



# RÔLE DU MEDECIN COORDINATEUR

Michaël LEJWI, Sandra BERNARD, Christophe JORDY  
Service de Urgences – CH de Versailles - Yvelines

# Le contexte du CH Versailles

- CHR
- Urgences:
  - 58 000 passages/an
  - 3 secteurs de soins
- Démarche qualité
  - Certification
  - 2010

=> EPP

# Le médecin coordinateur: état des lieux

- Fiche de poste: janvier 2005 révisée en décembre 2007
- Objectif principal : raccourcir les délais de prise en charge
- De 11h à 18h30, 7 jours /7
- Rôle de régulation des flux
  - Interface avec l'extérieur: structures de soins, médecins, SAMU...
  - Orientation des patients à l'accueil: consultation spécialisée interne ou médecine de ville
  - Supervision de la répartition des forces vives
- Rôle d'initiateur de soins, dès l'accueil
  - Recueil succinct des antécédents et de l'anamnèse
  - Débute la prise en charge :
    - Examens complémentaires
    - traitements
- Rôle de médecin de l'UHCD l'après-midi

# Etude du rôle du médecin coordinateur: objectif

- évaluer l'impact du médecin coordinateur sur le flux des urgences
- Critères évalués:
  - Quelle est la **population** vue par le médecin coordinateur ?
  - Quel est l'impact sur les **délais** de prise en charge pour les patients ? pour les médecins ?
  - Y a-t-il un **surcoût** dû au médecin coordinateur ?

# 1<sup>ère</sup> partie : matériel et méthode

- étude prospective sur 12 jours
- Inclusion de tous les patients inscrits entre 11h et 18h30
  - ayant une pathologie médicale
  - OU
  - ayant une pathologie traumatique et vu par le MC
- Logiciel URQUAL
- 2 groupes :
  - Groupe témoin : patient non vu par le MC
  - Groupe MC : patients vus par le MC
- Indicateurs étudiés:
  - l'épidémiologie des patients,
  - Délai de prise en charge et délai global

# 1ère partie : Résultats

- 366 patients inclus
  - 175 patients de médecine non vus par MC
  - 29 patients de traumatologie vus par MC
  - 162 patients de médecine vus par MC
    - Parmi lesquels 20 vus seulement par le MC
- ➔ **17 patients vu par le MC / jour**
- ➔ **Environ 1/ 2 patients de médecine**
- ➔ **1,6 patients vus seulement par le MC / jour**

# 1<sup>ère</sup> partie : épidémiologie

	Groupe Témoin 175 patients		Groupe MC 162 patients		p Value
Age (médiane)	45	[29 – 69]	57	[35 – 80]	<b>0,0047</b>
Sexe (femmes)	105	60%	80	49,3%	0,11
Co- morbidités	56	32%	60	37%	0,39
CCMU 1	12	6,8%	5	3%	0,18
CCMU 2	117	66,8%	94	58%	0,11
CCMU 3	43	<b>24,5%</b>	61	<b>37,6%</b>	<b>0,001</b>
CCMU 4	3	1,7%	2	1,2%	0,99
CCMU 5	0	<b>0%</b>	0	<b>0%</b>	

# 1<sup>ère</sup> partie : un gain de temps?

	Groupe Témoin 175 patients		Groupe MC 162 patients		p Value
Premier contact avec médecin	1h12	[ 45 – 1h40 ]	5 min	[ 2 – 10 min]	<b>&lt; 0,001</b>
Délai arrivée – MR	1h12	[ 45 – 1h40 ]	1h28	[ 56 – 2h13 ]	0,7
Délai MR – Conclusion	2h24	[ 17 – 3h16 ]	1h48	[ 40 – 3h35 ]	<b>0,011</b>
Délai global	3h36	[ 2h33- 4h45 ]	3h37	[ 2h00 – 3h16 ]	0,8



## 1ere partie : concernant les prescriptions

- 100% des anti histaminiques,
- 77.6% des aérosols,
- 75% des perfusions,
- 63.6% des antalgiques,
- 14% des diurétiques

## 2<sup>ème</sup> partie : méthodologie

- 152 patients du groupe médecin coordinateur
- Appariement par **motif de venue** et **âge** avec 152 patients non vu par le médecin coordinateur, inscrit entre 11h et 18h30
  - Période de 20 jours
- Critères évalués:
  - Les délais
  - Le surcoût éventuel

## 2<sup>ème</sup> période : résultats

	GROUPE MC		GROUPE T2		p value
arrivée-MC	5	[2-11]			
arrivée- IDE	23	[16-32]	18	[11-29]	0,018
arrivée-MR	1h29	[ 59-2H16]	1h09	[39-1h49]	<0,001
arrivée-Bio	55	[42-1H18]	1h37	[1h03-2h23]	<0,001
délai total	3h46	[2H09-5H12]	3h43	[2h37-5h00]	0,42
MC-MR	1h18	[49-2H01]			
MR-Sortie	1h56	[40-3h39]	2h42	[1h23-4h02]	0,03

# Délais des 3 groupes

	GRUPE T1	GRUPE MC	GRUPE T2
1er contact avec médecin	1h12	5 [2-11]	1h09 [39-1h49]
arrivée-MR	1h12	1h29 [59-2H16]	1h09 [39-1h49]
délai total	3h36	3h46 [2H09-5H12]	3h43 [2h37-5h00]
MR-Conclusion	2h24	1h56 [40-3h39]	2h42 [1h23-4h02]

## 2<sup>ème</sup> période : surcoût (1)

	GRUPE MC	GRUPE T2	p value
NFS	119 <b>77,8%</b>	108 <b>70,6%</b>	<b>0,04</b>
<i>NFS anormale</i>	28 <b>18,3%</b>	30 <b>19,6%</b>	0,88
Hémostase	105 <b>68,6%</b>	76 <b>49,7%</b>	<b>0,001</b>
<i>hémostase anormale</i>	9 <b>5,9%</b>	11 <b>7,2%</b>	0,81
Iono	118 <b>77,1%</b>	106 <b>69,3%</b>	<b>0,03</b>
<i>Iono anormal</i>	21 <b>13,7%</b>	22 <b>14,4%</b>	>0,99
BHC	42 <b>27,5%</b>	36 <b>23,5%</b>	0,51
<i>BHC anormal</i>	9 <b>5,9%</b>	5 <b>3,3%</b>	0,41
CRP	68 <b>44,4%</b>	71 <b>46,4%</b>	0,81
<i>CRP anormal</i>	20 <b>13,1%</b>	23 <b>15,0%</b>	0,74
BE	44 <b>28,8%</b>	29 <b>19,0%</b>	<b>0,05</b>
<i>BE anormal</i>	5 <b>3,3%</b>	3 <b>2,0%</b>	0,72
Lipase	28 <b>18,3%</b>	17 <b>11,1%</b>	<b>0,03</b>
<i>Lipase anormal</i>	5 <b>3,3%</b>	1 <b>0,7%</b>	0,21
Troponine	56 <b>36,6%</b>	37 <b>24,2%</b>	<b>0,02</b>
<i>Troponine anormal</i>	3 <b>2,0%</b>	4 <b>2,6%</b>	>0,99
BNP	13 <b>8,5%</b>	29 <b>19,0%</b>	0,5
<i>BNP anormal</i>	9 <b>5,9%</b>	5 <b>3,3%</b>	0,41
GDS	21 <b>13,7%</b>	14 <b>9,2%</b>	<b>0,09</b>
<i>GDS anormal</i>	12 <b>7,8%</b>	9 <b>5,9%</b>	0,65
Ddimères	18 <b>11,8%</b>	6 <b>3,9%</b>	<b>0,01</b>
<i>Ddimères anormal</i>	6 <b>3,9%</b>	1 <b>0,7%</b>	0,12
betaHCG	7 <b>4,6%</b>	4 <b>2,6%</b>	0,53
<i>betaHCG anormal</i>	0 <b>0,0%</b>	1 <b>0,7%</b>	>0,99
alcoolémie	8 <b>5,2%</b>	2 <b>1,3%</b>	<b>0,01</b>
<i>alcoolémie anormal</i>	5 <b>3,3%</b>	0 <b>0,0%</b>	<b>0,07</b>
autre	7 <b>4,6%</b>	18 <b>11,8%</b>	<b>0,03</b>

SURCOUT D'ENVIRON 50 A 55 000 EUROS PAR AN pour la biologie

## 2<sup>ème</sup> période : surcoût (2)

### ■ ECG

	GRUPE MC	GRUPE T2	p value
ECG 12	92 <b>60,1%</b>	71 <b>46,4%</b>	0,02
<i>ECG 12 anormal</i>	5 <b>3,3%</b>	1 <b>0,7%</b>	0,2
ECG 18	7 <b>4,6%</b>	1 <b>0,7%</b>	0,07
<i>ECG 18 anormal</i>	3 <b>2,0%</b>	1 <b>0,7%</b>	0,61

SURCOUT ESTIME : 8 A 10 000 EUROS PAR AN

### ■ Scanner

	GRUPE MC	GRUPE T2	p value
<b>SCANNER</b>			
scanner cérébral	39 <b>25,5%</b>	20 <b>13,1%</b>	0,05
<i>anormal</i>	8 <b>5,2%</b>	4 <b>2,6%</b>	
angioscanner	4 <b>2,6%</b>	0 <b>0,0%</b>	0,13
<i>anormal</i>	1 <b>0,7%</b>	0 <b>0,0%</b>	
scanner abdopelvien	6 <b>3,9%</b>	1 <b>0,7%</b>	0,12
<i>anormal</i>	5 <b>3,3%</b>	1 <b>0,7%</b>	
autre	3 <b>2,0%</b>	0 <b>0,0%</b>	0,24
<i>anormal</i>	0 <b>0,0%</b>	0 <b>0,0%</b>	

SURCOUT ESTIME : 15 A 20 000 EUROS PAR AN

# Conclusion

## ■ Points positifs :

- Patients potentiellement graves vus plus rapidement par un médecin
- Diminution de la quantité de travail des autres médecins

## ■ Points Négatifs :

- Pas de diminution du temps de passage des patients
- Surcoût - relatif
  - Mais ne prend pas en compte la satisfaction du patient –non étudié

## Axes d'amélioration

- L'IOA:

**Tri** infirmier repensé pour mieux cibler les patients à voir par le médecin coordinateur– échelle Taboulet

- Le médecin coordinateur:

- **régulateur de flux et superviseur du fonctionnement** de la salle- S'aligner sur les recommandations de la MeAH
- Notion de **seuil**: Médecin d'accueil lorsque le temps d'attente est supérieure à 1h30