cutanée fébrile, arypicale (suspicion)	4-3	Douleur latérothoracique	4-3
		Erythème étendu	4-3	Dyspnée et PF $\geq 50\%$ (suspicion asthme)	4-3
		Affection vésiculaire	5	Toux +/- crachats	5-4
		Affection cutanée ou muqueuse limitée			
				<b>Ophthalmologie</b>	
		<b>Endocrino-métabolisme</b>		Trouble ou perte de la vision	3-2
		Glycémie $\geq 13,7$ et cétonémie $\geq 0,5$ / $\geq 1,5$ mmol/l	3/2	Corps étranger ou brûlure oculaire ★	4-3
		Glycémie $\geq 13,7$ et cétonurie $\geq 1$ / $\geq 2$ croix	3/2	Inflammation œil ou annexes	5-4
		Anomalie métabolique (voir senior)	3		
		Altération état général et comorbidité(s)	4-3	<b>ORL-Stomatologie</b>	
		Hypoglycémie sans / avec trouble de vigilance ★	4/3	Trouble ou perte de l'audition	3-2
		Glycémie $\geq 20$ mmol/l DNID ou DID ★	4	Épistaxis ou gingivorragie	5-4
		Altération état général sans comorbidité	5	Vertige	5-4
				Angine, odynophagie, tuméfaction ORL, rhinite	5-4
		<b>Gastro-entérologie</b>		Douleur dentaire	5-4
		Hématémèse-mélas-rectorragie	3-2		
		Occlusion intestinale, appendicite (suspicion)	3	<b>Rhumatologie</b>	
		Ictère	3	Sciatalgie et autres névralgies	4-3
		Ascite	4-3	Arthrite ou gonflement (péri)articulaire	4-3
		Douleur abdominale	4-3	Douleur(s) musculaire(s) ou articulaire(s)	5-4
		Corps étranger ingéré ou rectal	4-3	Cervicalgie, dorsalgie ou lombalgie	5-4
		Constipation ou diarrhée	5-4	Pathologie podologique chronique	5
		Nausées ou vomissements	5-4		
		Dysphagie ou hoquet	5-4	<b>Toxicologie</b>	
		Proctologie (thrombose, fissure...)	5-4	Intoxication (voir senior)	3
				Ebriété, ivresse (suspicion)	5-4
		<b>Gynécologie</b>			
		Hémorragie gynécologique	3-2	<b>Traumatologie</b>	
		Menace d'accouchement	3-2	Multitraumatisme violent	2-1
		Douleur pelvienne	4-3	Trauma violent face, cou, rachis, thorax, abdomen	3-2
				Trauma violent membre / si s. d'ischémie	3/2
		<b>Hématologie</b>		Trauma crânien et PC / si confusion post PC	3/2
		Leucopénie : < 1.000 PNN sans / avec fièvre	3/2	Trauma membre ou bassin sans / avec impotence	5/4
		Anémie : Hb $\leq 8$ g/dL sans / avec symptôme relié	3/2	Trauma crânien sans PC	5
		Thrombopénie : $\leq 50.000$ sans / avec symptôme relié	3/2	Plaie délabrée, amputation	2-1
				Plaie(s) cou, thorax ou abdomen superf. / profonde(s)	3/2
		<b>Neurologie-psychiatrie</b>		Plaie(s) superficielle(s) / profonde(s)	4/3
		Coma profond : GCS $\leq 8$	1	Plaie(s) : érosion cutanée, abrasion	5
		Coma : GCS = 9-12 ou GCS $\geq 12$ et fièvre	2	Brûlure > 10%, visage ou main, ou profonde	3-2
		Déficit sensitif ou moteur > 2 heures / < 2 heures	3/2	Brûlure superficielle < 5% / si 5-10%	5/4
		Convulsions récentes / en cours	3/2	Collection abcédée ou hémattique	4
		Confusion mentale, trouble vigilance : GCS $\geq 12$	3	Corps étranger sous-cutané	5-4
		Céphalée brutale inhabituelle	3	Électrisation	5-4
		Céphalée $\geq 24$ h ou sur terrain migraineux	4		
		Agitation violente ★	4	<b>Uro-néphrologie</b>	
		Trouble psychiatrique calme	4	Douleur aiguë de bourse / si suspicion de torsion	3/2
		Angoisse, tetanie... ★	5-4	Rétention aiguë d'urine ou azémie	3
				Pylélonéphrite ou colique néphrétique (suspicion)	3
		<b>Divers</b>		Douleur de la fosse lombaire ou flanc	4-3
		Transfert SAMU	2-1	Hématurie macroscopique	4-3
		Problème technique de sonde, cathéter, plectre	4	Traumatisme OGE, prurisme	4-3
		Autre problème (ex. renouvellement ordonnance)	5	Dysurie, brûlure mictionnelle, écoulement	5-4
		Douleur intense (ex. E.N. $\geq 8$ et/ou attitude) ★	★		

### Instructions pour l'utilisation du tableau :



Cette thérapie est nécessaire dans les 20 min (sédatif, antipyrétique, hémostase, insuline...).



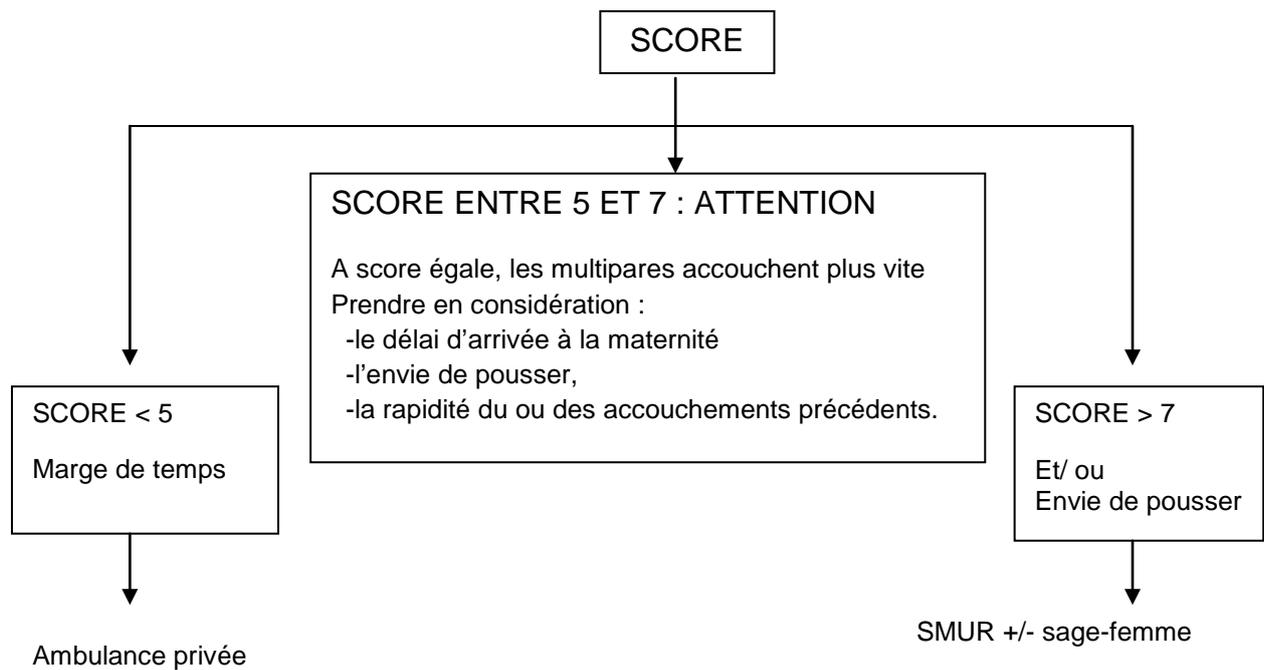
Le déterminant est divisible en deux situations de tri voisines : le signe guide l'infirmier(e) dans le choix du tri. Dans ce cas une TA de 80 correspond à un tri 2 et une TA de 70 à un tri 1.



Le déterminant correspond à un intervalle de tri mais n'est pas divisible en deux situations distinctes : le signe laisse à l'infirmier(e) le choix du tri.

### ANNEXE 3 : Le score de Malinas

COTATION	2	1	2
Parité	I	II	III et +
Durée du travail	< 3 h	3 à 5 h	6 h
Durée des contractions	<1 min	1 min	>1 min
Intervalle entre les contractions	>5 min	3 à 5 min	< 3 min
Perte des eaux	non	Récente	>1 h



## ANNEXE 4 : Le questionnaire

### Renseignements généraux :

1. Vous êtes :
  - Sage-femme
  - Infirmière
  - Aide-soignante/ Auxiliaire de puériculture
2. Votre âge : \_\_\_ans
3. Vous travaillez aux urgences depuis \_\_\_ année/mois (rayer la mention inutile)
4. Vous travaillez (plusieurs réponses possibles):
  - De jour
  - De nuit
  - La semaine
  - Week-end et jours fériés
5. Êtes-vous amené à réaliser l'accueil des patientes aux urgences gynécologiques et obstétricales ?
  - 1) Oui
  - 2) Non
  - Si oui qu'elles sont les trois premières questions que vous posez à la patiente à son arrivée ? (en dehors des questions concernant l'identification de la patiente)
    - 1.
    - 2.
    - 3.
6. Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans le tri des patientes ? 1) OUI / 2) NON
  - Si oui, pourquoi ?
  
  - Si non, pourquoi ?
7. Pensez-vous que le personnel est satisfaisant pour assurer un accueil de qualité aux urgences gynécologiques et obstétricales:
  - En quantité : 1) oui / 2) non
  - En qualification : 1) oui / 2) non

### Critères de tri

8. Avez-vous personnellement des critères de tri pour vous aider à prioriser les patientes ? 1) oui / 2) non
  - Si oui quels sont vos critères de priorité ?
  - 
  -

- 
- 
- 
- 

9. L'ordre d'arrivée des patientes dans le service est-il un élément influençant l'ordre de prise en charge ? 1) oui / 2) non

10. Pour faire la différence entre la gynécologie et l'obstétrique calculez-vous vous-même le terme de la grossesse ? 1) oui / 2) non

- Si oui, vous prenez comme référence :

- La date des dernières règles
- L'échographie précoce
- Les deux
- La date de début de grossesse renseignée par la patiente

11. Le mode d'arrivée (SAMU, pompier, envoyé par son médecin traitant, ...) de la patiente influe-t-il sur votre priorisation ? 1) oui / 2) non

12. Seulement suite à votre accueil, êtes-vous amené à renvoyer les patientes vers :

- Leur médecin traitant : 1) oui / 2) non
- Les urgences générales : 1) oui / 2) non
- A leur domicile : 1) oui / 2) non

### **Instauration d'une échelle de tri**

13. La mise en place d'une échelle de tri aux UGO vous semble-t-elle utile ? 1) oui / 2) non

- Si oui, pour :

- a. La gynécologie
- b. L'obstétrique
- c. Les deux

- Si oui, pour :

- d. Pour les urgences véritables (ex : hémorragie importante)
- e. Pour les « petites » et « moyennes » urgences (ex : mycose, infection urinaire)

14. L'utilisation d'une échelle de tri par tout le personnel de ce service vous semble-t-elle réalisable ? 1) oui / 2) non

- Si non, pourquoi ?

15. Selon vous l'application d'une échelle de tri aux UGO pourrait :

- Améliorer la priorisation des patientes ?
  - o 1) Oui, pourquoi ?

- 2) Non, pourquoi ?
  
- Améliorer les délais d'attente pour les patientes?
  - 1) Oui, pourquoi ?
  
  - 2) Non, pourquoi ?
  
- Améliorer le roulement du service et éviter son engorgement ?
  - 1) Oui, pourquoi
  
  - 2) Non, pourquoi ?
  
- Améliorer vos conditions de travail ?
  - 1) Oui, pourquoi ?
  
  - 2) Non, pourquoi ?

16. L'application d'une échelle de tri limiterait-elle votre autonomie dans votre travail ?  
1) oui / 2) non  
- Si oui, pourquoi ?

17. La mise en place d'une échelle de tri présenterait-elle, selon vous, d'autres inconvénients ? 1) oui / 2) non  
- Si oui, lesquels ?

Nom : SIMON

Prénom : Charline

Mémoire Sage-femme :

**Une échelle de tri pour les urgences gynéco-obstétricales du CHU de Nantes ?  
Point de vue des professionnels de santé. (Sages-femmes, Infirmier(e)s, Aides-  
soignant(e)s et Auxiliaires de puériculture)**

---

**Résumé :**

**Objectifs :** Connaitre le point de vue des professionnels exerçant aux urgences gynéco-obstétricales du CHU de Nantes sur l'instauration d'une échelle de tri. Relever les critères de tri déjà utilisés, de façon implicite par le personnel, afin d'aboutir une liste formalisée.

**Méthode :** Distribution d'auto-questionnaires destinés aux Sages-femmes, Infirmières et Aides-soignantes ou Auxiliaires de puériculture en poste à temps plein ou partiel, aux urgences gynéco-obstétricales du CHU de Nantes.

**Résultats :** Les acteurs de soins utilisent déjà, pour la plupart, des critères de tri communs ou voisins et rencontrent des difficultés lors du tri. Le critère « profession » est un paramètre influençant le point de vue du soignant sur l'utilité d'une échelle de tri. Les soignants sont demandeurs d'outils de tri mais pas d'un cadre trop formel.

**Conclusion :** L'instauration d'une échelle de tri aux urgences gynécologiques et obstétricales serait utile. Des travaux complémentaires restent à effectuer pour formaliser cette échelle, évaluer son application et la pertinence de sa mise en place.

---

**Mots clés :** Echelle de tri, Critères de tri, Urgences gynéco-obstétricales, Priorisation.