

Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte

Effects of Fast Track Implementation in an Adult Emergency Department

K. Saidi · A.L. Paquet · H. Goulet · F. Ameer · A. Bouhaddou · N. Nion · B. Riou · P. Hausfater

Reçu le 20 octobre 2015 ; accepté le 5 novembre 2015
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Résumé Introduction : La création d'un circuit de prise en charge rapide (circuit court) est probablement la mesure organisationnelle qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études de validation en termes d'efficacité. La mise en place d'un circuit court nous a permis d'analyser ses effets dans une étude observationnelle de type avant/après dans un service d'urgence adulte. L'hypothèse testée était que le circuit court diminue le temps de passage des patients ambulatoires.

Méthodes : Nous avons analysé deux périodes de 12 mois avant et après (novembre 2013) la mise en place d'un circuit court ouvert de 12h00 à 24h00 tous les jours, destiné à la prise en charge de tri de faible niveau de gravité (niveaux 3 à 5 sur une échelle de 5) pour lesquels on pouvait penser ne pas avoir besoin d'examens complémentaires nécessitant un délai important (biologie, scanner). Cette création s'est accompagnée d'une augmentation de personnel médical permettant son fonctionnement.

Résultats : L'activité en termes de nombre de passages (+11 %, $P < 0,001$) a significativement augmenté entre les deux périodes. La proportion de patients passant par le circuit court est passée de 19 % à 23 % des passages au cours de la deuxième période. Le temps de passage moyen a significativement diminué (-70 min, IC 95 % -37 à -104 min, $P < 0,001$) et la proportion de temps de passage <4h des patients ambu-

latoires a significativement augmenté (+10 %, IC 95 % +6 à +14 %, $P < 0,001$) entre les deux périodes. La proportion de patients partis sans soins a également significativement diminué (-31 %, IC 95 % -19 à -44 %, $P < 0,001$). Le circuit court a eu également un effet réducteur significatif sur la proportion de patients ayant nécessité des examens biologiques, radiologiques, et la proportion de patients perfusés.

Conclusion : La mise en place d'un circuit court comportant une dotation de personnel médical supplémentaire, permet de diminuer significativement le temps de passage des patients ambulatoires et le nombre de patients partis sans soins.

Mots clés Circuit court · Durée de séjour · Qualité

Abstract Introduction: A fast track has been shown to be an efficient measure in numerous studies in the emergency department (ED). We have performed an observational before/after study to assess the effects of a new fast track in an adult academic ED. We tested the hypothesis that a fast track is able to significantly decrease the length of stay (LOS) of ambulatory patients in ED.

Methods: We compared two 12-month periods, before and after (November 2013) the implementation of a fast track, open from 12 a.m. to 12 p.m. every day for patients with low severity triage (3 to 5 on a 5-level scale) and expected to not require time-consuming exams (biology, CT-scan). The implementation was associated with appropriate additional medical staff.

Results: The number of patients admitted in the ED significantly rose between the two periods (+11%, $P < 0.001$). The proportion of patients who enter the fast track rose from 19% to 23%. The LOS of ambulatory patients significantly decreased (-70 min, 95% confidence interval -37 to -104 min, $P < 0.001$) while proportion of patients with LOS <4h increased (+10%; 95% confidence interval +6 to +14%, $P < 0.001$) between the two periods. The proportion of patients who left without being seen also significantly decreased (-31%, 95%

K. Saidi · A.L. Paquet · H. Goulet · F. Ameer · A. Bouhaddou · B. Riou · P. Hausfater (✉)
Service d'accueil des urgences,
groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,
Assistance Publique des Hôpitaux de Paris,
47-83 boulevard de l'Hôpital, F-75651 Paris cedex 13, France
e-mail : pierre.hausfater@aphp.fr

N. Nion
Pôle PRAGUES, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, APHP,
F-75013 Paris, France

B. Riou · P. Hausfater
Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, Paris, France

CI -19 to -44%, $P < 0.001$). The fast track also significantly reduced the proportion of patients who required radiological or biological exams or who were perfused.

Conclusion: A fast track, with additional medical staff, enables to significantly decrease the LOS of ambulatory patients and the number of patients who left without being seen in the ED.

Keywords Fast track · Length of stay · Quality

Introduction

Face à l'augmentation de la fréquentation des services d'urgence (SU) observée en France [1] comme dans tous les pays [2], de nombreuses mesures ont été envisagées, notamment pour améliorer l'organisation interne des SU [1,3]. L'organisation interne des SU est en effet susceptible d'influer sur la fluidité de passage des patients et la qualité de prise en charge [3]. Parmi ces éléments d'organisation, le rôle du tri à l'accueil, de la mise en place d'un médecin référent, de la gestion de l'attente des patients, des examens complémentaires et de l'aval, et l'organisation matérielle des SU sont considérés comme des éléments importants [1,3]. La mise en place d'un circuit de prise en charge rapide (circuit court ou « fast track » dans la littérature anglaise) est probablement la mesure qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études de validation en termes d'efficacité. Ce circuit s'adresse principalement à des patients dont le tri initial exclut un risque vital immédiat et laisse penser qu'ils n'auront pas besoin d'examen complémentaires nécessitant un délai important [4]. Les différentes études sur le circuit court ont rapporté une réduction significative du délai d'attente, de la durée de passage, du nombre de patients partis sans soins, et une amélioration de la satisfaction des patients [5-14]. Ces circuits courts sont à différencier des filières spécifiques de prise en charge liées à une pathologie donnée [15].

Le SU du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière a mis en place un circuit court en novembre 2013 ce qui nous a permis d'analyser ses effets dans une étude observationnelle de type avant/après. Nous rapportons ici cette étude, l'hypothèse principale testée étant que la mise en place d'un circuit permet de diminuer significativement le temps de passage en SU des patients ambulatoires

Méthodes

Le SU du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles Foix est un SU académique accueillant chaque année un peu moins de 60 000 passages, uniquement adultes, avec un taux d'hospitalisation de 18 % (comprenant les patients hospitalisés en UHCD et/ou transférés). Le SU comporte une unité

d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 20 lits et est adossé à un hôpital universitaire de 2146 lits répartis en un site polyvalent (hôpital La Pitié-Salpêtrière) de 1663 lits et un site gériatrique distant (hôpital Charles Foix) de 483 lits.

En novembre 2013, un circuit court est mis en place dans des locaux rénovés adjacents au SU et comportant un box pour un médecin senior, un box pour un interne et une salle d'attente de 16 places assises. La plage d'ouverture du circuit court est 12h00-24h00 tous les jours, y compris les samedis, dimanches et jours fériés. Des moyens supplémentaires ont été obtenus pour l'ouverture de ce circuit court (3,4 ETP médecins, 2 postes d'internes) mais tous les postes médicaux n'ont pu être pourvus (2,0 ETP pourvus seulement) pour un effectif de base de 22,9 ETP consacrés à l'activité d'urgence hospitalière. Le tri de l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA) était commun au circuit standard et au circuit court et la décision d'orientation vers le circuit court était prise par l'IOA. Le tri IOA était effectué en cinq catégories (de 1, le plus grave, à 5) [16,17]. Les patients relevant potentiellement du circuit court ont été définis comme les patients de tri de niveaux 3 à 5 (ainsi que les tris 2 pour examen de comportement et les accidents d'exposition au sang) valides, et pour lesquels on pouvait penser ne pas avoir besoin d'examen complémentaires nécessitant un délai important (biologie, scanner et autre imagerie non conventionnelle). Étaient exclus a priori du circuit court : les patients immunodéprimés, les douleurs thoraciques, les patients adressés avec une lettre de médecin traitant, les patients >75 ans, les troubles cognitifs, les motifs psychiatriques, les ivresses aiguës, les mineurs non accompagnés et les plaies à suturer. Une radiologie conventionnelle, notamment pour la traumatologie courante, était autorisée. Le personnel IOA a reçu une formation sur cette orientation en circuit court avant la mise en place de celui-ci et des mises au point régulières ont été effectuées en réunions de service.

Le recueil des données a été effectué à partir du logiciel URQUAL (Maincare, Cestas, France) avec une extraction mois par mois entre les périodes avant (du 4 novembre 2012 au 3 novembre 2013) et après (du 4 novembre 2013 au 3 novembre 2014). Le critère de jugement principal était le temps de passage en SU des patients ambulatoires, excluant les patients admis en hospitalisation [18]. En effet, le temps de passage n'a de sens et n'est considéré comme fiable que pour les patients ambulatoires [18]. Le temps de passage a été évalué par sa valeur absolue et le pourcentage de temps de passage inférieur à 4h [18]. Nous avons également recueilli le nombre de patients enregistrés, le nombre de passages (patients enregistrés et ayant eu un premier contact médical), le nombre de patients ambulatoires et hospitalisés, le nombre de patients partis sans soins, le nombre de perfusions posées, le nombre d'analyses urinaires par bandelette, le nombre d'examen complémentaires (biologie, radiologie, scanners) réalisés, le nombre d'avis spécialisés, et pour

chacun de ces examens complémentaires la proportion de patients concernés. En ce qui concerne les examens biologiques, nous avons également calculé le nombre d'examens biologiques réalisés pour les patients ayant une telle prescription, un même patient ayant habituellement plusieurs examens biologiques. La répartition des catégories de tri IOA a été également colligée. La proportion de patients hospitalisés a été rapportée au nombre de passages total et la proportion de patients partis sans soin rapportée au nombre de patients enregistrés.

Analyse statistique

Les variables sont exprimées en moyenne \pm déviation standard ou nombre (pourcentage). Les différences pour le critère de jugement principal sont accompagnées de leur intervalle de confiance à 95 % (IC95 %). La comparaison entre les deux groupes a été effectuée par analyse de variance pour mesures répétées à partir des données mensuelles pour tenir compte des variations saisonnières éventuelles. Du fait de l'augmentation tendancielle de l'activité des SU, les résultats ont été exprimés en valeurs absolues et rapportées au nombre de passage annuel. Une analyse de sensibilité a été effectuée en excluant le mois de février (hors norme dans la période avant).

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel NCSS 6.0 (Statistical Solutions Ltd., Corke, Irlande). Les comparaisons ont été effectuées en situation bilatérale et une valeur de $P < 0,05$ a été considérée comme significative.

Résultats

Le Tableau 1 montre la comparaison entre les deux périodes, avant et après l'implantation du circuit court. L'activité du SU en termes de nombre de passages enregistrés et de nombre de passages ambulatoires mensuels a significativement augmentée entre les deux périodes (respectivement +4 et +11 %). L'âge et le sexe des patients n'ont pas été modifiés entre les deux périodes et les modifications de la répartition des tris IOA ont été considérées comme marginales.

La Figure 1 montre l'évolution de la répartition du nombre de passages entre le circuit standard et le circuit court. La proportion de patients passant par le circuit court était à l'ouverture de 19 % des passages totaux et 26 % des passages ambulatoires (hospitalisations exclues) et est montée jusqu'à 23 % des passages totaux et 30 % des passages ambulatoires à la fin de la 2^e période. Le temps de passage moyen a significativement diminué (différence -70 min, IC 95 % -37 à -104 min) et la proportion de temps de passage <4h des patients ambulatoires a significativement augmenté (de 54 %

à 63 %, différence +10 %, IC95 % +6 à +14 %) entre les deux périodes (Tableau 1, Fig. 2). L'analyse de sensibilité excluant le mois de février, hors norme dans la période « avant », a conduit au même résultat avec une réduction significative du temps de passage (avant : 290 ± 21 min ; après : 232 ± 26 min ; $P < 0,001$). La proportion de patients partis sans soins a également significativement diminué (-31 %, IC 95 % -19 à -44 %, $P < 0,001$) entre les deux périodes (Tableau 1). Avec la mise en place du circuit court, il a été constaté une baisse significative des proportions de patients ayant des examens biologiques et radiologiques, sans modification significative des proportions de patients ayant nécessité la prescription de scanners, d'examens urinaires ou d'avis spécialisés. Pour les examens biologiques, le nombre d'examens biologiques par patient a également significativement diminué (Tableau 1).

En ce qui concerne le circuit court, la proportion de patients ayant nécessité un examen radiologique (24,9 %) correspond, pour la plupart des patients, à des pathologies traumatiques. En revanche, les proportions de patients ayant nécessité un examen biologique (7,0 %), une perfusion (0,6 %) ou un scanner (2,4 %) sont restées faibles, de même que la proportion de patients finalement hospitalisés (0,2 %). Le Tableau 2 montre la comparaison entre le circuit standard et le circuit court, limitée aux patients ambulatoires.

La répartition des tris IAO montre que l'orientation des patients vers le circuit court a été satisfaisante avec l'absence de tri 1 et une faible proportion de tri 2 conformément aux règles établies au préalable dans le service. De manière attendue, les proportions de tri 3 à 5 étaient plus élevées dans le circuit court que dans le circuit standard (Tableau 2).

Le temps de passage était plus court dans le circuit court et la proportion de temps de passage <4h plus élevée, par comparaison au circuit standard (Tableau 2). Cette différence persistait à niveau de tri équivalent : ainsi le temps de passage en tris 3, 4, et 5 était plus bas dans le circuit court par rapport au circuit standard (tri 3 : 134 ± 14 vs 291 ± 32 min, $P < 0,001$; tri 4 : 123 ± 19 vs 213 ± 73 min, $P < 0,001$; tri 5 : 119 ± 21 vs 234 ± 26 min, $P < 0,001$).

Discussion

Dans cette étude, nous avons montré que l'implantation d'un circuit court ouvert de 12h00 à 24h00 tous les jours a permis de diminuer significativement le temps de passage moyen des patients ambulatoires (-70 min) et d'augmenter significativement la proportion de temps de passage <4h. Par ailleurs la proportion de patients partis sans soins a également significativement diminué (-31 %). La proportion de patients passant par le circuit court est montée jusqu'à 30 % des passages ambulatoires.

Tableau 1 Comparaison des deux périodes, avant et après implantation du circuit court.				
Variabiles	Période avant (n=12)	Période après (n=12)	Variation (%)	Valeur de P
Population globale				
Nombres de patients enregistrés (n)	4787 ± 258	4987 ± 157	+4 %	<0,001
Nombre de passages ambulatoires (n)	3061 ± 108	3511 ± 156	+15 %	<0,001
Nombre d'hospitalisations (n)	733 ± 29	724 ± 33	-1 %	0,52
Proportion d'hospitalisations (%)*	17 ± 1	16 ± 1	-6 %	0,002
Nombre de partis sans soins (n)	660 ± 72	457 ± 82	-31 %	<0,001
Proportions de partis sans soins (%) [†]	14 ± 1	9 ± 1	-36 %	<0,001
Proportion d'hommes	57 ± 1	57 ± 1	0 %	0,06
Proportion de femmes	43 ± 1	43 ± 1	0 %	0,06
Âge moyen (années)	46 ± 1	46 ± 1	0 %	0,14
Population ambulatoire				
Temps de passage moyen (min)	303 ± 49	233 ± 25	-23 %	<0,001
Proportion de temps de passage < 4h	54 ± 4	63 ± 6	+17 %	<0,001
Nombre d'examen biologiques	6312 ± 319	6527 ± 484	+3 %	0,21
Proportion de patients ayant un examen biologique (%)	26,2 ± 1,4	23,0 ± 1,5	-9 %	<0,001
Nombre d'examen biologiques par patient [¶]	2,1 ± 0,1	1,9 ± 0,1	-10 %	0,002
Nombre d'examen radiologiques	2115 ± 75	2208 ± 167	+4 %	0,09
Proportion de patients ayant un examen radiologique (%)	30,8 ± 1,1	28,5 ± 1,8	-7 %	0,004
Nombre de scanners	386 ± 36	444 ± 44	+15 %	0,002
Proportion de patients ayant un scanner (%)	11,0 ± 0,7	10,4 ± 0,8	-5 %	0,05
Nombre de perfusions	267 ± 32	270 ± 30	+1 %	0,79
Proportion de patients ayant une perfusion (%)	9,1 ± 1,5	7,2 ± 0,7	-21 %	<0,001
Nombre d'analyses urinaires	799 ± 64	860 ± 64	+8 %	0,03
Proportion de patients ayant un examen urinaire (%)	20,5 ± 3,1	18,4 ± 1,5	-10 %	0,06
Nombre d'avis spécialisés	229 ± 22	273 ± 22	+19 %	<0,001
Proportion de patients ayant un avis spécialisé (%)	7,9 ± 0,5	8,2 ± 0,5	+10 %	0,002
Tri IOA (%)				
1	0,4 ± 0,1	0,4 ± 0,1	0 %	0,90
2	15,0 ± 1,2	15,5 ± 1,0	+3 %	0,29
3	49,1 ± 2,1	51,7 ± 2,4	+5 %	0,009
4	5,2 ± 1,1	4,6 ± 0,6	-12 %	0,13
5	29,7 ± 2,0	28,2 ± 1,9	-5 %	0,06
Non codé	0,1 ± 0,1	0,1 ± 0,1	0 %	0,84
Les valeurs sont des valeurs mensuelles. * : pourcentage par rapport au nombre de patients enregistrés ; † : pourcentage par rapport au nombre de passages. IOA : infirmier d'orientation et d'accueil ; ¶ : seulement pour les patients ayant nécessité un (ou plusieurs) examens biologiques.				

Nos résultats sont conformes à ceux décrits dans les études précédentes qui ont également rapporté une réduction significative du délai d'attente et de la durée de passage, et du nombre de patients partis sans soins [5-14]. Dans ces études, la réduction observée du temps de passage était comprise entre -16 min pour Considine et al. [13] et -60 min pour Kwa et al. [10] à comparer à -70 min dans notre étude (Tableau 1). La réduction du nombre de patients partis sans soins a été importante dans notre étude (de 14 à 10 %), mais l'importance de la réduction est inférieure à celle observée dans les études précédentes : réduction de 7 à 4 % dans

l'étude de Nash et al. [9] et de 5 à 2 % dans l'étude de Kwa et al. [10] et de 5 à 1 % dans l'étude de Devkaran et al. [14]. De plus, la proportion initiale de patients partis sans soins est très supérieure à celle rapportée dans les autres études, traduisant probablement un effet de surcharge de notre SU, cohérent avec un temps de passage relativement long et une proportion insuffisante de temps de passage <4h [17]. Cet effet de réduction de la proportion de patients partis sans soins pourrait être jugé accessoire depuis que l'on sait que le devenir de ces patients n'est pas associé à une surmortalité [19]. Néanmoins, cette population est également un

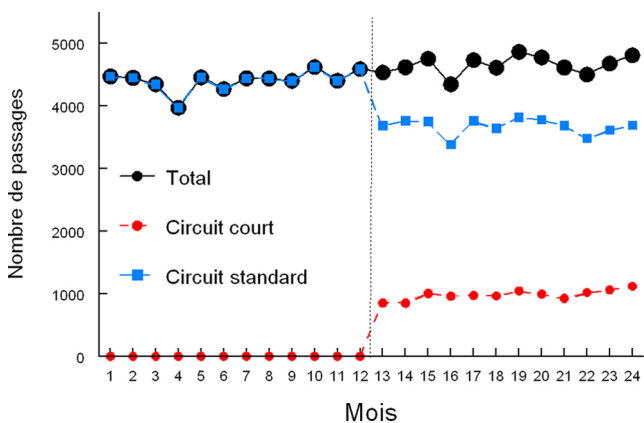
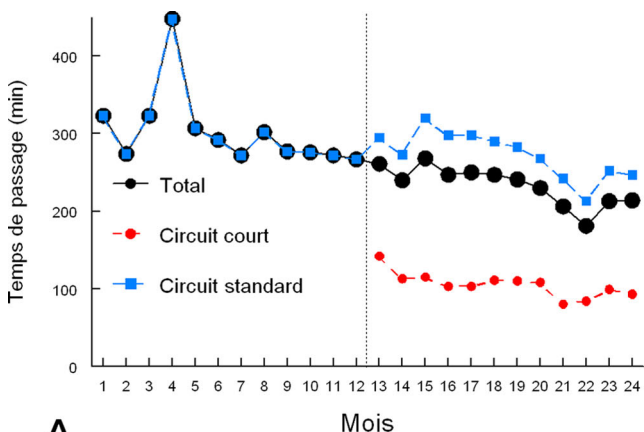
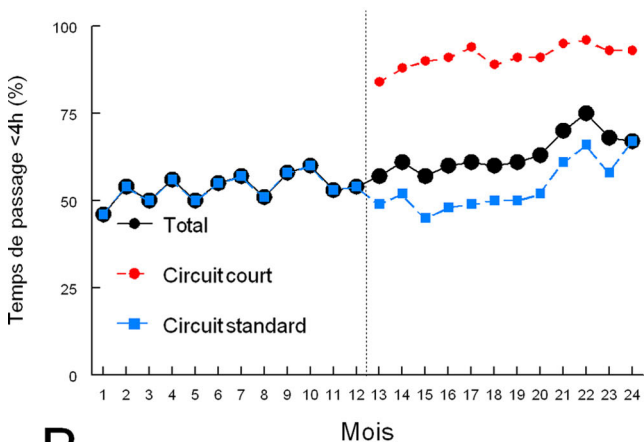


Fig. 1 Évolution du nombre total de passages, du nombre de passages par le circuit standard et le circuit court au cours des deux périodes. La ligne verticale pointillée marque l'ouverture du circuit court



A



B

Fig. 2 Évolution du temps de passages des patients ambulatoires (A) et de la proportion de temps de passage <4h (B) pour le circuit standard, le circuit court, et l'ensemble des patients au cours des deux périodes. La ligne verticale pointillée marque l'ouverture du circuit court

Tableau 2 Comparaison des populations passant par le circuit court et le circuit standard, limitée aux patients ambulatoires.

Variables	Circuit standard (n=12)	Circuit court (n=12)	Valeur de P
Nombre de passages	2572 ± 108	937 ± 85	<0,001
Proportion d'hommes (%)	56 ± 1	57 ± 2	0,32
Proportion de femmes (%)	44 ± 1	43 ± 2	0,32
Âge moyen (année)	45 ± 1	39 ± 1	<0,001
Temps de passage moyen (min)	267 ± 29	113 ± 35	<0,001
Proportion de temps de passage < 4h (%)	54 ± 7	91 ± 3	<0,001
Proportion de patients ayant un examen biologique (%)	22,9 ± 2,2	7,0 ± 0,8	<0,001
Proportion de patients ayant un examen radiologique (%)	31,1 ± 1,2	24,9 ± 1,9	<0,001
Proportion de patients ayant un scanner (%)	13,6 ± 1,0	2,4 ± 0,5	<0,001
Proportion de patients ayant une perfusion (%)	9,6 ± 1,2	0,6 ± 0,3	<0,001
Proportion de patients ayant une analyse urinaire (%)	22,9 ± 2,2	7,3 ± 1,0	<0,001
Proportion de patients ayant un avis spécialisé (%)	10,5 ± 0,8	1,6 ± 0,8	<0,001
Tri IOA (%)			
1	3,7 ± 1,0	0 ± 0	<0,001
2	18,0 ± 1,4	6,6 ± 1,1	<0,001
3	59,2 ± 1,8	31,0 ± 5,3	<0,001
4	2,2 ± 0,3	11,2 ± 2,4	<0,001
5	19,8 ± 2,1	51,2 ± 3,3	<0,001
Non codé	0,1 ± 0,1	0,0 ± 0,5	0,01

Les valeurs sont des valeurs mensuelles. IOA : infirmier d'orientation et d'accueil.

indicateur indirect de la surcharge des services d'urgence et doit être également considérée comme un indicateur indirect de la satisfaction (ou de l'insatisfaction) des patients venant consulter aux urgences. En ce sens, la proportion élevée dans notre étude (9,8 % après implantation du circuit court) doit être considérée comme un signal d'alerte quand on la compare à celle observée au Canada par exemple (4,4 %) [19]. Un autre signal d'alerte est la valeur « hors norme » du temps de passage moyen constaté en février 2014 qui correspond à une période où l'ensemble de la France voyait ses urgences débordées par un afflux de patients nécessitant une hospitalisation et un engorgement majeur de l'aval.

Cet épisode probablement désastreux en termes de perte de chance est à mettre en perspective du mouvement du 15 octobre 2013 lancé par SAMU et urgences de France [20].

Nous avons également observé un effet du circuit court sur la proportion de patients pour lesquels un examen biologique ou radiologique a été prescrit ou une perfusion mise en place. Nous avons soulevé cette hypothèse d'une réduction en supposant que l'orientation du patient vers le circuit court était susceptible, en elle-même, de diminuer la probabilité de prescription d'examen complémentaires ou de perfusion par les urgentistes, et c'est ce qui a été observé (Tableau 1). Toutefois, il s'agit d'une observation d'association et non d'une démonstration de causalité et plusieurs éléments ont pu interférer avec ce phénomène dans un sens ou dans un autre et de manière non exclusive : 1) la pression due à la surcharge du SU, particulièrement aux horaires d'ouverture du circuit court, a pu être un facteur plus déterminant pour que les urgentistes adoptent une habitude parcimonieuse de prescription ; 2) la politique continue de contrôle de certains examens complémentaires mise en place dans notre service [21] a pu contribuer, au moins partiellement, à l'effet observé. Toutefois, pour cette dernière hypothèse, elle ne s'applique qu'aux prescriptions d'examen d'hémostase, procalcitonine, CRP et NT-proBNP [21] et les autres examens biologiques, les examens radiologiques, les scanners et les perfusions n'ont pas fait l'objet d'une politique ciblée. Cependant, nous pensons que la configuration de notre circuit court (pas d'infirmière dédiée ; en cas de prescription d'un bilan biologique, une infirmière du circuit standard se détache pour prélever le patient) a été à même de pousser les médecins urgentistes à rationaliser leurs prescriptions d'examen biologiques en circuit court. Cet effet positif lié à la contrainte de prescription est du même ordre d'idée que ce que nous avons observé dans l'effet de la seniorisation de certains examens biologiques sur la réduction de leur prescription [20].

Notre objectif à l'ouverture du circuit court était de faire passer dans cette filière 20 % des passages ambulatoires et de monter progressivement jusqu'à 25 %. Cet objectif a été dépassé sur la fin de la période d'observation et nous pensons qu'un objectif de 30 % est réalisable avec une optimisation du tri et du fonctionnement du circuit court lui-même, notamment une fluidification plus importante des échanges entre circuit standard et circuit court, comme cela a déjà été suggéré [22]. Toutefois, la séparation géographique de nos deux circuits est un facteur limitant. Ce point doit probablement être pris en compte dès la conception architecturale des SU afin de faciliter l'organisation globale. Pour fonctionner de manière optimale, il doit toujours y avoir des patients en attente au circuit court et la bascule d'un patient entre le circuit court et le circuit standard doit pouvoir intervenir à tout moment et de façon rapide (attente d'un scanner, décision d'hospitalisation, ou aggravation brutale de la situation

clinique). En effet, il est illusoire de penser que le tri IOA permettra de sélectionner avec certitude uniquement des patients appropriés à celui-ci et, au contraire, il nous semble nécessaire de mettre en place les conditions permettant ce passage rapide vers le circuit standard plutôt que de restreindre l'accès au circuit court de manière trop rigoureuse. Dans ce cadre, nos premiers résultats obtenus quant aux pourcentages de patients du circuit court nécessitant un examen biologique (7 %), une perfusion (0,6 %), un scanner (2 %) ou une hospitalisation (0,2 %) nous semblent tout à fait acceptables, même si des études complémentaires permettront peut-être dans l'avenir d'améliorer ces chiffres.

Certaines limitations de notre étude méritent d'être soulignées. Cette étude est monocentrique et ne concerne que les urgences adultes et n'est donc pas forcément applicables aux SU pédiatriques ou polyvalents. Le pourcentage d'hospitalisation est inférieur à celui parfois observé dans d'autres services d'urgence adulte. Toutefois, l'efficacité du circuit court a été également montrée aux urgences pédiatriques [23,24]. Nous n'avons pas évalué la satisfaction des patients. Ici encore, plusieurs études ont montré que le circuit court améliorerait effectivement le degré de satisfaction des patients [25-27]. Enfin, notre étude montre en fait l'amélioration due à la fois à l'implantation d'un circuit court et à la mise en place d'un personnel médical supplémentaire sans qu'il soit possible de distinguer précisément ces deux effets. Ghanes et al. [28] ont montré par des techniques de modélisation l'importance du nombre de médecins par rapport aux autres facteurs pour obtenir une réduction des temps de passage. Par ailleurs, Beltramini et al. [3] ont bien souligné que la mise en place d'un circuit court n'avait de véritable sens qu'avec l'augmentation en conséquence des moyens en personnel nécessaire. Enfin, il convient de souligner que dans le cas de notre hôpital, l'augmentation naturelle du flux de patients entre 2005 et 2015 (+20 %) correspond approximativement au flux de patients maintenant pris en charge par le circuit court. On peut donc considérer que l'augmentation des moyens en personnel n'a fait que réajuster la situation par rapport à celle qui existait dix ans auparavant. Si la dotation de personnel supplémentaire est probablement responsable, autant que le circuit court, de l'amélioration du temps de passage, en revanche c'est très probablement le circuit court lui-même qui est responsable des modifications de prescriptions des examens complémentaires.

Enfin, nous n'avons pas conduit d'analyse médico-économique du circuit court, étude qui reste à conduire et pour lequel il n'y a pas de donnée disponible, à notre connaissance, dans la littérature.

En conclusion, la mise en place d'un circuit court comportant une dotation de personnel médical approprié, permet de diminuer significativement le temps de passage des patients ambulatoires et le nombre de patients partis sans soins.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- Claret PG, Bobbia X, Richard P, et al (2014) Surcharge du service des urgences: causes, conséquences et ébauches de solutions. *Ann Fr Med Urg* 4:96-105
- American College of Emergency Physicians (ACEP) (2008) Crowding (policy statement). <http://www.acep.org/practres.aspx?id=29156> (Dernier accès le 15 août 2015)
- Beltramini A, Debuc E, Pateron D (2014) L'organisation des services d'urgences: un enjeu face à la surcharge. *Ann Fr Med Urg* 4:106-15
- Ardagh MW, Wells JE, Cooper K, et al (2002) Effect of a rapid assessment clinic on the waiting time to be seen by a doctor and the time spent in the department, for patients presenting to an urban emergency department: a controlled prospective trial. *N Z Med J* 115:28-38
- Sanchez M, Smailly AJ, Grant RJ, et al (2006) Effects of a fast-track area on emergency department performance. *J Emerg Med* 31:117-20
- Rodi SW, Grau MV, Orsini CM (2006) Evaluation of a fast track unit: alignment of resources and demand results in improved satisfaction and decreased length of stay for emergency department patients. *Qual Manag Health Care* 15:163-70
- O'Brien D, Williams A, Blondell K, et al (2006) Impact of streaming "fast track" emergency department patients. *Aust Health Rev* 30:525-32
- Darrab AA, Fan J, Fernandes CM, et al (2006) How does fast track affect quality of care in the emergency department? *Eur J Emerg Med* 13:32-5
- Nash K, Zachariah B, Nitschmann J, et al (2007) Evaluation of the fast track unit of a university emergency department. *J Emerg Nurs* 33:14-20
- Kwa P, Blake D (2008) Fast track: has it changed patient care in the emergency department? *Emerg Med Australas* 20:10-5
- Ieraci S, Digiusto E, Sonntag P, et al (2008) Streaming by case complexity: evaluation of a model for emergency department fast track. *Emerg Med Australas* 20:241-9
- Copeland J, Gray A (2015) A daytime fast track improves throughput in a single physician coverage emergency department. *CJEM* 17:648-55
- Considine J, Kropman M, Kelly E, et al (2008) Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case-control study. *Emerg Med J* 25:815-9
- Devkaran S, Parsons H, Van Dyke M, et al (2009) The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: a Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emerg Med* 9:11
- Boddaert J, Cohen-Bitan J, Khiami F, et al (2014) Postoperative admission to a dedicated geriatric unit decreases mortality in elderly patients with hip fracture. *PLoS One* 9:e83795
- Hausfater P, Sauvin G, Freund Y, et al (2013) Unscheduled return visits to emergency department: consequences for triage. *Acad Emerg Med* 20:33-9
- Taboulet P, Moreira V, Haas L, et al (2009) Triage with the French emergency nurses classification in hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med* 16:61-7
- Capuano F, Lot AS, Sagnes-Raffy C, et al (2015) Factors associated with the length of stay in emergency departments in France. *Eur J Emerg Med* 22:92-8
- Guttmann A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA (2011) Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 342:d2983
- Samu et Urgences de France. Communiqué de presse du 6 octobre 2013. http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/767/cp_131006_sudf_aval_15_octobre.pdf (Dernier accès le 23 octobre 2015)
- Bonnet P, Devilliers C, Saidi K, et al (2011) Impact de la séniorisation et du rappel des bonnes indications sur la prescription d'examen d'hémostase aux urgences pour adultes. *Ann Fr Med Urg* 1:163-9
- Laker LF, Froehle CM, Lindsell CJ, Ward MJ (2014) The flex track: Flexible partitioning between low- and high-acuity areas of an emergency department. *Ann Emerg Med* 64:591-603
- Simon HK, McLario D, Daily R, et al (1996) "Fast tracking" patients in an urban pediatric emergency department. *Am J Emerg Med* 14:242-4
- Doyle SL, Kingsnorth J, Guzzetta CE, et al (2012) Outcomes of implementing rapid triage in the pediatric emergency department. *J Emerg Nurs* 38:30-5
- McCarthy ML, Ding R, Zeger SL, et al (2011) A randomized controlled trial of the effect of service delivery information on patient satisfaction in an emergency department fast track. *Acad Emerg Med* 18:674-85
- Lutze M, Ross M, Chu M, et al (2014) Patient perceptions of emergency department fast track: a prospective pilot study comparing two models of care. *Austral Emerg Nurs J* 17:112-8
- Hwang CE, Lipman GS, Kane MK (2015) Effect of an emergency department fast track on press-ganey patient satisfaction scores. *Western J Emerg Med* 36:34-8
- Ghanes K, Wargon M, Jemai Z, et al (2015) A comprehensive simulation modeling of an emergency department: A case study for simulation optimization of staffing levels. Proceedings of the 2014 Winter Simulation Conference, IEEE Press, pp. 1421-32. <http://ieeexplore.ieee.org/xpl/articleDetails.jsp?arnumber=7019996&searchWithin=%22Last%20Name%22:Wargon&newsearch=true> (Dernier accès le 10 octobre 2015)