

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Thibault de MAS LATRIE, Marine GAISNE-JOLY, Stéphanie ROUZIER, Damien VARDON

Né le 30/06/1983, 17/10/1985, 23/12/1983, 26/01/1980

Présentée et soutenue publiquement le : 27 novembre 2012

TITRE GENERAL : RECOURS SPONTANE AUX URGENCES

ARTICLE 1 : ANALYSE DES DETERMINANTS ET DES

***CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS SE
PRESENTANT AUX URGENCES, SANS AVIS MEDICAL PREALABLE***

***ARTICLE 2 : SENTIMENTS D'URGENCE ET DE GRAVITE RESSENTIS
PAR LES PATIENTS SE PRESENTANT AUX URGENCES SANS AVIS
MEDICAL PREALABLE ET COMPARAISON A L'AVIS DU MEDECIN***

Président : Monsieur le Professeur ROY Pierre Marie

Directeur : Monsieur SIX Patrick

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen

Vice doyen recherche

Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD

Pr. BAUFRETON

Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM.	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM.	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	CALEÙS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)

MM.	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LE ROLLE Nicolas	Réanimation médicale
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
Mmes	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM.	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM.	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERNY Christophe	Neurologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénérérologie
MM.	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
	ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM.	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM.	CONNAN Laurent	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
MM.	LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LOISEAU-MAINOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM.	MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur ROY Pierre Marie

Directeur de thèse :

Monsieur SIX Patrick

Membres du jury :

Monsieur SIX Patrick

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Monsieur le Docteur CAILLIEZ Eric

Madame le Docteur BOYEAU-DESMARRES Cécile

REPARTITION DU TRAVAIL

L'ensemble du travail et la rédaction de la problématique ont été effectués par les 4 cothésards.

Elaboration des questionnaires patient et urgentiste et élaboration du principe de l'étude : les 4 cothésards.

Recueil des données : - A Angers sur les deux périodes : par Marine Joly et Thibault de Mas Latrie

- A Saumur sur les deux périodes : par Stéphanie Rouzier et Damien Vardon

Analyse des données :

Réalisation du masque de saisie : Damien Vardon

Saisie des données dans le masque de saisie : répartition égale entre les 4 cothésards

Réalisation des statistiques: Damien Vardon

Lecture des résultats : - Population générale avec pédiatrie : Marine Joly
 - Population générale sans pédiatrie et questionnaire urgentiste : Thibault de Mas Latrie
 - Population incluse : Stéphanie Rouzier
 - Questionnaire patient : Damien Vardon

Travail de rédaction de l'étude :

1^{er} article :

- Introduction : Marine Joly et Thibault de Mas Latrie
- Matériel et méthode : Stéphanie Rouzier
- Résultat :
 - o Flowchart de l'étude Angers-Saumur, été-hiver et population générale : Marine Joly et Thibault de Mas Latrie
 - o Données sociologiques population générale, Angers-Saumur et été-hiver : Stéphanie Rouzier (Avec les statistiques en sous-groupe)
 - o Déterminants population générale et Angers-Saumur : Marine Joly
 - o Déterminants été-hiver : Thibault de Mas Latrie
- Discussion :
 - o Forces et biais : Thibault de Mas Latrie
 - o Population générale : Marine Joly et Stéphanie Rouzier
 - o Angers-Saumur : Marine Joly et Stéphanie Rouzier
 - o Eté-hiver : Thibault de Mas Latrie, Stéphanie Rouzier, Marine Joly
 - o Perspectives : Thibault de Mas Latrie
- Conclusion : Thibault de Mas Latrie et Stéphanie Rouzier

2^{ème} article :

Réalisation des statistiques : Damien Vardon

Matériel et méthode : reprise du travail de Stéphanie Rouzier de l'article 1, adapté à l'article 2

Rédaction de l'article (introduction, résultats, discussion) : Damien Vardon

Réalisation des annexes : Stéphanie Rouzier

REMERCIEMENTS

Merci

A Monsieur le Professeur Pierre-Marie ROY, d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez croire à l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur Patrick SIX, d'avoir dirigé cette thèse avec beaucoup de disponibilité et d'enthousiasme. Recevez nos sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ, de nous avoir confirmés dans notre problématique de thèse et d'avoir accepté d'être membre du jury.

A Monsieur le Docteur Eric CAILLEZ, d'avoir encouragé ce travail et d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

A Madame le Docteur Cécile BOYEAU, pour l'aide précieuse fournie et d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Aux équipes médicales et paramédicales des services d'urgence d'Angers et de Saumur, pour leur précieuse aide dans la phase de recueil de données.

LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide Médical de l'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : Centre d'Accueil de Permanence des Soins

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMD : Catégorie Majeure de diagnostic

CMU-c : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

HUAP : Hospital Urgencies Appropriateness Protocol

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MT : Médecin Traitant

ORL : Oto-rhino-laryngologie

SAMU : Service Aide Médicale Urgence

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUGA : Service Médical d'Urgence et de Gardes d'Angers

PLAN

REPARTITION DU TRAVAIL

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS

PLAN

1^{ER} ARTICLE : ANALYSE DES DETERMINANTS DU RECOURS ET DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS SE PRESENTANT AUX URGENCES SANS AVIS MEDICAL AU PREALABLE

INTRODUCTION

MATERIELS ET METHODES

1. PRESENTATION

2. POPULATION ETUDIEE

 2.1. Critères d'inclusion

 2.2. Critères de non inclusion

 2.3. Critères d'exclusion

3. QUESTIONNAIRE

 3.1. Elaboration du questionnaire

 3.2. Structure du questionnaire « PATIENT » (ANNEXE A)

4. LIEUX D'ETUDE

 4.1. Structure de médecine d'urgence d'Angers

 4.2. Structure de médecine d'urgence de Saumur

5. DEROULEMENT DE L'ETUDE

6. ANALYSE STATISTIQUE

RESULTATS

1. DONNEES GENERALES SUR LA POPULATION INCLUSE

 1.1. Caractéristiques socio démographiques

 1.2. Données générales sur le recours aux urgences

 1.3. Déterminants et motivations du recours aux urgences

2. COMPARAISON DES PATIENTS INCLUS SELON LE LIEU D'ETUDE

- 2.1. Caractéristiques sociodémographiques
- 2.2. Données générales sur le recours aux urgences
- 2.3. Déterminants et motivations du recours aux urgences

3. COMPARAISON DES PATIENTS INCLUS SELON LA SAISON

- 3.1. Caractéristiques sociodémographiques
- 3.2. Données générales sur le recours aux urgences
- 3.3. Déterminants et motivations du recours aux urgences

DISCUSSION

1. FORCES ET BIAIS DE L'ETUDE

2. POPULATION INCLUSE GENERALE

- 2.1. Les caractéristiques de la population incluse générale
- 2.2. Le changement des habitus et les motivations du recours aux urgences
- 2.3. Le comportement des usagers des services d'urgence

3. POPULATION INCLUSE SELON LE LIEU D'ETUDE

- 3.1. Les caractéristiques et les motivations de la population incluse
- 3.2. Le comportement des patients vis à vis de la permanence des soins

4. POPULATION INCLUSE SELON LA SAISON

- 4.1. Les caractéristiques de la population incluse
- 4.2. La variabilité de la fréquentation des services d'urgences

5. PERSPECTIVES

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

2^{EME} ARTICLE : SENTIMENTS D'URGENCE ET DE GRAVITE RESENTIS PAR LES PATIENTS SE PRESENTANT AUX URGENCES SANS AVIS MEDICAL PREALABLE, ET COMPARAISON A L'AVIS DU MEDECIN

INTRODUCTION

MATERIELS ET METHODES

1. PRESENTATION

2. POPULATION ETUDIEE

- 2.1. Critères d'inclusion
- 2.2. Critères de non-inclusion
- 2.3. Critères d'exclusion

3. QUESTIONNAIRES

4. DEROULEMENT DE L'ETUDE

5. ANALYSE STATISTIQUE

RESULTATS

1. MOTIVATIONS, RESSENTIS D'URGENCE ET DE GRAVITE DES PATIENTS SE PRESENTANT SPONTANEMENT AUX URGENCES

2. SENTIMENT D'URGENCE OU DE GRAVITE

3. DEVENIR DES PATIENTS EN FONCTION DU RESENTI DE L'URGENCE ET DE LA GRAVITE

4. COMPARAISON DU SENTIMENT DU PATIENT A L'AVIS DU MEDECIN

4.1. Comparaison de perception de gravité entre le patient et le médecin

4.2. Comparaison de perception d'urgence entre le patient et le médecin

4.3. Comparaison perception de l'urgence et de gravité

5. DEVENIR DES PATIENTS EN FONCTION DE L'AVIS DE L'URGENTISTE

6. DESCRIPTION DES PATIENTS EVALUANT LEUR PROBLEME DE SANTE COMME GRAVE OU URGENT EN CONTRADICTION AVEC L'AVIS DU MEDECIN

6.1. Caractéristiques sociodémographiques

6.2. Analyse des motivations du recours à un service d'urgence

6.3. Pathologies de ces patients

6.4. Éléments explicatifs du recours spontané aux urgences

6.5. Prise en charge diagnostique et thérapeutique

DISCUSSION

1. LES LIMITES DE L'ETUDE

2. REPONSES APPORTEES PAR L'ETUDE ET DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

**ANALYSE DES DETERMINANTS DU RECOURS ET DES
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS SE
PRESENTANT AUX URGENCES SANS AVIS MEDICAL PREALABLE**

INTRODUCTION

En France, depuis une vingtaine d'années, l'activité des services d'urgences ne cesse de croître : +43% entre 1990 et 1998 [1]. Plus récemment dans les Pays de la Loire, entre 2000 et 2005, les services d'urgences ont connu une augmentation de plus de 3 % par an du nombre de passages, qui s'est ensuite nettement accélérée en 2006 (+5,7%), ce qui correspond à un rythme bien plus élevé que l'augmentation de la population (+0,9% par an). [2]

Les causes de cette croissance sont multiples. On peut notamment citer la transformation dans le mode de consommation des soins primaires [3]. Ce changement de comportement des patients, face à la demande de soins non programmés, a fait l'objet de nombreuses études. « Les usagers témoignent d'exigences nouvelles et désirent un service disponible rapidement à toute heure, pour répondre très souvent à une inquiétude plus qu'à une urgence » [4, 5]. Les patients attendent de la médecine davantage de prestations, d'examens complémentaires que les urgences sont en mesure de leur fournir, plus facilement et plus rapidement.

D'autre part, les campagnes de sensibilisation du grand public au dépistage et à la prise en charge de certaines urgences médicales se sont multipliées ces dernières années. On observe sur internet une explosion de sites et de forums échangeant des renseignements plus ou moins vérifiés sur la médecine et la santé. Cette avalanche d'informations entretient chez certaines personnes un climat quasi permanent d'introspection. Les patients deviennent alors très inquiets au moindre signe d'alerte.

Les urgences sont devenues une préoccupation centrale, tant sur un plan politique qu'économique. Si le plan national « Urgences » [6], mis en place sur la période 2004-2008, a permis une modernisation des services d'urgence pour rendre le système de soins primaires plus efficient, le rapport Larcher en 2008 fait le constat de la précarité de la permanence des soins, avec une offre de soins largement insuffisante dans le secteur libéral [7]. La désertification médicale et la modification de la pratique de la médecine générale sont deux facteurs qui encouragent les patients à considérer les services d'urgence comme des services de consultations non programmées. Selon une enquête de la DREES, les deux tiers des patients arrivent aux urgences sans avoir recherché un avis médical préalable [8]. Mais « un recours trop important à l'hôpital pour les soins non programmés conduit à mobiliser des moyens trop coûteux » [7]. Le rapport Larcher souligne donc l'intérêt des préconisations de la mission de Jean Yves GRALL de 2007. Celle ci conseille de

redéfinir notamment les missions de l'ARS, avec la mise en place d'un dispositif institutionnel et d'un financement cohérent, afin d'établir une organisation homogène assurant la synergie de tous les acteurs [9].

Forts de ces constats, et conscients de l'enjeu actuel que représente l'organisation de notre système de soins, nous avons souhaité analyser, à l'échelle du Maine et Loire, les caractéristiques sociodémographiques et l'attitude des patients se présentant spontanément dans les services d'urgence, sans avis médical préalable. L'analyse des déterminants de cette population permettra d'émettre des hypothèses pour améliorer la prise en charge des demandes de soins non programmées. Nous avons choisi d'axer notre travail sur deux comparaisons : l'une étant géographique : y a-t-il une différence entre deux villes quant aux motivations et déterminants des patients se présentant spontanément aux urgences? Pour cela nous comparerons le service d'urgences adultes du CHU d'Angers et celui du CH de Saumur. L'autre comparaison portant sur deux périodes de l'année : hivernale hors période de vacances scolaires versus estivale pendant les vacances scolaires. Y a-t-il des différences de caractéristiques sociodémographiques et de comportements des patients en fonction de la saison ?

MATERIELS ET METHODES

1. PRESENTATION

Il s'agit d'une étude prospective multicentrique en Maine-et-Loire, réalisée dans les services d'urgence des centres hospitaliers de SAUMUR et d'ANGERS.

Le recueil des données a été réalisé sur deux périodes de sept jours, 24H sur 24, du dimanche 24 juillet 2011 au dimanche 31 juillet 2011 au cours des vacances scolaires, et du samedi 21 janvier 2012 au samedi 28 janvier 2012, hors vacances scolaires. Il n'y a volontairement pas eu de jours fériés lors de notre recueil.

Cette étude d'épidémiologie descriptive repose sur l'analyse de deux questionnaires, le premier destiné au patient et le second au médecin des urgences qui se chargera du patient. L'étude et les questionnaires ont été acceptés et validés par les chefs de service des urgences d'Angers et de Saumur.

2. POPULATION ETUDIEE

2.1. Critères d'inclusion

Tout patient francophone, homme ou femme, ayant plus de 15 ans et 3 mois, se présentant sans régulation médicale préalable aux urgences d'Angers ou de Saumur était inclus.

2.2. Critères de non inclusion

- Refus de participer à l'étude.
- Refus qu'un questionnaire soit transmis au médecin urgentiste.
- Patient adressé par un professionnel de santé (Médecin spécialiste, Médecin généraliste) ou régulé en amont par un centre d'appel médical (15, centre anti poison, service des urgences).
- Patient amené par les forces de l'ordre.
- Patient non francophone.

- Patient nécessitant des soins immédiats ou présentant un état clinique ne lui permettant pas de répondre correctement au questionnaire.
- Personnel médical ou paramédical de l'hôpital se présentant pour un accident d'exposition au sang.
- Enfant de moins de 15 ans et 3 mois.

2.3. Critères d'exclusion

- Patient ayant des critères de non inclusion retrouvés a posteriori : ayant coché la case « orienté par un professionnel de santé » à la question 1 ou la case « vous a dit au téléphone de vous y rendre impérativement » à la question 2 du questionnaire « PATIENT »
- Patient ayant coché plusieurs réponses à une question à choix unique ou dont le questionnaire « PATIENT » est incomplet.
- Patient n'ayant pas répondu aux 5 premières questions du questionnaire au moment de la consultation par le médecin urgentiste.
- Absence de l'avis de l'urgentiste sur le degré de gravité et de l'urgence du problème de santé du patient (données recueillis dans le cadre d'une seconde étude)

3. QUESTIONNAIRE

3.1. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de données issues de la littérature, notamment de l'enquête nationale réalisée en 2002 par la DRESS, et de réflexions personnelles.

Il a été testé au préalable, 24 heures aux urgences d'Angers et de Saumur, dans les mêmes conditions méthodologiques que l'enquête, afin d'apporter les modifications nécessaires à la bonne compréhension des questions et de réévaluer les critères d'inclusion, de non inclusion et d'exclusion.

3.2. Structure du questionnaire « PATIENT » (ANNEXE A)

Le questionnaire « PATIENT » comportait 11 questions à choix unique ou multiple. Ces questions permettaient de recueillir des données sur :

- Les caractéristiques sociodémographiques des patients concernés (statut professionnel, code postal du lieu de résidence, bénéficiaire de la CMU complémentaire).

- Leur fréquentation du service des urgences (nombre de consultations aux urgences les six derniers mois).
- Les circonstances du recours aux urgences : date de début des symptômes, démarches effectuées.
- Les motifs de non recours au médecin traitant.

4. LIEUX D'ETUDE

4.1. Structure de médecine d'urgence d'Angers

Angers, chef-lieu du département du Maine-et-Loire, compte 147 305 habitants au dernier recensement de 2009.

L'offre de soins du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers couvre l'ensemble des spécialités médicales, chirurgicales et biologiques. Sa capacité d'accueil est de 1449 lits répartis dans près de 60 services.

Notre étude a été réalisée au service d'accueil des urgences médico-chirurgicales adultes du CHU d'Angers. Les urgences pédiatriques sont reçues dans un bâtiment voisin.

Les patients admis aux urgences sont pris en charge par les équipes médicales du service, en collaboration avec les équipes de permanence ou de garde des différents services de spécialités du CHU.

Dans le rapport d'activité de 2011 du service des urgences adultes du CHU d'Angers, il est noté 47025 passages sur l'année (versus 44038 passages en 2010).

4.2. Structure de médecine d'urgence de Saumur

Saumur est située à 42 km au Sud-est d'Angers, dans le département de Maine-et-Loire. Cette commune compte 28 070 habitants depuis le dernier recensement de la population en 2009.

Le centre hospitalier de Saumur est équipé de 455 lits et compte différents services de médecine (Cardiologie avec une unité de soins médicaux intensifs, Gériatrie, Médecine interne, un service d'Hépato-gastro-entérologie, de Psychiatrie, de pédiatrie et de Gynécologie-obstétrique) et une unité de soins continus. Il possède également un service de chirurgie (ORL-Ophtalmologie-Obstétrique).

L'hôpital de Saumur travaille en collaboration avec la Clinique Chirurgicale de la Loire accolée à l'hôpital qui gère la plupart des interventions chirurgicales (orthopédiques, digestives et urologiques).

Le service des urgences accueille les urgences médico-chirurgicales adultes et pédiatriques. Dans le rapport d'activité de 2011 du service des urgences du CH de Saumur, il est noté 24 286 passages sur l'année dont 17 154 passages de patient âgés de plus de 18 ans (versus 22 697 passages dont 16 094 passages de patients âgés de plus de 18 ans en 2010)

5. DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'enquête s'est déroulée en quatre phases. Les équipes médicales et paramédicales du service ont préalablement été informées de l'étude et de son déroulement.

- **Première phase : Fiche « PATIENT »**

La première phase consistait à répertorier tous les patients admis aux urgences dans le but de s'assurer de l'exhaustivité du recueil.

Pour chaque patient admis aux urgences, une fiche devait être remplie par l'enquêteur avec l'identité (l'étiquette) et l'heure d'arrivée du patient (ANNEXE C). Un numéro lui était ensuite attribué.

L'enquêteur vérifiait les critères d'inclusion et de non inclusion auprès du patient et les indiquait sur sa fiche. Pour chaque patient inclus, l'étiquette du patient ainsi que le numéro correspondant était reporté sur le questionnaire « PATIENT ».

- **Deuxième phase : Distribution et récupération du questionnaire « PATIENT »**

Chaque patient répondant aux critères d'inclusion recevait dès son arrivée aux urgences, un questionnaire à remplir, après avoir été informé des objectifs de l'enquête et de leur droit de refuser de répondre au questionnaire.

Afin d'éviter les biais de réponses, le patient ou la personne accompagnant un patient mineur devait répondre au moins aux cinq premières questions du questionnaire avant de voir le médecin des urgences. Dans le cas contraire, ce patient était exclu de l'étude. Le questionnaire était ensuite récupéré par l'enquêteur qui vérifiait l'exhaustivité des réponses et demandait si besoin au patient de compléter le questionnaire.

- **Troisième phase** : Etude rétrospective des dossiers des patients inclus

Pour chaque patient inclus, l'enquêteur devait recueillir les données suivantes dans le dossier du patient:

- Le diagnostic principal a été classé en CMD par le soin des enquêteurs sans utiliser de « groupeur » mais en se référant au Manuel des groupes homogènes de malades - Version 11d applicable depuis le 1er mars 2012 (ANNEXE E).
- Son orientation (hospitalisation ou non).
- La CCMU modifiée. (ANNEXE D)

Il devait également vérifier l'exhaustivité du recueil en confrontant le nombre de fiches « PATIENT » remplies au nombre de patients admis aux urgences

- **Quatrième phase** : Analyse des données

Une première analyse a été réalisée dans la population des patients répondant aux critères d'inclusion. Une deuxième analyse portait sur les données de cette même population répartie en 3 sous-groupes correspondant aux motifs de recours : traumatologique, somatique et psychiatrique.

Les analyses croisées réalisées comparaient les données du CHU d'Angers avec celles du CH de Saumur et les données de la période estivale avec celles de la période hivernale.

6. ANALYSE STATISTIQUE

La saisie des données, comportant l'ensemble des réponses aux questionnaires ainsi que les données recueillies dans les dossiers, a été réalisée grâce au logiciel Microsoft Excel. La correspondance identité/numéro a été conservée dans une base de données à part, qui a été supprimée dès que l'analyse des données a été terminée, permettant d'obtenir une base de données anonyme.

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel XL-stat. Les résultats ont été exprimés sous forme de moyenne \pm déviation standard (pour les variables quantitatives) ou de pourcentage \pm déviation standard (pour les variables qualitatives).

L'analyse statistique a fait appel au test du chi² de Pearson et au test exact de Fisher pour les variables qualitatives. Des tests de concordance de kappa ont été utilisés pour comparer l'avis du patient à l'analyse du médecin. Les tests T de Student et ANOVA ont été utilisés pour les comparaisons de moyennes et l'analyse de variances. Le seuil de significativité était fixé à 0.05.

RESULTATS

1. DONNEES GENERALES SUR LA POPULATION INCLUSE

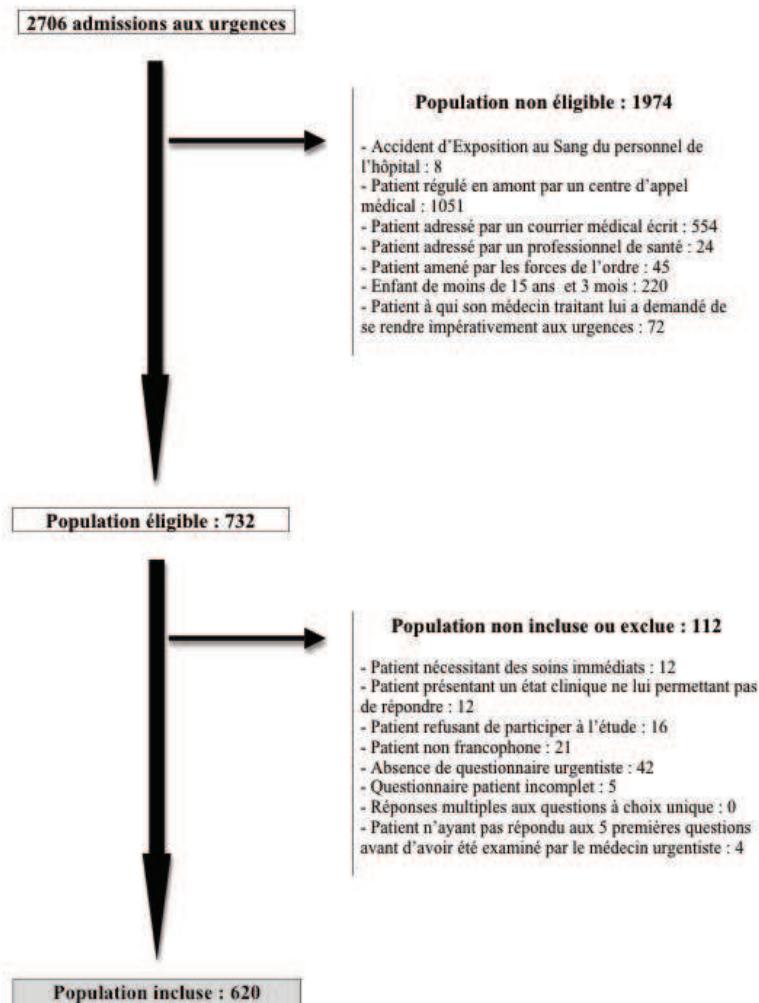


Figure 1 : Flowchart de la population étudiée

620 patients ont été inclus dans cette étude, soit 22.9% des patients ayant transité par les services d'urgence d'Angers et de Saumur sur les deux semaines de recueil.

1.1. Caractéristiques socio démographiques

Les caractéristiques sociodémographiques de la population incluse et selon le motif de venue sont présentées dans le tableau 1.

L'analyse des données recueillies a révélé qu'il s'agissait pour l'essentiel de patients de sexe masculin (sex ratio H/F=1.4), jeunes (75.6% des patients ont moins de 50 ans), plutôt actifs (60.2%) et qui venaient consulter principalement pour un problème d'ordre traumatologique (51.6%).

La population considérée comme inactive réunissait les patients retraités, les élèves et les étudiants, ainsi que les patients sans activité professionnelle.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population incluse et selon le motif de venue

	Patients inclus (n=620)		Traumatologique (n=320)		Somatique (n=281)		Psychiatrie (n=19)		p
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Age	$37,8 \text{ ans} \pm 18,6$		$35,6 \text{ ans} \pm 17,0$		$40,3 \text{ ans} \pm 20,1$		$36,8 \text{ ans} \pm 16,5$		
15-19 ans	106	17,1	61	19,1	43	15,3	2	10,5	
20-29 ans	161	26,0	86	26,9	69	24,6	6	31,6	
30-39 ans	118	19,0	70	21,9	43	15,3	5	26,3	
40-49 ans	84	13,5	40	12,5	43	15,3	1	5,3	
50-59 ans	60	9,7	29	9,1	29	10,3	2	10,5	
60-69 ans	38	6,1	18	5,6	18	6,4	2	10,5	
70-79 ans	32	5,2	8	2,5	23	8,2	1	5,3	
Plus de 80 ans	21	3,4	8	2,5	13	4,6	0	0,0	
Sexe									
Hommes	364	58,7	212	66,2	140	49,8	12	63,2	
Femmes	256	41,3	108	33,7	141	50,2	7	36,8	< 0,001
Catégories socioprofessionnelles									
Exploitants agricoles	8	1,3	5	1,6	3	1,0	0	0,0	
Artisans	26	4,2	13	4,1	12	4,3	1	5,3	
Cadres	39	6,3	18	5,6	20	7,1	1	5,3	
Employés	137	22,1	23	7,2	16	5,7	1	5,3	
Ouvriers	123	19,8	75	23,4	59	21,0	3	15,8	
Professions intermédiaires	40	6,5	82	25,6	40	14,2	1	5,3	
Retraités	93	15,0	37	11,6	53	18,9	3	15,8	
Sans Profession	83	13,4	36	11,2	41	14,6	6	31,6	
Elèves/Étudiants	71	11,5	31	9,7	37	13,2	3	15,8	
Lieu de résidence									
Angers/Saumur	260	41,9	125	39,1	124	44,1	11	57,9	
< 10 Km	37	6,0	28	8,7	9	3,2	0	0,0	
Entre 10 et 30 Km	167	26,9	86	26,9	78	27,8	3	15,8	
> 30 Km	90	14,5	46	14,4	39	13,9	5	26,3	
Autre région	57	9,2	30	9,4	27	9,6	0	0,0	
Non renseigné	9	1,5	5	1,5	4	1,4	0	0,0	
CMU complémentaire									
Oui	85	13,7	40	12,5	40	14,2	5	26,3	
Non	535	86,3	280	87,5	241	85,8	14	73,7	0,22*
Lieu de recueil									
Angers	379	61,1	197	61,6	169	60,1	13	68,4	
Saumur	241	38,9	123	38,4	112	39,9	6	31,6	0,75*

* non significatifs

1.2. Données générales sur le recours aux urgences

1.2.1. Moment du recours

Les données sur le moment du recours aux urgences de la population incluse et selon le motif de venue sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Moment du recours aux urgences de la population incluse et selon le motif de venue

Patients inclus (n=620)		Traumatologique (n=320)		Somatique (n=281)		Psychiatrie (n=19)		p
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Saison								
Hiver	263	42,4	135	42,2	117	41,6	11	57,9
Été	357	57,6	185	57,8	164	58,4	8	42,1
Jour								
Lundi	84	13,5	46	14,4	37	13,2	1	5,3
Mardi	58	9,4	32	10,0	25	8,9	1	5,3
Mercredi	72	11,6	38	11,9	31	11,0	3	15,8
Jeudi	76	12,3	34	10,6	41	14,6	1	5,3
Vendredi	89	14,4	45	14,1	41	14,6	3	15,8
Samedi	113	18,2	51	15,9	57	20,3	5	26,3
Dimanche	128	20,6	74	23,1	49	17,4	5	26,3
Heure d'arrivée								
1h-4h	44	7,1	18	5,6	25	8,9	1	5,3
5h-8h	42	6,8	10	3,1	31	11,0	1	5,3
9h-12h	160	25,8	80	25,0	76	27,1	4	21,0
13h-16h	154	24,8	93	29,1	55	19,6	6	31,6
17h-20h	111	17,9	61	19,1	47	16,7	3	15,8
21h-24h	109	17,6	58	18,1	47	16,7	4	21
Période semaine								
Semaine	400	64,5	204	63,7	186	66,2	10	52,6
Week-end	220	35,5	116	36,3	95	33,8	9	47,4
Horaire de garde								
Oui	350	56,5	175	54,7	163	58,0	12	63,2
Non	270	43,5	145	45,3	118	42,0	7	36,8

* Non significatif

Heures d'arrivée aux urgences : la journée, le passage aux urgences était relativement constant entre 9h et 22h avec des pics d'affluence à 10h (6.5%), 12h (7.9%), 15h (7.6%) et 21h (6.1%). A partir de minuit, la fréquentation des urgences diminuait progressivement pour arriver au taux le plus bas à 6h le matin (0.8%) avant de remonter progressivement. Les patients de moins de 40 ans venaient majoritairement l'après-midi, voire en soirée, alors qu'au-delà de cet âge, la tendance était plutôt de venir en fin de matinée, ou en début d'après-midi et très peu entre 1h et 6h le matin (63.8% de patients de plus de 40 ans venant entre 9 et 16h versus 41.5% de patients de moins de 40 ans, $p<0.001$). Cette tendance était d'autant plus flagrante chez les patients de plus de 70 ans, qui ne venaient quasiment pas entre 18h et 8h le matin.

En semaine, les patients venaient majoritairement le matin entre 9h et 12h, en début d'après-midi entre 14h et 16h et en soirée entre 20h et 22h. C'est à 10h que le taux de passage était le plus haut (8.5%). En revanche, le week-end les patients fréquentaient les urgences plutôt l'après-midi entre 12h et 20h et surtout entre 12h et 17h. Le taux de passage le plus haut était atteint à 15h (10.9%). L'affluence aux urgences était significativement plus élevée le matin de 1h à 12h et en soirée de 19h à minuit en semaine alors qu'elle était plus élevée le week-end de 13 à 18h (74.5% patients venant entre 19h et 12h le lendemain en semaine versus 51.8% le week-end, $p<0.001$).

Horaire de garde : Le terme « horaire de garde » désigne les heures et jours où les cabinets libéraux sont habituellement fermés, c'est-à-dire du samedi midi au lundi matin 8h, de 20h à 8h pour les jours ouvrés, et les jours fériés.

Les patients inclus pendant les horaires de garde étaient significativement plus nombreux que les patients venant en dehors des horaires de garde, à penser que leur problème de santé aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste (42.9% versus 34.1%, $p=0.03$). Ces patients fréquentaient majoritairement les urgences pour un problème de santé apparu dans les 24 dernières heures (70.9% versus 60.4% en dehors des horaires de garde, $p=0.006$), en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux (55.2% versus 12.7% en dehors des horaires de garde, $p<0.001$).

1.2.2. Circonstances du recours aux urgences

Les données générales sur le recours aux urgences de la population incluse et selon le motif de venue sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Données générales sur le recours aux urgences de la population incluse et selon le motif de venue

	Patients inclus (n=620)		Traumatologique (n=320)		Somatique (n=281)		Psychiatrie (n=19)		p
Motif	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Motif									
Somatique	281	45,3							
Traumatologique	320	51,6							
Psychiatrique	19	3,1							
Délai entre l'apparition du problème de santé et l'admission aux urgences									
< 24h	411	66,3	259	80,9	145	51,6	7	36,9	< 0,001 (si <
Entre 24 et 48h	53	8,5	27	8,5	23	8,2	2	10,5	24h versus
> 48h	156	25,2	34	10,6	113	40,2	10	52,6	> 24h)
Le médecin traitant a-t-il été appelé avant la venue aux urgences?									
Oui	65	10,5	21	6,6	43	15,3	1	5,3	
Non	555	89,5	299	93,4	238	84,7	18	94,7	0,002
CCMU modifiée									
CCMU 1	119	19,2	57	17,8	62	22,1	0	0,0	
CCMU 2	429	69,2	252	78,8	177	63,0	0	0,0	< 0,001
CCMU 3	42	6,8	10	3,1	32	11,4	0	0,0	(hors CCMU
CCMU 4	5	0,8	1	0,3	4	1,4	0	0,0	5, données
CCMU 5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	manquantes
CCMU P	23	3,7	0	0,0	4	1,4	19	100	et
Données manquantes	2	0,3	0	0,0	2	0,7	0	0,0	psychiatrie)
Nombre de recours spontané aux urgences dans les 6 derniers mois									
0	480	77,4	260	81,3	208	74,0	12	63,2	0,03 si 0
1	79	12,8	35	10,9	41	14,6	3	15,8	recours
2 et plus	61	9,8	25	7,8	32	11,4	4	21,0	versus >1

* Non significatif

Le diagnostic des patients a été majoritairement classé en CMD 8 (40.2%) ou CMD 9 (18.4%).

1.3. Déterminants et motivations du recours aux urgences

Les déterminants du recours aux urgences de la population incluse et selon le motif de venue sont présentés dans les tableaux 4, 5 et 6.

Tableau 4 : Déterminants du recours aux urgences de la population incluse

Oui, vous avez essayé de contacter votre médecin traitant, mais vous vous présentez ce jour aux urgences car :	Patients inclus (n=65)	
	Nombre	%
Médecin injoignable et/ou en congé et n'est pas remplacé	37	56,9
MT absent et souhaite de ne pas consulter son remplaçant	6	9,2
Délai de prise en charge trop longs du MT	20	30,8
Proposition d'heures de rendez-vous incompatibles avec vos obligations de vie	0	0,0
Rendez-vous fixé mais aggravation du problème de santé	12	18,5
Non, vous n'avez pas contacté votre médecin traitant et vous vous présentez ce jour aux urgences car :	Patients inclus (n=555)	
	Nombre	%
Vous n'avez pas de médecin traitant	38	6,8
Vous voulez une prise en charge immédiate pour soulager vos symptômes	318	57,3
Vous voulez bénéficier d'un plateau technique plus complet (radio,...)	174	31,3
Votre problème de santé est apparu en dehors des heures d'ouverture du cabinet médical	209	37,7
Vous êtes loin de votre lieu de résidence et donc de votre MT	61	11,0
Vous savez que votre MT est absent et non remplacé	30	5,4
Votre MT est absent et vous ne souhaitez pas consulter son remplaçant	12	2,2
Vous voulez un avis autre que celui de votre médecin habituel	30	5,4
L'accès aux soins y est plus facile (présence permanente d'un médecin)	114	20,5

Tableau 5 : Déterminants du recours aux urgences selon le motif de venue

Oui, vous avez essayé de contacter votre médecin traitant, mais vous vous présentez ce jour aux urgences car :	Traumatologique (n=21)		Somatique (n=43)		Psychiatrie (n=1)		p
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Médecin injoignable et/ou en congé et n'est pas remplacé	13	61,9	23	53,5	1	100	0,51*
MT absent et souhaite de ne pas consulter son remplaçant	3	14,3	3	7,0	0	0,0	0,45*
Délai de prise en charge trop longs du MT	7	33,3	13	30,2	0	0,0	0,85*
Proposition d'heures de rendez-vous incompatibles avec vos obligations de vie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Rendez-vous fixé mais aggravation du problème de santé	0	0,0	12	27,9	0	0,0	0,01
Non, vous n'avez pas contacté votre médecin traitant et vous vous présentez ce jour aux urgences car :	Traumatologique (n=299)		Somatique (n=238)		Psychiatrie (n=18)		p
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Vous n'avez pas de médecin traitant	17	5,7	20	8,4	1	5,5	0,40*
Vous voulez une prise en charge immédiate pour soulager vos symptômes	155	51,8	155	65,1	8	44,4	0,007
Vous voulez bénéficier d'un plateau technique plus complet (radio,...)	105	35,1	64	26,9	5	27,8	0,10* (0,03 si traumato vs le reste)
Votre problème de santé est apparu en dehors des heures d'ouverture du cabinet médical	101	33,8	101	42,4	7	38,9	0,12* (0,04 si traumato vs le reste)
Vous êtes loin de votre lieu de résidence et donc de votre MT	33	11,0	26	10,9	2	11,1	
Vous savez que votre MT est absent et non remplacé	16	5,3	14	5,9	0	0,0	0,78*
Votre MT est absent et vous ne souhaitez pas consulter son remplaçant	8	2,7	3	1,3	1	5,5	0,20*
Vous voulez un avis autre que celui de votre médecin habituel	5	1,7	24	10,1	1	5,5	< 0,001
L'accès aux soins y est plus facile (présence permanente d'un médecin)	62	20,7	48	20,2	4	22,2	0,92*

* Non significatif

Tableau 6 : Déterminants économiques du recours aux urgences et avis du patient sur la prise en charge possible par un médecin généraliste de la population incluse et selon le motif de venue

	Patients inclus (n=620)		Traumatologique (n=320)		Somatique (n=281)		Psychiatrie (n=19)		p
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
L'absence d'avance de frais aux urgences est-elle une des raisons pour laquelle vous êtes venus aux urgences?									
Oui	95	15,3	52	16,3	38	13,5	5	26,3	0,24*
Non	525	84,7	268	83,7	243	86,5	14	73,7	
Pensez vous que votre problème de santé aurait pu être pris en charge par un cabinet de médecin généraliste?									
Oui	242	39,0	108	33,7	128	45,6	6	31,6	0,01
Non	378	61,0	212	66,3	153	54,4	13	68,4	

* Non significatif

2. COMPARAISON DES PATIENTS INCLUS SELON LE LIEU D'ETUDE

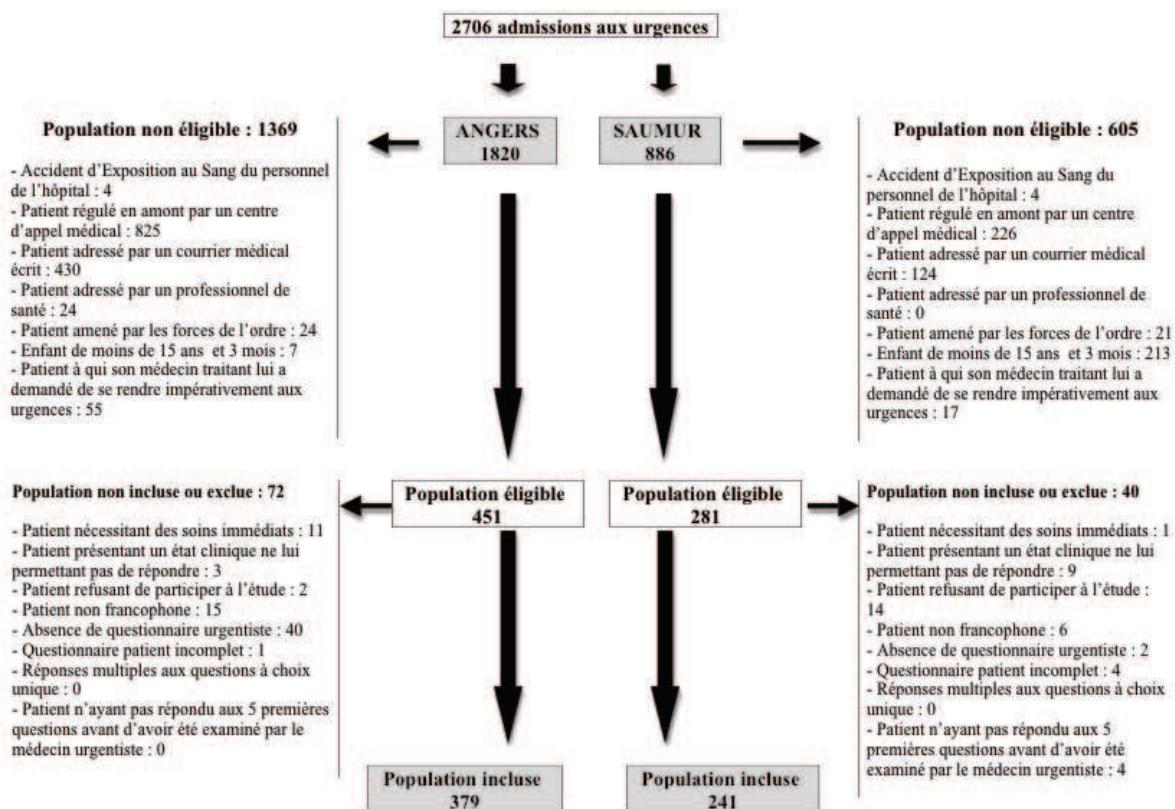


Figure 2 : Flowchart de la population selon le lieu d'étude

Parmi les 620 patients inclus, 61,1% patients ont été inclus à Angers et 38,9% l'ont été à Saumur. Rapporté à la totalité des passages de chaque site : il y a eu 20,8% d'inclus à Angers contre 27,2% à Saumur ($p<0,001$).

2.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques de la population incluse à Angers et Saumur sont présentées dans le tableau 7.

Tableau 7 : Caractéristiques sociodémographiques de la population incluse à Angers et Saumur

	Angers (n=379)		Saumur (n=241)		p
	Nombre	%	Nombre	%	
Age	36,2 ans ± 17,0		40,3 ans ± 20,6		0,007
15-19 ans	63	16,6	43	17,8	
20-29 ans	109	28,8	52	21,6	
30-39 ans	72	19,0	46	19,1	0,02 (= 0,002 en
40-49 ans	59	15,6	25	10,4	regroupant la population
50-59 ans	34	9,0	26	10,8	de plus et moins de 50
60-69 ans	20	5,3	18	7,5	ans)
70-79 ans	15	4,0	17	7,1	
Plus de 80 ans	7	1,9	14	5,8	
Sexe					
Hommes	233	61,5	131	54,4	
Femmes	146	38,5	110	45,6	0.08*
Catégories socioprofessionnelles					
Exploitants agricoles	5	1,4	3	1,2	
Artisans	17	4,5	9	3,7	
Cadres	26	6,9	13	5,4	
Employés	80	21,1	57	23,7	0,02 si regroupement
Ouvriers	76	20,1	47	19,5	Actifs/ Retraités / Elèves
Professions intermédiaires	28	7,4	12	5,0	+ Sans profession
Retraités	45	11,9	48	19,9	
Sans Profession	55	14,5	28	11,6	
Elèves/Étudiants	47	12,4	24	10,0	
Lieu de résidence					
Angers/Saumur	160	42,2	100	41,5	
< 10 Km	18	4,8	19	7,9	
Entre 10 et 30 Km	77	20,3	90	37,3	< 0,001 hors "Non
> 30 Km	77	20,3	13	5,4	renseigné"
Autre région	38	10,0	19	7,9	
Non renseigné	9	2,4	0	0,0	
CMU complémentaire					
Oui	55	14,5	30	12,4	
Non	324	85,5	211	87,6	0.47*

* Non significatif

2.2. Données générales sur le recours aux urgences

2.2.1. Moment du recours

Les données sur le moment du recours de la population incluse à Angers et Saumur sont présentées dans le tableau 8.

Tableau 8 : Moment du recours aux urgences de la population incluse à Angers et Saumur

	Angers (n=379)		Saumur (n=241)		p
	Nombre	%	Nombre	%	
Saison					
Hiver	169	44,6	94	39,0	
Été	210	55,4	147	61,0	0.17*
Jour					
Lundi	49	12,9	35	14,5	
Mardi	35	9,2	23	9,5	
Mercredi	53	14,0	19	7,9	
Jeudi	50	13,2	26	10,8	0.04
Vendredi	47	12,4	42	17,4	
Samedi	60	15,8	53	22,0	
Dimanche	85	22,4	43	17,8	
Heure d'arrivée					
1h-4h	31	8,2	13	5,4	
5h-8h	34	9,0	8	3,3	
9h-12h	98	25,9	62	25,7	0.04 (0,003 si regroupement 1h-8h et 9h-minuit)
13h-16h	85	22,4	69	28,6	
17h-20h	68	17,9	43	17,9	
21h-24h	63	16,6	46	19,1	
Période semaine					
Semaine	242	63,9	158	65,6	
Week-end	137	36,1	83	34,4	0.66*
Horaire de garde					
Oui	217	57,3	133	55,2	
Non	162	42,7	108	44,8	0,61*

* Non significatif

Le passage aux urgences était significativement plus important à Angers entre 1h et 8h par rapport à Saumur (17.2% versus 8.7%, p=0.003).

2.2.2. Circonstances du recours aux urgences

Les données générales sur le recours aux urgences de la population incluse à Angers et à Saumur sont présentées dans le tableau 9.

Une grande partie des patients inclus à Angers et Saumur ont eu un diagnostic qui a été classé CMD 8 (42.5% et 36.5% respectivement) et CMD 9 (16.6% et 21.2% respectivement).

Tableau 9 : Données générales sur le recours aux urgences de la population incluse à Angers et à Saumur

	Angers (n=379)		Saumur (n=241)		p
Motif	Nombre	%	Nombre	%	
Somatique	169	44,6	112	46,5	
Traumatologique	197	52,0	123	51,0	0,75*
Psychiatrique	13	3,4	6	2,5	
Délai entre l'apparition du problème de santé et l'admission aux urgences					
< 24h	249	65,7	162	67,2	
Entre 24 et 48h	32	8,4	21	8,7	0,88*
> 48h	98	25,9	58	24,1	
Le médecin traitant a-t-il été appelé avant la venue aux urgences?					
Oui	43	11,3	22	9,1	
Non	336	88,7	219	90,9	0,38*
CCMU modifiée					
CCMU 1	79	20,8	40	16,6	
CCMU 2	251	66,3	178	73,9	
CCMU 3	28	7,4	14	5,8	
CCMU 4	3	0,8	2	0,8	0,44* (hors données manquantes et CCMU 5)
CCMU 5	0	0,0	0	0,0	
CCMU P	16	4,2	7	2,9	
Données manquantes	2	0,5	0	0,0	
Nombre de recours spontané aux urgences dans les 6 derniers mois					
0	298	78,6	182	75,5	
1	48	12,7	31	12,9	0,48*
2 et plus	33	8,7	28	11,6	

* Non significatif

2.3. Déterminants et motivations du recours aux urgences

Tableau 10 : Déterminants du recours aux urgences de la population incluse à Angers et Saumur

Oui, vous avez essayé de contacter votre médecin traitant, mais vous vous présentez ce jour aux urgences car :	Angers (n=43)		Saumur (n=22)		p
	Nombre	%	Nombre	%	
Médecin injoignable et/ou en congé et n'est pas remplacé	25	58,1	12	54,5	0,99*
MT absent et souhaite de ne pas consulter son remplaçant	6	13,9	0	0,0	0,17*
Délai de prise en charge trop longs du MT	15	34,9	5	22,7	0,34*
Proposition d'heures de rendez-vous incompatibles avec vos obligations de vie	0	0,0	0	0,0	
Rendez-vous fixé mais aggravation du problème de santé	8	18,6	4	18,2	
Non, vous n'avez pas contacté votre médecin traitant et vous vous présentez ce jour aux urgences car :	Angers (n=336)		Saumur (n=219)		p
	Nombre	%	Nombre	%	
Vous n'avez pas de médecin traitant	28	8,3	10	4,6	0,09*
Vous voulez une prise en charge immédiate pour soulager vos symptômes	171	50,9	147	67,1	< 0,001
Vous voulez bénéficier d'un plateau technique plus complet (radio,...)	88	26,2	86	39,3	< 0,001
Votre problème de santé est apparu en dehors des heures d'ouverture du cabinet médical	116	34,5	93	42,5	0,06*
Vous êtes loin de votre lieu de résidence et donc de votre MT	39	11,6	22	10,0	0,56*
Vous savez que votre MT est absent et non remplacé	11	3,3	19	8,7	0,006
Votre MT est absent et vous ne souhaitez pas consulter son remplaçant	7	2,1	5	2,3	
Vous voulez un avis autre que celui de votre médecin habituel	18	5,4	12	5,5	0,94*
L'accès aux soins y est plus facile (présence permanente d'un médecin)	43	12,8	71	32,4	< 0,001

* Non significatif

Tableau 11 : Déterminants économiques du recours aux urgences et avis du patient sur la prise en charge possible par un médecin généraliste de la population incluse à Angers et Saumur

Angers (n=379)		Saumur (n=241)		p
Nombre	%	Nombre	%	
L'absence d'avance de frais aux urgences est-elle une des raisons pour laquelle vous êtes venus aux urgences?				
Oui	83	21,9	12	5,0
Non	296	78,1	229	95,0
Pensez-vous que votre problème de santé aurait pu être pris en charge par un cabinet de médecin généraliste?				
Oui	150	39,6	92	38,2
Non	229	60,4	149	61,8

* Non significatif

Les déterminants du recours aux urgences de la population incluse à Angers et Saumur sont présentés dans les tableaux 10 et 11.

3. COMPARAISON DES PATIENTS INCLUS SELON LA SAISON

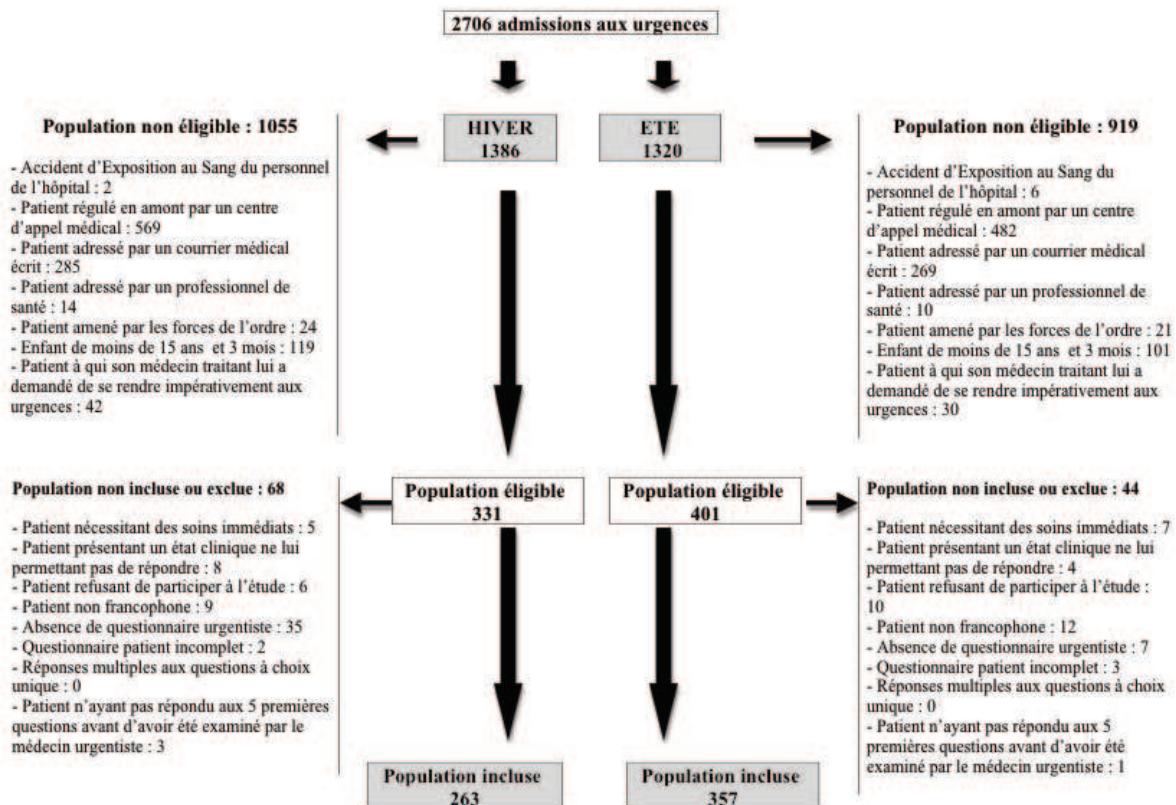


Figure 3 : Flowchart de la population selon le lieu d'étude

Parmi les 620 patients inclus, 57.6% patients ont été inclus l'été pendant les vacances scolaires et 42.4% l'hiver en dehors des vacances scolaires. Rapporté aux passages totaux, on compte 19.0% d'inclus l'hiver contre 27.0% l'été ($p<0.001$).

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques de la population incluse en été et en hiver sont présentées dans le tableau 12.

Tableau 12 : Caractéristiques sociodémographiques de la population incluse en été et en hiver

	Hiver (n=263)		Eté (n=357)		p
	Nombre	%	Nombre	%	
Age	35,7 ans ± 18,0		39,3 ans ± 18,8		0,01
15-19 ans	58	22,1	48	13,4	
20-29 ans	70	26,6	91	25,5	
30-39 ans	47	17,9	71	19,9	0.16*
40-49 ans	34	12,9	50	14,0	(= 0,02 en regroupant la
50-59 ans	21	8,0	39	10,9	population de plus et
60-69 ans	14	5,3	24	6,7	moins de 30 ans)
70-79 ans	10	3,8	22	6,2	
Plus de 80 ans	9	3,4	12	3,4	
Sexe					
Hommes	148	56,3	216	60,5	
Femmes	115	43,7	141	39,5	0.29*
Catégories socioprofessionnelles					
Exploitants agricoles	3	1,1	5	1,4	
Artisans	10	3,8	16	4,5	
Cadres	12	4,6	27	7,6	
Employés	59	22,4	78	21,8	< 0,001 si regroupement
Ouvriers	41	15,6	82	23,0	Actifs/ Retraités / Elèves
Professions intermédiaires	19	7,2	21	5,9	+ Sans profession et
Retraités	32	12,2	61	17,1	0,02 si Actifs versus
Sans Profession	45	17,1	38	10,6	Inactifs
Elèves/Etudiants	42	16,0	29	8,1	
Lieu de résidence					
Angers/Saumur	126	47,9	134	37,5	
< 10 Km	18	6,8	19	5,3	0,003 hors "Non
Entre 10 et 30 Km	71	27,0	96	26,9	renseigné" (< 0,001 si
> 30 Km	33	12,6	57	16,0	regroupement Autres
Autre région	12	4,6	45	12,6	régions versus le reste,
Non renseigné	3	1,1	6	1,7	hors "Non renseigné")
CMU complémentaire					
Oui	40	15,2	45	12,6	
Non	223	84,8	312	87,4	0.35*
Lieu de recueil					
Angers	169	64,3	210	58,8	
Saumur	94	35,7	147	41,2	0,17*

* Non significatif

Parmi les patients inactifs, les étudiants et les patients sans profession étaient significativement plus nombreux l'hiver, alors que le taux de patients retraités était plus élevé l'été ($p<0.001$). Parmi les patients actifs, la proportion de cadres, d'ouvriers, d'exploitants agricoles et d'artisans était significativement plus élevée l'été que l'hiver, contrairement aux employés et aux professions intermédiaires ($p=0.01$).

Lorsque l'on regroupe les patients ayant répondu que leur médecin traitant était absent parmi ceux ayant tenté de le joindre et ceux qui se sont abstenus, on s'aperçoit que ceux-ci fréquentaient significativement plus les urgences l'été parce que leur médecin traitant était injoignable et/ou en congé (12.9% versus 7.8% l'hiver, $p=0.04$).

3.2. Données générales sur le recours aux urgences

3.2.1. Moment du recours

Les données sur le moment du recours de la population incluse l'été et l'hiver sont présentées dans le tableau 13.

Tableau 13 : Moment du recours aux urgences de la population incluse l'été et l'hiver

	Hiver (n=263)		Eté (n=357)		p
	Nombre	%	Nombre	%	
Jour					
Lundi	29	11,0	55	15,4	0,03
Mardi	23	8,7	35	9,8	
Mercredi	24	9,1	48	13,4	
Jeudi	25	9,5	51	14,3	
Vendredi	44	16,7	45	12,6	
Samedi	55	20,9	58	16,2	
Dimanche	63	24,0	65	18,2	
Heure d'arrivée					
1h-4h	19	7,2	25	7	< 0,001
5h-8h	27	10,3	15	4,2	
9h-12h	69	26,2	91	25,5	
13h-16h	72	27,4	82	23,0	
17h-20h	49	18,6	62	17,4	
21h-24h	27	10,3	82	23,0	
Période semaine					
Semaine	150	57,0	250	70,0	0,001
Week-end	113	43,0	107	30,0	
Horaire de garde					
Oui	153	58,2	197	55,2	0,46*
Non	110	41,8	160	44,8	

* Non significatif

On comptait en moyenne 22.4% inclus par jour le week-end l'hiver versus 17.2% l'été. En revanche, le taux d'admission aux urgences la semaine était plus élevé l'été que l'hiver, avec en moyenne 13.1% inclus par jour la semaine l'été versus 11% l'hiver. Le taux de passage aux urgences l'été était plutôt stable tout au long de la semaine. En hiver on observait une nette différence entre le taux moyen d'inclus par jour la semaine et le taux moyen d'inclus par jour du week-end, où il s'accroissait (11% versus 22.4%) (Figure 4).

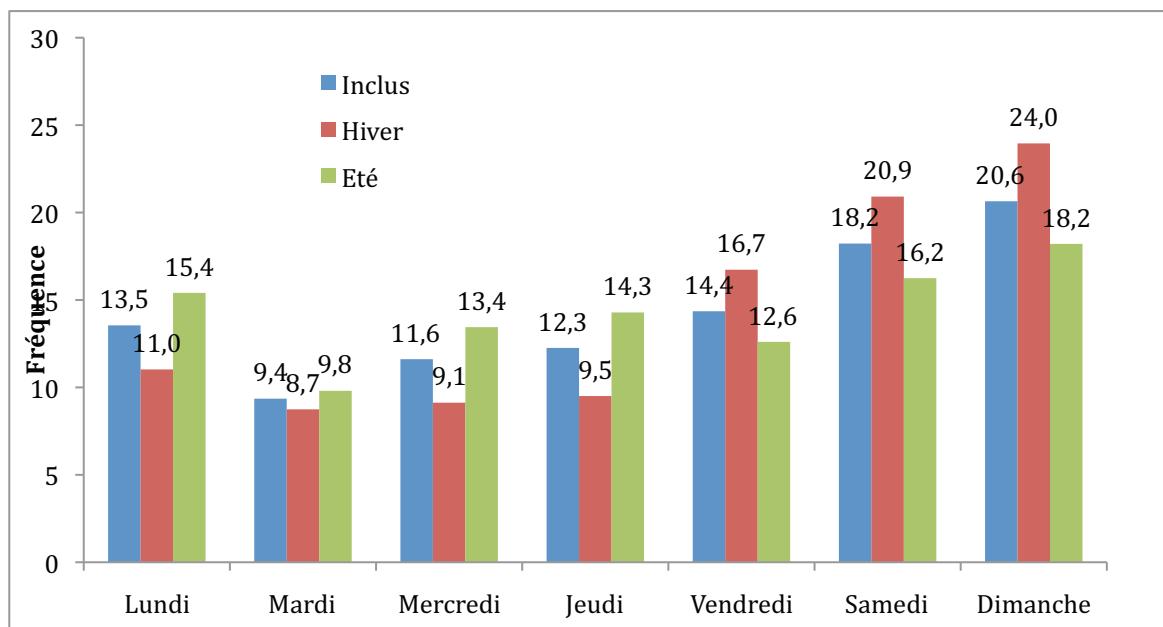


Figure 4 : Répartition des patients inclus selon le jour de consultation par période de l'année

En analysant le taux d'admission des patients inclus, nous nous sommes aperçu que même si l'affluence aux urgences débutait sensiblement aux mêmes horaires l'été et l'hiver, la fréquentation des urgences était décalée en soirée l'été. Le taux d'inclus l'hiver, entre 7 et 18h, était significativement plus élevé que l'été (79.1% versus 63.8% l'été, $p<0.001$), alors que l'été, ils étaient plus nombreux à avoir été inclus entre 19 et 24h. Le taux d'inclus le plus haut était à 21h (8.1%) l'été, alors que il était à 12h et 15h l'hiver (8.4%).

3.2.2. Circonstances du recours aux urgences

Les données générales sur le recours aux urgences de la population incluse l'été et l'hiver sont présentées dans le tableau 14.

Tableau 14 : Données générales sur le recours aux urgences de la population incluse l'été et l'hiver

	Hiver (n=263)		Eté (n=357)		p
	Nombre	%	Nombre	%	
Motif					
Somatique	117	44,5	164	45,9	
Traumatologique	135	51,3	185	51,8	0,38*
Psychiatrique	11	4,2	8	2,3	
Délai entre l'apparition du problème de santé et l'admission aux urgences					
< 24h	181	68,8	230	64,4	
Entre 24 et 48h	19	7,2	34	9,5	0,44*
> 48h	63	24,0	93	26,1	
Le médecin traitant a-t-il été appelé avant la venue aux urgences?					
Oui	24	9,1	41	11,5	
Non	239	90,9	316	88,5	0,34*
CCMU modifiée					
CCMU 1	44	16,7	75	21,0	
CCMU 2	195	74,1	234	65,5	
CCMU 3	10	3,8	32	9,0	
CCMU 4	1	0,4	4	1,1	0,01 (hors données manquantes et CCMU 5)
CCMU 5	0	0,0	0	0,0	
CCMU P	13	4,9	10	2,8	
Données manquantes	0	0,0	2	0,6	
Nombre de recours spontané aux urgences dans les 6 derniers mois					
0	209	79,5	271	75,9	
1	32	12,2	47	13,2	0,50*
2 et plus	22	8,3	39	10,9	

* Non significatif

Hiver comme été, le diagnostic des patients inclus était majoritairement classé CMD 8 (43.3% et 37.8%) ou 9 (12.5% et 22.7%). On constatait par ailleurs un nombre plus élevé de patients dont le diagnostic a été classé CMD 3 (6.8% versus 3.9%) ou 6 (11.0% versus 7.6%) l'hiver, ce qui correspondait à des « affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents » et à des « affections du tube digestif ». Par contre le nombre de patients dont le diagnostic a été classé CMD 9 était plus souvent porté l'été que l'hiver (22.7% versus 12.5%, p<0.001).

3.3. Déterminants et motivations du recours aux urgences

Les déterminants du recours aux urgences de la population incluse l'été et l'hiver sont présentés dans les tableaux 15 et 16.

Tableau 15 : Déterminants du recours aux urgences de la population incluse l'été et l'hiver

Oui, vous avez essayé de contacter votre médecin traitant, mais vous vous présentez ce jour aux urgences car :	Hiver (n=24)		Eté (n=41)		p
	Nombre	%	Nombre	%	
Médecin injoignable et/ou en congé et n'est pas remplacé	12	50,0	25	61,0	0,18*
MT absent et souhaite de ne pas consulter son remplaçant	2	8,3	4	9,8	
Délai de prise en charge trop longs du MT	9	37,5	11	26,8	0,34*
Proposition d'heures de rendez-vous incompatibles avec vos obligations de vie	0	0,0	0	0,0	
Rendez-vous fixé mais aggravation du problème de santé	7	29,2	5	12,2	0,11*
Non, vous n'avez pas contacté votre médecin traitant et vous consultez ce jour aux urgences car :	Hiver (n=239)		Eté (n=316)		p
	Nombre	%	Nombre	%	
Vous n'avez pas de médecin traitant	16	6,7	22	7,0	0,90*
Vous voulez une prise en charge immédiate pour soulager vos symptômes	131	54,8	187	59,2	0,30*
Vous voulez bénéficier d'un plateau technique plus complet (radio,...)	71	29,7	103	32,6	0,46*
Votre problème de santé est apparu en dehors des heures d'ouverture du cabinet médical	98	41,0	111	35,1	0,16*
Vous êtes loin de votre lieu de résidence et donc de votre MT	19	7,9	42	13,3	0,05
Vous savez que votre MT est absent et non remplacé	9	3,8	21	6,6	0,13*
Votre MT est absent et vous ne souhaitez pas consulter son remplaçant	3	1,3	9	2,8	0,20*
Vous voulez un avis autre que celui de votre médecin habituel	7	2,9	23	7,3	0,02
L'accès aux soins y est plus facile (présence permanente d'un médecin)	37	15,5	77	24,4	0,01

* Non significatif

Tableau 16 : Déterminants économiques du recours aux urgences et avis du patient sur la prise en charge possible par un médecin généraliste de la population incluse en été et en hiver

Hiver (n=263)		Eté (n=357)		p
Nombre	%	Nombre	%	
L'absence d'avance de frais aux urgences est-elle une des raisons pour laquelle vous êtes venus aux urgences?				
Oui	46	17,5	49	13,7
Non	217	82,5	308	86,3
Pensez-vous que votre problème de santé aurait pu être pris en charge par un cabinet de médecin généraliste?				
Oui	99	37,6	143	40,1
Non	164	62,4	214	59,9

* Non significatif

DISCUSSION

1. FORCES ET BIAIS DE L'ETUDE

L'objectif de notre étude était d'analyser des informations épidémiologiques et comportementales, concernant la population qui se présente spontanément aux urgences sans avis médical préalable. L'autre objectif qui sous-tendait ce travail était de mieux appréhender les motivations et déterminants qui incitent les patients à préférer un passage aux urgences à une consultation en ville, par leur médecin traitant ou par un médecin de garde.

Pour que notre population d'étude soit la plus représentative possible, nous avons choisi de l'observer sur une semaine en été, en période de vacances scolaires et une semaine en hiver, hors période de vacances. Ces deux semaines peuvent être considérées comme « standards ». Aucun extrême climatique, ni aucun évènement de population n'ont été relevé pendant ces deux périodes. Nous n'avons pas retrouvé dans la bibliographie de données sur la population étudiée qui comparaient ces deux périodes. En cela, notre étude est novatrice. Cependant, ce qui constitue une force pour notre étude se révèle aussi être une de ses limites, car ces données observées ne sont valables que pour ces périodes précises, dans un contexte sociodémographique donné. Elles sont également attachées à un lieu d'étude. En effet nous avons choisi d'étudier cette population dans un CHU, en tenant compte de toutes les autres offres de soins satellites (clinique privée, SMUGA, maison médicale de garde à l'entrée des urgences) en comparaison avec la population d'un CH de ville moyenne, beaucoup plus isolé quant aux autres structures de soins, et qui se trouve être le seul centre d'accueil des urgences hospitalières de la ville. Si nos données peuvent être analysables sur le plan local, il apparaît plus délicat de généraliser nos conclusions à l'ensemble du territoire.

Notons tout de même un biais important dans notre sélection de population incluse. Nous n'avons retenu, arbitrairement, que les patients venant par leurs propres moyens, pouvant être accompagnés, et n'ayant pas bénéficié d'un avis médical préalable. Nous partions en effet du principe que tout transport en ambulance ou par les pompiers était régulé par un médecin. Nous n'avons donc pas inclus les patients arrivant en ambulance privée et qui auraient pu faire appel d'eux même à ce type de transport. Ces modes de passage restent néanmoins relativement rares.

Par ailleurs, les résultats de notre étude souffrent des mêmes limites méthodologiques que les enquêtes socio comportementales déclaratives.

Sur les 732 patients, 51 patients ont été retirés par manque de données comportementales ou de données de la part des urgentistes. Nous avons également exclu 21 patients non francophones, conscients que la barrière de la langue aurait très certainement limité la participation à notre étude comportementale, et 12 patients nécessitant une prise en charge immédiate car ils ne pouvaient, de fait, répondre au questionnaire avant de voir l'urgentiste. Leur non prise en compte pour les données sociologiques et démographiques est susceptible d'avoir altéré la nature des résultats dans ce domaine.

2. POPULATION INCLUSE GENERALE

2.1. Les caractéristiques de la population incluse générale

Notre population d'étude représentait un quart des passages totaux alors que, dans l'enquête nationale réalisée en 2002 par la DRESS, cette population était évaluée à 70% des usagers des services d'urgence [10]. Elle était jeune, active, plutôt masculine et venait principalement pour un problème d'ordre traumatologique apparu dans les 24 dernières heures. Les patients inclus ont été classés, pour une grande partie, CCMU 2 puis CCMU 1. 13.7% d'entre eux bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c). Nous avons retrouvé des données similaires dans les différents travaux de recherche sur les patients se présentant spontanément aux urgences [11, 12, 13].

2.2. Le changement des habitus et les motivations du recours aux urgences

Le nombre croissant des consultations aux urgences, depuis plusieurs années, est bien révélateur des changements d'attitude des patients [14,15], qui attendent de la médecine plus de prestations et de services que de diagnostics compliqués. Certains sociologues évoquent une nouvelle forme de « consommation médicale ». On constate également que la demande de soins primaires a augmenté, en rapport avec de nouvelles attentes des usagers [15] mais aussi, très certainement, en lien avec le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques [16].

D'autres fonctions ont progressivement été conférées aux services d'urgences [15]. En plus d'être une « aide médicale d'urgence » [17], les services d'urgences peuvent également représenter un moyen pour les populations de faibles niveaux de revenus d'avoir accès aux soins médicaux plus facilement [18]. La charge financière de certains soins peut être, en effet, un obstacle limitant leur accès [19]. Si certains foyers bénéficient de la CMU-c créée en 2005, qui facilite largement l'accès

aux soins, ce n'est pas le cas de tous les foyers à faibles revenus pour lesquels l'absence d'avance de frais apparaît alors essentielle.

Les services d'urgence répondent également à l'inquiétude ou l'anxiété des patients [15]. Dans notre étude, les patients qui n'avaient pas cherché à joindre leur médecin traitant soulignaient qu'ils venaient principalement chercher aux urgences une prise en charge immédiate pour soulager leurs symptômes [20, 21, 22]. Cette motivation était plus souvent mentionnée lorsqu'il s'agissait d'un problème d'ordre somatique (65,1%), ou traumatique (51,8%). Les motivations secondaires évoquées concernaient les prestations proposées par les services d'accueil des urgences : un plateau technique plus complet [14, 23], significativement plus cité pour les problèmes d'ordre traumatique, ou encore un accès aux soins plus facile [23], et ce, quelle que soit l'heure [22]. La possibilité de bénéficier d'un autre avis médical était souvent indiquée par les patients présentant des désordres plutôt d'ordre somatique.

D'autres facteurs motivant le recours spontané de certains patients aux urgences ont pu être identifiés. Ainsi, on observe que la proximité du lieu de résidence des patients avec un centre d'urgence peut être une des raisons les incitant à consulter spontanément [15, 20] : sur les 620 patients inclus, 48,1% habitaient dans la ville principale ou dans une périphérie proche (moins de 10km).

2.3. Le comportement des usagers des services d'urgence

56,5% des patients inclus sont venus pendant les horaires de gardes. Ils fréquaient les urgences entre 9h et 22h, avec un pic de fréquence le matin et en soirée pendant la semaine, préférant l'après-midi le week-end. Les patients de moins de 40 ans sont venus majoritairement l'après-midi ou en soirée, horaires adaptés à leur vie active. Après 40 ans, on observait des passages plutôt en fin de matinée ou en début d'après-midi.

Le recours aux services d'urgences est largement spontané [20]. Dans notre travail, 89,5% des patients inclus n'avaient pas tenté de joindre leur médecin traitant avant de se présenter aux urgences. Les 10,5% des patients qui l'avaient fait s'étaient tout de même orientés vers les urgences car leur médecin était absent et non remplacé [21], ou devant des délais de prise en charge proposés trop longs[22, 24]. La faible densité médicale et le changement dans les modes d'exercice des médecins généralistes [25], observés depuis plusieurs années, peuvent expliquer le manque de disponibilité des médecins libéraux. Cette indisponibilité a été citée à plusieurs reprises pour justifier un certain nombre de passages aux urgences. En juin 2011, dans les Pays de la Loire, on compte en moyenne 3,6 médecins généralistes pour 5 000 habitants [26], ce qui est inférieur à la moyenne nationale : 6,95 / 5000 habitants [27].

On peut supposer que la décision prise par les patients de se présenter spontanément aux urgences peut être influencée par leurs connaissances concernant les capacités de leur médecin traitant à les prendre en charge. 61% des patients inclus jugeaient que leur problème de santé n'aurait pas pu être pris en charge par un médecin généraliste. Il ne s'agit pas de définir si le passage aux urgences était justifié, mais cela interroge sur la représentation que peuvent avoir les patients de leur médecin traitant.

Considérons, dans un premier temps, les patients qui pensent que leur médecin traitant ne possède pas les aptitudes requises pour les prendre en charge. Leur conviction peut se fonder sur une véritable méconnaissance des aptitudes de ce dernier, ou sur une situation clinique apparemment similaire, vécue par un membre de l'entourage, qui a été directement adressée aux urgences par le médecin traitant. La connaissance des compétences d'un médecin est d'autant plus difficile à acquérir par le patient que les pratiques médicales sont différentes d'un médecin à l'autre, avec des domaines de préférence différents. Prenons l'exemple d'un patient présentant une plaie nécessitant des points de suture. Pour une même plaie, certains médecins effectueront la suture en ambulatoire. D'autres, arguant un manque de temps ou de moyens matériels, adresseront le patient aux urgences. Lorsqu'il s'agit d'une plaie profonde de la main, la prise en charge nécessite un avis spécialisé et donc, ne relève plus de la médecine ambulatoire. Pour un même problème, la réponse est différente selon le praticien, la gravité, le terrain ou encore la localisation anatomique. Il n'est donc pas aisés pour le patient de se repérer sur les aptitudes de son médecin à le prendre en charge.

A présent, intéressons nous aux patients qui estiment que leur problème de santé ne peut être pris en charge par un médecin généraliste, car ils pensent avoir besoin d'examens complémentaires. « *Dans l'exemple d'un traumatisme, le patient aux urgences va, en moins de deux heures, bénéficier d'une consultation médicale (polyvalente, plus ou moins complétée d'un avis spécialisé), obtenir un examen de radiologie, suivi de la prescription et éventuellement de la mise en œuvre du traitement adéquat ce qui lui aurait pris dans la meilleure des éventualités pas moins d'une demi-journée en médecine de ville avec des va-et-vient entre les différentes structures* » [7]. Dans ce genre de situation, l'attitude du patient qui se présente de lui-même aux urgences est d'autant plus adaptée que le problème de santé est grave ou urgent. La multiplication des consultations n'est peut-être pas souhaitable, notamment en terme de santé publique. Le temps écoulé entre chaque examen et consultation ne retarde-t-il pas la prise en charge du problème de santé ?

Une autre hypothèse, permettant d'expliquer cette part non négligeable de recours spontané aux urgences, peut être la rapidité avec laquelle les personnes prennent leur décision de s'orienter vers les urgences pour y être prises en charge. Inquiètes ou plus exigeantes concernant leur santé, elles ne souhaitent pas attendre. Dans notre étude, la majorité des patients inclus (66,3%) s'était

présentée aux urgences dans un délai inférieur à 24h après l'apparition des premiers symptômes. Ces résultats sont conformes aux données de la littérature [14, 11]. Il y avait cependant des disparités en fonction des diagnostics. 80,9% des patients invoquant un problème d'ordre traumatologique s'étaient présentés aux urgences moins de 24 heures après la survenue du traumatisme. Si les patients consultaient assez rapidement pour un traumatisme, ce n'était pas le cas lorsqu'ils présentaient un problème d'ordre médical ou psychiatrique. En effet, pour ces derniers, les symptômes, souvent plus insidieux et d'évolution plus lente, peuvent être responsables d'une inquiétude plus progressive chez le patient et donc d'un délai de consultation moins rapide.

3. POPULATION INCLUSE SELON LE LIEU D'ETUDE

3.1. Les caractéristiques et les motivations de la population incluse

La moyenne d'âge des patients inclus à Saumur était plus élevée que celle des patients inclus à Angers. Ces résultats sont conformes aux données de l'INSEE. En effet, le dernier recensement de 2009 montre que la catégorie d'âge des plus de 60 ans correspond à 28.1% de la population Saumuroise contre 19.9% de la population Angevine. Saumur est un territoire vieillissant qui compte plus de ménages retraités [28]. A contrario, Angers, centre économique du département, attire la population en recherche d'emploi et, grâce à ses universités, de nombreux étudiants [28].

Sur l'ensemble des 620 patients inclus, 241 l'ont été à Saumur et 379 à Angers. Ces résultats se justifient par un bassin de population angevin plus conséquent avec 3449.8 habitants au kilomètre carré contre 423.7 habitants au kilomètre carré pour Saumur (données Insee 2009).

Cependant, rapporté au nombre total de passages par ville, on a obtenu une proportion de patients inclus à Saumur supérieure à celle d'Angers (27,2% vs 20,8%). A Angers, l'offre de soins est variée et les patients ont de nombreuses possibilités lorsqu'ils souhaitent bénéficier d'un avis médical : cabinets médicaux libéraux, services d'urgences privés ou publics, Service Médical d'Urgence et de Gardes (SMUGA) qui régule en partie l'accès à la maison médicale de garde.

L'absence d'avance de frais était une des motivations avancée par les patients angevins pour expliquer leur présence aux urgences (21,9% des patients inclus à Angers versus 5% des patients inclus à Saumur). Rappelons que l'on observait une proportion plus importante de patients sans profession et d'étudiants inclus à Angers, population souvent touchée par la précarité et qui ne bénéficie pas toujours de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c). Ils ne peuvent pas avancer la somme nécessaire pour régler une consultation chez un médecin en ville ou à la maison médicale de garde, et choisissent alors les urgences [24].

Le rapport de l'Analyse des Besoins Sociaux de la ville de Saumur en 2011 [29] présente Saumur comme une ville particulièrement touchée par la précarité et la pauvreté, en comparaison avec le reste du département. Selon les données de l'INSEE, on constate un taux de chômage en 2009 de 9.9% à Angers versus 11.1% à Saumur. Néanmoins, l'offre de soins primaires étant moindre à Saumur, les patients saumurois se présenteront plus facilement aux urgences et ce, indépendamment de leur niveau de vie (la densité médicale en 2007 à Saumur était de 1,5 médecins pour 1000 habitants alors qu'elle était de 1,7 médecins pour 1000 habitants à Angers [28]). Pour conforter cette idée, dans notre étude, les patients saumurois invoquaient plus souvent la facilité d'accès aux soins aux urgences comme motivation que les patients angevins (32,4% vs 12,8%)

3.2. Le comportement des patients vis à vis de la permanence des soins

A Angers, comme à Saumur, environ 39% des patients inclus estimaient que leur problème de santé ne relevait pas nécessairement du service des urgences. Par ailleurs, la proportion de patients considérant que leur problème de santé aurait pu être pris en charge par leur médecin traitant était significativement plus élevée pendant les horaires de garde qu'en dehors (42.9% versus 34.1%). Se pose alors la question de la connaissance par les patients de l'organisation de la permanence des soins et du moyen d'y recourir. Plusieurs études montraient une familiarité des patients avec les urgences hospitalières et une méconnaissance des possibilités de prise en charge en ville [20, 11, 9]. Dans l'enquête nationale, réalisée en 2002, auprès d'un échantillon de patients représentatifs des usagers des urgences, 20% des patients n'avaient pas connaissance de la présence d'un médecin de garde dans la commune où ils se trouvaient lors de la survenue de leur problème de santé. 9% des usagers ignoraient la démarche à suivre pour connaître le nom du médecin de garde [20]. Une étude similaire réalisée aux urgences de l'hôpital de Nanterre en 2007 montrait que 57.1% des patients ne savaient pas comment contacter le médecin de garde en ville [11]. Il existe à Angers et à Saumur une maison médicale de garde qui fonctionne de 20h à minuit en semaine, de 14h à minuit le samedi et de 8h à minuit le dimanche et jours fériés. La maison médicale de garde d'Angers, bien visible des usagers, est située à l'entrée des urgences adultes de l'hôpital. Elle enregistrait un nombre de passages annuel croissant (4112 en 2005, 5690 en 2009) [30] qui a plutôt tendance à diminuer depuis 2 ans (5091 en 2011). A Saumur, elle se situait lors de notre recueil à distance du centre hospitalier. Au printemps 2012, ce cabinet ambulatoire pour la permanence des soins (CAPS) a déménagé sur le site du centre hospitalier de Saumur, à proximité des urgences, permettant ainsi une meilleure visibilité par les patients. L'existence de ce CAPS était en effet jusqu'alors mal identifiée par les patients [29]. Le nouvel emplacement de ce cabinet ambulatoire influencera-t-il le flux de patients consultant spontanément aux urgences ?

Nous avons, par ailleurs, observé dans notre étude, un passage aux urgences d'Angers proportionnellement plus important de 1h à 8h par rapport à Saumur. Il est possible que la fermeture de la maison médicale de garde d'Angers à ces horaires en soit partiellement responsable.

4. POPULATION INCLUSE SELON LA SAISON

4.1. Les caractéristiques de la population incluse

D'une façon générale, le nombre d'inclus était plus important l'été (57.6%) que l'hiver (42.4%). On peut avancer l'hypothèse que la population qui fréquente les urgences sur ces deux périodes n'est pas la même.

On observait, en été, trois fois plus de patients provenant d'autres régions. Cette population venait aux urgences parce que l'accès aux soins y était plus facile, souvent éloignée de son domicile et de son médecin traitant. On peut supposer que ces patients étaient pour une grande partie des touristes. D'une façon générale, ils venaient plus tardivement dans la journée surtout à partir de 19h alors qu'en hiver le nombre d'inclus était significativement moins important en soirée.

Sur la période estivale, les patients inclus étaient plus âgés avec une proportion de patients retraités plus importante qu'en hiver. Par ailleurs, cette population comptait proportionnellement plus de patients actifs. En effet, les étudiants désertent leur ville universitaire pendant la période des vacances scolaires estivales mais sont bien présents en hiver de même les patients sans profession. Ce constat permet d'expliquer entre autre, pourquoi la moyenne d'âge était plus élevée l'été, et le taux de patients inactifs plus important l'hiver.

4.2. La variabilité de la fréquentation des services d'urgences

On s'aperçoit que les patients fréquaient significativement plus les urgences l'été parce que leur médecin traitant est injoignable et/ou absent. Ils étaient 11.5% à avoir tenté de le joindre versus 9.1% en hiver. Ces résultats soulèvent le problème de la disponibilité des médecins généralistes. Selon une enquête réalisée en février 2007, seulement 36% des médecins généralistes déclaraient s'être fait remplacer pendant toutes leurs vacances, 23% sur une partie de celles-ci et 41% ont déclaré ne pas être remplacé [31]. D'autre part, en répartissant la population incluse en trois grandes localisations (le milieu urbain et périurbain, le milieu rural et enfin les autres régions), nous mettons en évidence que la population incluse était majoritairement urbaine quelque soit la saison (54,7% en hiver et 42,8% en été). Nous pouvons donc supposer que la difficulté à contacter son médecin traitant se situe pour l'essentiel dans les zones urbaines. Une étude de la CNAMTS qui quantifiait l'activité des médecins généralistes de 10 départements (5 en région parisienne et 5

en dehors de la région parisienne) en août 2003 confirme cette tendance. Elle révélait que dans les départements à dominante rurale, la proportion des médecins présents pendant cette période estivale était de 65 à 87% par rapport à la semaine témoin en mars (sans vacances scolaire, sans grève, ni jours fériés). En revanche dans les départements à prédominance urbaine, cette proportion de médecin actif, l'été, représentait environ un médecin sur deux [32].

L'afflux de touristes et la difficulté des patients à joindre leur médecin traitant en été sont deux facteurs pouvant expliquer le plus grand nombre de patients à fréquenter les urgences en période estivale. On constatait également une différence du taux de fréquentation des services d'urgence en fonction des jours de la semaine. En été, sur l'ensemble de notre semaine d'observation, le nombre de passages enregistrés était plutôt stable. Cette observation peut, notamment, être expliquée par le type de patientèle : majoritairement des touristes plus libres en termes d'horaires, mais aussi la fermeture de nombreux cabinets de médecins généralistes lors des vacances scolaires. A l'inverse, en hiver, on constatait une différence notable entre le nombre moyen d'inclus pendant les jours ouvrables, beaucoup moins nombreux que le nombre moyen d'inclus le week-end. (11% versus 22,4%)

5. PERSPECTIVES

Tout récemment, les premières Assises de l'Urgence Samu-Urgences de France du 13 septembre 2012 ont permis d'envisager différemment la problématique de l'augmentation du nombre de passages aux urgences [33].

Nous avons émis l'hypothèse dans notre étude qu'une offre médicale variée pour les soins non programmés pouvait participer à la diminution des admissions aux urgences. En effet, à Angers, la proportion du nombre de passages spontanés aux urgences était moins importante qu'à Saumur. La présence d'une maison médicale de garde à l'entrée des urgences du CHU d'Angers peut en être une des explications. La pertinence de ces maisons médicales de garde a été reconnue par le rapport Grall [9]. Le plus souvent, leur accès est régulé par les centres d'appel, tel que le 15, qui leur adressent les patients ne présentant pas a priori de risque vital immédiat. Cependant, les maisons médicales de gardes ne peuvent être considérées comme l'unique moyen d'améliorer l'offre de soins non programmés.

Lors de ces premières assises de l'Urgence, le Professeur Riou proposait un nouveau regard sur la permanence des soins. « Vouloir créer une maison médicale de garde c'est une bonne chose si l'objectif est d'améliorer l'offre de soins de médecine ambulatoire, c'est une erreur si l'objectif est de diminuer le flux des urgences » [33]. Il est préférable de voir les urgences comme une solution

pour répondre à une demande du patient. Il faut donc travailler sur l'optimisation de leur organisation interne et leur aval plutôt que de se focaliser sur la diminution du nombre de passages.

Nous avons montré que les patients venant de manière spontanée aux urgences consultaient le plus souvent pour de la traumatologie. La plupart du temps, ce motif de recours ne nécessite pas de bilan paramédical complexe. La fluidité des urgences serait améliorée par l'organisation de filières rapides. La prise en charge de ces patients serait sensiblement optimisée avec une offre de soins adéquate.

Seulement, du côté du patient, il est difficile de se repérer dans les différentes structures de la permanence des soins. Le renforcement d'une régulation médicale téléphonique, en amont des services des urgences, serait une avancée dans la gestion de ces demandes de soins. Cette régulation unique, associant urgentistes et généralistes, telle que les plateformes du Samu-centre 15, permettrait d'orienter au mieux les patients vers les structures adaptées. La responsabilité de la décision incomberait à un médecin régulateur formé et expérimenté. La France n'a pas de numéro d'appel unique pour les urgences, contrairement à la plupart de ses voisins européens qui ont adopté le 112 [34]. Les plateformes virtuelles 15-18 ont déjà permis une régulation plus efficiente des soins non programmés. Mais il faudrait convaincre les centres d'appel autonomes à fusionner avec ces plateformes existantes, pour que l'apparition d'un numéro d'urgence unique puisse voir le jour. Ensuite, une campagne d'information pourrait inciter la population générale à composer un numéro unique avant de prendre la décision de se présenter dans un service d'urgence.

Dans l'enquête nationale réalisée en 2002 par la DRESS, la population se présentant aux urgences sans avis médical préalable représentait 70% des usagers des services d'urgence, soit une large majorité [10]. Pourtant, dans notre étude, seulement un tiers des passages aux urgences se faisait sans avis médical au préalable. La croissance du nombre de passage ne peut reposer que sur cette partie des usagers des urgences. Il existe en effet deux autres sous-groupes de patient : la population régulée par les centres d'appel et celle orientée par le médecin traitant. Il serait intéressant d'analyser ces deux types d'orientation afin de mieux appréhender les déterminants des prises de décision des médecins.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'observer que la population fréquentant les urgences spontanément, sans avis médical préalable, représentait un quart des passages totaux aux urgences. Elle était le plus souvent jeune, active, plutôt masculine et consultait principalement pendant les horaires de garde pour un problème d'ordre traumatologique apparu dans les 24 dernières heures. Parmi ces usagers, seulement un patient sur dix a tenté de joindre son médecin traitant, avant de se rendre aux urgences, devant des délais de prise en charges trop longs ou devant l'absence de leur médecin traitant. Les autres patients invoquaient majoritairement la nécessité d'une prise en charge immédiate de leurs symptômes.

La population estivale plus âgée, compte proportionnellement plus de patients actifs et de patients provenant d'autres régions, comparativement à la population incluse l'hiver. L'été, les patients venaient significativement plus aux urgences parce qu'ils étaient loin de leur domicile et donc de leur médecin traitant, parce que l'accès aux soins y était plus facile et parce qu'il leur était plus difficile d'accéder à leur médecin traitant.

Les données sociologiques recueillies reflètent assez bien la population locale de chacun des deux centres. Le pays Saumurois est un territoire vieillissant, touché par la précarité et les inégalités sociales. Mais cette précarité se ressent davantage sur la population d'étude angevine, de part un recours aux urgences plus souvent motivé par l'absence d'avance de frais. Angers, pôle attractif, attire beaucoup d'étudiants et de patients sans profession. Par ailleurs, l'offre de soins non programmés plus variée à Angers qu'à Saumur peut expliquer la proportion plus importante de patients recourant aux urgences de Saumur de manière spontanée. Ils sont en effet plus nombreux à Saumur à mentionner la facilité d'accès aux soins comme facteur motivant leur recours aux urgences.

Nous avons donc dégagé plusieurs axes de réflexions pour améliorer la prise en charge de ces patients. La variété de l'offre de soins non programmés doit être accompagnée d'une régulation médicale unique en amont. De plus, il faut encourager la création de filières rapides, au sein des urgences, pour les patients ne présentant pas de risque vital et ne nécessitant pas de bilan paraclinique complexe, afin d'améliorer la fluidité des urgences.

Enfin, il nous paraît intéressant, dans un deuxième temps d'analyser les autres types de population qui se présentent aux urgences et qui correspondent aux patients adressés après un avis médical. Cela permettrait notamment de mieux appréhender les motivations des médecins en amont.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAUBEAU D, DEVILLE A, JOUBERT M, FIVAZ C, GIRARD I, LE LAIDIER S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. DREES, Etudes et Résultats, n°72, juillet 2000.
2. DRASS PAYS DE LA LOIRE. Les passages aux urgences en 2005 dans les Pays de la Loire. ECHO des statistiques, n° 41, avril 2007.
3. MATTEI Jean-François, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Plan gouvernemental pour les urgences médicales, 30 septembre 2003.
4. PENEFF Jean. Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale. Editions Métailié, 2000.
5. LUCAS Jacques. L'exercice médical face à la permanence des soins. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Juin 2001.
6. SAGNES-RAFFY Christine, DUCASSE Jean-Louis. Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville. Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées, Février 2004.
7. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, 10 avril 2008.
8. CARRASCO Valérie. L'activité des services d'urgences en 2004 : Une stabilisation du nombre de passages. DREES, Etudes et Résultats, n° 524, septembre 2006.
9. GRALL Jean Yves. Evaluation du plan urgences 2004-2008. Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, janvier 2007.
10. CARRASCO Valérie, BAUBEAU Dominique. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. DREES, Etudes et Résultats, n°212, janvier 2003.
11. MEUNIER Laure. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse Med, Paris 7 ; 2009.

12. LIS-FOURNIER Izabela. Le parcours de soins des patients non adressés par un médecin aux urgences : étude réalisée dans le service des urgences de la Polyclinique de Riaumont à Liévin. Thèse Med, Lille ; 2008.
13. LERIC Stéphanie. Les consultations aux urgences du centre hospitalier de Périgueux: pourquoi les patients consultent spontanément ? : Etude réalisée du 18 juin au premier juillet 2008 à propos de 366 passages. Thèse Med, Bordeaux 2 ; 2009.
14. GENTILE S, AMADEI E, BOUVENOT J, DURAND A.C, BONGIOVANNI I, HARO J et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé publique, 2004, volume 16, n°1, p. 63-74.
15. CLAUDET I, JOLY-PEDESPAN L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? Archives de Pédiatrie, Décembre 2008, Volume 15, Issue 12, Pages 1733-1738.
16. KRUCIEN Nicolas, LE VAILLANT Marc, PELLETIER-FLEURY Nathalie. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? IRDES, Questions d'économie de la Santé, n° 163, mars 2011.
17. Discours de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé. Congrès urgences 2012, Jeudi 31 mai 2012.
18. PARAPONARIS Alain, OBADIA Yolande, BEN DIANE Marc-Karim, BERTRAND François, MOATTI Jean-Paul, Comportements de consommation de soins : Enseignements d'une enquête dans un service d'urgences d'un centre hospitalier régional universitaire. La Presse Médicale, 28 février 2004, tome 33, n°4, pages 228-234.
19. AUVRAY Laurence, DUMESNIL Sylvie, LE FUR Philippe. Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la protection sociale France 2000. CREDES, n°1364, décembre 2001.
20. BAUBEAU Dominique, CARRASCO Valérie. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES, Etudes et Résultats, n°215, janvier 2003.
21. KLA E, GUISSOUS N, BURNOD A, ALBARET C, DEGRAVI C, DUVAL G. Pourquoi les recours « inadaptés » au service d'urgence ? Journal Européen des Urgences, Mars 2004, Volume 17, Supplément 1, Page 36.

22. GENTILE S, DURAND A-C, BONGIOVANNI I, ROFRITSCH S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. *Journal Européen des Urgences*, Mai 2007, Volume 20.
23. BELLOU A, de KORWIN J-D, BOUGET J, CARPENTIER F, LEDORAY V et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *La Revue de Médecin interne*, Septembre 2003, Volume 24, Issue 9, Page 602-612.
24. LAFAY V, KONE-PAUT I, TONOLLI I, BEL C, TRUZE P. Profil de l'« usager abusif » du SAU. *Réanimation Urgences*, Mars 1998, Volume 7, Page 143.
25. LUCAS-GABRIELLI Véronique, SOURTY-LE GUELLEC Marie Jo. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). CREDES, Questions d'économie de la Santé, n°81, Avril 2004.
26. ROMESTANG Patrick, LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Pays de la Loire. Situation au 1er juin 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Novembre 2011, Page 52.
27. LEGMANN Michel. L'Atlas de la démographie médicale en France (Situation au 1^{er} janvier 2012). Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2012.
28. INSEE pays de la Loire. Observation sociale des territoires de Maine-et-Loire, Février 2007.
29. Analyse des Besoins Sociaux 2011. Centre communal d'action sociale, mairie de Saumur.
30. Données épidémiologiques du secrétariat de la maison médicale de garde d'Angers.
31. Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Observatoire régional de la santé - Union régionale des médecins. Février 2008.
32. CUENAT Jean-Claude, DANIEL Christine, OLLIVIER, ROQUEL Thérèse. Rapport n°2003154, Continuité et permanences des soins libéraux pendant l'été 2003. IGAS, Décembre 2003.
33. Les premières Assises de l'Urgence. Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ? Samu-Urgences de France, 13 septembre 2012.
34. Cour des comptes. Rapport public annuel. Les urgences médicales : constats et évolution récente, février 2007, Page 313.

**SENTIMENTS D'URGENCE ET DE GRAVITE RESENTEIS PAR LES
PATIENTS SE PRESENTANT AUX URGENCES SANS AVIS MEDICAL
PREALABLE, ET COMPARAISON A L'AVIS DU MEDECIN**

INTRODUCTION

Les urgences ont pour vocation d'être «un service d'accueil et de traitement des urgences [qui] 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 » [1].

Les consultations médicales demandées en urgence représentaient une activité de 49 millions de consultations en 2004 [2]. En ce qui concerne les services d'urgences des hôpitaux, le nombre d'admissions a doublé entre 1990 et 2004, passant de 7 à 14 millions.

Les causes de cette évolution sont multifactorielles.

Tout d'abord, la modernisation des urgences, avec la création de postes médicaux et paramédicaux et de normes concernant les structures accueillant les patients en urgence ont fait suite à la publication du rapport STEG en 1993[3, 4]. Ceci a amélioré quantitativement et qualitativement l'offre de consultation aux urgences.

Par ailleurs la modification de la pratique de la médecine générale, ainsi que la désertification médicale sont souvent évoquées dans les médias comme facteurs explicatifs de l'engorgement des urgences. En effet, il y a 20 ou 30 ans, le médecin de famille restait disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour ses patients, ce qui n'est plus le cas actuellement. Cependant, la loi HPST du 11/07/2009 [5] a rendu obligatoire l'organisation de la permanence des soins sur tout le territoire. Ces consultations de médecine générale d'urgence sur les horaires de garde (au moins jusqu'à minuit tous les jours et le week-end de 8H à minuit) sont accessibles via une régulation téléphonique. Dans certains territoires, entre minuit et huit heures, le seul lieu de consultation de garde reste les urgences.

Enfin, le sociologue Jean Peneff a évoqué un changement d'attitude des patients [6]. Les patients attendent de la médecine davantage de prestations, d'examens (radiologies, bilans biologiques), que les urgences leurs fournissent plus facilement et plus rapidement. Le Conseil de l'Ordre des médecins décrit les patients comme des « usagers témoignant d'exigences nouvelles et désirant un service disponible rapidement à toute heure pour répondre très souvent à une inquiétude plus qu'à une urgence » [7]

Nous avons souhaité étudier la population de patients qui se présente sans avis médical aux urgences. Dans une première partie de cette enquête réalisée en 2011-2012, nous avons étudié les caractéristiques socio-démographiques des patients et leurs motivations pour un recours spontané aux urgences. Dans cette seconde partie de l'enquête, nous nous sommes intéressés aux sentiments d'urgence et de gravité ressentis par les patients. Nous avons comparé ces sentiments à l'opinion du médecin qui a pris en charge le patient, ce qui à notre connaissance n'avait jamais été étudié. Nous avons analysé le devenir du patient en fonction de ces critères. Nous avons ensuite analysé la population des patients ayant une appréciation différente de celle du médecin concernant la gravité et l'urgence de leur problème de santé.

MATERIELS ET METHODES

1. PRESENTATION

Il s'agit d'une étude prospective multicentrique en Maine-et-Loire, réalisée dans les services des urgences du centre hospitalier de Saumur et du centre hospitalo-universitaire d'Angers. Le recueil des données a été réalisé sur deux périodes de sept jours, 24H sur 24H, du dimanche 24 juillet 2011 au dimanche 31 juillet 2011, et du samedi 21 janvier 2012 au samedi 28 janvier 2012. Cette étude d'épidémiologie descriptive repose sur l'analyse de deux questionnaires, l'un destiné au patient et le second au médecin des urgences.

2. POPULATION ETUDIEE

2.1. Critères d'inclusion

Tout patient francophone, homme ou femme, consultant sans régulation médicale préalable aux urgences d'Angers ou de Saumur, pour lui ou pour son enfant, pouvait être inclus.

Les données « âge », « sexe », « jour et heure de consultation » des patients qui présentaient des critères de non-inclusion ou d'exclusion ont été conservés pour les analyses statistiques.

2.2. Critères de non-inclusion

- Refus de participer à l'étude ou un questionnaire soit transmis au médecin urgentiste
- Patient adressé par un professionnel de santé (Médecin spécialiste, Médecin généraliste) ou régulé en amont par un centre d'appel médical (15, centre anti poison, service des urgences).
- Patient amené par les forces de l'ordre,
- Patient non francophone,
- Patient nécessitant des soins immédiats ou présentant un état clinique ne lui permettant pas de répondre correctement au questionnaire,
- Personnel médical ou paramédical de l'hôpital se présentant pour un accident d'exposition au sang.

2.3. Critères d'exclusion

- Patient ayant des critères de non-inclusion retrouvés a posteriori : ayant coché la case « orienté par un professionnel de santé » à la question 1 ou la case « vous a dit au téléphone de vous y rendre impérativement » à la question 2 du questionnaire « PATIENT »
- Patient qui a coché plusieurs réponses à une question à choix unique ou dont le questionnaire patient est incomplet
- Patient n'ayant pas répondu aux 5 premières questions du questionnaire avant la consultation par le médecin urgentiste.
- Questionnaire urgentiste manquant.

3. QUESTIONNAIRES

Le questionnaire « PATIENT » (Annexe A) comportait 11 questions à choix unique ou multiple. Ces questions permettaient de recueillir des données sur les caractéristiques sociodémographiques des patients, leur fréquentation du service des urgences (nombre de consultations aux urgences les six derniers mois), les circonstances du recours aux urgences, les motifs de non-recours au médecin traitant et le sentiment du patient concernant l'urgence et la gravité de son problème.

Le questionnaire « MEDECIN » (Annexe B) comprenait 5 questions à choix unique ou multiple. Ce questionnaire indiquait le statut du médecin prenant en charge le patient (interne ou médecin urgentiste), les prescriptions d'examens complémentaires et traitements qu'il envisageait de faire, son évaluation de la situation médicale du patient en termes d'urgence et de gravité, et enfin, il indiquait si selon lui le problème de santé du patient aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste.

4. DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'enquête s'est déroulée en quatre phases.

1. La première phase consistait à répertorier tous les patients admis aux urgences dans le but de s'assurer de l'exhaustivité du recueil et à vérifier les critères d'inclusion et de non-inclusion auprès du patient et à les indiquer sur sa fiche.
2. Chaque patient (ou la personne majeure qui l'accompagnait) était informé des objectifs de l'enquête et pouvait librement refuser de répondre au questionnaire. Le patient ou la

- personne accompagnant un patient mineur devait répondre au moins aux cinq premières questions du questionnaire avant de voir le médecin des urgences, pour éviter les biais de réponses. Dans le cas contraire, ce patient était exclu de l'étude.
3. L'urgentiste devait remplir le questionnaire après avoir examiné le patient et avant de recevoir les résultats des examens complémentaires (résultats risquant d'influencer la réponse du médecin).
 4. Enfin, pour chaque patient inclus, l'enquêteur devait recueillir dans le dossier du patient le diagnostic principal, l'orientation (hospitalisation ou non) et la CCMU.

5. ANALYSE STATISTIQUE

La saisie des données, comportant l'ensemble des réponses aux questionnaires ainsi que les données recueillies dans les dossiers, a été réalisée grâce au logiciel Microsoft Excel.

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel XL-stat. Les résultats ont été exprimés sous forme de moyenne +/- déviation standard (pour les variables quantitatives) ou de pourcentage +/- déviation standard (pour les variables qualitatives).

L'analyse statistique a fait appel à des tests du chi2 de Pearson et test exact de Fischer pour les variables qualitatives. Des tests de concordance de kappa ont été utilisés pour comparer l'avis du patient à l'analyse du médecin. Les tests T de Student et ANOVA ont été utilisés pour les comparaisons de moyenne et l'analyse de variance. Le seuil de significativité était fixé à 0.05.

RESULTATS

1. MOTIVATIONS, RESSENTIS D'URGENCE ET DE GRAVITE DES PATIENTS SE PRESENTANT SPONTANEMENT AUX URGENCES

Tableau 1 : Motivation des patients pour leur recours aux urgences

Si NON, vous n'avez pas contacté votre médecin traitant et vous consultez ce jour aux urgences car	Effectif	Pourcentage
vous n'avez pas de médecin traitant	38	6,1
vous voulez une prise en charge immédiate pour soulager vos symptômes	318	51,3
vous voulez bénéficier d'un plateau technique plus complet (radiographie, biologie)	174	28,1
votre problème de santé est apparu en dehors des heures d'ouverture du cabinet médical	209	33,7
vous êtes loin de votre lieu de résidence et donc de votre médecin traitant	61	9,8
vous savez que votre médecin est absent et n'est pas remplacé	30	4,8
votre médecin est absent et vous ne souhaitez pas consulter son remplaçant	12	1,9
vous voulez avoir un autre avis que celui de votre médecin habituel	30	4,8
l'accès aux soins y est plus facile (présence permanente d'un médecin)	114	18,4
autre	107	17,3

Tableau 2 : Sentiments d'urgence et de gravité ressentie par le patient

Selon vous, votre problème de santé est	Effectif	Pourcentage
pas grave	131	21,1
faiblement grave	279	45
grave	187	30,2
très grave	23	3,7
Selon vous, votre problème de santé nécessite une prise en charge		
pas urgent	90	14,5
faiblement urgent	176	28,4
urgent	279	45
très urgent	75	12,1

Les motivations des patients sont résumées dans les tableaux 1 et 2. Le nombre de patients se présentant avec le sentiment d'un problème de santé très grave ou grave et/ou urgent ou très urgent est de 385 soit 62,1% de l'effectif total des patients inclus.

2. SENTIMENT D'URGENCE OU DE GRAVITE

Tableau 3 : Sentiment d'urgence ressenti par les patients en fonction des différents paramètres étudiés

Evaluation du problème de santé par le patient	Non urgent		Urgent		Total	p
	effectif	%	effectif	%		
Période de la journée						
journée	115	18,6	155	25	270	p=0,89
horaire de garde	151	24,6	199	32,1	350	
Sexe						
Féminin	107	17,3	149	24	256	p=0,64
Masculin	159	25,7	205	33,1	364	
Type de pathologie						
médecine	86	13,9	195	31,5	281	
traumatologie	173	27,9	147	23,7	320	p<0,0001
psychiatrie	7	1,1	12	1,9	19	
Possibilité de prise en charge par un médecin généraliste selon le patient						
non	150	24,2	228	36,8	378	p=0,04
oui	116	18,7	126	20,3	242	
Délai depuis l'apparition du problème de santé						
moins de 24h	175	28,2	236	38,1	411	
entre 24 et 48h	23	3,7	29	4,7	52	p=0,97
plus de 48h	68	11	89	14,4	157	
Statut professionnel						
agricole ou artisans	12	1,9	22	3,6	34	
cadres	21	3,4	18	2,9	39	
employés	60	9,7	77	12,4	137	
ouvriers	52	8,4	71	11,5	123	p=0,58
professions intermédiaires	21	3,4	19	3,1	40	
retraités	41	6,6	52	8,4	93	
sans profession	32	5,2	51	8,2	83	
élèves	27	4,4	44	7,1	71	
Patient bénéficiaire de la CMU						
oui	29	4,7	56	9	85	p=0,078
non	237	38,2	298	48,1	535	

Les patients pensent significativement plus souvent que leur problème de santé est urgent lorsqu'il s'agit d'un problème médical (69,4%) par rapport aux problèmes traumatologiques (45,9%) et psychiatriques (63,2%).

Les cadres et les professions intermédiaires évaluent plus souvent leur problème de santé comme non urgent (53,2%) que le reste de la population (41,4%, p=0,049)

Quand le problème de santé est ressenti comme urgent, les patients pensent que leur médecin généraliste aurait pu les prendre en charge dans 35,6% des cas. Quand le problème de santé n'est pas ressenti comme urgent, les patients pensent que leur médecin généraliste aurait pu les prendre en charge que dans 64,4% des cas.

Les autres paramètres ne sont pas significativement associés au degré d'urgence ressenti par les patients.

Tableau 4 : Sentiment de gravité ressenti par les patients en fonction des différents paramètres étudiés

Evaluation du problème de santé par le patient	Non grave		Grave		Total	p
	effectif	%	Effectif	%		
Période de la journée						
Journée	174	28,1	96	15,5	270	p=0,43
Horaire de garde	236	38,1	114	18,4	350	
Sexe						
Féminin	167	26,9	89	14,4	256	p=0,69
Masculin	243	39,2	121	19,5	364	
Type de pathologie						
Médecine	148	23,9	133	21,5	281	
Traumatologie	256	41,3	64	10,3	320	p<0,0001
Psychiatrie	6	1	13	2,1	19	
Possibilité de prise en charge par un médecin généraliste selon le patient						
non	233	37,6	145	23,4	378	p=0,003
oui	177	28,6	65	10,5	242	
Délai depuis l'apparition du problème de santé						
moins de 24h	292	47,1	119	19,2	411	
entre 24 et 48h	33	5,3	19	3,1	52	p=0,01
plus de 48h	85	13,7	72	11,6	157	
Statut professionnel						
agricole ou artisans	23	3,7	11	1,8	34	
cadres	28	4,5	11	1,8	39	
employés	98	15,8	39	6,3	137	
ouvriers	80	12,9	43	6,9	123	p=0,12
professions intermédiaires	27	4,4	13	2,1	40	
retraités	56	9	37	6	93	
sans profession	45	7,3	38	6,1	83	
élèves	53	8,6	18	2,9	71	
Patient bénéficiaire de la CMU						
oui	48	7,7	37	6	85	p=0,04
non	362	58,4	173	27,9	535	

Les patients pensent significativement plus souvent que leur problème de santé est grave lorsqu'il s'agit d'un problème psychiatrique (68,4%) par rapport aux problèmes médicaux (47,3%) et traumatologiques (20%).

Quand le problème de santé est ressenti comme grave, les patients pensent qu'un médecin généraliste aurait pu les prendre en charge dans 30,9 % des cas. Quand le problème de santé n'est pas ressenti comme grave, les patients pensent que leur médecin généraliste aurait pu les prendre en

charge que dans 43,2% des cas. Plus le délai depuis l'apparition des symptômes est grand, plus les patients pensent que le problème de santé est grand. Les patients bénéficiaires de la CMU pensent plus souvent que leur pathologie est grave (43,5%) que les patients non CMU (32,3%). Les autres paramètres ne sont pas corrélés à la gravité des symptômes ressentie par l'urgentiste.

3. DEVENIR DES PATIENTS EN FONCTION DU RESSENTI DE L'URGENCE ET DE LA GRAVITE

Tableau 5 : Projet de prise en charge par le médecin en fonction de l'urgence ressentie par les patients

	Non urgent effectif	%	Urgent effectif	%	Total	p
Nécessité d'un traitement						
non	141	22,7	142	22,9	283	0,001
oui	125	20,2	212	34,2	337	
Nécessité d'un geste thérapeutique						
non	189	30,5	280	45,2	469	0,021
oui	77	12,4	74	11,9	151	
Nécessité d'examens d'imagerie						
non	158	25,5	209	33,7	367	0,928
oui	108	17,4	145	23,4	253	
Nécessité d'un avis spécialisé						
non	230	37,1	294	47,4	524	0,245
oui	36	5,8	60	9,7	96	
Nécessité d'une hospitalisation ou d'une surveillance						
non	256	41,3	323	52,1	579	0,021
oui	10	1,6	31	5,0	41	
Nécessité d'un bilan biologique						
non	236	38,1	274	44,2	510	0,0004
oui	30	4,8	80	12,9	110	
Aucune prise en charge nécessaire						
non	21	3,4	18	2,9	39	0,154
oui	245	39,5	336	54,2	581	
Possibilité de prise en charge par un médecin généraliste selon l'urgentiste						
non	80	12,9	136	21,9	216	0,031
oui	186	30,0	218	35,2	404	

Tableau 6 : Projet de prise en charge par le médecin en fonction en fonction de la gravité ressentie par les patients

	pas grave effectif	pas grave %	Grave effectif	Grave %	Total	P
Nécessité d'un traitement						
non	204	32,9	79	12,7	283	
oui	206	33,2	131	21,1	337	0,004
Nécessité d'un geste thérapeutique						
non	291	46,9	178	28,7	469	
oui	119	19,2	32	5,2	151	0,0002
Nécessité d'examens d'imagerie						
non	244	39,4	123	19,8	367	
oui	166	26,8	87	14,0	253	0,822
Nécessité d'un avis spécialisé						
non	361	58,2	163	26,3	524	
oui	49	7,9	47	7,6	96	0,001
Nécessité d'une hospitalisation ou d'une surveillance						
non	391	63,1	188	30,3	579	
oui	19	3,1	22	3,5	41	0,006
Nécessité d'un bilan biologique						
non	361	58,2	149	24,0	510	
oui	49	7,9	61	9,8	110	< 0,0001
Aucune prise en charge nécessaire						
non	28	4,5	11	1,8	39	
oui	382	61,6	199	32,1	581	0,489
Possibilité de prise en charge par un médecin généraliste selon l'urgentiste						
non	131	21,1	85	13,7	216	
oui	279	45,0	125	20,2	404	0,035

De manière générale, lorsque le patient évalue sa situation comme grave ou urgente, il bénéficie plus souvent d'une prise en charge thérapeutique (traitement ou geste). La réalisation d'examens d'imagerie n'est pas corrélée à l'appréciation du patient concernant l'urgence ou la gravité de son problème. Il n'y a pas de différence significative dans le ressenti de l'urgence ou de la gravité pour les patients dont l'examen médical est la seule prise en charge envisagée par le médecin.

A posteriori, 9,5% des patients qui évaluaient leur problème de santé comme non urgent étaient hospitalisés versus 18,8% des patients qui évaluaient leur problème comme

urgent ($p<0,0001$). 9,3% des patients qui évaluaient leur problème de santé comme non grave étaient hospitalisés versus 26,5 % des patients qui évaluaient leur problème comme grave ($p<0,0001$).

4. COMPARAISON DU SENTIMENT DU PATIENT A L'AVIS DU MEDECIN

4.1. Comparaison de perception de gravité entre le patient et le médecin

Avis patients/médecins	pas grave	faiblement grave	Grave	très grave	Total
pas grave	69	57	5	0	131
faiblement grave	139	118	21	1	279
Grave	75	79	29	4	187
très grave	7	10	5	1	23
Total	290	264	60	6	620

Le pourcentage d'accord observé est de 35%, et l'indice de Kappa est non significatif. Nous avons donc regroupé les sentiments de gravité ressentis par les patients en 2 groupes ; pas et faiblement grave d'une part ; grave et très grave d'autre part.

Avis patients \ Avis médecins	grave	pas grave	Total
grave	39	171	210
pas grave	27	383	410
Total	66	554	620

Le pourcentage d'accord observé est de 68%, et l'indice de Kappa est de 0,14, ce qui signifie que l'accord est très faible.

Vingt-sept patients (4,4%) avaient perçu leur problème de santé comme « pas grave » ou « faiblement grave » alors que pour l'urgentiste il était grave ou très grave. Inversement, 171 patients (27,6%) avaient perçu leur problème de santé grave ou très grave alors que l'urgentiste le décrivait comme pas grave ou faiblement grave.

4.2. Comparaison de perception d'urgence entre le patient et le médecin

Avis patients/médecins	pas urgent	faiblement urgent	urgent	très urgent	Total
pas urgent	62	25	2	1	90
faiblement urgent	107	58	9	2	176
Urgent	137	105	31	6	279
très urgent	30	24	15	6	75
Total	336	212	57	15	620

Le pourcentage d'accord observé est de 25,3%, et l'indice de Kappa est de 0,043, ce qui signifie que l'accord est très faible.

Avis patients	Avis médecins	urgent	non urgent	Total
urgent		58	296	354
non urgent		14	252	266
Total		72	548	620

Le pourcentage d'accord observé est de 50%, et l'indice de Kappa est de 0,098, ce qui signifie que l'accord est très faible.

Quatorze patients (2,3%) avaient perçu leur problème de santé comme « pas urgent » ou « faiblement urgent » alors que l'urgentiste l'a décrit comme « urgent » ou « très urgent ». Inversement, 296 patients (47,8%) avaient considéré que leur problème de santé était urgent ou très urgent alors que l'urgentiste l'avait décrit comme pas urgent ou faiblement urgent.

4.3. Comparaison perception de l'urgence et de gravité

Avis patients	pas urgent	faiblement urgent	Urgent	très urgent	Total
pas grave	55	37	30	9	131
faiblement grave	28	115	117	19	279
Grave	6	21	124	36	187
très grave	1	3	8	11	23
Total	90	176	279	75	620

Le pourcentage d'accord observé est de 49,2%, et l'indice de Kappa est de 0,28, ce qui signifie que l'accord est faible.

Avis médecins	pas urgent	faiblement urgent	urgent	très urgent	Total
pas grave	251	34	5	0	290
faiblement grave	81	158	22	3	264
grave	4	20	29	7	60
très grave	0	0	1	5	6
Total	336	212	57	15	620

Le pourcentage d'accord observé est de 71,5%, et l'indice de Kappa est de 0,52, ce qui signifie que l'accord est moyen.

5. DEVENIR DES PATIENTS EN FONCTION DE L'AVIS DE L'URGENTISTE

Les patients ayant un problème de santé évalué comme grave ou très grave par l'urgentiste bénéficient significativement plus d'examens d'imagerie, de biologie, d'avis spécialisés, et sont plus souvent hospitalisés.

Les urgentistes pensent que le problème de santé aurait pu être pris en charge par un médecin traitant dans 9,1% des pathologies graves contre 71,8% des pathologies considérées comme non grave. Au total, plus de trois patients sur cinq auraient pu, selon les urgentistes, être pris en charge par leur médecin généraliste.

Les pathologies médicales sont plus souvent considérées comme graves (16,4%) que les pathologies traumatiques (0,3%) ou psychiatriques (10,5%).

A noter que, pour 6,3% (n= 39) des patients, aucun examen complémentaire, diagnostic et / ou thérapeutiques ne seront pratiqués. Cette proportion de patients pour laquelle la venue aux urgences peut être considérée comme inutile est plutôt faible par rapport à l'ensemble des passages aux services d'urgence.

Finalement, 8,5 % des patients dont le problème de santé était évalué comme non grave sont hospitalisés versus 48,5 % des patients dont le problème de santé était évalué comme grave ($p<0,0001$).

Tableau 7 : Projet de prise en charge par le médecin en fonction de la gravité du problème évaluée après examen médical du patient

Avis de l'urgentiste sur le problème de santé	Total	Non grave		Grave		p
		effectif	%	effectif	%	
Période de la journée						
Journée	270	240	38,7	30	4,8	0,74
horaire de garde	350	314	50,7	36	5,8	
Type de pathologie						
Médecine	281	235	37,9	46	7,4	
Traumatologie	320	302	48,7	18	2,9	<0,0001
Psychiatrie	19	17	2,7	2	0,3	
Nécessité d'un traitement						
Non	283	260	41,9	23	3,7	0,062
Oui	337	294	47,4	43	6,9	
Nécessité d'un geste thérapeutique						
Non	469	413	66,6	56	9	0,065
Oui	151	141	22,7	10	1,6	
Nécessité d'examens d'imagerie						
Non	367	344	55,6	23	3,7	< 0,0001
Oui	253	210	33,9	43	6,9	
Nécessité d'un avis spécialisé						
Non	524	497	80,2	27	4,4	< 0,0001
Oui	96	57	9,2	39	6,3	
Nécessité d'une hospitalisation ou d'une surveillance						
Non	579	537	86,6	42	6,8	< 0,0001
Oui	41	17	2,7	24	3,9	
Nécessité d'un bilan biologique						
Non	510	476	76,8	34	5,5	< 0,0001
Oui	110	78	12,6	32	5,2	
Aucune prise en charge nécessaire						
Non	39	39	6,3	0	0,0	0,016
Oui	581	515	83,1	66	10,7	
Possibilité de prise en charge par un médecin généraliste selon l'urgentiste						
Non	216	156	25,2	60	9,7	< 0,0001
Oui	404	398	64,2	6	1	

Tableau 8 : Projet de prise en charge par le médecin, en fonction de l'urgence du problème évaluée après examen médical du patient

Evaluation du problème de santé par le médecin	non urgent effectif	%	Urgent effectif	%	p
Période de la journée					
Journée	244	39,4	26	4,2	
horaire de garde	304	49	46	7,4	0,176
Type de pathologie					
Médecine	227	36,6	54	8,7	
Traumatologie	303	48,9	17	2,7	< 0,0001
Psychiatrie	18	2,9	1	0,2	
Nécessité d'un traitement					
Non	266	42,9	17	2,7	
Oui	282	45,5	55	8,9	< 0,0001
Nécessité d'un geste thérapeutique					
Non	410	66,1	59	9,5	
Oui	138	22,3	13	2,1	0,185
Nécessité d'examens d'imagerie					
Non	337	54,4	30	4,8	
Oui	211	34	42	6,8	0,001
Nécessité d'un avis spécialisé					
Non	486	78,4	38	6,1	
Oui	62	10	34	5,5	< 0,0001
Nécessité d'une hospitalisation ou d'une surveillance					
Non	527	85	52	8,4	
Oui	21	3,4	20	3,2	< 0,0001
Nécessité d'un bilan biologique					
Non	477	76,9	33	5,3	
Oui	71	11,5	39	6,3	< 0,0001
Aucune prise en charge nécessaire					
Non	39	6,3	0	0	
Oui	509	82,1	72	11,6	0,016
Possibilité de prise en charge par un médecin généraliste selon l'urgentiste					
Non	157	25,3	59	9,5	
Oui	391	63,1	13	2,1	< 0,0001

Lorsque le problème de santé est considéré comme urgent par l'urgentiste, le patient bénéficie plus souvent d'examens d'imagerie et de biologie, d'avis spécialisé, d'un traitement et est plus souvent hospitalisé.

L'urgentiste pense que le problème médical aurait pu être pris en charge par un médecin traitant dans 18,1% des cas quand il considère le problème comme urgent, et dans 71,4% des cas quand il considère le problème comme non urgent.

Finalement, 8,4% des patients évalués au départ comme non urgents ont été hospitalisés versus 84,6% des patients évalués comme urgents ($p<0,0001$).

6. DESCRIPTION DES PATIENTS EVALUANT LEUR PROBLEME DE SANTE COMME GRAVE OU URGENT EN CONTRADICTION AVEC L'AVIS DU MEDECIN

6.1. Caractéristiques sociodémographiques

Le nombre de patients qui évaluaient leur problème de santé comme urgent ou grave alors que le médecin l'évaluait comme ni urgent ni grave était de 306 (49,4%) sur les 620 patients venant spontanément sans avis médical, ce qui représente 11,3% de la totalité des patients venant aux urgences. Cette population de patients était jeune (âge moyen : 36,8 ans +/- 19) et majoritairement masculine (56,5% soit 173). Les hommes étaient significativement plus jeunes que les femmes (34,7 ans +/- 17,6 versus 39,4 +/- 20,4 ; $p = 0,03$) et plus souvent actifs (60,7% versus 48,1% pour les femmes ; $p = 0,028$). Ils étaient 286 (93,5%) à déclarer avoir un médecin traitant. Ils étaient 16,3% (50) à bénéficier de la CMU, et pour 50% d'entre eux le fait de ne pas avancer les frais était une des raisons pour consulter aux urgences (12,1% pour les non bénéficiaires de la CMU, $p<0,0001$).

Ils étaient 55,9% à avoir consulté pendant les horaires de gardes.

Tableau 9 : Catégories socio-professionnelles de ces patients

Catégories socioprofessionnelles	Effectifs	Pourcentages
Nombre total d'actifs	169	55,2
Agricole	4	1,3
Artisans	15	4,9
Cadres	13	4,2
Employés	70	22,9
Ouvriers	55	18
professions intermédiaires	12	3,9
Nombre total d'inactifs	137	44,8
Retraités	49	16
sans profession	46	15
Elèves	42	13,7
TOTAL	306	100

6.2. Analyse des motivations du recours à un service d'urgence

Parmi ces 306 patients, ils étaient 24,8% (76) à avoir déjà consulté spontanément au cours des 6 derniers mois et 11,4% (35) plus de 2 fois.

Trente-cinq pourcent (107) déclaraient que leur problème de santé était apparu en dehors des horaires d'ouverture du cabinet médical et 36% (110) déclaraient que leur problème de santé était apparu depuis plus de 24h (et 27,5% depuis plus de 48h (84). Pourtant, 55,9% (171) des patients sont venus pendant les horaires de garde et 34,6% (106) pendant le week-end.

Leur lieu de résidence était majoritairement à plus de 10 km du lieu de consultation (52,1% et 22,6% à plus de 30km).

6.3. Pathologies de ces patients

Les motifs de recours aux urgences étaient principalement d'ordre médical (51,6%), puis traumatologique (43,5%) et psychiatrique (4,9%). Les hommes étaient plus souvent concernés par

des traumatismes (28,1% contre 15,4% ; p = 0,03). La proportion de ces motifs variait peu en fonction de la période de la semaine (p = 0,6)

	médecine	psychiatrie	traumatologie	Total
Week End	54 (17,6%)	7 (2,3%)	45 (14,7%)	106 (34,6%)
Semaine	104 (34%)	8 (2,6%)	88 (28,8%)	200 (65,4%)
Total	158 (51,6%)	15 (4,9%)	133 (43,5%)	306

6.4. Éléments explicatifs du recours spontané aux urgences

Parmi ces 306 patients qui évaluaient leur problème de santé comme urgent ou grave, en contradiction avec l'avis du médecin qui les examinait, ils étaient 50% (153) à penser que leur problème de santé était grave ou très grave et 91,5% (280) à penser qu'il était urgent ou très urgent.

Ils étaient 30 (9,8%) à avoir essayé d'appeler leur médecin traitant avant de se rendre aux urgences. 14 d'entre eux pensaient que les délais de prise en charge étaient trop longs, 6 déclaraient une aggravation de leur état clinique et 3 ne voulaient pas consulter le remplaçant. Les autres patients n'avaient pas essayé de contacter leur médecin traitant.

Le souhait d'une prise en charge immédiate est la raison principale de consultation aux urgences (56,5%, 173). Le besoin de bénéficier d'un plateau technique plus complet n'était évoqué que dans 26,5% (81). La facilité de l'accès aux soins était un critère de recours aux urgences pour 22,5% (69) de ces patients. 9,8% (30) des patients n'habitaient pas dans la région.

L'absence d'avance de frais aux urgences était une motivation pour 18,3% (56) des patients.

Quatre virgule trois pourcent (13) de ces patients ayant un sentiment d'urgence ou de gravité souhaitaient un autre avis que celui de leur médecin. 6,5% (20) des patients déclaraient ne pas avoir de médecin traitant. Ces patients n'avaient pas significativement plus consulté aux urgences dans les derniers mois (sans avis médical).

Enfin, 63,7% (195) des patients venaient aux urgences pensant que leur médecin ne pouvait pas prendre en charge leur pathologie. Ce sentiment était significativement plus important pour les pathologies traumatologiques (72,2% vs 66,7% pour la psychiatrie vs 56,3% pour la médecine ; p=0,019). Cet avis diffère également en fonction du moment de la consultation : 42% (72) des

patients qui consultaient pendant la garde pensaient que leurs médecins pouvaient prendre en charge leur pathologie contre 28,9% (39) de ceux qui avaient consulté pendant les horaires d'ouverture des maisons médicales ($p=0,017$).

Cependant, les patients venant pour un traumatisme n'avaient pas moins appelé leur médecin traitant que ceux venant pour une pathologie médicale (26% vs 23,7% ; $p=0,78$).

6.5. Prise en charge diagnostique et thérapeutique

Pour 12 (3,9%) patients, le médecin a estimé que le problème de santé n'était ni grave ni urgent mais proposait d'emblée une hospitalisation ou une surveillance. Pour 3 de ces patients, l'urgentiste estimait malgré tout une prise en charge possible par un médecin généraliste. La première patiente était une femme de 57 ans venant pour une éruption cutanée évoluant depuis plus de 48h, pour laquelle le médecin urgentiste évaluait la nécessité d'un traitement et d'une surveillance ou hospitalisation. Finalement la patiente n'a pas été hospitalisée. La deuxième patiente était une femme de 38 ans venant pour une poussée hémorroïdaire évoluant depuis 24-48h pour laquelle le médecin urgentiste évaluait la nécessité d'un traitement, d'un geste thérapeutique et d'un avis spécialisé. Finalement la patiente a été hospitalisée. Le troisième patient était un homme de 33 ans venant pour une psychose évoluant depuis moins de 24h, pour lequel l'interne des urgences proposait qu'une surveillance ou une hospitalisation, ce qui a été fait.

Finalement, 26 (8,5%) patients ont été hospitalisés (17 patients venant pour de la médecine, 6 pour de la psychiatrie et 3 pour de la traumatologie). 141 patients (46,1%) ont bénéficié d'un examen d'imagerie et/ou d'un bilan biologique, 21,9% (67) un geste thérapeutique et 54,9% (168) ont bénéficié d'un traitement pour les soulager. Ils n'étaient que 36 patients (11,8%) à n'avoir ni traitement, ni examen complémentaire. Plus précisément, 54,4% (71) des patients venant pour de la traumatologie ont bénéficié d'examens complémentaires, versus 43% (68) des patients venant pour un problème médical ou chirurgical non traumatique, versus 13,3% (2) des patients venant pour de la psychiatrie ($p=0,006$). 187 patients (61,1%) ont bénéficié d'un geste thérapeutique et/ou d'un examen d'imageries et/ou biologique. Sur les 171 patients se présentant pendant les horaires de garde, il y en a eu 110 (64,3%) à avoir un geste thérapeutique et/ou examen d'imagerie et/ou d'un bilan biologique. Et parmi ces 110, le médecin pensait que 68 patients (61,8%) auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste.

275 patients ont été classés CCMU 1 ou 2.

Pour 30 patients (9,8%), le médecin pensait demander un avis spécialisé. Dans 168 cas (54,9%), il avait prodigué ou prescrit un traitement, et dans 67 cas (21,9%) il avait réalisé un geste thérapeutique.

Dans 19 cas (6,2%), le médecin estimait qu'il n'y avait aucune indication à une prise en charge médicale qu'elle soit étiologique ou thérapeutique.

Le médecin a évalué pour 226 patients (73,9%) que le problème de santé aurait pu être réglé par un médecin généraliste. Chez 85 des 226 patients (37,6 %), il a quand même prescrit un examen complémentaire ou un bilan biologique. Le médecin qui décrit le problème de santé ni grave ni urgent a pris en charge 85 patients (37,6%) présentant un traumatisme. 20 patients qui ne sont ni CCMU 1 ou 2 ont été considérés par le médecin comme pouvant faire l'objet d'une prise en charge par un médecin généraliste.

Les horaires de gardes étaient définies de 20H-8H en semaine, le samedi à partir de midi et le dimanche toute la journée. La prise en charge sur une période de garde de garde ou hors garde n'a pas influencé les urgentistes sur leur évaluation d'une possibilité de prise en charge par un médecin généraliste. En effet lorsque le patient se présentait pendant la garde, le médecin considérait que dans 71,3% des cas il aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste versus 77% pour les patients s'étant présentés pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux ($p=0,26$).

DISCUSSION

1. LES LIMITES DE L'ETUDE

- La période de l'étude.

Le questionnaire avait été distribué une semaine en hiver et une en été, dans le but de rechercher des différences dans l'attitude des patients en fonction des saisons. Il a persisté un biais de recrutement puisque l'étude a été réalisée l'été au cours d'une semaine de vacances scolaires, ce qui a pu entraîner une augmentation de passages en raison des vacances des médecins traitants.

- La difficulté de définir le caractère approprié ou inapproprié d'une consultation aux urgences.

Le but de notre étude était au départ de définir si la consultation spontanée aux urgences était appropriée ou non. Or, il n'existe pas de critère universellement reconnu pour déterminer le caractère approprié ou non d'un passage aux urgences.

Une étude américaine [8] a proposé des critères objectifs qui sont l'hospitalisation, le recours à des tests diagnostiques (examens complémentaires), des injections intraveineuses, des transfusions, le traitement d'une plaie ou d'un traumatisme ou une consultation avec un spécialiste. Une autre étude, espagnole, a proposé un score HUAP (Hospital Urgencies Appropriateness Protocol) [9] établissant les critères justifiant le recours spontané aux urgences : accident (voie publique, travail, lieu public...) et nécessité d'être examiné, symptôme évoquant une urgence vitale (douleur thoracique, dyspnée avec début rapide, douleur abdominale aigue), condition connue du patient qui le conduit généralement à être hospitalisé, information préalable du médecin d'aller aux urgences si les symptômes se majoraient, nécessité de soins rapides avec l'hôpital comme centre de soins le plus proche.

D'autres études [10] classent l'urgence en fonction des critères CCMU (ANNEXE). Les patients classés CCMU 1 ou 2 sont considérés comme étant « non urgents ». Avec ces critères, une consultation pour une fracture nécessitant un plâtre est considérée comme inappropriée alors qu'elle est appropriée avec les critères HUAP.

Devant ces critères disparates, nous nous sommes basés sur la définition de la mission des services d'urgence dans les textes officiels [1] qui mettent en avant l'importance du critère « urgence » auquel nous avons ajouté un critère de « gravité ». Ces critères restent subjectifs et sont fonction de l'expérience propre de chaque patient et de chaque médecin.

- Evaluation de la gravité et de l'urgence par le médecin :

Les médecins ont donné leur avis quant à la gravité et à l'urgence du problème du patient après un simple examen médical et avant la réalisation de tout examen complémentaire. Cette évaluation reste donc subjective et soumise à l'expérience et aux connaissances de chaque médecin. Ainsi, un interne de premier semestre n'aura pas forcément la même opinion face au même problème que l'urgentiste expérimenté.

- Lacunes du questionnaire patient :

Les résultats obtenus posent la question de la connaissance et de l'utilisation par les patients de la permanence de soins libérale. Malheureusement, nous avons omis d'interroger précisément les patients sur ces notions même si nous les avons questionnés sur l'appel de leur médecin traitant avant leur venue aux urgences.

2. REPONSES APPORTEES PAR L'ETUDE ET DISCUSSION

Notre étude a évalué les sentiments d'urgence et de gravité des patients se présentant aux urgences sans avis médical préalable, en les confrontant à l'évaluation du médecin des urgences après un simple examen médical. À notre connaissance, ce travail n'avait jamais été réalisé. Les résultats montrent une discordance entre l'avis du patient et celui du médecin. Cependant, les patients qui évaluent leur problème de santé comme urgent ou grave bénéficient plus souvent d'une prise en charge thérapeutique ou d'une hospitalisation que les autres patients. Notre étude s'inscrit dans le contexte d'une augmentation continue des passages aux urgences et pose la question du rôle des urgences et des besoins des patients qu'y présentent spontanément.

La fréquentation des urgences est une problématique internationale. En effet, aux Etats-Unis on dénombre entre 9 et 54% des patients qui consultent pour un motif non urgent[11, 12], et 49% selon l'étude du National Center for Health Statistics [13]. Au Canada, c'est entre 25,5% et 60% [14, 15], en Europe entre 19,8 et 40,9% [16, 17] et à Hong Kong 57% [18]. Les différences de pourcentage observées peuvent être expliquées par les différentes approches utilisées pour évaluer les patients non urgents. Nous observons tout de même le même phénomène d'accroissement des consultations aux urgences, avec une part de ces consultations jugées non justifiées, dans la plupart

des pays dits développés. Pourtant, ces pays n'ont pas les mêmes systèmes de soins ni la même organisation de permanence de soins et ils ont des couvertures sociales également différentes. Nous pouvons donc soupçonner le mode de vie et de consommation de la santé occidentale plutôt que l'organisation des systèmes de soins comme étant responsables du phénomène.

L'augmentation de la fréquentation des urgences s'inscrit dans une augmentation plus globale de la consommation médicale. En effet, comme le souligne Jean Peneff [6], les patients changent d'attitude. Ils attendent plus de prestation, d'examens, que les urgences leurs fournissent plus rapidement et plus facilement. Ainsi, dans notre étude, ils étaient 56,5% à souhaiter une prise en charge immédiate, quand leur problème selon l'avis de l'interne ou du médecin des urgences après examen médical n'était ni grave ni urgent. Nous vivons dans une société de moins en moins patiente et de plus en plus inquiète, où la santé est devenue un droit. Cela fait 20 ans, depuis le rapport Sterg datant de 1993 [19] que les pouvoirs publics s'inquiètent de cette augmentation de la consommation de soins sans être arrivés à inverser la tendance. Dans notre étude, sur 620 patients consultants spontanément aux urgences, 306 (49,35%) percevaient leurs problèmes urgents et/ou graves alors que l'urgentiste considérait le contraire. Ils n'étaient que 79 (12,74%) à avoir la même perception que l'urgentiste. Si nous souhaitions limiter l'activité des urgences aux urgences vitales, il faudrait donc modifier le comportement des usagers et leur perception de l'urgence. Ceci pose la question de la possibilité d'éduquer des patients face à la notion d'urgence ou de gravité, notions qui restent subjectives tant du côté du patient que du côté du médecin. Cependant, une régulation médicale, en amont des urgences, permettrait peut-être de mieux orienter certains patients.

Parallèlement au changement de comportement des patients, les médecins ont modifié leur pratique. En 1995 en France, alors que les médecins généralistes avaient une activité de cabinet et de visites à domicile, on comptait 8 millions de passages dans les services d'urgence, soit un habitant sur 7. Sur la même période aux Etats-Unis où les médecins ne se déplaçaient pas au domicile et où l'urgence n'était assurée que par les hôpitaux, il y avait 92 millions de visites dans les services d'urgence, soit un habitant sur 3. Cette différence pouvait donc être attribuée en partie à la prise en charge pré-hospitalière de l'urgence par le médecin traitant et les systèmes de garde des généralistes ou spécialistes [20]. L'évolution de la pratique de la médecine générale a entraîné une image de moins bonne disponibilité. Nous pouvons nous poser la question du rapport entre l'augmentation des passages dans les services d'urgences et la modification du mode d'exercice des médecins généralistes. Ainsi, une des principales causes évoquées pour expliquer l'augmentation des consultations aux urgences est le prétendu désengagement de la médecine générale dans la permanence de soins. D'une part, la permanence est une obligation pour tout médecin généraliste et est organisée en Maine et Loire dans tous les secteurs géographiques, assurant une permanence

médicale au moins jusqu'à minuit. D'autre part, dans la population des patients qui évaluaient à tort leur problème de santé comme grave et / ou urgent, seuls 9,8% des patients déclaraient avoir essayé appeler leur médecin traitant avant de se rendre aux urgences. En effet, 63,7% des patients pensaient qu'un médecin généraliste ne pouvait pas prendre en charge leur pathologie. Cet avis diffère en fonction des horaires d'ouverture des maisons médicales : lorsqu'ils consultaient pendant les horaires de garde, ils étaient 58% à penser qu'un médecin généraliste n'aurait pas les capacités de les prendre en charge alors que pendant les horaires d'ouverture des maisons médicales ils étaient 71,1% à le penser. Les patients qui évaluaient leurs symptômes comme graves ou urgents au contraire du médecin ont consulté majoritairement pendant les horaires de gardes (55,9%). Nous pouvons donc supposer qu'en journée, dans la grande majorité des cas, les patients sollicitent leur médecin traitant. Comme le montre l'étude de la DRESS [2], en 2004, les médecins généralistes répondaient à la demande de 35 millions de soins « en urgence » pendant que les urgences d'hôpitaux enregistraient 14 millions de passages. En 2004, une enquête a été réalisée dans chaque région par les Observatoires régionaux de la santé [21], dont l'objectif était d'identifier les circonstances et les déterminants des recours urgents ou non programmés en médecine générale de ville. Au plan national, les recours urgents ou non programmés représentent 12 % de l'activité des généralistes libéraux. Dans les Pays de la Loire, la part de ces recours occupe une part plus importante qu'au plan national (14,5 %). Ils se font essentiellement en semaine et en journée, pour un problème somatique. Les recours de nuit (entre 20h et 8h) sont moins fréquents qu'en milieu hospitalier (10 % vs 21 %) [22].

Ainsi, le désengagement de la médecine de ville comme raison de l'affluence dans les services d'urgence n'est pas le seul argument à évoquer. Nous pensons que la méconnaissance du fonctionnement de la permanence de soins de médecine générale pourrait être un des critères explicatifs du recours spontané aux urgences, malheureusement ce critère n'a pas été évalué dans notre étude.

Dans notre étude, l'urgentiste pensait dans 73,9% des cas que les patients auraient pu être pris en charge par le médecin généraliste, alors que le patient percevait sa situation urgente ou grave. Au contraire, les patients pensaient que la prise en charge ne pouvait être faite par le médecin généraliste que dans 36,3% des cas. En effet, certains problèmes ou traitements sont jugés par l'urgentiste comme pouvant relever du champ d'action du médecin généraliste (par exemple points de sutures, petite traumatologie), ou d'un médecin spécialiste (ablation de corps étranger au niveau de la cornée). Certaines prises en charge peuvent en effet être assurées par la médecine de ville mais relèvent tout autant du rôle des urgences, structures souvent plus adaptées à ces pathologies. Aux urgences, l'hygiène, l'éclairage, la disponibilité du matériel facilitent la réalisation de sutures

complexes, l’ablation de corps étrangers... Le problème est le même pour la petite traumatologie. Lorsque l’urgentiste estime que la prise en charge est possible par le médecin généraliste, il réalise dans 37,6% des cas des examens complémentaires en urgence, ce qui n’est pas toujours réalisable en libéral. Le médecin pense que les patients n’auraient pas pu être pris en charge par un médecin généraliste dans 26,1% des cas mais seuls 8,5% des patients sont hospitalisés. Il y a donc un certain nombre de patients dont l’état justifie un passage aux urgences, par la nécessité de réaliser des examens complémentaires, d’apporter un soin immédiat, même s’ils rentrent à domicile ensuite.

Les urgences ont par ailleurs un plateau technique disponible 24H/24H. Ceci a pour conséquence la prescription d’examens complémentaires qui auraient pu être différés. Dans notre étude, 37,6% des patients qui auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste ont bénéficié d’examens complémentaires aux urgences. Cette prescription importante d’examens conforte les patients dans leur perception de l’urgence et donc dans leur choix de venir aux urgences pour avoir accès au plateau technique. Si les médecins des urgences différaient les examens non urgents et renvoient les patients vers les cabinets de radiographies et laboratoires d’analyses médicales libéraux, ceci modifierait la perception des urgences et pourrait peut-être limiter le nombre de consultations.

Cependant, les urgences ont pour vocation d’être «un service d’accueil et de traitement des urgences [qui] 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 vitale » [1]. Il est donc dans leur mission d’accueillir toute personne se présentant à leurs portes. Ceci pose donc la question de l’organisation globale du système de soins, et du rôle de chacun des acteurs de santé. Pour continuer à exercer leur mission telle qu’elle est décrite plus haut, les urgences devront organiser des filières courtes, permettant l’accueil des patients ne nécessitant pas une structure hospitalière. Si au contraire, les urgences se concentrent sur la prise en charge des cas graves, la généralisation de la régulation médicale en amont pour aider le patient à évaluer l’urgence et la gravité de son problème de santé paraît nécessaire.

CONCLUSION

L'engorgement et l'accroissement de la fréquentation des urgences est un problème d'actualité. Différentes études, les politiques et les médias associent ce problème à celui de la permanence des soins libérale. Notre étude soulève d'autres questions. Les motivations des patients consultant de manière spontanée aux urgences, sans régulation médicale préalable, sont multiples. Pour plus de 62 % des patients interrogés, il y a le sentiment d'un problème de santé urgent et/ou grave, sentiments qui ne sont pas corrélés à l'appréciation de l'interne ou du médecin urgentiste après un examen médical. Ce dernier considère alors près d'une fois sur deux que la situation est non grave et non urgente alors que le patient pensait différemment. Ces patients sont rarement hospitalisés, mais ils bénéficient dans 89% des cas d'une prise en charge étiologique et /ou thérapeutique. Ceci soulève une nouvelle problématique pour les années à venir. Les services des urgences doivent-ils se concentrer sur la prise en charge des urgences vitales ? Dans ce cas, la régulation en amont doit être optimale pour assurer la bonne orientation des patients. Doivent-ils au contraire accueillir tous les patients quelque soit leur besoin (ou leur demande) ? Il faudra probablement dans ce cas mettre en place au sein des services d'urgence des circuits de médecine générale non régulés.

BIBLIOGRAPHIE

1. J.O n°109 du 10 mai 1995 pages 7686, textes généraux ministères des affaires sociales, de la santé et de la ville. Décret N°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. 1995.
2. Collet, M. and M. Gouyon, Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. *Etudes et Résultats*, 2007(607).
3. Steg, A., *L'urgence à l'hôpital*. 1989, Rapport du conseil Economique et social.: Paris.
4. Steg, A., *La médicalisation des urgences*. . 1993, Rapport de la Commission Nationale de restructuration des urgences.: Paris.
5. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance. 2012/10/22/20:09:42; Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>files/137/affichTexte.html.
6. Peneff, J., ed. Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale. Métailié ed. 2000.
7. Lucas, J., *L'exercice médical face à la performance des soins*. 2001, Conseil national de l'Ordre des médecins.
8. Lowe, R.A. and A.B. Bindman, *Judging who needs emergency department care: A prerequisite for policy-making*. The American Journal of Emergency Medicine, 1997. 15(2): p. 133-136.
9. Sempere-Selva, T., et al., Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitude, associated factors, and reasons—An approach with explicit criteria. *Annals of Emergency Medicine*, 2001. 37(6): p. 568-579.
10. Sagnes-Raffy, C. and J.-L. Ducasse, Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service

d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville. Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées, 2004.

11. Lega, F. and A. Mengoni, Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*, 2008. 88(2–3): p. 326-338.
12. Linda F. McCaig, M.P.H.E.W.N., National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 Emergency Department Summary. *Advances Data*, 2006(372).
13. Florence, C.S., Nonurgent Care in the Emergency Department: Can We Save by Shifting the Site of Care? *Annals of Emergency Medicine*, 2005. 45(5): p. 495-496.
14. Afilalo, J., et al., *Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care*. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 2004. 11(12): p. 1302-1310.
15. Béland, F., A. Lemay, and M. Boucher, *Patterns of visits to hospital-based emergency rooms*. *Social Science & Medicine*, 1998. 47(2): p. 165-179.
16. Lang, T., et al., Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *Journal of Epidemiology and community health*, 1996. 50(4): p. 456-462.
17. Dale, J., et al., Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *BMJ*, 1995. 311(7002): p. 423-426.
18. Shah, N.M., M.A. Shah, and B. Jaafar, *Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait*. *Social Science & Medicine*, 1996. 42(9): p. 1313-1323.
19. Carrasco V, B.D., Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalieres, DREES, Editor. 2003.
20. Simon, N., *Le généraliste et l'urgence*. *Réanimation Urgences*, 1997. 6(2): p. 77-78.
21. Recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les Pays de la Loire. Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire, 2007.
22. Gouyon, M. and G. Labarthe, Les recours urgents ou non programmés en médecine générale: Premiers résultats. *Etudes et Résultats*, 2006(471).

TABLE DES MATIERES

REPARTITION DU TRAVAIL	6
REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABREVIATIONS.....	8
PLAN	9

1^{ER} ARTICLE : ANALYSE DES DETERMINANTS DU RECOURS ET DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS SE PRESENTANT AUX URGENCES SANS AVIS MEDICAL AU PREALABLE

INTRODUCTION.....	13
MATERIELS ET METHODES.....	15
1. PRESENTATION	15
2. POPULATION ETUDIEE	15
2.1. Critères d'inclusion.....	15
2.2. Critères de non inclusion	15
2.3. Critères d'exclusion.....	16
3. QUESTIONNAIRE.....	16
3.1. Elaboration du questionnaire	16
3.2. Structure du questionnaire « PATIENT » (ANNEXE A)	16
4. LIEUX D'ETUDE	17
4.1. Structure de médecine d'urgence d'Angers.....	17
4.2. Structure de médecine d'urgence de Saumur	17
5. DEROULEMENT DE L'ETUDE	18
6. ANALYSE STATISTIQUE	19
RESULTATS	20
1. DONNEES GENERALES SUR LA POPULATION INCLUSE	20
1.1. Caractéristiques socio démographiques.....	21
1.2. Données générales sur le recours aux urgences.....	23
1.2.1. Moment du recours.....	23

1.2.2. Circonstances du recours aux urgences.....	24
1.3. Déterminants et motivations du recours aux urgences	26
2. COMPARAISON DES PATIENTS INCLUS SELON LE LIEU D'ETUDE	29
2.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	29
2.2. Données générales sur le recours aux urgences.....	30
2.2.1. Moment du recours.....	30
2.2.2. Circonstances du recours aux urgences.....	31
2.3. Déterminants et motivations du recours aux urgences	33
3. COMPARAISON DES PATIENTS INCLUS SELON LA SAISON	35
3.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	36
3.2. Données générales sur le recours aux urgences.....	37
3.2.1. Moment du recours.....	37
3.2.2. Circonstances du recours aux urgences.....	39
3.3. Déterminants et motivations du recours aux urgences	40
DISCUSSION	42
1. FORCES ET BIAIS DE L'ETUDE	42
2. POPULATION INCLUSE GENERALE	43
2.1. Les caractéristiques de la population incluse générale	43
2.2. Le changement des habitus et les motivations du recours aux urgences	43
2.3. Le comportement des usagers des services d'urgence	44
3. POPULATION INCLUSE SELON LE LIEU D'ETUDE	46
3.1. Les caractéristiques et les motivations de la population incluse	46
3.2. Le comportement des patients vis à vis de la permanence des soins	47
4. POPULATION INCLUSE SELON LA SAISON	48
4.1. Les caractéristiques de la population incluse	48
4.2. La variabilité de la fréquentation des services d'urgences	48
5. PERSPECTIVES	49
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	53

2^{EME} ARTICLE : SENTIMENTS D'URGENCE ET DE GRAVITE RESENTIS PAR LES PATIENTS SE PRESENTANT AUX URGENCES SANS AVIS MEDICAL PREALABLE, ET COMPARAISON A L'AVIS DU MEDECIN

INTRODUCTION.....	57
-------------------	----

MATERIELS ET METHODES	59
1. PRESENTATION	59
2. POPULATION ETUDIEE	59
2.1. Critères d'inclusion.....	59
2.2. Critères de non-inclusion.....	59
2.3. Critères d'exclusion.....	60
3. QUESTIONNAIRES	60
4. DEROULEMENT DE L'ETUDE	60
5. ANALYSE STATISTIQUE	61
RESULTATS	62
1. MOTIVATIONS, RESSENTIS D'URGENCE ET DE GRAVITE DES PATIENTS SE PRESENTANT SPONTANEMENT AUX URGENCES	62
2. SENTIMENT D'URGENCE OU DE GRAVITE	64
3. DEVENIR DES PATIENTS EN FONCTION DU RESENTI DE L'URGENCE ET DE LA GRAVITE....	67
4. COMPARAISON DU SENTIMENT DU PATIENT A L'AVIS DU MEDECIN.....	69
4.1. Comparaison de perception de gravité entre le patient et le médecin	69
4.2. Comparaison de perception d'urgence entre le patient et le médecin	70
4.3. Comparaison perception de l'urgence et de gravité	70
5. DEVENIR DES PATIENTS EN FONCTION DE L'AVIS DE L'URGENTISTE	71
6. DESCRIPTION DES PATIENTS EVALUANT LEUR PROBLEME DE SANTE COMME GRAVE OU URGENT EN CONTRADICTION AVEC L'AVIS DU MEDECIN.....	74
6.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	74
6.2. Analyse des motivations du recours à un service d'urgence	75
6.3. Pathologies de ces patients	75
6.4. Éléments explicatifs du recours spontané aux urgences.....	76
6.5. Prise en charge diagnostique et thérapeutique.....	77
DISCUSSION	79
1. LES LIMITES DE L'ETUDE	79
2. REPONSES APPORTEES PAR L'ETUDE ET DISCUSSION	80
CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE	85
TABLE DES MATIERES.....	87
ANNEXES	90

ANNEXES

ANNEXE A : QUESTIONNAIRE PATIENT

Etiquette patient	
<p>↑ Partie à découper lors de l'anonymisation</p> <p>Questionnaire à l'intention des patients ou de leurs accompagnants pour les mineurs consultant au SAU</p>	
<p>1- Vous consultez ce jour aux urgences, votre démarche est (cochez une seule réponse) :</p> <p><input type="radio"/> Orientée par un professionnel de santé : ○ vous avez appelé un numéro d'urgence (le 15, pompiers, centre anti poison, service des urgences) ○ vous avez consulté un médecin qui vous adresse aux urgences avec un courrier</p> <p><input type="radio"/> Personnelle : Vous avez consulté spontanément ou votre entourage vous l'a recommandé</p> <p><input type="radio"/> Autre (précisez) : _____</p>	
<p>2- Avant de venir aux urgences, avez vous essayé de contacter par téléphone votre médecin traitant pour votre problème de santé actuel ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>	
<p>Si OUI, vous consultez ce jour aux urgences car votre médecin traitant (cochez une ou plusieurs réponses) :</p> <p><input type="radio"/> vous a dit au téléphone de vous y rendre impérativement <input type="radio"/> est injoignable et/ou en congé et n'a pas de remplaçant <input type="radio"/> est absent et vous n'avez pas souhaité consulter son remplaçant <input type="radio"/> a des délais de prise en charge trop longs <input type="radio"/> vous propose des heures de rendez-vous incompatibles avec vos obligations de vie <input type="radio"/> vous a donné un rendez vous mais votre problème de santé s'est aggravé depuis <input type="radio"/> Autre (précisez) : _____</p>	
<p>Si NON, vous n'avez pas contacté votre médecin traitant et vous consultez ce jour aux urgences car (cochez une ou plusieurs réponses) :</p> <p><input type="radio"/> vous n'avez pas de médecin traitant <input type="radio"/> vous voulez une prise en charge immédiate pour soulager vos symptômes (douleur, démangeaison...) <input type="radio"/> vous voulez bénéficier d'un plateau technique plus complet (radio, scanner, prise de sang...) <input type="radio"/> votre problème de santé est apparu en dehors des heures d'ouverture du cabinet médical (nuit, weekend) <input type="radio"/> vous êtes loin de votre lieu de résidence et donc de votre médecin traitant <input type="radio"/> vous savez que votre médecin est absent et n'est pas remplacé <input type="radio"/> votre médecin est absent et vous ne souhaitez pas consulter son remplaçant <input type="radio"/> vous voulez avoir un avis autre que celui de votre médecin habituel <input type="radio"/> l'accès aux soins y est plus facile (présence permanente d'un médecin) <input type="radio"/> Autre (précisez) : _____</p>	
<p>3- Pensez vous que votre problème de santé aurait pu être pris en charge par un cabinet de médecin généraliste ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>	
<p>4- Selon vous, votre problème de santé est (cochez une seule réponse) :</p> <p><input type="radio"/> très grave <input type="radio"/> grave <input type="radio"/> faiblement grave <input type="radio"/> pas grave</p>	
<p>5- Selon vous, votre problème de santé nécessite une prise en charge (cochez une seule réponse) :</p> <p><input type="radio"/> Très urgente (inférieur à 20 minutes) <input type="radio"/> Urgente (dans l'heure) <input type="radio"/> Faiblement urgente (dans les 2 heures à 3 heures) <input type="radio"/> Pas urgente (dans les 4 heures ou plus)</p>	
Partie réservée pour l'anonymisation	N° de questionnaire : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Etiquette patient

↑ Partie à découper lors de l'anonymisation

**Questionnaire à l'intention des patients ou de leurs accompagnants
pour les mineurs consultant au SAU**

6- Votre problème de santé actuel est apparu : (cochez une seule réponse)

- dans les 24h avant votre arrivée aux urgences
- dans les 24 à 48h avant votre arrivée aux urgences
- plus de 48h avant votre arrivée aux urgences

7- Merci d'indiquer :

Code postal ou la ville dans laquelle exerce votre médecin traitant : _____

Nom du médecin traitant : _____

Code postal de votre lieu de résidence : _____

8- Quelle est votre statut professionnel ou celui de votre accompagnant pour les mineurs? (cochez une seule réponse)

- Exploitants agricoles
- Artisans, commerçants et auto entrepreneurs
- Cadres et professions intellectuelles supérieures (*Professions libérales et assimilées, Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques, Cadres d'entreprise*)
- Professions intermédiaires (*de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilées, administratives et commerciales des entreprises, Techniciens, Contremaires, agents de maîtrise*)
- Employés (*de la fonction publique, administratifs d'entreprise, commerce, des services directs aux particuliers*)
- Ouvriers
- Retraités
- Sans profession
- Elève, Etudiant

9- L'absence d'avance de frais aux urgences est-elle une des raisons pour lesquelles vous avez consulté aux urgences ? (cochez une seule réponse)

- Oui
- Non

10- Bénéficiez vous de la CMU-C ? (cochez une seule réponse)

- Oui
- Non

11- Dans les 6 derniers mois, combien de fois avez vous consulté aux urgences sans être adressé par un professionnel de santé (médecin traitant, le 15, les pompiers, service des urgences...) ? : _____

Nous vous remercions de votre participation

Partie réservée pour l'anonymisation

N° de questionnaire :

ANNEXE B : QUESTIONNAIRE URGENTISTE

Etiquette patient	
<p>Partie à découper lors de l'anonymisation</p> <p>Questionnaire à l'intention des médecins urgentistes A remplir juste après le premier examen clinique</p>	
<p>1- Vous êtes :</p> <p><input type="radio"/> Interne <input type="radio"/> Médecin senior</p>	
<p>2- Le ou la patient(e) que vous avez examiné(e) présente une symptomatologie nécessitant (cochez une ou plusieurs réponses) :</p> <p><input type="radio"/> Un traitement pour soulager un symptôme (douleur, angoisse, prurit...) <input type="radio"/> Un geste thérapeutique suite à un traumatisme (plâtre, suture, ablation de corps étranger...) <input type="radio"/> Des examens d'imagerie (scanner, radiographie, échographie...) <input type="radio"/> Un avis spécialisé <input type="radio"/> Une hospitalisation ou une surveillance médicale de courte durée <input type="radio"/> Un document administratif (certificat, arrêt de travail...) <input type="radio"/> Un bilan biologique <input type="radio"/> Rien <input type="radio"/> Autre (précisez) : _____</p>	
<p>3- La symptomatologie de votre patient(e) est (cochez une seule réponse) :</p> <p><input type="radio"/> très grave <input type="radio"/> grave <input type="radio"/> faiblement grave <input type="radio"/> pas grave</p>	
<p>4- La symptomatologie de votre patient(e) nécessitait une prise en charge (cochez une seule réponse) :</p> <p><input type="radio"/> Très urgente (immédiate ou inférieur à 20 minutes) <input type="radio"/> Urgente (dans l'heure) <input type="radio"/> Faiblement urgente (dans les 2 à 3 heures) <input type="radio"/> Pas urgente (dans les 4 heures ou plus)</p>	
<p>5- Le problème de santé de votre patient aurait-il pu être pris en charge par un cabinet de médecin généraliste ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>	
<p>Nous vous remercions de votre participation.</p>	
<p>Partie réservée pour l'anonymisation</p>	
<p>N° de questionnaire : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

ANNEXE C : FICHE « PATIENT »

Etiquette patient	
Partie à découper lors de l'anonymisation	
Fiche patient	
Critères d'inclusion :	
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Patient (ou personne accompagnant un patient mineur ou incapable majeur) se présentant spontanément aux SAU d'Angers ou de Saumur, sans avis écrit d'un médecin ou d'un centre d'appel médical, et acceptant de participer à l'étude	
Critère de non inclusion :	
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Patient adressé par un professionnel de santé<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> le 15, pompiers, centre anti poison, service des urgences ou autre centre d'appel médical<input type="radio"/> par un médecin avec un courrier écrit<input type="radio"/> Patient amené par les forces de l'ordre (CNH, HO, victime d'une agression sexuelle...)<input type="radio"/> Refus exprimé du patient de participer à l'étude ou qu'un questionnaire soit adressé au médecin urgentiste qui va le prendre en charge<input type="radio"/> Patient présentant un état clinique l'empêchant de répondre correctement par oral ou par écrit au questionnaire (état d'ébriété, trouble cognitifs, confusion, obnubilation, coma, démence caractérisé à l'accueil...)<input type="radio"/> Patient nécessitant des soins immédiats (triage IOA en urgence immédiate)<input type="radio"/> Accident d'exposition au sang ou autre produit biologique du personnel médical et paramédical de l'hôpital<input type="radio"/> Patient non francophone<input type="radio"/> a eu son médecin traitant directement par téléphone qui lui a dit de se rendre immédiatement aux urgences	
Critères d'exclusion :	
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Absence de questionnaire urgentiste<input type="radio"/> Questionnaire patient incomplet<input type="radio"/> Réponses multiples dans question à choix unique<input type="radio"/> Patient n'ayant pas répondu aux 5 premières questions avant d'être vu par le médecin urgentiste	
Hospitalisation ? :	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
CCMU : _____	
Diagnostique principal : _____ _____	
Partie réservée pour l'anonymisation	
N° de questionnaire : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

ANNEXE D : LA CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES MODIFIEE

Les spécialistes de l'urgence en France utilisent pour évaluer la gravité des patients adultes admis aux urgences une échelle de gravité appelée CCMU. Il s'agit d'une classification clinique et d'intervention de soins. Les deux premières classes correspondent à des états qui ne sont pas jugés susceptibles de s'aggraver. Ce classement est effectué par le médecin après l'examen clinique initial. La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle ont été ajoutées 2 nouvelles classes : CCMU D et CCMU P.

-CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

-CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

-CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

-CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

-CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

-CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

-CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

ANNEXE E : CATEGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTIC (CMD)

Manuel des groupes homogènes de malades. Version 11d applicable depuis le 1er mars 2012

- CMD 01 : Affections du système nerveux
- CMD 02 : Affections de l'œil
- CMD 03 : Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
- CMD 04 : Affections de l'appareil respiratoire
- CMD 05 : Affections de l'appareil circulatoire
- CMD 06 : Affections du tube digestif
- CMD 07 : Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
- CMD 08 : Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
- CMD 09 : Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
- CMD 10 : Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
- CMD 11 : Affections du rein et des voies urinaires
- CMD 12 : Affections de l'appareil génital masculin
- CMD 13 : Affections de l'appareil génital féminin
- CMD 14 : Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
- CMD 15 : Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
- CMD 16 : Affections du sang et des organes hématopoïétiques
- CMD 17 : Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
- CMD 18 : Maladies infectieuses et parasitaires
- CMD 19 : Maladies et troubles mentaux
- CMD 20 : Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
- CMD 21 : Traumatismes, allergies et empoisonnements
- CMD 22 : Brûlures
- CMD 23 : Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
- CMD 25 : Maladies dues à une infection par le VIH
- CMD 26 : Traumatismes multiples graves
- CMD 27 : Transplantations d'organes
- CMD 28 : Séances
- CMD 90 : Erreurs et autres séjours inclassables

ANNEXE F : LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Attention à ne pas confondre la Couverture maladie universelle (C.M.U.) de base et la C.M.U. complémentaire. La première est une protection maladie obligatoire pour les personnes résidant en France et qui ne sont pas déjà couvertes par un autre régime obligatoire d'Assurance Maladie. La seconde est une protection complémentaire (comparable à une mutuelle) accordée sur critères de ressources.

- **La CMU de base :**

La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.). La C.M.U. de base ouvre droit aux remboursements des soins et médicaments aux taux habituels appliqués aux autres assurés sociaux. Comme eux, les bénéficiaires avancent les frais puis l'Assurance Maladie les rembourse entre 35 % et 65 % du prix pour les médicaments, entre 60 % et 100 % pour les actes et prestations.

- **La CMU complémentaire :**

La couverture maladie universelle complémentaire permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite. C'est donc la possibilité d'accéder aux médecins, à l'hôpital, etc., sans dépense à charge et sans avance de frais. La CMU complémentaire est accordée pour un an sous conditions de ressources : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédent la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond. Pour en bénéficier, la personne doit habiter en France depuis plus de trois mois et être en situation régulière. La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultations et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale.

- **L'Aide Médicale de l'Etat :**

L'Aide Médicale de l'Etat (AME) vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France, de manière irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande), depuis une durée ininterrompue de trois mois minimum et ayant sur le territoire français leur foyer ou leur lieu de séjour principal. A titre exceptionnel, l'aide médicale peut être accordée à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie (maladie ou accident

survenu de manière inopinée), sur décision individuelle du ministre chargé de l'action sociale. L'aide médicale est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU complémentaire. Le droit aux prestations de l'AME est conditionné par le paiement d'un droit annuel de 30€ par bénéficiaire majeur (article 968 E du code général des impôts). Cette somme est acquittée par la remise d'un timbre fiscal au moment du retrait du titre d'admission à l'AME. Le droit de timbre n'est pas dû pour les bénéficiaires mineurs et les bénéficiaires de l'AME complémentaire, mineurs ou majeurs.

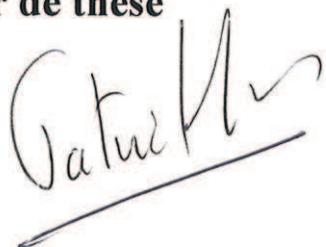
THESE DE - Mademoiselle ROUZIER Stéphanie

- Madame GAISNE-JOLY Marine

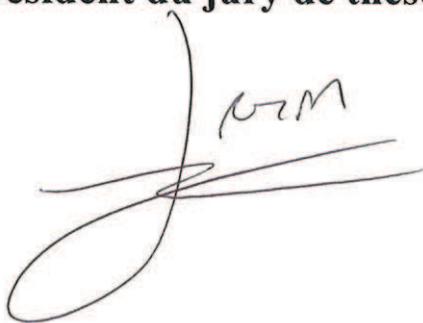
- Monsieur VARDON Damien

- Monsieur DE MAS LATRIE Thibault

Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury de thèse



**Vu, le doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I.RICHARD

Vu et permis d'imprimer



REOURS SPONTANE AUX URGENCES

ARTICLE 1 : ANALYSE DES DETERMINANTS DU REOURS ET DES CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS SE PRESENTANT AUX URGENCES, SANS AVIS MEDICAL PREALABLE

ARTICLE 2 : SENTIMENTS D'URGENCE ET DE GRAVITE RESENTIS PAR LES PATIENTS SE PRESENTANT AUX URGENCES SANS AVIS MEDICAL PREALABLE, ET COMPARAISON A L'AVIS DU MEDECIN

RESUME ARTICLE 1

Introduction : L'objectif de ce travail est de préciser les caractéristiques sociodémographiques et les déterminants du recours spontané aux urgences des patients. *Matériels et Méthodes :* Etude prospective multicentrique basée sur la distribution d'un questionnaire à tout patient adulte, se présentant sans avis médical préalable aux urgences du Centre hospitalier d'Angers et Saumur. Le recueil s'est fait 24h sur 24, sur une semaine en juillet 2011 et en janvier 2012. *Résultats :* 22,9% des passages totaux ont été inclus. Il s'agissait d'une population jeune, active (60.2%), masculine (58.7%) consultant pour un problème traumatologique (51.6%) apparu dans les 24 dernières heures (66.3%). Ils sont majoritairement venus pendant les horaires de gardes (56.5%). 10.5% des patients inclus ont tenté de joindre leur médecin traitant et 56.9% d'entre eux se sont présentés aux urgences car ce dernier était injoignable. 57.3% des patients n'ayant pas tenté de joindre leur médecin, se sont présentés aux urgences afin de soulager un symptôme immédiatement. Proportionnellement, il y avait plus d'inclus à Saumur qu'à Angers (27,2% vs 20,8%) et ils étaient plus nombreux à évoquer la facilité de l'accès aux soins à Saumur. La comparaison saisonnière montrait un afflux de patients venant d'autres régions plus important en été qu'en hiver. L'été, les patients se présentaient aux urgences plus souvent pour la facilité d'accès aux soins et à cause de l'absence de leur médecin traitant. *Conclusion :* Les urgences permettent une grande facilité d'accès aux soins motivant le recours spontané de nombreux patients, qui méconnaissent souvent l'organisation de la permanence des soins.

RESUME ARTICLE 2

Objectifs : Evaluer les sentiments d'urgence et de gravité des patients se présentant sans avis médical préalable aux urgences, les comparer à l'avis du médecin. Analyser le devenir des patients selon ces critères. Etudier les patients dont l'évaluation diffère de celle de l'urgentiste.

Patients et méthodes : étude prospective réalisée aux urgences du centre hospitalier de Saumur et du CHU d'Angers, basée sur la distribution de questionnaires aux patients se présentant sans avis médical préalable et aux médecins les prenant en charge. *Résultats :* Les sentiments d'urgence et/ou de gravité sont ressentis par 62,1 % des patients ayant recours spontané aux urgences. Il y a une discordance entre le sentiment des patients et l'évaluation du médecin après un examen médical mais la prise en charge diagnostique et thérapeutique est globalement corrélée au degré de gravité et d'urgence ressentis par les patients. Les 306 patients évaluant leur problème comme urgent ou grave contre l'avis du médecin venaient dans 51 % des cas pour un problème médical (non traumatologique, non psychiatrique) et auraient pu être pris en charge dans 73% des cas par un médecin généraliste d'après le médecin. *Conclusion :* L'évaluation de l'urgence ou de la gravité d'un problème médical est subjective tant du point de vue du patient que du médecin. Cette étude soulève la question du rôle des urgences dans les années à venir, l'accueil du patient quelque soit sa demande, avec la nécessité de mettre en place des filières courtes au sein des urgences ou au contraire l'amélioration de la régulation médicale en amont pour mieux orienter les patients.

MOTS-CLES

Service d'urgence, patient, recours spontané, caractéristiques sociodémographiques, déterminants, gravité, ressentis, permanence des soins