

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2004

N°43

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Nicolas HOURDIN

Né le 21 Août 1976 à Sainte-Adresse

Présentée et soutenue publiquement le 5 Octobre 2004

Evaluation de la pertinence des non-hospitalisations à partir du
Service d'Accueil des Urgences de Nantes en fonction des critères de
l'AEPf (Appropriateness Evaluation Protocol)

—

Etude prospective sur 243 dossiers

Président : Monsieur le Professeur Gilles POTEL
Directeur de thèse : Madame le Docteur Danielle YATIM

À Monsieur le Professeur Gilles POTEL,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Je vous remercie sincèrement pour votre dynamisme, votre disponibilité, pour la qualité de votre enseignement ainsi que pour l'intérêt que vous me témoignez.

Veillez trouver ici la marque de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pierre LOMBRIL,

Vous avez aimablement accepté de siéger au sein de ce jury.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Philippe LECONTE,

Tu m'as fait l'honneur et la sympathie d'accepter de siéger au sein de ce jury.

Je te remercie pour ta confiance, ton amitié et pour ton accueil dans le service.

Trouve ici le témoignage de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Danielle YATIM,

Tu m'as fait l'honneur de ta confiance, de ce travail que tu as voulu faire avec moi à tout ce que je te dois aujourd'hui.

Merci de m'avoir éveillé à la médecine d'urgence, merci pour tout l'intérêt que tu me portes.

J'admire ton optimisme, ta détermination, ta féminité, ta sensibilité.

Trouve ici la marque de toute ma reconnaissance et de mon amitié.

A Monsieur le Docteur Mohamed HAMIDOU,

Qui m'a fait l'honneur de bien vouloir siéger comme membre du jury de cette thèse.

Trouvez ici l'expression de ma profonde estime.

A Monsieur Raymond LE MOIGN,

Qui a accepté de participer au jury de cette thèse.

Je vous adresse mes sincères remerciements.

Au bon Dr Jo Rousselot, au si gentil Dr Olivier Croizier, à l'excellent Dr Cédric Bretonnière,

A vous qui sans le savoir avez largement influencé mon éducation médicale.

Bravo pour votre grande sagesse, votre professionnalisme et pour votre grand art.

Vous avez toute mon admiration et mon profond respect.

Au Dr Noëlle Raillard-Mauduit,

Merci pour ta confiance, ta sympathie. J'ai beaucoup aimé et appris à travailler avec toi.

A Olivier,

Merci pour ton aide précieuse et ton soutien statistique des derniers instants.

A la Pneumo du CHU de Nantes, l'Endocrino de Cholet, la Cardio de Châteaubriant,

Au Dr Delphine Horeau-Langlard, au Dr Alain Haloun, à Viviane la secrétaire, Jaqueline la surveillante, aux infirmières, aux aides-soignantes...

Merci à vous tous qui avez jalonné mon parcours et m'avez aidé à apprendre mon métier.

Au nom du respect que je vous dois, vous resterez dans ma mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

ABREVIATIONS.....14

INTRODUCTION.....

I. - GENERALITES

I.1 – LES SERVICES D’URGENCE.....

I.1.1 - LA PERMANENCE DE SOINS.....

I.1.2 – LE SERVICE D’ACCUEIL DES URGENCES DE NANTES.

I.1.2.1 - Fréquentation.....

I.1.2.2 - Organisation.....

I.2 – L’A.E.P.....

I.2.1 – HISTORIQUE.....

I.2.2 – DESCRIPTION DE L’AEP.....

I.2.3 – L’AEP ET LA PERTINENCE DES NON-

HOSPITALISATIONS.....

II. - L'ETUDE

II.1 - OBJECTIFS.....

II.2 - MATÉRIEL & MÉTHODE.....

II.2.1 - MATÉRIEL.....

II.2.2 - MÉTHODE.....

III. - PRESENTATION DES RESULTATS

III.1- RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE.....

III.1.1 - PRÉSENTATION GÉNÉRALE.....

III.1.2 - LES SOUS-POPULATIONS AEP.....

III.1.3- MODE DE VENUE DES PATIENTS.....

III.1.4 - MOTIFS D'ADMISSION.....

III.1.4.1 - des patients AEP -.....

III.1.4.2 - des patients AEP +.....

III.1.5 - CONSULTATION AU PRÉALABLE.....

III.1.6 - AEP.....

III.1.7 - EXAMENS COMPLÉMENTAIRES AU SAU.....

III.1.7.1 - Absence de bilan para-clinique.....

III.1.7.3 - Bilan réalisé.....

III.1.8 - AVIS SPÉCIALISÉ.....

III.1.9 - RETOUR À DOMICILE.....

<u>III.2 - RÉSULTATS DU RAPPEL</u>	
<u>TÉLÉPHONIQUE À 1 MOIS.....</u>	
<u>III.2.1 - PERSISTANCE DES SYMPTÔMES APRÈS LA SORTIE.....</u>	
<u> III.2.1.1 – <i>Persistance des symptômes avec</i></u>	
<u> <i>aggravation.....</i></u>	
<u> III.2.1.2 – <i>Persistance des symptômes sans</i></u>	
<u> <i>aggravation.....</i></u>	
<u>III.2.2 - RÉCIDIVES.....</u>	
<u>III.2.3 - SUIVI MÉDICAL.....</u>	
<u>III.2.4 - DIAGNOSTIC FINAL.....</u>	
<u>III.2.5 - OBSERVANCE.....</u>	
<u>III.2.6 - SYNTHÈSE AEP.....</u>	
<u>III.2.7 - CAS PARTICULIER DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES...</u>	
<u>III.2.8 - SATISFACTION.....</u>	

IV. - DISCUSSION

<u>IV.1 - CRITIQUE DE LA MÉTHODE.....</u>	
<u>IV.1.1 - BIAIS LIÉS AU PATIENT.....</u>	
<u> IV.1.1.1 - <i>Aggravation.....</i></u>	
<u> IV.1.1.2 - <i>Suivi.....</i></u>	
<u> IV.1.1.3 - <i>Réadmissions.....</i></u>	

IV.1.1.4 - Observance.....

IV.1.1.5 - Données manquantes.....

IV.1.2 - BIAIS LIÉS À L'ÉTUDE.....

IV.1.3 - BIAIS LIÉS À L'HÔPITAL.....

IV.2 - POPULATION RECENSÉE PAR L'ÉTUDE..

IV.2.1 - PATIENTS ADRESSÉS PAR UN MÉDECIN.....

IV.2.2 - PATIENTS VENUS SEULS (NON ADRESSÉS PAR UN
MÉDECIN)

MOTIFS DE RECOURS AU SAU.....

IV.2.3 - MOTIFS D'ADMISSION.....

IV.2.4 - CONTEXTE SOCIAL.....

IV.2.5 - JUSTIFICATION DE VENUE AUX URGENCES.....

IV.2.6 - SATISFACTION.....

IV.3 - LES NON HOSPITALISATIONS.....

IV.3.1 - BILAN DES ÉVOLUTIONS À 1 MOIS.....

IV.3.2 - PERTINENCE DES NON-HOSPITALISATIONS.....

*IV.3.2.1 - Si l'on considère que les retours
inadaptés à domicile sont constitués de toutes les
persistance de symptômes et de toutes les récurrences...*

*IV.3.2.2 - Si l'on évalue les retours effectivement
inadaptés à domicile selon notre impression.....*

IV.3.2.3 - Synthèse.....

IV.3.3 - SOUS-UTILISATION DE L'HÔPITAL ?.....

IV.3.4 - PERFORMANCE DU SERVICE DES URGENCES.....

CONCLUSION.....

ANNEXE : Les Critères d'admission de l'AEPf.....114

BIBLIOGRAPHIE.....115

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : POPULATION.....

FIGURE 2 : RÉPARTITION AEP.....

FIGURE 3 : MODE DE VENUE.....

FIGURE 4 : A.E.P.....

FIGURE 5 : EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.....

FIGURE 6 : EXAMENS BIOLOGIQUES.....

FIGURE 7 : AVIS SPÉCIALISÉ.....

FIGURE 8 : DÉLAI DE RÉCIDIVE.....

FIGURE 9 : DIAGNOSTIC FINAL.....

FIGURE 10 : DIAGNOSTIC FINAL (RÉPARTITION).....

FIGURE 11 : SATISFACTION.....

TABLEAU 1 : MODE DE VIE.....

TABLEAU 2 : ENTOURAGE.....

TABLEAU 3 : CONSULTATION AU PRÉALABLE.....

TABLEAU 4 : MODE DE VENUE DES PATIENTS AYANT CONSULTÉ

POUR LE MÊME MOTIF.....

TABLEAU 5 : RETOUR À DOMICILE.....

TABLEAU 6 : PRESCRIPTIONS DE SORTIE.....

TABLEAU 7 : CONSULTATIONS DE SPÉCIALISTES

RECOMMANDÉES.....

TABLEAU 8 : SUIVI MÉDICAL (POUR LE MÊME MOTIF).....

TABLEAU 9 : CORRÉLATION CONSULTATIONS DE SPÉCIALISTES

RECOMMANDÉES / EFFECTUÉES.....

ILLUSTRATION 1: PREMIER QUESTIONNAIRE (RECTO).....

ILLUSTRATION 2: PREMIER QUESTIONNAIRE (VERSO).....

ILLUSTRATION 3: DEUXIÈME QUESTIONNAIRE (À 1 MOIS).....

TABLE DES ABRÉVIATIONS

ACFA	: Arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire
AEP	: Appropriateness Evaluation Protocol
AEPf	: Appropriateness Evaluation Protocol - version française
AINS	: Anti-inflammatoire non stéroïdien
AIT	: Accident ischémique transitoire
APSA	: Antenne de Permanence des Soins et d'Accueil
ASP	: Abdomen sans préparation
AVC	: Accident vasculaire cérébral
BPCO	: Broncho-pneumopathie chronique obstructive
BU	: Bandelette urinaire
CAPS	: Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CARL	: Centre d'Accueil et de Répartition Libérale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMU	: Centre Médical d'Urgence
CUMP	: Cellule de l'urgence médico-psychologique
DM	: Données manquantes
DMS	: Durée moyenne de séjour
ECBU	: Examen cyto-bactériologique des urines
ECG	: Electrocardiogramme
ENSP	: Ecole nationale de santé publique
ETC	: Echelle de tri canadienne
HTA	: Hypertension artérielle
IDE	: Infirmière diplômée d'état
IMV	: Intoxication médicamenteuse volontaire
IOA	: Infirmière d'organisation de l'accueil
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
IV	: Intra-veineux
MCAP	: Managed care appropriateness protocol
mm Hg	: millimètre de mercure

MPU : Médecine polyvalente urgences

NHAMCS : National hospital ambulatory medical care survey

OAP : Oedème aigu du poumon

POSU : Services et pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SDF : Sans domicile fixe

SMUR : Service Mobile d'Urgence et Réanimation

TAD : Tension artérielle diastolique

TAS : Tension artérielle systolique

UCSA : Unité de consultation de soin ambulatoire de la prison

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

UPATOU : Unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences

INTRODUCTION

Introduction

La fréquentation des Services d'Accueil des Urgences en France augmente régulièrement depuis plusieurs années [15] et notamment la population des patients dits « ambulatoires », c'est-à-dire de ceux qui en ressortent après y avoir été admis, sans passer par une hospitalisation.

Cette population reste à définir : que viennent-ils chercher dans les SAU ?

- une consultation de médecine générale, par carence de médecins libéraux
- une consultation de médecine générale sans argent à avancer
- une expertise médicale
- un plateau technique, corrélé avec un sentiment d'urgence ou de gravité

L'offre des SAU pour cette population est-elle adéquate ?

Quels moyens sont engagés pour quels types de patients, et dans quels délais ?

Quelle proportion de patients intitulés « ambulatoires » aurait nécessité une hospitalisation véritable ? Faisons-nous sortir trop de patients par défaut de moyen, par faute de place ?

On cherche à définir la pertinence des non-hospitalisations. Pour les chercheurs de la RAND Corporation : « *une procédure est pertinente (« appropriate ») d'un point de vue médical si pour un patient, le bénéfice attendu lié à cette procédure (gain d'espérance de vie, réduction de l'anxiété, amélioration de la qualité de vie...) dépasse les conséquences négatives attendues (mortalité, morbidité, anxiété, faux diagnostics...) avec une marge telle que la procédure vaille d'être mise en œuvre.* » [40] Cette définition est-elle suffisante dans le cadre des non-hospitalisations ?

Nous avons réalisé une étude portant sur ces patients « externes » du SAU de Nantes en avril 2003. Ce travail fait écho à celui d'une thèse de médecine générale sur la pertinence des hospitalisations, où l'on avait constaté qu'une certaine proportion de patients externes répondait aux critères de l'Appropriateness Evaluation Protocol. L'«AEP » est un outil d'évaluation de la pertinence des admissions et des hospitalisations prenant en compte des critères de sévérité clinique et de soin délivré à l'arrivée du patient. [21] Nous avons donc cherché à affiner ce constat en utilisant le même outil, l'AEP définissant ainsi deux populations :

- patients ambulatoires AEP + à l'entrée au SAU
- patients ambulatoires AEP – à l'entrée au SAU

Les retours des patients AEP + sont-ils significativement moins appropriés que ceux des AEP - ? L'outil AEP convient-il à la pertinence des non-hospitalisations ?

I - GÉNÉRALITÉS

I.1 – Les services d’Urgence

I.1.1 - La Permanence de soins

La fréquentation des services d’Urgence (SAU, UPATOU et POSU) en France s’accroît à une allure vertigineuse. Dans les établissements publics, on a enregistré une augmentation de + 64 % entre 1990 et 2001, soit une progression annuelle de + 4,6 % ! [15]

Les consultants ambulatoires de plus en plus nombreux arrivent au SAU pour des raisons variées : nouveau mode de consommation médicale sans rendez-vous à un horaire choisi, forte demande d’examens complémentaires immédiats, absence de médecin traitant ou difficultés de la permanence des soins en médecine générale, plus rarement raisons financières. [10]

Ces nouveaux comportements des usagers amènent à des difficultés perturbant l’organisation des services d’urgence. Les causes en sont multiples : une médecine ambulatoire qui doit se réorganiser pour assurer la permanence des soins, l’afflux continu de patients, des problèmes d’organisation interne à l’établissement de santé et surtout des difficultés constantes à trouver des lits d’aval. Ces éléments expliquent des délais d’attente excessifs, des services d’urgence en difficulté et la tension de nombreux personnels. [15]

La prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers a donc constitué une priorité de santé publique dans toutes les régions.

I.1.2 – Le Service d’Accueil des Urgences de Nantes

I.1.2.1 - Fréquentation [52]

Il y a eu 29588 patients admis en secteur adulte non-traumatologique sur les 89695 passages enregistrés en 2002 au SAU du CHU de Nantes.

Sa fréquentation a augmenté de + 7,6 % au total (secteurs pédiatriques et adultes, médico-traumato-psychiatriques) entre 1999 et 2002, dont + 17 % en médecine d’adulte !

Concernant les hospitalisations, on a observé une diminution de – 9 % entre 2001 et 2002 aux urgences adultes, alors que les admissions ont progressé de + 1,04 %. Cela suppose donc une augmentation sur 1 an de + 6,02 % de patients adultes admis mais non-hospitalisés (médecine, traumatologie et psychiatrie confondues). A noter qu’en plus, les admissions en psychiatrie ont diminué de – 37,6 % sur l’année, ce qui valorise d’autant plus la tendance expansive des admissions à caractère ambulatoire en secteur médical adulte (et traumatologique).

Il y a donc une évolution dans le profil des admissions en service d’Urgence, avec une proportion qui tend à s’inverser entre les futurs hospitalisés et les patients ambulatoires.

I.1.2.2 – Organisation

Le pôle Urgence du CHU de Nantes est constitué de dix unités fonctionnelles, avec au niveau de l'Accueil Urgence : une unité de médecine adulte, une unité de traumatologie, une unité de pédiatrie, une unité médico-psychologique ainsi que la cellule permanente interrégionale de l'urgence médico-psychologique (CUMP ou « victimologie »), un bloc opératoire et le SAMU. S'y adjoignent l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), le service de médecine polyvalente urgences (MPU) et l'unité de consultation de soin ambulatoire de la prison (UCSA).

[9] Le Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) est ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. Il reçoit toutes les personnes s'y présentant, sans discrimination. Il constitue à la fois un centre de proximité, un centre de référence médico-technique et un centre d'enseignement et de recherche.

[51] La seniorisation est permanente (24 heures sur 24) au niveau des unités de médecine adulte, pédiatrique, bloc opératoire. Elle l'est en journée au niveau de la traumatologie. En ce qui concerne la chirurgie, l'astreinte au niveau de l'Urgence est permanente (H24) pour la chirurgie viscérale (ainsi que pour les autres spécialités, ORL, maxillo-faciale, urologie, etc.), nocturne pour la chirurgie osseuse. La seniorisation est constante au SAMU (régulation et interventions).

Pour information, le service bénéficie de son propre service social. Egalement, un médecin gériatre intervient spécifiquement sur le site plusieurs fois par semaine.

Chaque patient est accueilli par les hôtesse d'accueil et par une infirmière dite « d'organisation de l'accueil » (IOA). Cette dernière prend les données administratives, anamnestiques, mesure les constantes vitales, évalue la douleur (échelle numérique) et le degré d'urgence (à l'aide de l'ETC - échelle de tri canadienne). [28] Elle le dirige ensuite vers une des structures du pôle Urgence ou vers l'accueil d'urgences gynécologiques-maternité (indépendant du pôle Urgence).

A noter que la prise en charge en salle de déchocage des patients chirurgicaux réanimatoires (prise en charge SMUR) est faite directement au bloc opératoire.

Les jeunes patients de moins de 15 ans et 3 mois (exclu) sont gérés par le secteur pédiatrique.

[51] En ce qui concerne la médecine, l'IOA dirige le patient soit vers la consultation seniorisée de médecine adulte (ouverte les jours ouvrables de 14H à 18H), soit vers la file d'attente du secteur de médecine adulte, où une deuxième infirmière (dite «de file d'attente») le reçoit. Elle surveille les constantes vitales, peut soulager la douleur (ayant à sa disposition des protocoles d'analgésie élaborés par le service). Enfin, le patient est installé dans un boxe de soin par une troisième infirmière, une aide-soignante, et sera pris en charge par l'équipe médicale (médecin senior, interne, externe).

Pour les patients admis à regagner leur domicile (hospitalisation non indiquée), on peut signaler toutefois qu'il n'y a pas de consultation de suivi pour les problèmes de nature médicale (contrairement à la traumatologie) au niveau de l'Accueil Urgence. Si c'est nécessaire, les intéressés sont invités à revoir en consultation un médecin généraliste (leur médecin traitant, s'ils en ont un) ou un médecin spécialiste. En général, on essaie de contacter le médecin traitant par téléphone ou de prendre les rendez-vous (spécialistes, examens complémentaires) à l'Urgence si on est dans la fourchette des heures ouvrables.

Par ailleurs, les médecins traitants (si signalés par les usagers) reçoivent, après le passage de leur patient dans le service, un double de la feuille d'observation médicale.

I.2 – L’A.E.P.

I.2.1 – Historique

L’augmentation croissante des dépenses de santé est à l’origine de la notion d’évaluation de l’utilisation de l’hôpital. En 1965, un programme de santé est mis en place aux Etats-Unis avec les organismes Medicare et Medicaid. Ces derniers incitent les hôpitaux à développer des programmes de revue d’utilisation hospitalière (Hospital Utilization Review). Plusieurs projets émergent dans le but de créer des méthodes d’évaluation. L’idée est de recenser et de regrouper des critères de niveau de soins requis, justifiant une admission voire une hospitalisation. Des travaux comme le « Sample criteria for Short Stay Hospital Review » ou le « Decision analysis for concurrent review » se succèdent, avec la même souci d’élaborer un outil à utilisation facilitée, qui soit suffisamment pertinent et reproductible entre les différents utilisateurs. [41] L’« AEP » (Appropriateness Evaluation Protocol) est un outil d’évaluation de la pertinence des admissions et des hospitalisations. Le «MCAP » en reprend les principes, en l’étendant à l’obstétrique et la psychiatrie. Le «Delay Tool » quant à lui n’a pas pour objectif de repérer les journées non pertinentes mais d’en repérer les causes. Il n’a été validé que pour la pédiatrie. [23]

L’AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) est né au milieu des années 70 aux Etats-Unis et fût développé par les docteurs Paul Gertman et Joseph Restuccia de l’Université de Boston. [21] Indépendant du diagnostic, il est basé sur une liste explicite de soins médicaux ou infirmiers et la description d’un certain nombre d’états de santé nécessitant l’usage de ressources hospitalières. Depuis le milieu des années 80, il a été utilisé et plusieurs fois modifié selon les pays européens dans le cadre de revues d’utilisation hospitalière. En 1993, un programme a été financé par l’Union Européenne (BIOMED 1) incluant sept pays dans le but toujours d’évaluer l’utilisation de l’hôpital (dans des systèmes de santé différents) et de standardiser les méthodes de mesures entre ces différents pays afin de valider un instrument commun au niveau européen. Il s’agissait de l’EU-AEP. [23]

Une version française modifiée du questionnaire d’identification des journées

d'hospitalisations non pertinentes a été validée et publiée en 1999 dans la *Revue d'épidémiologie et de santé publique* : l'AEP-f. [45] Elle comporte deux parties. La première consiste à déterminer le nombre des admissions ou journées d'hospitalisation inappropriées au vu de critères médico-techniques explicites. [9] La deuxième a pour but d'évaluer la concordance inter-observateurs d'un questionnaire destiné à analyser les raisons à l'origine d'une journée d'hospitalisation non pertinente. [35]

I.2.2 – Description de l'AEP

L'AEP évalue la pertinence d'un point de vue technique des admissions d'une part et des journées d'hospitalisations d'autre part.

[9] La version française décrit *16 critères d'admission justifiée* [cf annexe p.114] :

- 10 critères de sévérité clinique
- 6 se rapportant à l'intensité des soins médicaux et infirmiers nécessités

S'y adjoint une liste de *27 critères validant une journée d'hospitalisation*, 18 relevant du niveau de soins (11 critères de soins médicaux, 7 de soins infirmiers) et 9 de la sévérité clinique du patient.

Les admissions et chaque journée d'hospitalisation sont évaluées indépendamment. Par exemple, une admission jugée inadaptée peut donner lieu par la suite à des journées d'hospitalisation appropriées.

I.2.3 – L'AEP et la pertinence des non-hospitalisations

Il n'existe aucun outil pour évaluer la pertinence des non-hospitalisation. L'AEP est validé techniquement pour les admissions hospitalières. Nous avons donc tenté de l'appliquer à ces patients dits «ambulatoires» qui bénéficient (ou pas) du recours à cette spécificité de l'hôpital (son plateau technique) avant de retourner à leur domicile. En effet, l'AEP et l'AEPf reposent sur une définition qui renvoie exclusivement au rôle de plateau technique de l'hôpital. [23] Cependant, s'il est approuvé pour les admissions, on ne savait pas s'il pourrait convenir à cet usage que sont les non-hospitalisations.

D'autre part, nous avons voulu utiliser l'AEP pour notre investigation car nous nous intéressions au devenir de la population de patients répondant positifs à leur admission (ayant des critères de gravité définis par l'AEP) et que l'on décide de laisser rentrer après la prise en charge au SAU. Cette décision est-elle toujours adaptée ?

II – L'ÉTUDE

II.1 - Objectifs

On a pu constater au cours des dernières années une augmentation progressive de la fréquentation des services d'Urgence français. Celle-ci s'avère indépendante de l'importance des Centres Hospitaliers, cette tendance s'observant aussi bien dans les UPATOU que dans les SAU, à moindre proportion. [15]

Il y a dans cette population une émergence de patients regagnant leur domicile après avoir été admis aux Urgences. [5] Nous parlons de patients «ambulatoires».

L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer la pertinence de la prise en charge ambulatoire de ces patients admis au SAU. Nous avons apprécié l'importance des consultations relevant de la médecine générale (pas de plateau technique requis) d'une part. D'autre part, nous nous sommes intéressés plus particulièrement à ceux qui présentaient des critères AEP positifs (AEP+) à l'admission.

Inspirée par un travail mené sur la pertinence des hospitalisations [9] qui concluait à une bonne utilisation de l'hôpital par le SAU, cette étude a visé à vérifier que l'absence d'hospitalisation ne nuisait pas au patient.

II.2 - Matériel & Méthode

II.2.1 - Matériel

Nous avons réalisé une étude prospective au SAU de Nantes sur une période d'une semaine, comprise entre le 8 et le 14 avril 2003.

Durant cette période, on a comptabilisé 591 admissions dont 328 externes dans le secteur de médecine d'adulte, en excluant la traumatologie, la psychiatrie et la gynécologie. Parmi ces derniers, 243 patients ont été inclus dans notre étude.

Notre travail a consisté en l'analyse de ces patients que l'on peut considérer comme « ambulatoires ».

Nous avons effectué notre étude en deux temps. Un premier questionnaire a été rempli par l'équipe médicale prenant en charge le malade initialement à l'Urgence. [cf illustrations 1 et 2 pages 33 et 34] Nous l'avons ensuite complété à l'occasion d'un rappel téléphonique des patients inclus à 1 mois de leur passage au SAU afin de prendre connaissance de leur devenir. [cf illustration 3 page 35]

La première partie du questionnaire nous renseigne sur le contexte social du patient, le motif de sa venue et son mode de recours au service. On cherche également à connaître l'antériorité de sa plainte fonctionnelle dans les quinze jours précédents, savoir si elle existait déjà et si elle a amené à un examen médical au préalable.

Nous nous sommes ensuite intéressés à l'aspect clinique du patient à son entrée par l'utilisation de l'AEPf (version française). Nous avons employé uniquement la première partie de cet outil (critères médico-techniques). L'AEP nous a permis de flécher des patients présentant un critère de sévérité à l'entrée que nous avons malgré tout laissé rentrer à domicile

quelques heures après leur admission. Ils définissent ainsi un *override* du score, ce dernier ayant signalé l'indication d'une hospitalisation.

La troisième partie renseigne le recours aux examens complémentaires, aux médecins spécialistes. Elle nous permet de visualiser dans quelle mesure le plateau technique de l'urgence est sollicité pour cette population de patients «ambulatoires». Elle relate également la thérapeutique entreprise. Toujours dans la même idée de patientèle ambulatoire, cela nous aide à réfléchir en extrapolant sur l'intérêt de l'existence d'une structure de consultation externe délivrant des soins et des médicaments à des patients ne justifiant pas d'être hospitalisés, mais dont le statut pathologique nécessite une intervention thérapeutique rapide.

Enfin, après évocation du diagnostic retenu, on indique le (ou les) critère(s) permettant un retour à domicile. La non-indication d'hospitalisation peut s'expliquer par une guérison ou par une stabilisation clinique du patient (chronique ou non), pouvant nécessiter une prise en charge médicamenteuse ou paramédicale en ambulatoire. Un suivi clinique peut être suggéré au patient, avec la prévision d'une consultation rapprochée avec le médecin traitant (ou un médecin généraliste) ou avec un spécialiste.

Pour la deuxième partie de notre travail, nous avons interrogé le patient sur les symptômes qui avaient motivé sa consultation à l'Urgence un mois plus tôt, à savoir si ces derniers ont persisté voire récidivé (et ce dans quel délai) ou se sont aggravés (l'évolution extrême étant le décès du patient). Nous avons cherché à savoir si il a eu un nouveau contact avec le monde médical, que ce soit en ambulatoire avec un médecin généraliste ou un spécialiste, ou que ce soit par le biais d'une hospitalisation. Etait-ce pour le même motif? Y a-t-il eu d'autres examens, une autre thérapeutique? Une nouvelle consultation a pu bien entendu avoir été prévue à l'urgence afin d'organiser un suivi médical, et ça a été l'occasion de vérifier la compliance du patient.

Nous lui avons demandé ensuite le diagnostic final retenu à un mois de la consultation aux Urgences. Il a pu être identique ou différent de celui énoncé auparavant. Cependant, il y a quelques situations où il n'y avait pas de diagnostic, et il n'y a pas eu de diagnostic non plus à un mois si il n'y a pas eu de récurrence, par absence de conclusion, par exemple dans les pathologies fonctionnelles. Il y a également des situations cliniques où les troubles ont persisté et où le bilan étiologique était toujours en cours au moment du rappel.

Enfin, nous avons tenté une appréciation grossière de la satisfaction du patient de son passage aux urgences, et de la prestation qui lui a été faite.

Illustration 3: Premier questionnaire (recto)

étiquette
patient

ÉTUDE DES NON-HOSPITALISATIONS APRÈS PASSAGE AU S.A.U.

Médecin Traitant :
(nom + ville !)

Nicolas Hourdin / Dr D. Yatim

◆ Motif d'Admission au S.A.U. :

◆ Adressé par :

- médecin traitant
- pompiers
- famille/seul
- médecin de garde
- SMUR
- autre hôpital
- SOS médecin
- appel centre 15

◆ Mode de Vie :

- maison particulière / appartement
- maison de retraite médicalisée
- structure hospitalière / long séjour
- SDF
- non médicalisée
- information impossible à obtenir
- foyer logement
- inconnu

◆ Entourage / Autonomie :

- vit seul
- aide-soignante / auxiliaire de vie à domicile
- avec tierce personne (famille...)
- IDE
- aide-ménagère

◆ Le patient a-t'il consulté un médecin dans les 15 derniers jours ?

- oui
- non
- qui ? :
- pour le même motif
- autre motif ? :

◆ +++ Critères A.E.P. (Appropriateness Evaluation Protocol)

[→ Outil d'évaluation de la pertinence des admissions et des hospitalisations]
au début de la prise en charge au S.A.U. +++

<u>Critères de Sévérité clinique</u>	<u>Critères relevant des soins délivrés</u>
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Coma, Inconscience ou Désorientation d'installation récente<input type="checkbox"/> Pouls < 50 / min ou > 140 / min<input type="checkbox"/> TA Systolique < 90 mmHg ou > 200 mmHg TA Diastolique < 60 mmHg ou > 120 mmHg<input type="checkbox"/> Cécité ou Surdité brutale<input type="checkbox"/> Perte brutale de la motricité d'une partie du corps.<input type="checkbox"/> Fièvre persistante > 38°5 sous le bras ou 39° en rectal depuis plus de 5 jours.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Traitement I.V. continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral).<input type="checkbox"/> Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de service uniquement disponibles dans un hôpital.<input type="checkbox"/> Surveillance des signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins <i>une fois toutes les 4 heures</i>.

Illustration 3: Premier questionnaire (verso)

<input type="checkbox"/> Syndrome Hémorragique <input type="checkbox"/> Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l HCO ₃ ⁻ < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité) pH < 7,30 ou > 7,45 <input type="checkbox"/> Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner...) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau <input type="checkbox"/> Ischémie aiguë à l'ECG	<input type="checkbox"/> Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique. <input type="checkbox"/> Traitement dans une Unité de Soins Intensifs <input type="checkbox"/> Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures (<i>comprend l'oxygénothérapie au masque</i>).
--	---

◆ **Bilan para-clinique au S.A.U. :**

ECG - *combien ?* : BU ECBU écho-doppler

Biologie

NFS ionogramme TP-TCA VS CRP
 BH amylase lipase D-dimères BGA
 βHCG lactates CPK hémocultures
 myoglobine troponine glycémie capillaire *autre* :

◆ **Autre :** **Avis spécialisé(s)** effectué(s) au S.A.U.? le(s)quel(s) :

sur place *par téléphone*

Assistante Sociale requise au S.A.U.

◆ **Traitement entrepris au S.A.U. :**

- I.V. :
- S.C. :
- per os :

◆ **Diagnostic final :**

◆ **Critères permettant le Retour à Domicile :**

- Le patient est *guéri*.
- Le cap *aigu* est passé (retour à un état physique antérieur).
- Une solution sociale a été trouvée.
- Traitement requis (prescription médicamenteuse ou soin paramédical) réalisable en ambulatoire
- Hospitalisation refusée par le patient
- Hospitalisation exigée par le patient et/ou par l'entourage refusée par le S.A.U.
- autre :

◆ **Prescriptions de sortie :**

- Médicamenteuses Para-clinique (biologie, imagerie...) : *lesquelles ?* :
- Autre :
- IDE Kinésithérapie
- Suggestion de revoir Médecin Traitant en consultation dans ... ? jours *[remplir]*
- RDV de consultation à prendre chez un Spécialiste – lequel ? :

Illustration 3: Deuxième questionnaire (à 1 mois)

↻ Les **symptômes** ayant motivé la consultation au SAU :

- Ont-ils *persisté* ? non oui (aggravation ?)
- Ont-ils *récidivé* ? non oui

↻ Si récidive, **au bout de combien de temps** :

↻ Avez-vous **re-consulté** ?

non

oui

- médecin traitant
- spécialiste
- consultation au SAU
- hospitalisation (où ?)
- autre :

↻ Si oui, pour le **même motif** ?

non

oui

↻ Si oui, quelle fût la **suite de la prise en charge** :

Examens complémentaires - lesquels ?
(Biologie, Imagerie, Explorations Fonctionnelles, ...) :

Nouvelle thérapeutique - laquelle ? :

↻ Quel est le **Diagnostic final** retenu (*autre Diagnostic* ou *pas d'autre Dg* ?) :

↻ **Observance** :

Le patient a-t'il suivi la prescription / les recommandations

(ex : cs Médecin Traitant dans 5 jours...) faites au SAU ? : non oui

↻ **Satisfaction** ? (et si *non*, pourquoi ?...) :

pas du tout sans avis satisfait très satisfait DM

II.2.2 - Méthode

Tous les dossiers destinés au secteur médical adulte étaient dotés d'une enquête, de façon à ce que chaque patient admis pendant la durée de l'étude (une semaine) soit inclus.

Les enquêtes ont par la suite été remplies soit par les internes en médecine, soit par les externes, soit par les médecins seniors en exercice dans le service, soit par les médecins de garde aux urgences en médecine d'adulte. Tous auront été informés de l'enquête et des modalités de sa réalisation, soit individuellement au préalable, soit au fur et à mesure de leur roulement de travail (et ainsi de leur venue) aux urgences.

Les enquêtes remplies ont été ensuite récupérées au niveau de la salle de soin ou au secrétariat. Les enquêtes des patients hospitalisés n'ont pas toutes été conservées, mais ces derniers ne faisaient pas l'objet de notre étude.

Les dossiers ont néanmoins été tous repris par la suite, les enquêtes étant le plus souvent insuffisamment remplies. On s'est attaché également à récupérer les coordonnées téléphoniques du patient ou de son médecin traitant, à calculer son temps de présence aux urgences, à examiner le motif d'admission, les examens complémentaires effectués, les traitements administrés ainsi que le diagnostic évoqué. Pour les renseignements administratifs, et même pour vérifier les actes paramédicaux enregistrés et donc cotés, nous nous sommes aidés de CLINICOM, base de donnée informatique du CHU.

Un mois après la réalisation de l'enquête, notre travail a consisté en un rappel téléphonique des 243 patients qui ont pu être inclus. Il nous a permis de nous informer de leur devenir, d'une éventuelle récurrence, persistance ou aggravation des symptômes. Nous avons aussi surtout pu comparer le diagnostic final retenu à un mois de leur admission à celui évoqué alors.

Les données ont été saisies et traitées sous Access[®] et présentées sous Excel[®] et Word[®].

III - PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Notre enquête a porté sur une population de patients adultes venus à l'urgence pour des problèmes médicaux. Nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux patients à qui l'on a permis un retour à domicile alors qu'ils présentaient à leur admission un ou plusieurs critères de gravité définis par l'AEPf. Pourquoi avons-nous permis à des patients qui présentaient un ou plusieurs éléments de gravité, relevant d'une hospitalisation pertinente, de regagner leur domicile en définitive ? Que sont-ils devenus 1 mois après ?

Nous commencerons par exposer les données obtenues de l'enquête au niveau démographique, sociologique. Nous présenterons les différents modes de venue aux urgences (par qui sont-ils adressés ?), les différents motifs d'admission rencontrés. Nous analyserons les examens complémentaires réalisés, les avis spécialisés demandés. A chaque fois, nous nous intéresserons aux caractéristiques propres de la sous-population répondant aux critères de l'AEP (AEP+) en la comparant à la sous-population AEP-. Y a-t-il des différences

significatives ? Nous nous pencherons également sur les sous-populations de patients n'ayant pas nécessité d'examens complémentaires, ou n'ayant pas requis d'avis de médecin spécialiste, tous AEP confondus.

Enfin, après avoir présenté les critères permettant un retour à domicile, et donc une « non-hospitalisation », et le suivi à effectuer, nous exposerons les résultats du rappel téléphonique à 1 mois de l'enquête. Nous nous intéresserons aux patients qui ont vu leurs symptômes récidiver, persister ou s'aggraver. Nous étudierons notamment le devenir propre des sous-populations précédemment citées (AEP, pas d'examen complémentaire, pas d'avis spécialisé).

Nous aborderons également le diagnostic final retenu avec un recul de 1 mois sur l'enquête, et vérifierons le suivi médical, l'observance et enfin la satisfaction des patients inclus.

III.1- Résultats de l'enquête

III.1.1 - Présentation générale

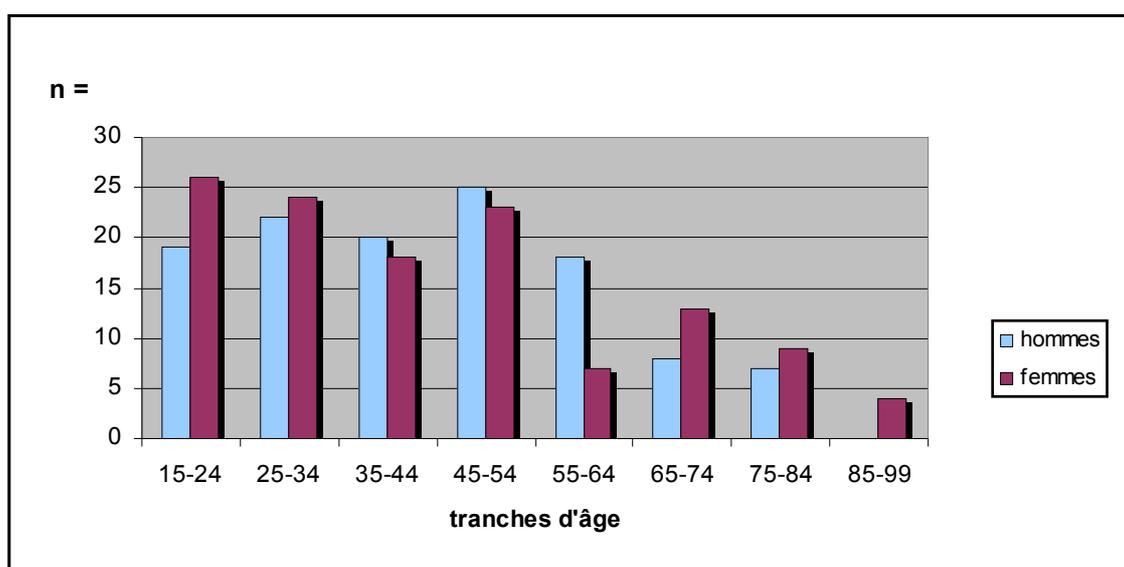
La population concernée par l'enquête est constituée de 243 individus, avec une répartition équitable de **123 femmes** (50,62 %) pour **120 hommes** (49,38 %), soit un sex ratio de 0,98.

La *moyenne d'âge* est de 44 ans (+/- 19) : - **44,23** (+/-21) pour les femmes

- **44** (+/-17) pour les hommes

Une étude réalisée en 2002 portant sur la pertinence des hospitalisations retrouvait une moyenne d'âge de 67,78 ans (écart-type de 19,44) pour les patients hospitalisés. [9]

Figure 11 : Population



La *durée moyenne de temps* passé à l'Urgence (de l'admission à la sortie) est de

6 heures 50 minutes avec un écart-type de 5 heures 14 minutes.

La *médiane* est de 6 heures 37 minutes.

Les *extrêmes* vont de 39 minutes à 24 heures et 27 minutes.

Mode de vie

Tableau 9 : Mode de vie	
Maison particulière	187
Maison de retraite médicalisée	6
Maison de retraite non médicalisée	3
Foyer logement	2
Autre hôpital	2
SDF	2
DM	41
	<i>total n=243</i>

Entourage

Tableau 9 : Entourage		
Vit seul	46	(18,9 %)
Vit avec tierce personne (famille,...)	135	(55,6 %)
Aide-soignante / auxiliaire de vie	5	(2 %)
Infirmière	7	(2,9 %)
Aide-ménagère	0	

DM	50 (20,6 %)
<i>total</i>	<i>n=243 (100 %)</i>

Il y a beaucoup de données manquantes pour ces deux derniers items, et ce sont des renseignements que l'on n'a pas pu récupérer en reprenant a posteriori les dossiers papiers.

On note cependant que seulement 2 SDF sont inclus dans notre étude (l'un est venu pour une misère sociale, l'autre pour un problème de toxicomanie).

On remarque aussi que 18,9 % (n=46) des patients *vivent seuls*. Parmi les 46, 7 patients étaient AEP+ à l'entrée.

III.1.2 - Les sous-populations AEP

Il y a 55 dossiers sur les 243 inclus à être AEP +, face à 188 dossiers sans critère AEP. 23 % *des patients admis* présentaient donc à l'entrée un ou plusieurs critères de gravité définis par le score AEP, ce qui est considérable.

La sous-population AEP+ est constituée de **26 femmes** (47 %) pour **29 hommes** (53 %), soit un sex ratio de 1,12.

La *moyenne d'âge* est de 48 ans (+/- 19) : - **48** (+/-20) pour les femmes

- **49** (+/-18) pour les hommes

La *durée moyenne de temps* passé à l'Urgence (de l'admission à la sortie) est de **10 heures** avec un écart-type de 6 heures 15 minutes. La *médiane* est évaluée à 9 heures 27 minutes.

La sous-population AEP- est constituée de **97 femmes** (52 %) pour **91 hommes** (48 %), soit un sex ratio de 0,94.

La *moyenne d'âge* est de 43 ans (+/- 19) : - **43** (+/-21) pour les femmes

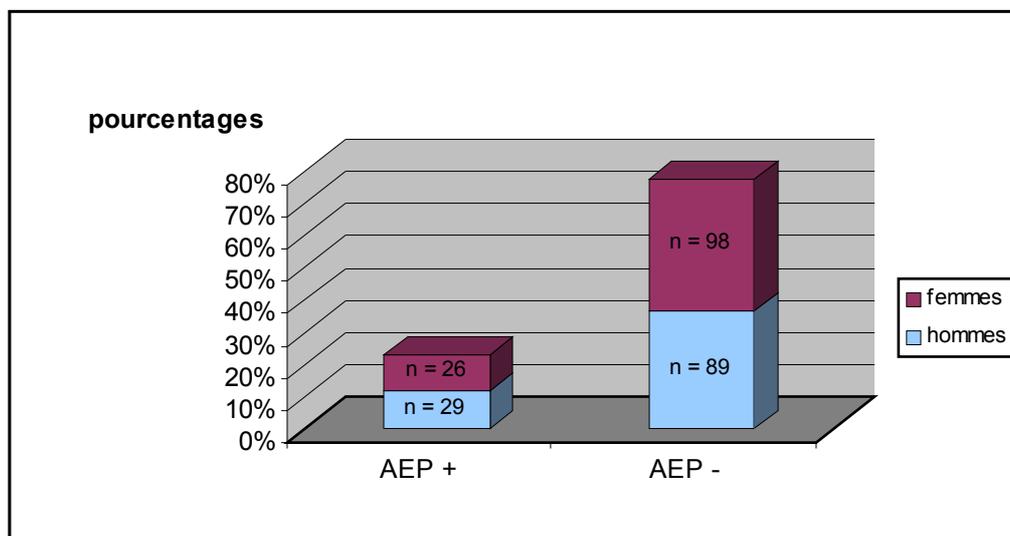
- **42** (+/-16) pour les hommes

La *durée moyenne de temps* passé à l'Urgence des patients AEP- est de **5 heures 56 minutes** avec un écart-type de 4 heures 33 minutes. La *médiane* est de 4 heures 50 minutes.

La moyenne d'âge n'est pas statistiquement différente entre AEP+ et AEP- pour un risque à $\alpha=5\%$, avec un p calculé à 0,09.

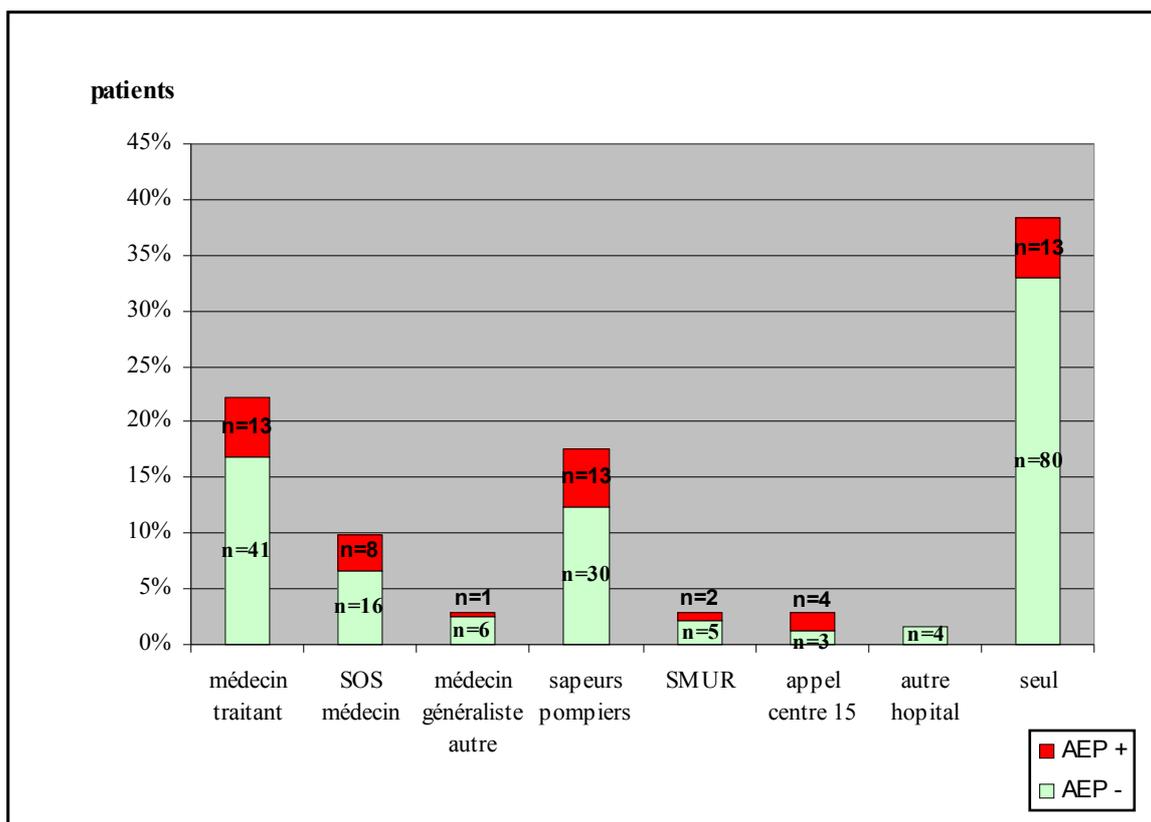
La DMS est très différente entre AEP+ et AEP- ; le p est très inférieur à 0,05.

Figure 11 : Répartition AEP



III.1.3- Mode de venue des patients

Figure 11 : Mode de venue



Il y a 4 fiches non renseignées.

On déduit de ces résultats que :

- 38 % (n=93) des patients se présentant à l'urgence sont venus de leur propre chef
- 39 % (n=96) des patients sont adressés par un médecin (médecin traitant, SOS, autre médecin, SMUR, autre hôpital).
- 18 % (n=43) ont été amenés par les pompiers
- 3 % (n=7) avaient appelé le Centre 15 avant leur venue

Il n'y a pas de différence significative entre le nombre de patients arrivant à l'urgence après avoir été examinés par un médecin et ceux venant consulter spontanément à l'hôpital pour un risque α de 5 %. p calculé à 0,86.

Concernant les patients AEP+,

- 24 % (n=13) des patients se présentant à l'urgence sont venus seuls
- 44 % (n=13+8+1+2+0=24) des patients sont adressés par un médecin
- 24 % (n=13) ont été amenés par les pompiers
- 7 % (n=4) avaient appelé le Centre 15 avant leur venue

Il y a dans cette sous-population AEP+ une différence significative entre les patients adressés et ceux venant spontanément, avec un p calculé à 0,03.

On note que 7 individus sur 243 sont arrivés par le biais du SAMU.

On peut remarquer que seulement 2 patients sur les 7 étaient AEP +. Le premier présentait une douleur thoracique (angoisse en diagnostic de sortie), le deuxième une dyspnée (crise d'asthme).

Les 5 AEP – arrivés par le biais du SAMU sont : une douleur thoracique (colique hépatique), deux malaises (un malaise vagal et une poussée douloureuse arthrosique), une crise convulsive et une angoisse.

L'inadéquation observée entre l'arrivée au SAU de patients pris en charge initialement par le SAMU et l'indice de gravité AEP auquel on s'attendrait s'explique probablement par le fait qu'il peut y avoir un décalage entre le degré d'urgence perçu en régulation au Centre 15 (et donc la suspicion diagnostique initiale) et l'hypothèse diagnostique émise par le médecin SMUR après examen. L'étude ne dit d'ailleurs pas si ces patients, AEP – de surcroît, sont arrivés à l'urgence en transport médicalisé ou non (après prise en charge SAMU à domicile).

III.1.4 - Motifs d'admission

III.1.4.1 - des patients AEP -

Il y a différents modes de classification des motifs.

Si l'on individualise les motifs physiques des plaintes fonctionnelles dans le recours à l'urgence, il y a :

- **138 plaintes fonctionnelles (73,4 % de tous les motifs),**
 - dont **72 symptomatologies douloureuses** (soit **38,3 %** des patients AEP -)
 - parmi celles-ci, on distingue **28 douleurs thoraciques**
(14,9 % des patients AEP -)
 - **25 douleurs abdominales** (13,3 % des patients)
 - les 19 restantes sont constituées de douleurs pelviennes (1), céphalées (8), myalgies (2), arthralgies (1), lombalgies (1), sciatalgies (2), névralgies du V (1), douleur inguinale (2), brûlure de langue (1).
 - **12 dyspnées** (6,4 %)
 - **3 asthénies**
 - **4 vertiges**
 - **36 malaises** (soit **19,1 %** des patients)
 - **3 prurits**
 - **5 signes fonctionnels urologiques**
 - **3 palpitations**
- **44 patients sont venus pour des signes physiques (23,4 % de tous les motifs)**

- 4 vomissements
 - 2 fièvres
 - 1 épistaxis (syndrome hémorragique)
 - 2 syndromes tumoraux (1 adénopathie, 1 masse abdominale)
 - 11 troubles neurologiques (5,9 %), dont 2 troubles sensitivo-moteurs, 7 épilepsies et 2 altérations des fonctions supérieures
 - 10 problèmes dermatologiques
 - les derniers sont constitués de troubles divers, dont 2 ORL, 2 HTA, 2 hémorroïdes, 1 hernie inguinale, 6 alcoolisations et 1 syndrome de manque
- On distingue **16** patients admis pour des **motifs psychiatriques** (soit **8,5 %** des patients), dont **5 intoxications médicamenteuses volontaires (2,7 %)**, 7 crises d'angoisse, 1 dépression, 2 spasmophilies et 1 anorexie
 - Les 5 derniers sont constitués de motifs sociaux, d'1 anomalie biologique

On constate que dans cette population de patients admis aux Urgences, ne présentant pas de critère de gravité, et qui sera par la suite considérée comme ambulatoire, il y a en majorité des patients douloureux.

Parmi tous les motifs d'admission, on peut distinguer que :

- **la douleur** est le premier motif de venue aux urgences dans cette population, avec 72 dossiers soit **38,3 %** des patients. On peut isoler :
 - les *douleurs thoraciques*, qui représentent 14,9 % des patients (n=28)
 - les *douleurs abdominales* chez 13,3 % des admissions (n=25)
- **le malaise** arrive en seconde position, avec **19,1 %** des patients (n=36)
- les **motifs d'ordre psychiatrique** composent **8,5 %** des dossiers (n=16)

III.1.4.2 - des patients AEP +

On reprend le même mode de classification pour analyser les motifs d'admission des patients considérés AEP à l'arrivée au SAU.

- **18 plaintes fonctionnelles (31,6 %** des motifs d'admission de la population AEP),
 - **7 symptomatologies douloureuses** (soit **12,3 %** des patients)
 - 3 *douleurs thoraciques* (5,3 %)
 - 3 *douleurs abdominales* (5,3 %)
 - 1 névralgie du V
 - 5 *dyspnées* (8,8 %)
 - 1 *asthénie*
 - 1 *vertige*
 - 3 *malaises* (5,3 %)
 - 1 *palpitation*

- 18 patients sont venus pour des signes physiques (31,6 % des motifs)
 - *1 fièvre*
 - *8 syndromes hémorragiques (14 %)*
dont 3 hématoméses, 3 épistaxis, 1 rectorragie, 1 hématurie
 - *7 troubles neurologiques (12,3 %)*, dont 3 troubles sensitivo-moteurs, 1
aphasie,
2 épilepsies et 1 coma
 - *1 problème dermatologique*
 - *1 ivresse aigue*

- On distingue *19 intoxications médicamenteuses volontaires (33,3 %)*.

- 1 misère sociale, 1 anomalie biologique

On peut remarquer que :

- les *intoxications médicamenteuses volontaires* sont très largement prédominantes avec **33,3 %** (n=19) des motifs de venue des patients AEP +
- Les *syndromes hémorragiques* viennent en deuxième place, avec **14 %** (n=8) des dossiers.
- les *patients douloureux* graves n'interviennent qu'à **12,3 %** (n=7) de ce classement, dont 5,3 % de douleurs thoraciques (n=3) et 5,3 % de douleurs abdominales.
- les *troubles neurologiques* sont également représentés à **12,3 %** (n=7).

- Enfin, après 8,8 % de *dyspnées* (n=5), il n'y a que 5,3 % de *malaises* inquiétants au regard de l'AEP (n=3).

La prépondérance des causes d'admission est significativement différente entre les 2 sous-populations AEP – et AEP + pour un risque $\alpha=5\%$ pour les motifs suivants :

- pour la douleur, avec un p calculé inférieur à 0,05
- pour les syndromes hémorragiques (p<0,05)
- pour les patients psychiatriques (p<0,05)
- pour les malaises (p<0,05)

Il n'y a par contre pas de différence particulière :

- pour les troubles neurologiques (p=0,0872)
- pour les dyspnées (p=0,4902)

motifs d'admission des patients AEP+ vivant seuls :

- un œdème de main
- une misère sociale (SDF)
- une épistaxis
- une crise d'asthme
- 3 IMV

On remarque donc que l'on a permis à 3 patients admis pour IMV et vivant seuls de rentrer à domicile !

III.1.5 - Consultation au préalable

Nous avons demandé aux patients s'ils avaient déjà consulté un médecin dans les

15 jours précédant leur admission et si, le cas échéant, c'était pour le même motif que celui motivant leur venue aux urgences.

Il y a **103** réponses positives pour 98 qui n'ont pas consulté et 42 données manquantes, soit presque 1 patient sur 2.

Parmi les patients ayant vu un médecin :

Tableau 9 : Consultation au préalable			
	même motif		motif différent
		dont AEP +	
Médecin traitant	n=25 (10%)	n=4 (2%)	n=14 (6%)
Médecin de garde	3 (1%)	0	0
SAU	5 (2%)	2 (1%)	1
Médecin spécialiste	7 (3%)	2 (1%)	8 (3%)
DM	15 (6%)	4 (2%)	25 (10%)
<i>total</i>	<i>n=55 (23%)</i>	<i>n=12 (5%)</i>	<i>n=48 (20%)</i>

23 % (n=55) des patients inclus avaient donc déjà consulté dans les 15 jours précédents pour les mêmes symptômes. Parmi ces derniers, 51 % (n=25+3) ont vu un médecin généraliste et 13 % (n=7) ont vu un spécialiste.

5 % (n=12) de la population incluse était AEP+ et avait consulté au préalable pour les mêmes problèmes. La sous-population des patients AEP+ comptabilisant 55 individus, cela signifie que 22 % des patients AEP+ présentaient déjà des symptômes dans les 15 jours auparavant et avaient déjà consulté à cet effet.

On peut faire un tableau confrontant les patients ayant consulté dans les jours précédents avec le mode de venue des patients :

Tableau 9 : Mode de venue des patients ayant consulté pour le même motif

	modes d'admission des patients inclus		consultation dans les 15 jours précédents pour le même motif	
		dont AEP +		dont AEP +
Médecin traitant	54	13	18	4
SOS médecin	24	8	4	1
Médecin de garde	7	1	3	0
Sapeurs Pompiers	43	13	3	1
SMUR	7	2	1	0
Appel Centre 15	7	4	0	0
Autre hôpital	4	0	0	0
Seul	93	13	26	6
DM	4	1	0	0
<i>total</i>	<i>n=243</i>	<i>n=55</i>	<i>n=55</i>	<i>n=12</i>

On évalue la proportion de patients adressés par un médecin à l'urgence (n=54+24+7+7+4=96) ayant déjà consulté auparavant pour des symptômes similaires (n=18+4+3+1+0=26) à 27 %, soit environ 1 tiers.

On remarque également qu'un peu plus de la moitié de ces patients ayant consulté auparavant (n=3+26=29 sur 55 soit 53 %) finissent par arriver aux urgences par un autre moyen que par un biais médical (pompiers ou spontanément).

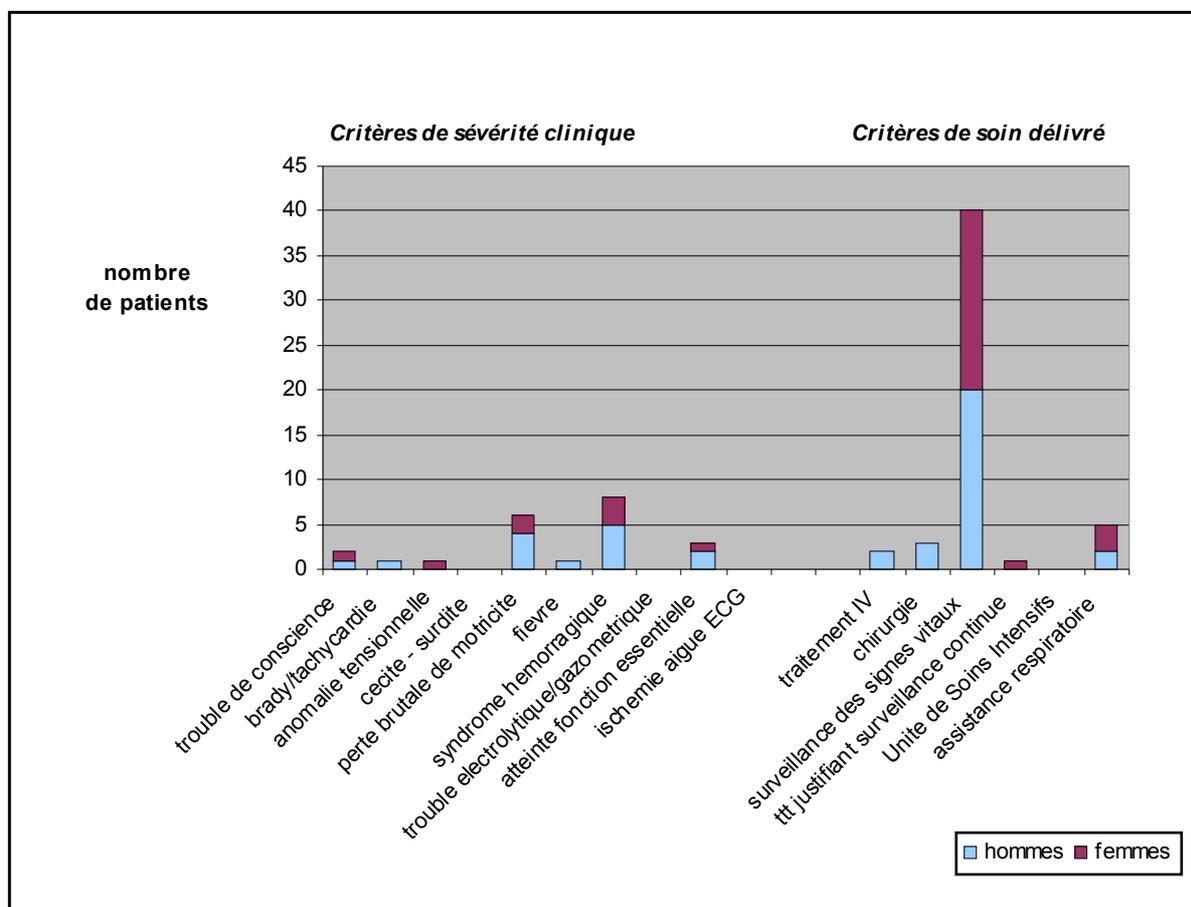
III.1.6 - AEP

Distribution des AEP + :

- 13 cas de critères de sévérité clinique
- 34 cas de critères de soin délivré
- 8 cas de critères de sévérité clinique et de soin délivré

On relève 12 patients présentant plus d'1 critère AEP.

Figure 11 : A.E.P.



- 73 % des patients AEP + (40 sur 55) requéraient une **surveillance des signes vitaux** au moins une fois toutes les 4 heures (cf. critères AEP en annexe). Ces 40 dossiers sont constitués par : 1 colite non spécifique (entrée pour rectorragies), 2 AIT, 1 anémie carencielle, 2 crises d'angoisse (l'un admis pour palpitations, l'autre admis pour douleur thoracique), 1 dépression (entrée pour douleurs abdominales et vertiges), 3 asthmes, 1 hémorroïde, 1 HTA, 19 *IMV*, 1 malaise iatrogène, 1 misère sociale (troubles de conscience à l'entrée), 1 OAP, 2 oesophagites, 1 ulcère gastro-duodéal, 1 péricardite et 3 intoxications éthyliques aiguës.
- 15 % présentaient un **syndrome hémorragique** à l'arrivée. On a comptabilisé 3 hématoméses, 4 épistaxis, 1 hématurie et 1 rectorragie.
- 11 % ont montré une **perte brutale de la motricité** d'une partie du corps. Il s'agissait de

5 suspicions d'AIT et d'1 compression radiculaire.

- **9 %** ont nécessité l'utilisation de façon intermittente ou continue d'une **assistance respiratoire** au moins une fois toutes les 8 heures, comprenant l'oxygénothérapie au masque. Il s'agissait de 2 crises d'asthme, d'1 OAP, d'un ulcère gastro-duodéal et d'une IMV.
- **5 %** ont eu une **atteinte de fonction essentielle** de façon brutale. Il s'agissait d'une suspicion d'AIT, d'une rétention aiguë d'urine iatrogène et d'une crise comitiale.
- **5 %** étaient en **attente d'un acte médical** prévu dans les 24 heures nécessitant l'utilisation de matériel, de service uniquement disponibles dans un hôpital. En l'occurrence, il s'agit de 3 attentes d'endoscopie pour 2 hématoméses (oesophagites ulcéreuses) et pour 1 rectorragie (colite non spécifique).
- **4 %** avaient un **trouble de conscience** à l'arrivée, représentés par une intoxication éthylique aiguë et par une misère sociale.
- **4 %** ont bénéficié d'un **traitement IV continu**. Le premier dossier est un patient ayant (au final) une colite non spécifique et qui a bénéficié d'un traitement par paracétamol IV à visée antalgique dans l'attente d'un examen complémentaire (étiologique sur une rectorragie). Le deuxième dossier relève d'une oesophagite ulcéreuse, avec un patient ayant reçu par voie IV du paracétamol, de l'Azantac®, de la Sandostatine® et des vitamines B1 et B6, dans l'attente d'une endoscopie également, et peut-être aussi dans l'attente d'une prise de décision quant à une éventuelle hospitalisation ou pas.
- **2 %**, soit 1 dossier, était **tachycarde** à l'entrée. Le diagnostic final était une douleur thoracique « fonctionnelle », avec un pouls revenu à la normale avant la sortie (sans traitement).
- **2 %**, soit 1 dossier, avait une **anomalie tensionnelle** à l'entrée (définie dans l'AEP). Il s'agissait d'une névralgie de la cinquième paire crânienne.
- **2 %**, soit 1 dossier, avait le jour de l'admission une **fièvre évoluant depuis plus de 5 jours**. C'était une bronchite.
- **2 %**, soit 1 dossier, a reçu un **traitement nécessitant une surveillance continue**. Il s'agissait d'une anémie carencielle (chronique) en cours d'exploration, qui a été transfusée avant de rentrer à domicile.

Enfin, **aucun** des patients inclus ne présentait à l'admission aux urgences :

- une **cécité** ou **surdité**
- un **trouble électrolytique** ou **gazométrique**
- une **ischémie** aiguë à l'ECG
- un traitement en unité de **soins intensifs**

On remarque que la grande majorité des AEP + est due à des **intoxications médicamenteuses volontaires**, avec 19 patients qui nécessitaient une surveillance médicale rapprochée. Ils représentent *33,3 % des patients AEP +*, soit environ 1 patient sur 3.

III.1.7 - Examens Complémentaires au SAU

III.1.7.1 - Absence de bilan para-clinique

III.1.7.1.1 - Généralités

70 patients sur les 243 inclus dans l'étude, soit **29 % des patients**, n'ont pas eu d'examen complémentaire (que ce soit biologique, radiologique, épreuve fonctionnelle, endoscopie, etc.).

Cette sous-population de patients est constituée de 41 femmes (59 %) pour 29 hommes (41 %), soit un sex ratio de 0,71.

La *moyenne d'âge* est de **36 ans** (+/- 14) : - 34 (+/-14) pour les femmes

- 40 (+/-14) pour les hommes

La *durée moyenne de temps* passé à l'Urgence (de l'admission à la sortie) est de **4 heures 49 minutes** avec un écart-type de 4 heures 38 minutes. La médiane est de 3 heures 2 minutes.

III.1.7.1.2 – Motifs d'admission

On se propose d'étudier les motifs d'admission de cette sous-population :

- **28 plaintes fonctionnelles** (40 % des motifs),
 - dont **13 symptomatologies douloureuses** (soit **19 %** des patients admis)
 - 3 *douleurs thoraciques*
 - 1 *douleur abdominale*
 - 4 *céphalées*
 - les 5 restantes sont constituées de myalgies (1), arthralgies (1), névralgies du V (2), brûlure de langue (1).
 - 7 *dyspnées*
 - 1 *vertige*

- **5 malaises**
- **2 prurits**
- **21 patients sont venus pour des signes physiques (30 % des motifs)**
 - **2 épistaxis**
 - **4 épilepsies**
 - **7 problèmes dermatologiques**
 - les derniers sont constitués de troubles divers, dont 1 otorrhée, 2 hémorroïdes, 1 hernie inguinale, 3 alcoolisations et 1 syndrome de manque
- On distingue **19 patients** admis pour des **motifs psychiatriques** (soit **27 %** des patients), dont **11 intoxications médicamenteuses volontaires (16 %)**, 5 crises d'angoisse, 1 dépression, 1 spasmophilie et 1 anorexie

III.1.7.1.3 - Commentaires

On remarque que :

- **La douleur** est le premier motif de venue aux urgences dans cette population pour

19 % des patients. On peut isoler :

- 3 *douleurs thoraciques*, sur les 31 recensées dans l'étude (douleurs étiquetées « pariétales », sans récurrence constatée à 1 mois de l'enquête).

On peut s'étonner de ces 3 cas sans biologie (sans troponinémie, en l'occurrence) mais on peut se réjouir du résultat à 1 mois (pas d'erreur, pas d'aggravation) !

- 1 *douleur abdominale*, sur les 28 incluses dans l'étude.

On en déduit donc que les douleurs abdominales sont largement pourvoyeuses

d'examens complémentaires (exploration de 27 patients sur 28, soit 96 %), bien que notre échantillon soit peu représentatif.

- Les ***intoxications médicamenteuses volontaires*** sont nombreuses à **16 %** (n=11).

11 IMV sur les 24 recensées n'ont pas eu de bilan, soit 46 %.

On peut signaler également que 13 patients sur les 70 de cette sous-population étaient considérés **AEP+** à l'admission. Il s'agit de :

- 1 œdème de main, qui présentait un trouble moteur initialement
- 1 névralgie du V, qui était hypertendue à l'entrée
- 8 IMV, qui requéraient une surveillance rapprochée
- 1 épistaxis (syndrome hémorragique)
- 2 crises d'asthme, qui ont nécessité aérosols de β_2 mimétiques (avec oxygénothérapie)

avec surveillance clinique et hémodynamique

A noter aussi qu'1 patient de cette catégorie est arrivé au SAU par le biais du **SAMU** ! Il s'agissait d'une crise d'angoisse.

III.1.7.3 - Bilan réalisé

III.1.7.3.1 - Généralités

Il y a **71 % des patients** (n=173) qui ont bénéficié d'examens complémentaires.

Cette sous-population de patients est constituée de 82 femmes (47 %) pour 91 hommes (53 %), soit un sex ratio de 1,1.

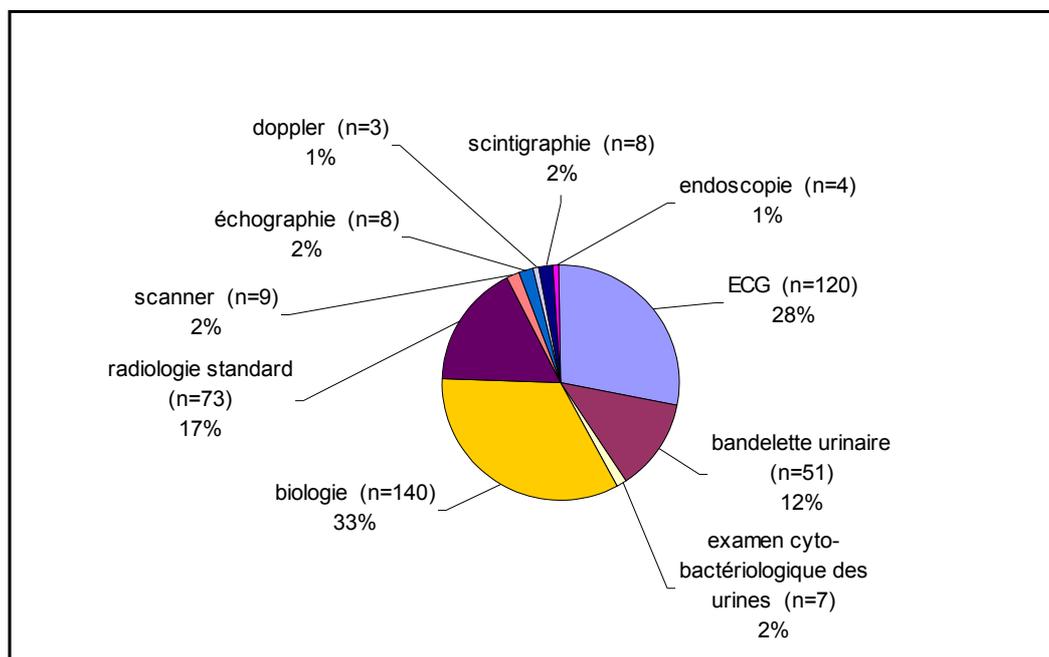
La *moyenne d'âge* est de **47 ans** (+/- 20) : - 49 (+/-22) pour les femmes

- 45 (+/-18) pour les hommes

La *durée moyenne de temps* passé à l'Urgence (de l'admission à la sortie) est de **7 heures 38 minutes** avec un écart-type de 5 heures 16 minutes. La médiane est de 5 heures 54 minutes.

Les résultats obtenus entre les 2 sous-populations (bilan ou pas) sont très différents, avec un p très inférieur à 0,05 pour la DMS et un p encore plus infime pour la moyenne d'âge.

Figure 11 : Examens complémentaires



III.1.7.3.2 – Commentaires

1 examen réalisé sur 3 est biologique, 1 sur 4 est un ECG, 1 sur 6 est un cliché radiologique standard.

Si l'on rapporte les examens complémentaires à l'ensemble de la population incluse dans l'étude :

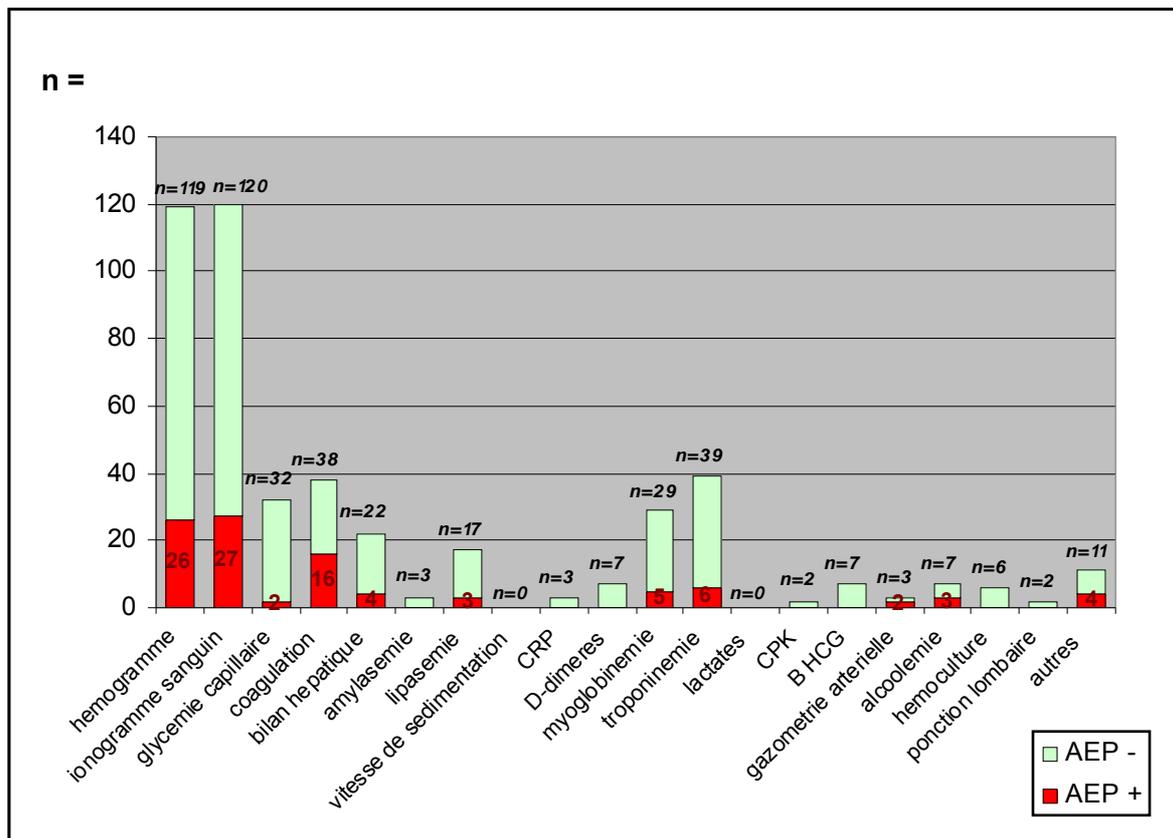
- 58 % des patients ont eu au moins un examen biologique
- 49 % ont eu un ECG
- 30 % ont fait un cliché radiologique standard

Le nombre d'ECG successifs réalisés va de 1 à 6 par patient.

Répartition des Clichés standards :

- 53 % de clichés thoraciques (42)
- 33 % d'ASP (26)
- 5 % de rachis (4)
- 9 % d'autres localisations (7)

Figure 11 : Examens biologiques



Les « autres » examens biologiques sont : groupe sanguin, rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières, bilan martial, carboxyhémoglobine, TSH, vitamine B12, folates, 'tetaquick', phénobarbital, carbamazépine, valproate de sodium.

On remarque que 1 patient inclus sur 2 a eu un *ionogramme sanguin*, tout comme 1 sur 2 a eu un *hémogramme* d'effectué.

Si l'on croise la réalisation d'examens complémentaires avec le mode d'admission des patients, on retrouve que :

- 43 patients sur les 54 adressés par leur

médecin traitant ont eu besoin d'un bilan

- 20 sur 24, pour SOS médecins
- 5 sur 7, pour les médecins de garde
- 6 sur 7, pour le SMUR
- 3 sur 4, pour les autres hôpitaux
- 29 sur 43, soit 67 %, pour les sapeurs pompiers
- 3 sur 7, soit 43 %, pour le Centre 15
- 62 sur 93, soit **67 %**, pour les **gens venus sur leur seule initiative**

Un bilan a donc été nécessaire

pour 77 des 96 **patients adressés par un médecin**, soit **80 %**.

Il y a donc une différence significative (pour un $\alpha=0,05$) en terme d'explorations réalisées entre les patients adressés par un médecin ou non ($p=0,0348$).

Pour anecdote, dans l'échantillon de patients ($n=26$) qui avaient consulté leur médecin traitant dans les quinze jours précédents pour des symptômes similaires et qui ont fini par venir à l'urgence seuls (adressés par personne), tous ont eu au moins un examen complémentaire. 1 patient a même eu un doppler des membre inférieurs et scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion et un diagnostic d'embolie pulmonaire a été posé.

III.1.7.3.3 – Troponinémie et douleur thoracique

Parmi les 39 troponinémies réalisées, 6 ont été contrôlées 1 fois à l'urgence avant la sortie. (Il y a par contre 14 absences de réponse pour cet item.)

On peut développer autour des patients à qui l'on a dosé la troponine. Leur moyenne d'âge est de 53 ans (± 20), avec des âges extrêmes de 16 et de 99 ans.

Les motifs de leur admission au SAU sont :

- 21 douleurs thoraciques
- 2 douleurs abdominales
- 12 malaises

- 1 épilepsie
- 3 déficits sensitivo-moteurs
- 2 dyspnées

Parmi ces n=39 patients, 4 ont eu un diagnostic erroné à distance (à 1 mois) :

- douleur pariétale → angoisse
- douleur pariétale → pneumopathie
- stress → dépression
- AIT → Guillain-Barré

On peut prendre également le problème à l'envers en remarquant que parmi les 30 douleurs thoraciques admises, 21 patients ont eu un dosage de troponine et 27 ont eu 1 (ou plusieurs) ECG. 3 patients venus pour douleur thoracique n'ont donc pas eu d'ECG.

A noter que dans l'étude, 12 diagnostics finaux de *douleurs pariétales* ont été recensés. 11 étaient venus pour une douleur thoracique, 1 pour un malaise. 6 ont eu une troponinémie sur les 12 et 9 ont eu un ECG.

On peut donc retenir que tous les patients se présentant à l'urgence pour une *douleur thoracique* n'ont pas forcément d'ECG (ou de troponinémie dosée). Toutefois, il n'y a pas eu dans l'étude d'ischémie myocardique méconnue au rappel à 1 mois. A noter que le seul à avoir eu un ECG sans troponine était « surmené ».

III.1.8 - Avis spécialisé

Il y a eu **71 avis spécialisés sollicités** sur les 243 dossiers, soit **29 %**.

172 patients sur les 243 inclus dans l'étude, soit **71 % des patients**, n'ont pas nécessité d'avis de médecin spécialiste.

Cette sous-population de patients est constituée de 85 femmes (49 %) pour 87 hommes (51 %), soit un sex ratio de 1,02.

La *moyenne d'âge* est de **46 ans** (+/-20) : - 47 (+/-23) pour les femmes

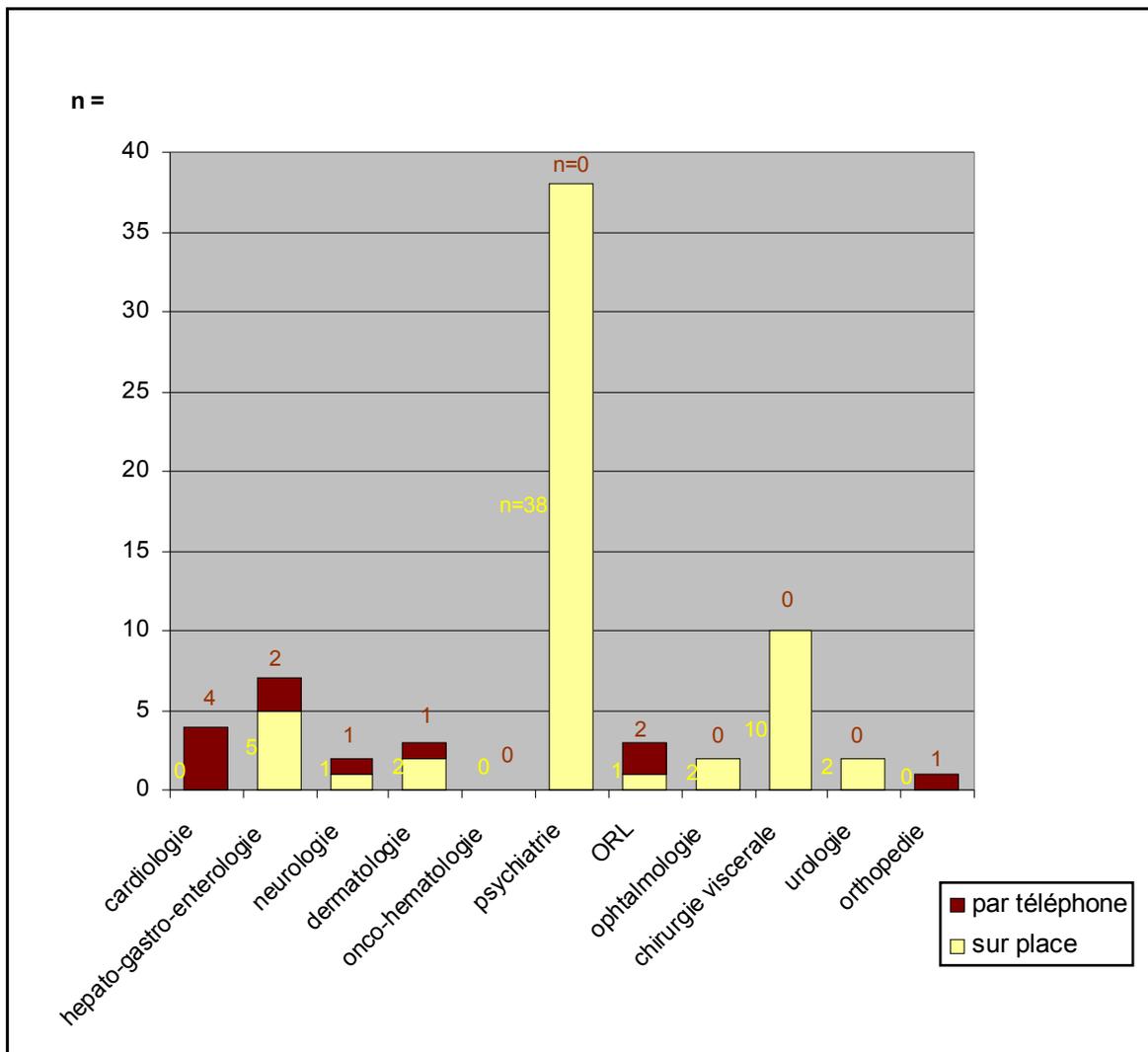
- 45 (+/-18) pour les hommes

La *durée moyenne de temps* passé à l'Urgence (de l'admission à la sortie) est de **6 heures 24 minutes** avec un écart-type de 4 heures 46 minutes. La médiane est de 5 heures 7 minutes.

En comparaison, la *durée moyenne de temps* passé à l'Urgence des patients ayant vu un spécialiste (n=71) est de **7 heures 56 minutes** avec un écart-type de 4 heures 46 minutes. La médiane est de 6 heures 6 minutes.

Il n'y a pas de différence statistique dans la DMS des 2 sous-populations sus-citées, avec un $p=0,0628$.

Figure 11 : Avis spécialisé



Si l'on compare les avis spécialisés avec les motifs d'admission, on voit qu'il y a une bonne corrélation entre les 35 patients admis pour des *motifs psychiatriques* (soit 14,5 % des patients) et les 38 *avis psychiatriques* effectivement procurés (pas de différence pour un p calculé à 0,76). Ces derniers représentent 53 % des avis donnés. Hormis les motifs d'admission de nature psychiatrique, des avis ont été donnés également pour 2 malaises, 2 douleurs abdominales et 1 brûlure de langue.

Les *chirurgiens viscéraux* interviennent à 14% des avis.

Viennent ensuite les *avis hépato-gastro-entérologiques*, à 10%, avec 5 sur place pour 2 téléphoniques.

6 % des avis sont *cardiologiques* et se font tous par téléphone (fonctionnement

interne du CHU de Nantes).

L'assistante sociale n'a été sollicitée qu'1 seule fois. C'était pour une femme admise pour une IMV.

Si l'on croise la consultation de spécialiste avec le mode d'admission des patients, on retrouve que :

- 17 patients sur les 54 adressés par leur médecin traitant sont concernés
 - 7 sur 24, pour SOS médecins
 - 5 sur 7, pour les médecins de garde
 - 1 sur 7, pour le SMUR
 - 1 sur 4, pour les autres hôpitaux
 - 13 sur 43, soit 30 %, pour les sapeurs pompiers
 - 5 sur 7, soit 71 %, pour le Centre 15
 - 19 sur 93, soit 20 %, pour les **gens venus sur leur seule initiative**
- Un avis spécialisé a donc été nécessaire pour 31 des 96 **patients adressés par un médecin**, soit **32 %**.

Il n'y a pas de différence significative (pour un $\alpha=0,05$) en terme d'avis spécialisés effectués entre les patients adressés par un médecin ou non ($p=0,0644$).

III.1.9 - Retour à domicile

Pour ces patients dont la décision médicale finale n'a pas amené à une hospitalisation, nous avons individualisé 6 situations différentes.

Tableau 9 : Retour à domicile	
Le patient est <i>guéri</i> .	n=43
Le cap <i>aigu</i> est passé (retour à un état physique antérieur).	n=107
Une solution sociale a été trouvée.	n=2
Traitement requis réalisable en ambulatoire	n=81
Hospitalisation refusée par le patient	n=5
Hospitalisation exigée par le patient et/ou par l'entourage récusée par le S.A.U.	n=7
DM	n=3

Le « *cap aigu passé* » suppose qu'il y a un risque de récurrence non négligé par le médecin autorisant la sortie, qui ne justifie pas pour autant un séjour hospitalier : bénignité de la pathologie, patients chroniques dont les acutisations sont récurrentes, caractère propre de la pathologie (colique hépatique par exemple).

2 items peuvent être compatibles, comme avoir un état physique revenu à un état antérieur (disparition des symptômes ayant motivé la venue aux urgences) et avoir un traitement prescrit en cas de récurrence.

On remarque que pour 5 patients sur 243, soit 2 % de la population incluse, l'équipe médicale avait retenu la sanction hospitalière justifiée, qui a été refusée par le patient. Il s'agit donc de « sorties contre avis médical » qui n'auraient pas dû faire partie des patients inclus dans l'étude. Leurs motifs de venue étaient : 2 IMV, 2 malaises et 1 toxicomanie.

Prescriptions de sortie.:

Tableau 9 : Prescriptions de sortie	
Médicamenteuse	n=119 (49%)
Bilan complémentaire para-clinique :	n=20 (8%)
- biologie	10
- ECBU	1
- doppler	4
- échographie cardiaque	3
- échographie abdo-rénale	2
- scanner	2
- électromyogramme	1
- épreuve d'effort	1
Soins infirmiers	n=5 (2%)
Kinésithérapie	n=1 (0,4%)
Suivi par médecin généraliste	n=43 (18%)
Consultation de médecin spécialiste	n=46 (19%)

On remarque que 119 des patients sortants sur 243 ont eu une prescription médicamenteuse à la sortie, ce qui fait 49 % des inclus, soit presque 1 patient sur 2. Parmi ces derniers, *61 sont sortis sans rien d'autre qu'une ordonnance médicamenteuse* (pas de bilan complémentaire, de soin paramédical ou de consultation médicale recommandée), soit 25,1 % des patients inclus.

43 patients ont été invités à prendre contact auprès de leur médecin traitant pour le suivi, soit 18 % des patients admis, avec des consultations espérées dans un délai allant de 2 jours à 3 semaines.

46 patients, soit 19 %, devaient prendre contact avec un médecin spécialiste pour le suivi.

Tableau 9 : Consultations de spécialistes recommandées

Alcoologie	1	Oncologie	1
Allergologie	1	Ophtalmologie	1
Angiologie	1	ORL	3
Cardiologie	8	Pneumologie	2
Chirurgie viscérale	2	Proctologie	3
Dermatologie	3	Psychiatrie	4
Endocrinologie	1	Rhumatologie	1
Hépto-gastro-entérologie	3	Stomatologie	1
Neurologie	6	Urologie	3
Neurochirurgie	1	<i>tota</i>	<i>n=46</i>
		<i>l</i>	

III.2 - Résultats du rappel téléphonique à 1 mois

A 1 mois de l'enquête, on a récupéré 201 réponses sur les 243 dossiers de patients initialement inclus. Cela correspond à un pourcentage de 83 % de rappels.

Il y a donc 42 patients que nous n'avons pas retrouvé, soit parce que nous n'avions pas leur coordonnées, soit parce qu'ils n'étaient plus joignables. Enfin, certains n'ont pas désiré répondre à notre questionnaire de rappel.

III.2.1 - Persistance des symptômes après la sortie

Parmi ces 201 rappels, on a noté 67 persistances des symptômes, soit 33 % des rappelés (1 patient sur 3).

III.2.1.1 – Persistance des symptômes avec aggravation

Dans ces 67 dossiers, on met en évidence 8 aggravations, dont 1 décès.

On entend par « aggravation » le phénomène subjectif ressenti tel quel par le patient lors du rappel téléphonique.

- Le premier dossier figure une *patiente anxio-dépressive* de 38 ans, qui n'avait pas de critère AEP à l'entrée, qui a bénéficié d'un entretien psychiatrique avant de regagner son domicile. Cette patiente a ensuite été de nouveau admise aux urgences le lendemain pour une *intoxication médicamenteuse volontaire*.
- Le deuxième dossier concernant la patiente *décédée* à 10 jours de son admission. Il s'agissait d'une femme de 80 ans adressée par un autre établissement hospitalier pour un *syndrome démentiel* non inaugural, AEP- à l'entrée. Ce dernier ne relevait pas d'une prise en charge urgente, c'est pourquoi on a préféré un retour dans l'établissement d'origine avec une prise en charge ambulatoire.
- Le troisième dossier concerne une femme de 60 ans admise pour une *migration lithiasique non compliquée*, AEP- à l'entrée, qui a eu un bilan étiologique aux urgences. Il était prévu qu'elle recontacte un chirurgien digestif à distance, ce qu'elle a fait. Bien qu'ayant eu des douleurs persistant au décours de son admission, elle ne fût *cholécystectomisée* que 20 jours après.
- Le quatrième dossier intéresse un homme de 69 ans adressé par son médecin traitant, qui présentait une symptomatologie neurologique régressive à l'entrée. Il était *AEP+* (trouble brutal de la motricité). Il a eu un bilan biologique et une imagerie cérébrale. Le diagnostic d'accident ischémique transitoire a été évoqué (1^{er} épisode), et il est sorti sous aspirine avec la consigne de consulter un cardiologue. En reprenant l'histoire à 1 mois de cette admission, on découvre qu'il a été hospitalisé 3 jours après dans le service de Neurochirurgie, et ce pendant 15 jours, puis ré-hospitalisé au 24^{ème} jour en Pneumologie, pour successivement un *Syndrome de Guillain-Barré* puis une *Embolie Pulmonaire*. Il a subi bien entendu d'autres examens complémentaires, outre biologiques, comme une ponction lombaire, un électromyogramme, une scintigraphie pulmonaire.
- Le cinquième patient était une femme de 35 ans, AEP-, venue spontanément pour une *douleur pariétale*, rentrée chez elle avec une prescription anti-inflammatoire. Elle a vu ses symptômes persister et s'aggraver au cinquième jour. Elle a alors consulté son médecin traitant, qui n'a pas prévu d'autres examens, qui a modifié la thérapeutique proposée. Il n'y a pas eu de suite.
- Le sixième patient est un homme de 39 ans *fibromyalgique*, AEP-, qui a revu son médecin traitant puis a été hospitalisé 4 jours dans un Centre anti-douleur.

- Le septième dossier concerne une femme de 73 ans venant spontanément pour une chute avec aphasie. Elle avait 2 critères *AEP* à l'entrée (trouble brutal de motricité et atteinte brutale de fonction essentielle). Elle a eu une biologie (hémogramme, ionogramme sanguin et bilan de coagulation), 1 ECG, un scanner crânien. On a retenu un possible AIT (1^{er} épisode), et elle est sortie sous aspirine, avec une prescription d'échographie cardiaque et une de doppler des troncs supra-aortiques. En fait, elle fût hospitalisée 2 jours après pour une *embolie pulmonaire* sur thrombose poplitée.
- Enfin, la septième personne ayant vu ses symptômes persister et s'aggraver est une femme de 28 ans, AEP-, souffrant de *sciatique*, rentrée à domicile avec une prescription de ceinture de maintien lombaire, AINS et antalgiques de classe 2. Elle a revu par la suite son médecin traitant qui a prévu la réalisation d'un scanner et qui a modifié la thérapeutique (homéopathie).

Dans ces 8 dossiers, on peut remarquer a posteriori que les **2 patients** ayant 1 ou plusieurs critères *AEP+* à l'entrée ont eu chacun une évolution péjorative qui aurait légitimé une hospitalisation.

Parmi ces 8 dossiers, **2** appartiennent à la catégorie de patients qui n'avait *pas eu de bilan complémentaire* effectué à leur venue (n=70). Il s'agit des premier et sixième dossiers sus-cités. Force est de constater qu'aucun examen para-clinique n'aurait empêché cette évolution en ce qui les concerne.

7 sur les 8 n'ont *pas eu de consultation avec un spécialiste*. Seul le premier patient a bénéficié d'un entretien avec un psychiatre avant de rentrer chez lui, ce qui ne l'a paradoxalement pas empêché de faire une IMV dès le lendemain.

III.2.1.2 – Persistance des symptômes sans aggravation

Dans les 59 autres dossiers de persistance des symptômes sans aggravation, 7 étaient **AEP+** :

- 1 *syndrome dépressif*, présentant des douleurs abdominales à l'entrée ayant motivé une surveillance des signes vitaux. Elle a revu par la suite son médecin traitant et un gastro-entérologue. Il n'y a pas eu d'aggravation.
- 1 *IMV* justifiant une surveillance des signes vitaux initialement, qui avait refusé une hospitalisation le jour de l'enquête mais l'a acceptée a posteriori.
- 1 *IMV* admise déjà la veille au S.A.U. pour un syndrome anxio-dépressif [cf patiente de 38 ans ci-dessus], qui nécessitait une surveillance des signes vitaux (mais n'a pas par la suite été hospitalisée...), **et qui vivait seule**
- 1 *IMV* qui nécessitait une surveillance des signes vitaux. Un psychiatre libéral a assuré le suivi de la patiente.
- 1 *crise d'asthme* (oxygénothérapie au masque initialement) qui a persisté quelques jours malgré le traitement prescrit, et a fortiori une bonne observance, sans aggravation. La patiente a revu son médecin traitant.
- 1 *névralgie de la 5^{ème} paire crânienne* (qui avait une anomalie tensionnelle à l'entrée)
- 1 *intoxication éthylique aiguë*, qui présentait à l'admission des troubles majeurs de la conscience avec nécessité de surveillance des signes vitaux. Cette dernière a par la suite revu son médecin traitant et a accepté une institutionnalisation pour cure de sevrage éthylique.

Parmi ces 7 dossiers, aucun ne fait vraiment penser qu'une hospitalisation précoce aurait permis de modifier le cours des choses.

21 patients parmi ces 59 n'avaient **pas eu d'examens complémentaires** à leur venue, soit **36 %**. Les motifs d'admission sont variés : éruption (suspicion de pasteurellose), prurit (eczéma), toux (?), pas de traitement de sortie), alcoolisation, névralgie du V, malaise

(hystérie), hernie inguinale, anxiété, douleur thoracique (douleur pariétale), dépression, céphalées, brûlures de langue, arthralgies (rhumatisme inflammatoire), anorexie, myalgies (fibromyalgie), IMV.

Pour ces 21 patients, 3 diagnostics étaient erronés à 1 mois : la suspicion de pasteurellose était une allergie, la toux était une coqueluche, et la hernie inguinale était un kyste.

Seul le diagnostic de *coqueluche* aurait pu permettre une prise en charge thérapeutique plus adaptée dès la sortie du SAU (antibiothérapie). Cependant, aucun test biologique n'aurait pu nous donner une réponse immédiate. Ce patient est par ailleurs rentré chez lui avec une suspicion de reflux gastro-œsophagien et une ordonnance d'oméprazole.

Il y a eu 3 autres diagnostics erronés à 1 mois (un bilan avait été effectué pour ces patients) : une déchirure musculaire au lieu d'une gastro-entérite aigüe, une dépression au lieu d'une épilepsie et une sigmoïdite méconnue. Ce dernier patient aurait pu être soulagé d'un traitement adapté administré précocement.

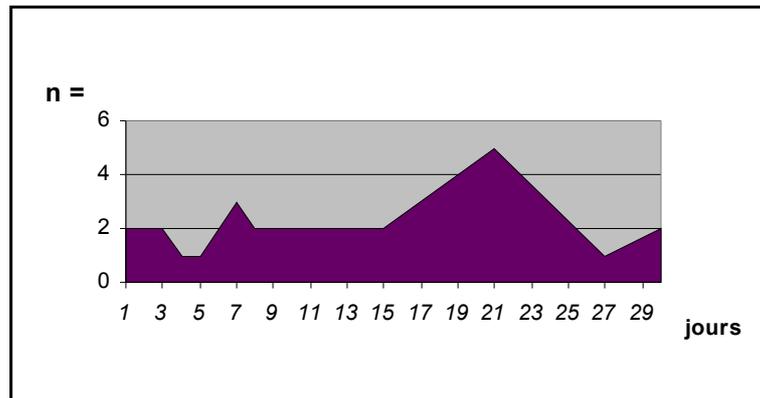
44 patients sur les 59 n'ont *pas vu de spécialiste*, soit **75 %**. Cependant, rapportés à tous les patients pour lesquels il n'y a pas eu d'avis spécialisé (n=172), ils en représentent 26 %.

III.2.2 - Récidives

Parmi les 201 rappels, on retrouve 25 *patients* (soit 12 % des patients) à avoir

présenté une récurrence des symptômes initiaux, après une rémission de plus ou moins courte durée.

Figure 11 : Délai de récurrence



Parmi ces dossiers :

- ◆ 20 patients dont la récurrence était envisageable à court ou moyen terme, mais dont la pathologie n'a pas justifié une hospitalisation immédiate :
 - 1 *vertige paroxystique bénin* (récurrence à 7 jours)
 - 1 *colique néphrétique non compliquée* (récurrence à 8 jours)
 - 1 *constipation* (récurrence à 21 jours)
 - 1 *péricardite* (récurrence à 21 jours)
 - 1 *ulcère gastro-duodénal* (récurrence à 21 jours)
 - AEP+* avec 3 critères (surveillance rapprochée des signes vitaux, syndrome hémorragique, assistance respiratoire)
 - 1 *oesophagite* (récurrence à 27 jours)
 - AEP+* (critère relevant d'un soin délivré ; attente d'une endoscopie en l'occurrence)
 - 1 *broncho-pneumopathie chronique obstructive* (récurrence à 1 mois)

- 1 *dépression* (récidive à 4 puis à 21 jours)
- 1 *fibrillation auriculaire paroxystique* (récidive à 15 jours)
- 1 *asthme* (récidive à 21 jours)
- 2 *malaises vagues* (récidives à 10 et à 21 jours)
- 1 *alcoolisation* (récidive le lendemain)
- 1 *colique hépatique* (récidive à 7 jours)
- *1 *crise hémorroïdaire* (récidive à 2 jours -> chirurgie), ***pas de bilan effectué***
- 1 *palpitation*
- 1 *otite externe* (récidive à 1 mois), ***pas de bilan***
- *1 *épistaxis* (récidive à 15 jours -> cautérisation),
AEP+ (syndrome hémorragique)
- 1 *colopathie fonctionnelle* (récidive à 8 jours)
- 1 *douleur thoracique* non élucidée (récidive à 10 jours),
AEP+ (fréquence cardiaque inférieure à 50 ou supérieure à 140 pulsations par minute)

Il y a 2 patients* pour lesquels la conduite tenue a été différente à l'occasion de la récurrence. Cependant, l'attitude alors adoptée n'aurait pas été choisie au moment d'un premier épisode du même type.

- ◆ 1 patient admis pour une *poussée hypertensive*, dans un contexte de découverte d'hypertension artérielle, qui est rentré à domicile avec une prescription de Loxen®, mais qui a récidivé à 2 jours et a alors été hospitalisé dans le service de Cardiologie. Le bilan étiologique au bout de 1 mois n'était toujours pas achevé. A noter que lors de l'admission, le patient était AEP-, c'est-à-dire que les chiffres tensionnels qu'il présentait ne rentraient pas dans le cadre des critères de sévérité clinique définis dans l'AEP (TAS < à 90 ou > à 200 mmHg, TAD < à 60 ou > à 120 mmHg), ne justifiant donc pas d'une hospitalisation si l'on prend le score comme effectivement pertinent de la nécessité d'une

hospitalisation.

- ◆ 4 patients dont le recul à 1 mois retient un autre diagnostic que celui énoncé à la sortie le jour de l'enquête :
 - 1 *douleur* étiquetée *pariétale* chez une femme de 44 ans, AEP- à l'admission, qui a disparu initialement puis a récidivé au bout de 7 jours. Une *pneumopathie* a alors été découverte et la patiente a été hospitalisée.
 - 1 patiente de 19 ans, AEP- à l'entrée, venue pour une douleur abdominale, qui a eu pour bilan un ASP et une bandelette urinaire, qui a été vue (sur place, donc) par un chirurgien viscéral puis par un hépato-gastro-entérologue, pour qui le diagnostic de *colopathie fonctionnelle* a été retenu. Elle a par la suite été hospitalisée à moins de 24 heures en clinique où elle a subi une *appendicectomie* sur une *carcinoïde appendiculaire*.
 - 1 patient de 25 ans, AEP- à l'entrée, pour qui les symptômes alors présentés ont été étiquetés *réaction allergique*, qui a récidivé quelques jours après, présentant alors de l'*asthme*. (*pas de bilan*)
 - 1 homme de 65 ans, venu à l'urgence au moyen du SAMU pour une douleur thoracique, *AEP+* à l'entrée, avec un critère relevant des soins délivrés, à savoir une surveillance rapprochée des signes vitaux. Il est rentré à domicile avec un diagnostic de *douleur pariétale* évoqué. Une symptomatologie similaire a récidivé (combien de temps après?), et on a alors parlé de *syndrome anxio-dépressif*.

On remarque que parmi ces 25 patients ayant récidivé, 5 étaient *AEP+* à l'admission. Cependant, le délai de récurrence ou le diagnostic final retenu (non grave à court terme) pour ces 5 patients confirment la pertinence du choix fait d'un retour à domicile immédiat et non d'une hospitalisation (logique si l'on s'était référé au score).

3 patients n'ont *pas eu d'examen complémentaire*. Ils sont venus pour : des hémorroïdes (aucun bilan nécessaire), une otite (diagnostic clinique) et un asthme (diagnostic clinique). Une récurrence hypothétique était donc complètement indépendante de la réalisation de quelconque examen para-clinique.

5 patients sur les 25 « récidivistes » *avaient vu un spécialiste* : un ulcère gastro-duodénal, une ACFA paroxystique, un malaise vagal, une crise hémorroïdaire et la jeune femme pour qui on a parlé de colopathie fonctionnelle qui avait tout compte fait une carcinome appendiculaire.

Au final, les 2 dossiers les plus ennuyants dans les 25 récurrences sont : l'appendicectomie sur carcinome à 24 heures du SAU et la pneumopathie à 7 jours. Cependant, la première a vu un spécialiste et on est passé à côté du diagnostic. D'autre part, on peut se demander si la pneumopathie aurait pu être détectée si un avis pneumologique avait été donné sur place, ce qui n'est à priori pas évident (puisqu'il a fallu attendre 7 jours pour faire un diagnostic !).

On peut aussi s'interroger sur la bonne indication de retour à domicile du patient admis pour une découverte d'hypertension artérielle, malgré l'absence de critère AEP, puisqu'il a été rapidement (2 jours) hospitalisé pour un bilan étiologique (récurrence précoce).

Enfin, on peut également être étonné de la pertinence de sortie du patient pour qui un ulcère gastro-duodénal a été diagnostiqué et qui présentait à l'origine 3 critères AEP. Cependant, le rappel a montré qu'il n'a récidivé qu'à 3 semaines de sa venue. Y a-t-il un délai minimum définissant la pertinence de la non-hospitalisation ?

III.2.3 - Suivi médical

Il y a eu 151 patients à consulter de nouveau dans le mois qui a suivi chez les 201 recontactés, dont 127 pour le même motif que celui ayant amené à l'urgence au moment de l'enquête, soit 63 % des patients ! Certains ont vu plusieurs médecins.

Tableau 9 : Suivi médical (pour le même motif)	
Médecin traitant	n=104
SOS médecin ou médecin de garde	n=3
Médecin spécialiste	n=59
S.A.U.	n=12
Hospitalisation	n=17

En ce qui concerne les 12 patients admis de nouveau au SAU :

- 5 ont eu une récurrence de leurs troubles : une BPCO (à 30 jours), une douleur pariétale (à 7 jours), un ulcère gastro-duodéal (à 3 semaines), une oesophagite (à 27 jours) une découverte d'HTA (à 2 jours).
 - 7 avaient des troubles persistants, dont 2 avec aggravation : une angoisse (aggravation), une migraine, un syndrome dépressif, une névralgie du V, un œdème de main et un Guillain-Barré (aggravation).
- 4 étaient AEP+ : l'angoisse, le Guillain-Barré, l'ulcère gastro-duodéal et l'oesophagite.

Tableau 9 : Corrélation consultations de spécialistes recommandées / effectuées					
	prévue	<i>effectuée</i>		prévue	<i>effectuée</i>
Alcoologie	1	<i>1</i>	Oncologie	1	<i>1</i>
Allergologie	1	<i>2</i>	Ophtalmologie	1	<i>1</i>

Angiologie	1	1	ORL	3	7
Cardiologie	8	12	PASS	0	1
Centre anti-douleur	0	1	Pneumologie	2	1
Chirurgie viscérale	2	3	Proctologie	3	1
Dermatologie	3	2	Psychiatrie	4	10
Endocrinologie	1	0	Radiothérapie	0	1
Gynécologie	0	2	Rhumatologie	1	4
Hématologie	0	1	Stomatologie	1	0
Hépto-gastro-entérologie	3	8	Urologie	3	1
Neurologie	6	5	<i>total</i>	<i>n=46</i>	<i>n=67</i>
Neurochirurgie	1	1			

On observe que :

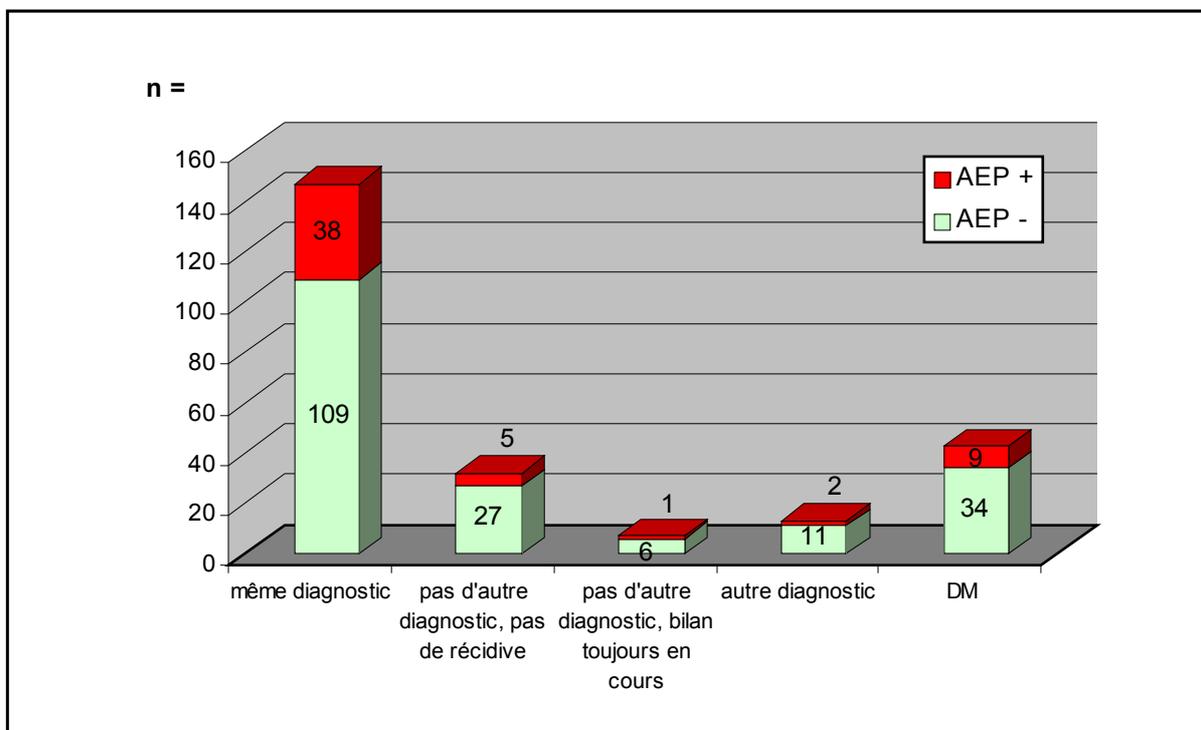
- certaines consultations n'ont pas été effectuées comme elles avaient été prévues : endocrinologie, proctologie, urologie
- certains spécialistes ont été vus plus que prévu : cardiologue, hépto-gastro-entérologue, ORL, psychiatre, rhumatologue
- certains spécialistes ont été spontanément sollicités (ou à l'initiative d'un autre médecin), comme les gynécologues

III.2.4 - Diagnostic final

Après avoir interrogés les patients à 1 mois sur ce qu'ils avaient retenu de leur histoire, on retient 4 situations diagnostiques distinctes :

- *diagnostic différent* de celui retenu le jour du passage à l'urgence
- *même diagnostic* que celui évoqué aux urgences (diagnostic ou pathologie identifiable)
- *pas de proposition diagnostique plus précise* sur les symptômes présentés, alors difficilement étiquetés, sans qu'il y ait eu de récurrence ultérieure dans le mois
- *pas encore de diagnostic* posé sur des symptômes ayant pu ou non récidiver, en tous cas pour lesquels un bilan est toujours en cours.

Figure 11 : Diagnostic final



✧ Pour 60 % des patients (n=147), le diagnostic posé à la sortie de l'urgence n'a pas été

erroné par la suite.

- ✧ Pour 13 % des patients (n=32), il n'y a pas eu de récurrence ni d'autre diagnostic de proposé.
- ✧ 3 % (n=7) ne connaissent pas l'étiologie de leurs symptômes et sont toujours en cours de bilan complémentaire.
- ✧ Enfin, un autre diagnostic a été proposé postérieurement pour 5 % des patients (n=13).
- ✧ Il y a 43 données manquantes pour cette question (soit pour 18 % des dossiers).

On observe que pour 39 patients, soit 16 % de tous, on n'a pas de diagnostic précis à énoncer. Les dossiers sont donc conclus par la même plainte fonctionnelle qui a motivé la consultation aux urgences, que ce soit une douleur abdominale ou une dyspnée par exemple, qui disparaît sans qu'on ait de nom à lui donner.

Les **13 dossiers à diagnostics différents** concernent :

- 3 absences de conclusion, pour qui on a su a posteriori qu'il s'agissait en fait d'un *asthme*, d'une *coqueluche* et d'une *sigmoïdite*.
- 1 suspicion d'AIT qui s'est avéré être un *syndrome de Guillain-Barré*
- 1 colopathie qui était une *appendicite*
- 3 douleurs pariétales, dont une qui a évolué en *pneumopathie*, les 2 autres étant attribuées à un *surmenage* et à une *angoisse*
- 1 épilepsie qui était un *syndrome dépressif*
- 1 gastro-entérite aiguë qui était une *déchirure musculaire*
- 1 hernie inguinale qui était un *kyste*
- 1 suspicion de pasteurellose qui était une *allergie* (à la fléole des prés)
- 1 stress qui s'est révélé être une *dépression*

4 patients sur les 13 présentaient en fait des troubles de nature psychiatrique.

Parmi les 13, **2** cas étaient **AEP+** à l'entrée : le Guillain-Barré et le patient angoissé venu avec le SAMU pour une douleur thoracique.

III.2.5 - Observance

Sur les 201 rappels, seulement 163 patients ont semblé avoir été observants. Cette appréciation a été surtout évaluée au suivi médical préconisé à la sortie (consultations de médecins généralistes ou spécialistes à effectuer ou à programmer dans les jours suivants). En effet, le respect des prescriptions médicamenteuses était impossible à contrôler sur un simple rappel téléphonique. Pourtant, une bonne connaissance de l'observance des patients aurait permis une meilleure analyse des facteurs de risque de récurrence ou de persistance des symptômes.

III.2.6 - Synthèse AEP

Les suites de la venue aux urgences furent marquées parmi les 55 AEP+ par :

- 9 persistance de symptômes, dont 2 aggravations :
 - Syndrome de Guillain-Barré
 - Embolie Pulmonaire

La non-hospitalisation n'a pas été pertinente pour ces 2 patients.

Les 7 autres n'auraient pas été avantagés par une hospitalisation précoce.

- 5 récurrences de symptômes, pour qui une hospitalisation initiale n'aurait pas modifié le cours des choses.

5 patients sur les 55 ont été hospitalisés dans le mois qui a suivi :

- une embolie pulmonaire avec AIT
- un syndrome de Guillain-Barré
- une IMV
- une oesophagite avec épilepsie
- un éthylysme chronique

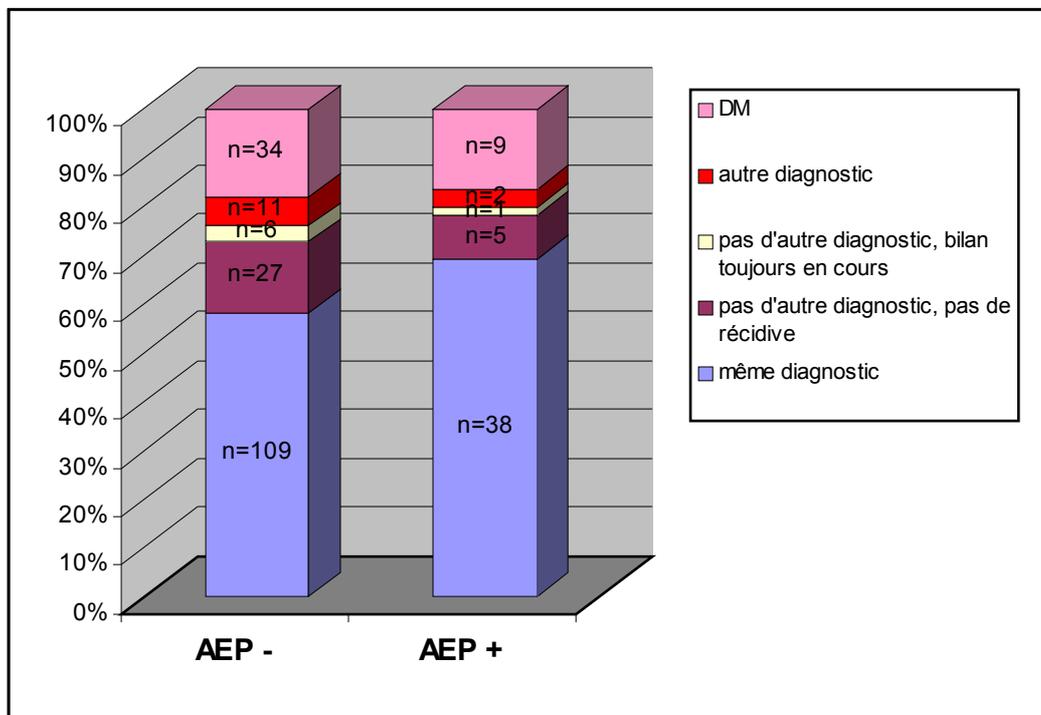
Concernant les 7 patients AEP+ vivant seuls, seulement 4 ont pu être recontactés.

Un patient ayant fait une IMV n'a pas récidivé, a été compliant puisqu'il a consulté son médecin généraliste et un psychiatre. Il a dit avoir été très satisfait de la prise en charge à sa venue.

Une patiente est venue 2 jours consécutifs, le premier pour une angoisse et le lendemain pour une IMV.

On peut figurer les répartitions relatives des 4 situations diagnostiques finales établies à 1 mois.

Figure 11 : Diagnostic final (répartition)



On constate que parmi ces 55 AEP+ :

- 69 % avaient le bon diagnostic à 1 mois

- 9 % n'avaient pas un diagnostic évident, mais n'ont pas récidivé par la suite
- 5 % sont encore en cours de bilan
- 16 % sont en données manquantes

III.2.7 - Cas particulier des patients psychiatriques

Pour mémoire, les IMV représentent le tiers des motifs d'admission des patients AEP+ (33,3 %) avec n=19. Les motifs psychiatriques représentent 8,5 % des AEP- (n=16), dont 2,7 % d'IMV (n=5).

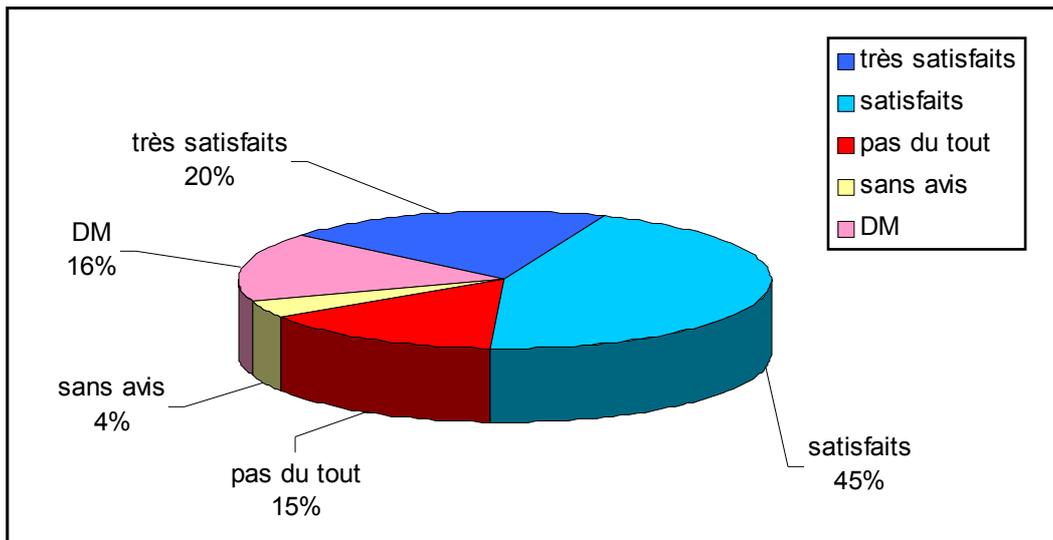
Curieusement, dans les échecs de rappel à 1 mois, il y a presque un quart de patients psychiatriques, avec 9 patients sur les 42 que l'on n'a pas pu joindre.

Parmi les patients retrouvés, 11 ont vu leurs symptômes persister, 1 a constaté une aggravation (angoisse), et 1 a officiellement récidivé (IMV le lendemain de sa venue au SAU).

III.2.8 - Satisfaction

Le dernier item de notre rappel téléphonique a consisté en une enquête grossière de satisfaction quand à la prise en charge à l'urgence.

Figure 11 : Satisfaction



Dans les motifs d'insatisfaction, « l'attente » est un motif de plainte très nettement récurrent.

Les autres motifs sont variés : « aurait voulu être hospitalisé », « pas assez d'examens complémentaires », « manque de personnel », « personnel désagréable », « absence d'antalgie », « manque de considération pour le patient », « manque d'explications », « erreur de diagnostic », « mal examiné »...

IV - DISCUSSION

IV.1 - Critique de la méthode

Notre choix pour cette enquête a porté sur la réalisation d'une étude prospective dans un secteur d'Urgence hospitalo-universitaire. Ce type de méthode nous a alors amené à être confrontés à quelques difficultés qu'il convient de soulever afin de permettre une meilleure interprétation des résultats (la pertinence de la non-hospitalisation au cas par cas). Nous vous exposerons lesquelles, en relation aussi avec des causes diverses comme le patient, sa pathologie, son comportement, les dysfonctionnements liés au système hospitalier. Nous comparerons notre expérience aux données de la littérature. Enfin, nous réfléchirons sur la « pertinence des non-hospitalisations » à proprement parler et discuterons de l'utilisation de l'outil AEP dans ce travail.

IV.1.1 - Biais liés au patient

IV.1.1.1 - Aggravation

Les patients dits « chroniques » venus à l'urgence pour une décompensation même modérée de leur pathologie, pour laquelle une hospitalisation peut être quelquefois évitée (ex : épilepsie, BPCO), connaissent de régulières décompensations inhérentes à leur maladie.

Les récurrences de certaines pathologies sont inévitables en raison de leur caractère propre. Par exemple : une tachycardie de Bouveret, une épistaxis... La prise en charge de la

récidive peut se faire d'ailleurs parfois en ambulatoire.

Une patiente incluse dans l'étude était en fin de vie. Il a été jugé préférable de la laisser finir ses jours chez elle plutôt que dans une chambre d'hôpital (décision collégiale de l'équipe soignante). Elle est décédée 10 jours après.

Enfin, certains patients ont présenté des symptômes qu'il a été difficile d'étiqueter. Qu'il s'agisse de pathologies fonctionnelles ou de maladies dont le bilan étiologique était encore en cours à 1 mois de l'enquête, le bref passage de quelques heures au SAU (le temps de passer le cap aigu) n'a pas permis une connaissance suffisante du problème médical pour prévenir une persistance ou une récurrence des symptômes. De rares patients étaient AEP+ dans ce cas de figure (une douleur abdominale, un malaise). La majorité était AEP- et donc ne présentait pas de critère de gravité.

La nature et le mode de fonctionnement d'un service d'Urgence font que l'on se retrouve parfois face à de réelles ambiguïtés diagnostiques qu'un temps limité de passage ne peut permettre de résoudre. Plus les délais sont courts, moins le diagnostic sera fiable, par manque d'examen complémentaires ou existence de procédures visant à en limiter le recours en raison de leur impact sur le temps de passage. [3]

IV.1.1.2 - Suivi

On peut voir que pour 89 consultations de suivi (médecin généraliste ou spécialiste) recommandées, 12 de ces patients ont admis à 1 mois n'avoir revu aucun médecin. Tous n'ont donc pas assuré le suivi médical préconisé au SAU.

Certains patients n'avaient aussi pas de médecin traitant avant de venir aux urgences et ont reconnu ne pas avoir fait la démarche a posteriori pour en chercher un.

Une étude australienne a consisté en un rappel téléphonique à 3 jours de leur passage à l'urgence des patients à qui l'on avait recommandé de prendre un rendez-vous de consultation rapproché, afin d'assurer un suivi médical. Seulement 54,4 % d'entre eux avaient été observants. Le rappel systématique des patients pour les sensibiliser (une seconde fois !) à reprendre contact avec un médecin a élevé ce taux à 70,7 %. [44] On s'imagine mal responsabiliser les usagers des urgences françaises en leur téléphonant après leur passage pour

vérifier (et stimuler) leur observance !

Une étude française sur les usagers des urgences a révélé que parmi un échantillon de patients externes à qui l'on avait donné ou conseillé un rendez-vous avec un médecin, moins de la moitié avaient l'intention de suivre ce conseil. Cet aveu fut fait à l'occasion d'un rappel téléphonique réalisé entre 2 et 4 semaines du passage à l'Urgence. En revanche, 59 % des patients ayant un médecin traitant ont dit qu'ils le consulteraient (proportion qui s'élève à 71 % quand c'est le médecin traitant qui a envoyé le patient aux urgences). [4]

Il y a eu en outre 89 persistances et/ou récurrences des symptômes dans le mois. Il y a eu aussi 151 consultations, dont 127 pour le même motif. Il est impossible de juger de la justification de toutes les consultations ou non-consultations au rappel téléphonique.

IV.1.1.3 - Réadmissions

Peut-on envisager que les recommandations aient été mal données aux urgences ? 3 patients ont été inclus 2 fois en moins de 2 jours pour le même problème. La première a fait une IMV le lendemain de sa venue pour angoisse (mal évaluée ?), la deuxième est revenue 2 jours après pour le même problème de doigts oedématisés (une consultation avec un angiologue avait été organisée lors du 1^{er} passage ; elle a vu un neurologue et un électromyogramme a été programmé la deuxième fois), la troisième est revenue le lendemain pour une névralgie du V (une consultation de neurochirurgie a été retenue la deuxième fois). Il est difficile ou délicat de juger de la qualité de la prise en charge lors du premier passage au SAU. On peut de plus imaginer que des patients non satisfaits des réponses données à leurs interrogations ne seraient pas revenus aussi rapidement, avec le risque de supporter à nouveau l'attente avant d'être pris en charge... Ces réadmissions précoces auraient-elles pu être évitées ?

Une étude française a montré que 2 % des admissions en SAU étaient constituées par des réadmissions non programmées (patients hospitalisés dans les 30 jours précédents) et qu'elles étaient évitables dans 59 % des cas (âge du patient, existence ou non d'un médecin traitant...). [8] Toutefois, d'autres investigations montrent que la majorité des réadmissions ne

sont pas évitables car reflètent probablement la grande dépendance d'une certaine population de patients médicalement instables. [20]

[26] Les réadmissions représentent un coût et ont un impact sur l'économie hospitalière. (Les patients hospitalisés sont d'ailleurs les plus impliqués.) C'est pourquoi de nombreuses publications ont été faites concernant ce problème de santé publique. Les différentes études mettent en évidence le plus souvent des patients âgés, issus de milieux sociaux défavorables, peu compliants aux traitements, ou bien des malades chroniques.

Les réadmissions en Service d'Urgence constituent le premier indicateur des retours à domicile inappropriés. [3] Même si le motif d'admission a été bien pris en charge, il est possible que les possibilités de l'environnement médico-social aient été mal appréciées.

[6] Les retours les plus précoces sont en général dus au patient, par absence de complianc au traitement, désinsertion sociale. Viennent ensuite les retours liés à la prise en charge médicale (mauvaise performance diagnostique, absence d'évaluation des capacités fonctionnelles des patients, retentissement d'une confusion, d'un état dépressif,...). Le deuxième indicateur est la mortalité dans les 8 jours suivant le passage au SAU. [3] Le pourcentage est de 1,6 %, soit un taux annuel de 13 décès pour 10000 retours à domicile. [29] Il n'y a pas eu de décès à 8 jours dans notre étude (un seul décès à 10 jours, soit 0,4 % des patients).

[50] Plusieurs études ont étudié les moyens d'éviter les réadmissions dans les groupes de patients à haut risque. Les stratégies employées incluent l'amélioration des soins faits à l'hôpital, un meilleur accès aux structures ambulatoires, un plus grand soutien de la communauté, ou une combinaison de ces mesures.

IV.1.1.4 - Observance

La question de l'observance se pose fatalement aussi dans les persistances ou

récidives de symptômes (lumbago, asthme, constipation...). Les patients ont-ils suivis les recommandations faites à l'urgence (hygiène, suivi médical), les prescriptions ? Ont-ils été compliants ? Cette donnée est difficilement vérifiable au rappel téléphonique à 1 mois. A en juger par les réponses et la bonne foi des patients, 163 sur 243, soit **67 % des patients ont estimé avoir été observants**. Sachant que 42 patients n'ont pas pu être joints au rappel téléphonique, cela fait 163 sur 199 soit 82 % des patients recontactés !

IV.1.1.5 - Données manquantes

Le principal biais réside également dans les « données manquantes », en ce qui concerne notamment les rappels à 1 mois puisqu'on n'a pu avoir le devenir de 42 patients sur les 243 inclus initialement. Certains n'ont pas voulu répondre au questionnaire téléphonique, d'autres n'ont pu être retrouvés, soit parce que leurs coordonnées étaient mauvaises, soit parce qu'ils avaient déménagé. Curieusement, on a remarqué que 10 patients sur les 42 étaient venus pour un motif psychiatrique, sans qu'il n'y ait aucun lien à faire.

IV.1.2 - Biais liés à l'étude

On sait que 256 patients de médecine adulte ont été hospitalisés durant la semaine de l'enquête. Ils n'étaient pas recensés par questionnaires, l'enquête n'ayant ciblé que les patients dits « ambulatoires ». Il eut cependant été intéressant de connaître, pour un même motif d'admission, la proportion de patients hospitalisés ou non, la prise en charge de ceux que l'on ne garde pas et ce pourquoi certains sont gardés ou pas.

Le mode de recours au SAU n'était pas assez précis dans le questionnaire. On a vu que 38 % des patients inclus étaient venus seuls pour 39 % adressés par un médecin et 18 % amenés par les pompiers. Il y a donc plus d'un tiers de la population incluse qui est venue spontanément. On peut se demander ce qui les a amené à l'urgence, ce qu'ils en attendaient. Un plateau technique ? Un recours facilité aux spécialistes? On a vu aussi que 13 patients sur les 93 venus seuls, soit 14 %, étaient AEP+. On ne pourrait donc pas dire que tous ces patients étaient venus pour des consultations de médecine générale, puisque certains présentaient à leur arrivée des critères cliniques ou paracliniques requérant une prise en charge, une surveillance rapprochée.

Dans le recrutement, notre cible était les patients de médecine adulte, non gynécologiques, non psychiatriques. Il est cependant parfois difficile de faire une vraie scission entre les mondes somatiques et psychiatriques. Par exemple, une IMV justifie toujours une prise en charge initiale, même pour une simple surveillance, en milieu conventionnel avant que de réfléchir sur l'acte avec un médecin psychiatre. Egalement, certains patients se présentent avec une plainte organique (douleur thoracique, agitation, angoisse...) que l'on ne pourra étiqueter comme étant de nature psychogène qu'après un examen classique médical (voir après quelques examens complémentaires au préalable, permettant un aiguillage dans les hypothèses diagnostiques évidentes).

A 1 mois, il n'y a pas encore de diagnostic pour 7 patients, le bilan étant encore en cours. Aurait-il été intéressant d'attendre 2 mois pour ces derniers? Aurions-nous eu plus d'informations, est-ce que ça aurait modifié les conclusions de l'étude? Ce n'est probablement pas le cas. A 1 mois, nous avons 147 diagnostics similaires et 32 cas de diagnostics assimilés similaires (peu précis, mais pas de récurrence ayant pu apporter plus d'éléments). Le délai choisi pour le rappel téléphonique paraît donc adapté.

Nous avons 201 réponses (sur 243) au rappel 1 mois après, soit 83 % de patients rappelés. 42 patients n'ont pas été retrouvés, ou n'ont pas souhaité répondre à nos questions. Une enquête (française) nationale ayant ciblé la même population (patients ambulatoires des services d'urgence), mais à plus grosse échelle (3000 personnes), a comporté un rappel téléphonique à 15 jours. Le taux de réponse a été de 77 %. [4]

Les « données manquantes » constituent encore une fois un obstacle dans le bon déroulement de l'étude. Les enquêtes n'ont pas toujours été bien remplies par les différents intervenants (mode de vie, consultation au préalable, retour à domicile...) d'une part. D'autre part, nous avons les 42 données manquantes du rappel téléphonique. 17 % d'absence de réponse, cela nous empêche de faire certaines comparaisons, comme les consultations proposées et celles effectivement réalisées. Des données manquent également dans le devenir à 1 mois, dans les diagnostics finaux, dans l'évolution propre des AEP+...

IV.1.3 - Biais liés à l'hôpital

Administrativement, un patient admis dans le service des Urgences qui y séjourne plus de vingt-quatre heures durant est enregistré comme ayant été *hospitalisé* (sur la facturation).

Un seul patient est resté plus de 24 heures. Il venait pour une oesophagite.

19 patients ont passé plus de 16 heures aux Urgences. 10 étaient AEP+ à l'entrée. 6 sont venus pour une intoxication médicamenteuse volontaire.

Il est vrai que certains patients, comme ceux venus pour des intoxications médicamenteuses chimiquement non inquiétantes ou ceux venus pour des alcoolisations aiguës, n'ont pas besoin d'être « hospitalisés » (dans le sens administratif du terme). Parfois ils justifient une surveillance rapprochée initiale, pendant quelques heures, puis tout rentre dans l'ordre sur le plan somatique. Il reste ensuite à faire une évaluation sur le plan psychiatrique. La plupart du temps, ils seraient candidats à être admis dans l'unité dite d'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) mais malheureusement le nombre de lits dans l'unité n'étant pas adapté à l'importance du service, il n'y a fréquemment pas de place disponible et nous sommes obligés de les garder en surveillance en boîtes de médecine.

Les durées moyennes de séjour sont très différentes des résultats obtenus dans

d'autres études comparables à notre travail. Nous avons 6 heures 50 minutes (+/- 5 heures) de DMS.

[13] Une enquête française faite aux urgences, mais regroupant dans sa population la pédiatrie et la traumatologie, avait des DMS de moins de 2 heures pour moins de 55 % des patients, et de plus de 6 heures pour seulement 6 % ! On peut imaginer que ces 2 secteurs (pédiatrie et traumatologie) raccourcissent considérablement les DMS de tout patient venant.

[36] Un rapport américain similaire effectué par le NHAMCS (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey) retrouve une DMS de 3 heures (entre 2 et 6 heures pour 53,6 % des patients). 0,4 % des patients ont passé 24 heures ou plus. Les patients ayant passé le plus de temps étaient les personnes vivant en institution, celles venant pour des problèmes liés à l'alcool et celles en attente d'un examen d'IRM ou de scanner.

Les DMS généreuses soulèvent les problèmes d'effectifs de personnel soignant à l'Urgence. Un CHU suisse a constaté une diminution significative des durées de séjours des patients externes (de 176 +/- 137 minutes à 141 +/- 86 minutes) avec l'ajout d'un médecin supplémentaire dans l'équipe soignante, alors que cela n'a pas amené de diminution de temps significative pour les patients en attente d'une hospitalisation. [11]

Dans le même ordre d'idées, une étude néo-zélandaise a montré qu'une rapide évaluation clinique effectuée par un médecin à l'arrivée des patients aux urgences (en plus de l'infirmière d'accueil et d'orientation) diminuait le temps passé à l'Urgence des personnes ayant des problèmes de santé mineurs. Une rapide évaluation amenant à une rapide prise en charge de cette population, on gagne ainsi également du temps avec les autres plus préoccupants (...). [2] Cette opération est pratiquée aux Urgences du CHU de Nantes par une consultation seniorisée de médecine adulte l'après-midi, qui a vœu de décharger en partie la file d'attente pour les boxes de médecine.

IV.2 - Population recensée par l'étude

La population concernée par notre étude est plutôt jeune, 44 ans, avec un sex ratio équitable de 0,98.

La moyenne d'âge s'allonge à 48 ans pour les AEP+, avec une sous-population discrètement masculine (sex ratio à 1,12). Elle est de 36 ans pour les patients n'ayant pas fait d'examens complémentaires et est de 46 ans pour ceux n'ayant pas nécessité d'avis spécialisé (sex ratio de 1,02).

La DMS de l'ensemble des patients inclus est de 6 heures 50. Les DMS sont très différentes d'une sous-population à l'autre. Elle est de 10 heures pour les AEP+, de 5 heures 56 pour les AEP-, de 4 heures 49 pour les patients sans investigations, de 7 heures 38 pour les patients avec bilan, de 6 heures 24 pour ceux sans consultation spécialisée, de 7 heures 56 pour ceux avec avis.

IV.2.1 - Patients adressés par un médecin

On a vu que 39 % des patients (n=96) étaient adressés par un médecin, soit un peu plus d'un tiers de l'échantillon. 54 parmi eux (soit 56 %) sont envoyés par leur médecin traitant.

D'autre part, 44 % des AEP+ sont venus à l'Urgence par ce biais (n=24), alors que 24 % d'entre eux (n=13) sont venus seuls, et 24 % ont été amenés par les pompiers.

Les patients jugés les plus graves (selon les critères AEP) à leur arrivée à l'hôpital étaient donc majoritairement adressés par un médecin.

On sait aussi que 27 % des patients (n=26) adressés par un médecin avaient déjà consulté dans les 15 jours précédents pour des symptômes similaires. Il y a donc une progression dans la démarche de soin pour un certain nombre de personnes qui nous amène à nous demander ce que les médecins généralistes peuvent attendre du SAU.

Des examens complémentaires ont été pratiqués chez 80 % des personnes adressées par un médecin (n=77), pour seulement 67 % des gens venus seuls (n=62), ce qui est significatif.

On observe le même ordre de grandeur concernant la consultation de médecin spécialiste, avec respectivement 32 % (n=31) chez les premiers pour 20 % (n=19) des gens venus directement au SAU, mais ce n'est pas significatif.

[39] Une étude canadienne réalisée chez tous les patients admis aux urgences (futurs hospitalisés ou ambulatoires) a obtenu comme chiffres 86 % d'investigations et 29 % de consultations spécialisées chez les patients envoyés par un médecin généraliste contre respectivement 67 % et 16 % chez les gens venus directement. Ce travail concluait à une pertinence des références de médecins généralistes aux services d'urgences (dans 75 % des cas).

[4] L'étude française sur les patients ambulatoires de tous secteurs d'urgence relève 26 % des patients inclus envoyés par un médecin. Il s'agit essentiellement de problèmes non traumatologiques (qui biaisent la comparaison). Cette proportion varie avec l'âge (la moitié des plus de 70 ans, 41 % des nourrissons de moins d'1 an). 72 % bénéficient d'actes diagnostiques. Parmi les patients adressés par un autre médecin que leur médecin traitant, un quart d'entre eux indiquent un problème de santé persistant malgré un traitement en cours et plus de la moitié évoquent un sentiment de gravité ou le besoin d'être hospitalisé.

[36] Le rapport du NHAMCS indique un bilan para-clinique dans 85,4 % des cas, quelque soit le mode de venue.

Les comparaisons sont difficiles puisque les échantillons ciblés ne sont pas strictement similaires (tous patients adressés par un médecin, mais ambulatoires plus ou moins hospitalisés, avec ou sans les enfants, la traumatologie...). Globalement, notre travail observe des tendances comparables aux études sus-citées. Il y a plus d'examens

complémentaires chez les canadiens, mais les hospitalisés sont inclus (ils appellent plus facilement à la réalisation d'examens que les ambulatoires).

Le taux est plus bas dans l'étude française (nationale). On est souvent moins facilement invasifs (biologie) chez les enfants (plus cliniques?) que chez les adultes. Cependant, cette étude rassemble la traumatologie, qui conduit souvent à la radiologie. (Ceci explique peut-être en partie le chiffre du rapport américain plus élevé.) Les adultes ambulatoires nantais de notre travail ont-ils effectué plus d'examens complémentaires que la moyenne nationale (à une période très proche) ?

IV.2.2 - Patients venus seuls (non adressés par un médecin)

Motifs de recours au SAU

L'ENSP (Ecole Nationale de la Santé Publique) donne une définition de l'« urgence » comme étant « *tout ce qui est ressenti par le patient comme exigence de soins ne pouvant souffrir le retard. Cela inclut tous les phénomènes qui touchent à la santé et qui surviennent de façon brutale et inattendue et qui surprennent ou inquiètent à tort ou à raison l'intéressé ou son entourage* ». [12] Dans cette conception, les critères de gravité (urgence vraie, lourde ou ressentie) ne sont pas une source de discrimination à ce niveau. Il est ici fait plus implicitement référence à la permanence sinon des soins, en tous cas d'écoute, à laquelle est astreint le médecin libéral. [46] On peut croire que cette définition s'étendra bientôt au médecin hospitalier de l'Urgence faisant face à de nouveaux usagers ambulatoires.

38 % des patients (n=93) sont venus directement aux Urgences, sans avis médical au préalable. Qu'est-ce qui les a motivé à prendre cette décision? Qui sont-ils et de quoi souffraient-ils ?

Nous n'avons pas interrogé précisément les patients sur leur choix de préférer le SAU à une consultation de médecine générale quand l'occasion s'en serait présentée, mais on

peut se référer à des enquêtes comparables.

[19] Une enquête française a relevé les motifs de venue suivants pour la population ambulatoire des urgences : pas de médecin traitant, pas de rendez-vous, médecin traitant « dépassé », nécessité subjective d'examens complémentaires, motif « social », caractère « urgent », convocation pour contrôle.

[4] Après les patients adressés par des médecins, ou les personnes à qui on n'a pas demandé l'avis pour les emmener aux urgences (19 % ; personnes âgées...), cette étude française nationale retrouvait quand à elle comme motifs : la proximité de l'établissement, un sentiment d'urgence ou de gravité (ou besoin que le problème soit réglé rapidement pour des raisons personnelles), le besoin d'un plateau technique spécialisé (examens, avis ou intervention spécialisés), pas de médecin ou médecin absent, un traitement en cours sans amélioration, pas d'avance de frais, la récurrence d'un problème, le souhait d'accéder à un autre service de l'hôpital, le besoin d'une attestation médicale, le besoin d'un avis médical. Le besoin ressenti d'examens concerne surtout la radiologie (à 82 %), puis la biologie (13 %), le scanner (7 %), l'ECG (4 %).

[4] Cette étude révèle également que les trois quarts des usagers étaient déjà venus dans le même service auparavant, ce qui expliquerait une certaine « familiarité » avec les urgences hospitalières et une connaissance limitée des possibilités de prise en charge en ville.

[25] En Suède, on a montré que le service des Urgences était la seule source de soins externes pour 13 % des usagers fréquents (définis par un rythme de 4 passages au minimum par an dans le service) et pour 27 % des usagers rares. Les usagers fréquents représentent 4 % de la population générale des patients venant à l'Urgence, et 18 % des patients ambulatoires.

[27] Les usagers fréquents ont également été évalués à un taux de 3,5 % des patients de l'Urgence dans une étude chinoise rétrospective. Ils étaient généralement associés à un bas niveau d'urgence (requis).

IV.2.3 - Motifs d'admission

On a vu que les patients AEP- venaient en premier lieu pour : une douleur

(thoracique ou abdominale, pas de différence significative) puis un malaise, un motif d'ordre psychiatrique ensuite.

Les AEP+ viennent quand à eux principalement pour des IMV, puis pour des syndromes hémorragiques, des symptomatologies douloureuses ou neurologiques dans un second temps.

[4] L'étude nationale a comme hiérarchie : la douleur (majoritairement), la sensation de gêne, la fièvre, le malaise (problème caractéristique des patients adultes), les saignements, les vomissements, l'angoisse.

La douleur est donc un motif d'admission prépondérant dans la patientèle ambulatoire. On sait que la moitié des patients qui quittent un service d'urgence repart avec une ordonnance d'antalgiques. [7] Dans notre étude, 49 % des patients sont repartis avec une prescription médicamenteuse (intitulés pas toujours précisés dans les enquêtes).

IV.2.4 - Contexte social

On a vu que 18,9 % (n=46) des patients admis vivent seuls. Nous n'avons pas l'information pour 20,6 % (n=50) des patients. Néanmoins, on peut constater que au moins 60,5 % des patients (n=147) inclus dans notre étude vivent entourés, que ce soit au sein d'une cellule familiale (55,6 % - n=135) ou d'une structure sanitaire et/ou sociale.

Dans notre étude, seule 1 patiente sur les 46 vivant seuls, soit 2 % de ces derniers, a posé souci par la suite. On peut donc estimer que la décision de retour à domicile a été adaptée pour cet échantillon de patients.

Dans l'étude « miroir » réalisée dans le service l'année précédente et s'intéressant aux patients hospitalisés, 19,88 % des patients hospitalisés vivaient seuls. [9] Il n'y a donc pas de différence avec le taux obtenu dans notre étude (p=0,89).

En poursuivant la comparaison, on voit aussi que 11,1 % des patients vivaient en institution, pour 4,5 % dans notre étude. Il y a là une différence significative ($p=0,011$).

Il y a 53,21 % de gens vivant en famille chez les hospitalisés pour 55,6 % chez les non-hospitalisés (pas de différence, avec $p=0,64$).

Ces chiffres nous permettent de faire le constat que si la solitude joue un rôle déterminant dans les hospitalisations techniquement non justifiées par l'AEP (override), elle est finalement présente à un même rang pour des patients que l'on a jugé aptes à regagner leur domicile. Il n'y a également pas de différence pour la vie en famille, et peu de différence pour la vie en institution.

Est-ce que l'entourage physique, et donc social, joue un si grand rôle dans la décision d'hospitaliser ou non un malade à côté des motivations cliniques ou thérapeutiques ? Ces dernières paraissent plus décisives, si l'on en croit cette comparaison entre ces 2 études. Il serait intéressant de faire un nouveau travail prospectif axé en parallèle sur les 2 populations (hospitalisés et ambulatoires), avec une attention toute particulière sur l'environnement social des individus.

IV.2.5 - Justification de venue aux Urgences

Durant la semaine où nous avons réalisé notre enquête, il y a eu 591 admissions dont 328 externes, c'est-à-dire 328 patients qui n'ont pas été hospitalisés. Cela représente donc une proportion de 55,5 % des passages aux Urgences qui sont ambulatoires. Cette balance manifeste entre hospitalisés et ambulatoires nous amène à nous interroger sur la pertinence de toutes les venues de patients au SAU.

35 % des patients ($n=85$) ont été adressés par un médecin généraliste, 39 % ($n=96$)

par tous médecins (SMUR et autres hôpitaux en plus). Parmi ceux-ci, 80 % ont pratiqué des examens complémentaires, contre 67 % des gens venus de leur plein gré. Concernant la réquisition d'un avis spécialisé, nous avons respectivement 32 % contre 20 % des patients (adressés ou venus seuls). On peut donc subodorer que le généraliste se réfère à un service d'urgence quand il a besoin d'un avis d'expertise, d'un plateau technique. On peut toutefois s'interroger sur la justification de la réalisation de ces examens complémentaires à l'Urgence ; auraient-ils pu être réalisés en ville, puisque ces patients n'ont pas été hospitalisés ?

39 % des patients sont venus de leur propre initiative (pas de différence avec les patients adressés par un médecin).

Une catégorisation de la pertinence des consultations d'urgence a été décrite par Afilalo et al. (Quebec) prenant en compte la pathologie, sa morbidité, la présence médicale, la surveillance clinique, les bilans, les techniques et les soins requis. Il a ensuite classé les patients en 3 catégories en fonction du délai nécessaire de prise en charge (immédiate, moins de 6 heures, plus de 6 heures). 15 % des visites ont été jugées inappropriées pour l'urgence. [1] Une étude turque a évalué son taux de consultations inappropriées en secteur d'Urgence à 31 %. La moyenne d'âge est de 41 ans (+/-16) et la DMS d'1 heure 6 minutes, contre 47 ans (+/-19) et 3 heures 24 minutes pour les visites appropriées. Les paramètres influençant la convenance de la venue à l'urgence sont : l'âge, le sexe masculin, la couverture sanitaire, la régularité des admissions dans le service. [38]

Certaines catégories de patients choisissent l'hôpital public pour des problèmes de santé mineurs car ils veulent être soignés rapidement (dans la journée), et ce pour un coût moindre. Ils sont souvent beaucoup plus à l'aise de ce mauvais usage de l'hôpital que les médecins qui les reçoivent ! [49]

La pertinence des admissions est très subjective. Il n'y a pas encore assez de critères standardisés permettant de la mesurer. Elle est de plus très médecin-dépendant. Elle sera différemment jugée par exemple si l'on se trouve accueilli par un médecin interniste ou par un urgentiste entraîné (grande variabilité inter-observateurs). [18]

On ne peut donc pas conclure sur la légitimité des consultations de médecine en service d'Urgences. La définition de leur pertinence est trop variable d'une source à l'autre. [38]

Toutefois, on peut remarquer qu'environ un quart des patients sortent de l'urgence sans rien d'autre qu'une ordonnance médicale; ces patients n'ont donc pas besoin d'infrastructure lourde pour leurs besoins. [34] (Dans notre étude, 25,1 % des patients admis sont sortis avec une seule prescription médicamenteuse.)

Une étude américaine a choisi de trier pendant 5 ans les patients ambulatoires non urgents des autres dès l'entrée aux Urgences (en fonction de certains critères), ce qui leur a permis d'en refuser 18 % qui furent ré-adressés ailleurs (autre structure sanitaire). Le suivi téléphonique a permis de voir que 39 % des patients avaient reçu des soins le même jour, 35 % avaient vu quelqu'un dans les 3 jours et 26 % avaient décidé de ne plus consulter. Il n'y a pas eu d'évolution significativement défavorable. Un tri peut donc être fait pour des problèmes médicaux sans critères de gravité à l'entrée, tant qu'il existe des structures de soins qui peuvent les recevoir. [16]

Il existe par ailleurs un déficit de communication qui nuit à l'image du médecin généraliste dans sa capacité à répondre aux urgences. Parmi les raisons données pour ne pas être allé voir le médecin de ville, on a relevé dans une étude française : « Il n'a pas le matériel nécessaire » (53,8 %), « Il ne reçoit pas assez vite » (46,6 %), « Il n'est pas apte à traiter le problème » (23,7 %), « Il n'assure pas les urgences » (23,3 %). [34]

En dehors des simples obligations médico-légales, la reconnaissance de la permanence des soins des médecins libéraux comme une « mission de service public » est le point de passage obligé de la revalorisation de leur activité dont l'efficacité pourrait être améliorée, si besoin était, par la mise en place de réseaux de proximité. La permanence des soins et les réponses aux urgences pose un problème d'organisation majeur pour toutes les formes d'exercice de la médecine dans l'ensemble des pays développés. [46]

On peut difficilement limiter l'accès aux soins dans un service d'Urgence. Il faut par contre améliorer l'accès aux structures de santé primaire usuelles pour alléger l'usage des services d'Urgence. On sait que certains patients finissent par consulter à l'urgence parce qu'ils sont insatisfaits des trajectoires de soins ordinaires. [48] Ce sont donc celles-ci qui réclament d'être privilégiées. Une consultation au sein d'un centre de soins urgents annexé au SAU a montré la réduction de l'usage non urgent du SAU, sans avoir d'incidence sur les

hospitalisations. [37] On peut rappeler que dans les années 80, les services de consultations « non urgentes » dans les services dits « d'Urgence » étaient jugés comme inappropriés. [43] En France, les consultations de médecine générale créées en parallèle des services d'Urgence ont depuis montré leur efficacité et leur existence en tant que réelles structures de permanence de soins. [33] Là aussi, on a vu qu'associer libéraux et hospitaliers à la prise en charge des urgences permettait de constituer une des réponses à la saturation des urgences, permettant également une satisfaction conjointe entre malades et médecins. [24]

Plusieurs associations de cabinets médicaux de permanence de soins ont fait leur apparition en France (CARL à Rennes, CAPS à Nantes, CMU au havre, APSA dans le Loiret...). Toutes ont pour cahier des charges d'organiser la réponse libérale aux demandes de soins non programmées, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Un des objectifs d'une rationalisation de la trajectoire des patients est d'améliorer la coordination avec les établissements, et notamment de différer une grande partie du flux d'accueil du CHU. [46] On envisageait en 2001 que l'organisation de structures de type CAPS (Centre d'Accueil et de Permanence des Soins) pourrait soulager les services d'Urgence de 40 à 50 % des patients s'y présentant. [34] L'avenir nous dira si ces prédictions optimistes se vérifient.

IV.2.6 - Satisfaction

On a constaté que la satisfaction des patients était finalement très dépendante du temps d'attente dans le service, bien plus que de la qualité des soins, de la prise en charge... Les autres motifs d'insatisfaction (bien plus spontanément exprimés par les patients au rappel téléphonique que des motifs de satisfaction !) sont : « aurait voulu être hospitalisé », « pas assez d'examen complémentaires », « manque d'explications »...

[31] Une étude suédoise auprès de patients âgés de plus de 70 ans a déterminé

leur motifs d'insatisfaction durant le temps d'attente à l'Urgence : attente déplaisante, attente pas nécessaire, douleur non soulagée pendant ce temps...

L'attente est plus facilement acceptée par le patient si l'on prend la peine de lui expliquer ce pourquoi il a à attendre, et combien de temps ça risque de prendre. C'est ce qu'a montré une étude norvégienne où une infirmière et un médecin ont informé tout patient devant attendre plus de quinze minutes dans la file d'attente des Urgences avant d'être pris en charge, ce qui a montré une amélioration du degré de satisfaction de ces derniers. [17]

[3] « *Il est démontré que l'insatisfaction du patient retentit sur la consommation médicale, est source de désinsertion du réseau de soin, de mauvaise compliance au traitement, voire d'ouverture de procédures judiciaires mal fondées à l'égard des soignants.* »

Selon l'outil utilisé, 61 à 69 % des patients sont satisfaits. Ils se jugent plus gravement malades que ne le jugent les médecins, mais ce n'est pas un facteur d'insatisfaction. [3] Dans notre étude, 45 % sont satisfaits et 20 % sont très satisfaits.

IV.3 - Les Non Hospitalisations

L'objectif des structures d'Urgences concernant des patients jugés ambulatoires va être de ne renvoyer à leur domicile que les patients qui pour la même affection n'auront pas recours dans les jours suivants de nouveau au SAU ou à toute autre structure de soin, et dont la morbidité ou la mortalité ne pourraient être dues à un défaut ou à un retard à l'hospitalisation. [3]

IV.3.1 - Bilan des évolutions à 1 mois

L'échec est-il défini par : un mauvais diagnostic, une persistance des symptômes, une aggravation ou une récurrence ?

Dans notre étude, il y a eu 67 dossiers de *persistance des symptômes* après passage aux urgences, soit une persistance de la douleur, de la dyspnée, des angoisses...

Il y a eu 8 aggravations, dont 1 décès. Ce dernier était toutefois attendu.

Les 2 dossiers les plus ennuyeux concernent 2 troubles brutaux de la motricité, chez qui l'avenir a révélé un Guillain-Barré et une embolie pulmonaire. Ils étaient tous 2 AEP+ à l'entrée. Le 3^{ème} intéresse cette patiente anxio-dépressive qui a été de nouveau admise à 24 heures de son passage pour une IMV ; elle *vivait seule*, et même lors de son second passage (le lendemain), alors qu'elle présentait un facteur de gravité (AEP), on lui a permis de regagner son domicile (?).

Les 4 dossiers suivants sont figurés par une cholécystectomie à 20 jours de sa

venue, une fibromyalgie, une douleur pariétale et une sciatique. Pour chacun de ces patients, la prise en charge à l'Urgence et la conduite à tenir proposée paraissent raisonnables.

Concernant les 59 autres dossiers de *persistance des symptômes sans aggravation*, après réexamen, aucun ne nous laisse à penser qu'une hospitalisation initiale aurait permis de changer le cours des choses, y compris pour les 7 patients AEP+. Ces derniers étaient venus pour : des syndromes dépressifs (avec pourtant passage à l'acte !), une névralgie du V, une alcoolisation aigüe chez une éthylique chronique, une crise d'asthme. Bien sûr, on se permet d'affirmer la non nécessité d'hospitaliser alors ces patients avec la connaissance de leur devenir à 1 mois !

On peut faire une parenthèse et s'interroger sur la compliance des patients. 49 % des patients ont eu une prescription médicamenteuse à la sortie de l'Urgence (n=119). 37 % devaient revoir en consultation un médecin (généraliste ou spécialiste - n=89). L'étude nationale française réalisée 3 mois auparavant annonçait 60 % d'ordonnances médicamenteuses chez les sortants. Un peu moins de la moitié devaient revoir un médecin.

[4] Le rapport américain sur les patients externes des urgences parle de prescriptions médicamenteuses pour 74,2 % des consultants (dont 34,2 % d'antalgiques, 15,5 % d'antibiotiques). 40,6 % des patients furent référés à un autre médecin pour le suivi. [36]

6 diagnostics étaient erronés à 1 mois parmi les 67 dossiers de persistance des symptômes sans aggravation : un kyste inguinal, une allergie (graminée), une coqueluche, une dépression, une déchirure musculaire et une sigmoïdite.

Il y a eu une *récidive* chez 25 patients à moins d'1 mois. Cette dernière était envisageable à court ou moyen terme chez 20 personnes (vertige paroxystique bénin, colique néphrétique, péricardite, asthme, oesophagite, colopathie fonctionnelle, etc.). Aussi, la prise en charge adoptée paraît avoir été adaptée. Parmi eux, 4 patients étaient AEP+.

La récurrence a été l'occasion de porter un autre diagnostic pour 4 patients : une pneumopathie, une carcinoïde appendiculaire, une crise d'asthme et un syndrome anxio-dépressif. Seul le 4^{ième} était AEP+ à son arrivée (douleur thoracique justifiant une surveillance rapprochée).

IV.3.2 - Pertinence des non-hospitalisations

Combien des non-hospitalisations recensées dans l'étude ont été pertinentes ? ou non pertinentes ? Il est difficile d'y répondre sans outil validé spécifiquement pour cet usage. Nous avons donc choisi d'utiliser l'AEP (non expérimenté à cet effet jusque-là).

IV.3.2.1 - Si l'on considère que les retours inadaptés à domicile sont constitués de toutes les persistance de symptômes et de toutes les récurrences

On estime alors que la persistance de symptômes reflète la perception subjective du patient de ne pas avoir été soulagé immédiatement à la sortie du SAU.

- AEP+ :**
- 2 patients ont vu leurs symptômes persister et s'aggraver.
 - 7 patients ne se sont pas aggravés.
 - 5 ont récidivé.

On a donc des retours non pertinents pour n=14 patients sur les 55 AEP+ de l'étude, soit **25,4 %**.

- AEP- :**
- 6 patients ont vu leurs symptômes persister et s'aggraver.
 - 52 patients ne se sont pas aggravés.
 - 20 ont récidivé.

On a donc des retours non pertinents pour n=78 patients sur les 188 AEP- de l'étude, soit **41,5 %**.

Il y a une différence significative au profit des AEP+ ($p=0,03$).

Si l'on retient cette interprétation de la non pertinence, on obtient 25,4 + 41,5, soit **37,9 % de non hospitalisations non pertinentes**, ce qui est considérable !

On peut toutefois rappeler que **65 % des patients étaient satisfaits** de leur prise en

charge ! 37,9 % est alors un chiffre un peu disproportionné si l'on relie une définition de la « pertinence » au bénéfice attendu du patient lié à son passage au SAU. Ou alors, on se place au niveau du *praticien hospitalier* qui aurait pour objectif une persistance de symptômes *nulle* au sortir de son service.

IV.3.2.2 - Si l'on évalue les retours effectivement inadaptés à domicile selon notre impression

AEP+ :

- 2 patients réellement ennuyeux ont vu leurs symptômes persister et s'aggraver.

- Les retours des autres patients AEP+ paraissent avoir été adaptés.

On a donc des retours non pertinents pour n=2 patients sur les 55 AEP+ de l'étude, soit **3,6 %**.

AEP- :

- On a 5 patients ayant vu leurs symptômes persister et s'aggraver (la décision de retour de la patiente décédée 10 jours après sa venue était collégiale donc non significative).

- 2 patients ne s'étant pas aggravés (la coqueluche et la sigmoïdite), les autres sorties paraissent avoir été pertinentes.

- 4 ayant récidivé (la découverte d'hypertension artérielle, la pneumopathie, la carcinoïde appendiculaire et l'asthme), les autres ont présenté des récurrences presque prévisibles, inhérentes à leur nature.

On a donc des retours non pertinents pour n=11 patients sur les 188 AEP- de l'étude, soit **5,9 %**.

Il n'y a pas de différence significative ($p=0,52$).

On obtient 3,6 + 5,9, soit **5,3 % de retours non pertinents**, ce qui est déjà plus acceptable.

IV.3.2.3 - Synthèse

Sur les 6 patients pour qui la méconnaissance du diagnostic aurait été rapidement délétère voire néfaste à court terme, 2 étaient certes AEP+ à l'entrée. Cependant, on découvre un taux d'échec avéré prépondérant dans la population AEP-, même sans critère (validé par la littérature) objectif de retour à domicile inadapté.

Concernant l'AEP, on peut dire que parmi les 55 individus ayant 1 ou plusieurs critères positifs à l'entrée au SAU sur les 243, soit 23 % de notre population, 25,4 % (ou seulement 3,6 % si l'on se réfère à notre impression) ont eu une évolution néfaste.

Même si il n'y a pas de différence entre les deux sous-populations AEP+ et AEP- concernant les non-hospitalisations inadaptées selon notre ressenti, le taux de non pertinence représenté par les AEP+ est beaucoup trop faible (3,6 %) pour considérer l'AEP comme un outil valable pour évaluer la pertinence des non-hospitalisations.

L'AEP est un outil validé pour juger de la pertinence d'une hospitalisation. Avec son application, on a observé une diminution significative des hospitalisations inappropriées, notamment en ce qui concerne les admissions non-urgentes. [32] Il n'est par contre pas adapté à la non-hospitalisation. En effet, de 74,6 % à 96,4 % des AEP+ de l'étude ont eu par la suite une évolution satisfaisante, ou tout du moins cohérente (si l'on prend en compte les guérisons, les récurrences prévisibles...).

Enfin, nous pouvons *souligner l'importance de définir correctement la notion de pertinence d'une non-hospitalisation*, dans toute sa dimension diagnostique, thérapeutique mais aussi de prise en charge globale du patient (morbidité, cadre fonctionnel du retour à domicile, entourage social favorable...), et ce au moyen de critères validés par des experts, puisqu'en prenant 2 types de paramètres différents on obtient une non pertinence cotée à 5,3 % des patients admis d'une part ou 37,9 % d'autre part, ce qui modifie fondamentalement les conclusions !

IV.3.3 - Sous-utilisation de l'hôpital ?

Y a t'il eu des patients pour lesquels on a proposé un retour à domicile par manque

de place dans les services hospitaliers requis ? On sait que trouver la place adéquate dans un service hospitalier pour un malade présentant un type de pathologie donnée est un exercice trop souvent périlleux. [9]

On peut citer au moins les patients admis pour IMV. Sur 24 patients inclus, 15 ont pu être recontactés. Sur ces 15 individus, 11 ont exprimé une persistance des symptômes, dont 1 avec aggravation, et 1 a récidivé (le lendemain). On peut donc imaginer que cette catégorie de malades illustre bien une possible sous-utilisation de l'hôpital.

Par ailleurs, on a pu voir dans notre étude un patient rentré à domicile avec une découverte d'embolie pulmonaire. Même si techniquement on peut commencer un traitement héparinique en ambulatoire, il est plus confortable pour beaucoup de médecin d'initier celui-ci à l'hôpital. Qu'est-ce qui a motivé le médecin qui a autorisé le retour à domicile ? Est-ce que le cas de ce malade entre dans le cadre de ce qui est défini comme étant la « sous-utilisation » de l'hôpital ? [42] C'est d'autant plus délicat que notre travail a révélé 2 embolies pulmonaires sur les 8 patients qui ont vu leur état s'aggraver après leur venue aux Urgences. Ils étaient par ailleurs tous 2 AEP+.

IV.3.4 - Performance du service des Urgences

« La performance d'un service d'Urgence s'évalue sur des critères globaux et spécifiques témoignant de sa capacité à remplir sa triple mission de décision diagnostique, thérapeutique et d'orientation. » [3]

Est-ce que le retour à domicile de ces patients était inadéquat ? Une telle évolution aurait-elle été évitable ? La pathologie a-t-elle été sous-estimée ? Y a-t-il eu une mauvaise performance dans le travail du SAU ? Autant de questions auxquelles il est difficile de répondre dans ce travail.

On peut dire par contre que l'évolution péjorative de ces patients était

indépendante d'un environnement social défavorable pour la plupart, puisqu'il s'agissait essentiellement d'une méconnaissance de la pathologie sous-jacente et peut-être d'une mauvaise estimation de la possibilité de sortie pour la plupart des cas. L'entourage (ou plutôt l'absence d'entourage !) a peut-être joué un rôle chez la patiente anxio-dépressive qui a fait une IMV le lendemain. N'oublions d'ailleurs pas que dans les 42 patients pour qui nous n'avons pas eu connaissance de l'évolution à 1 mois, 10 étaient venus pour un motif psychiatrique.

[14] Concernant les diagnostics erronés, on peut citer un groupe français qui, pour évaluer les pertinences diagnostiques du service, a effectué une étude comparant les diagnostics évoqués à l'Urgence et réels en fin d'hospitalisation. Il en ressort 10,78 % de diagnostics erronés dont moins de la moitié susceptible d'entraîner un retard potentiellement préjudiciable au patient. L'imprécision augmente avec les groupes de pathologies nécessitant des examens complémentaires, parfois invasifs, ou un délai d'attente (cultures). Ces pathologies peuvent se rencontrer aussi bien pour des patients hospitalisés que pour des patients dont l'état de santé ne requiert pas une hospitalisation immédiate, et dont le diagnostic se retrouve différé (programmation de certains examens en externe, résultats tardifs...).

Une équipe néo-zélandaise a étudié les retours de consultations précoces non programmées dans un département d'Urgences et a montré que 4,4 % de celles-ci étaient dues à des erreurs médicales significatives ! Elle a suggéré un renforcement de présence de médecins seniors, des réunions de service, des formations médicales continues, et a conseillé de privilégier la communication avec le patient. [30] Toute équipe soignante se doit de s'inscrire dans une démarche qualité. Et même en essayant d'optimiser au maximum, une marge d'erreur, même minime, est inévitable dans toute activité. Son existence ne peut donc pas juger de la mauvaise performance d'un service qui tend à la faire disparaître !

La performance globale d'un service repose entre autres choses sur la concordance diagnostique faite entre le diagnostic d'admission et le diagnostic de sortie du SAU. On a pu montrer que le diagnostic d'admission était infirmé chez 16 % des patients qui regagneront leur domicile et chez 30 % de ceux qui seront hospitalisés ou qui réclameront des soins continus pendant au moins une heure. [3, 47] Plus récemment, on a mis en évidence une concordance diagnostique de 81,3 % pour les patients hospitalisés au CHU de Nantes. [9]

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre étude a montré que l'outil AEP n'était pas adapté à la pertinence des non-hospitalisations. Quel que soit le sens que l'on donne à « pertinence », le nombre de retours à domicile inadéquats chez les AEP+ est trop faible pour être significatif. Autrement dit, la majorité des AEP+ ambulatoires évolue favorablement par la suite.

On a souligné l'importance de définir convenablement la notion de pertinence de non-hospitalisation. Son sens est trop subjectif, médecin-dépendant. Quel outil simple d'utilisation et reproductible entre différents utilisateurs pourrait être développé ? On pourrait imaginer un outil standardisé prenant en compte des critères cliniques, diagnostiques mais également fonctionnels et sociaux, ces derniers conditionnant aussi les possibilités de retour à domicile et certaines hospitalisations techniquement incorrectes. [9]

Y a-t'il une sous-utilisation de l'hôpital ? Des patients rentrent-ils à domicile par manque de place dans les services hospitaliers requis ? Un travail de comparaison approfondi sur l'orientation des patients après l'Urgence permettrait de mieux y répondre.

L'utilisation appropriée de l'urgence pose donc plusieurs interrogations : Comment la déterminer ?, Comment mesurer le degré d'urgence ?, Est-ce que les soins non urgents sont plus coûteux à l'Urgence qu'en structure de soins primaires ? [22] On peut se demander si la récente mise en place de structures de type CAPS va à long terme modifier le profil, le comportement des usagers ambulatoires de l'urgence, de ceux qui viennent consulter sans avis médical pris au préalable. Se contenteront-ils de structures médicales à moyens diagnostiques (en terme d'actes diagnostiques) plus limités (en moyens techniques) ? Et ainsi, la médecine générale sera-t-elle revalorisée à leurs yeux ? [34] Un travail prospectif sur une plus longue durée comparant la population de patients ambulatoires des urgences à la clientèle naissante des CAPS serait intéressant.

ANNEXE : Les critères d'admission de l'AEPf

A/ Critères d'intensité de soins médicaux et infirmiers : 6 critères.

- 1- Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)
- 2- Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale ; soit l'utilisation de matériels, de services, uniquement disponibles dans un hôpital
- 3- Surveillance des signes vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures
- 4- Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique
- 5- Traitement dans une unité de soins intensifs
- 6- Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures

B/ Critères de sévérité clinique : 10 critères.

- 1- Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente
- 2- Pouls < 50/min ou > 140/min
- 3- Pression artérielle systolique < 90 mmHg ou > 200 mmHg
Pression artérielle diastolique < 60 mmHg ou > 120 mmHg
- 4- Cécité ou surdité brutales
- 5- Perte brutale de la motricité d'une partie du corps
- 6- Fièvre persistante > 38°5 C sous le bras ou 39°C en rectal depuis plus de 5 jours
- 7- Syndrome hémorragique
- 8- Troubles électrolytiques ou gazométriques graves
Na < 123 ou > 156 mEq/l
K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l
HCO₃⁻ < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité)
pH < 7,30 ou > 7,45
- 9- Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de respirer et d'uriner...) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau
- 10- Ischémie aiguë à l'ECG

BIBLIOGRAPHIE

1- AFILALO M., GUTTMAN A., COLACONE A., DANKOFF J., TSELIOS C. et al.

Emergency department use and misuse.

J Emerg Med 1995;13:259-64

2- ARDAGH M.W., WELLS J.E., COOPER K. and al.

Effect of a rapid assessment clinic on the waiting time to be seen by a doctor and the time spent in the department, for patients presenting to an urban emergency department: a controlled prospective trial.

N Z Med J. 2002 Jul 2;115(1157):U28.

3- BARON D., LECONTE P., GARREC F., BERTHIER F.

Les indicateurs des performances d'un service d'urgence.

Actes de la journée d'étude : la démarche qualité dans les services d'urgences.

Hôpital Cochin, Paris, mars 1998 :11-24

4- BAUBEAU D., CARRASCO V.

Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières.

DREES, Etudes et résultats, 2003;(215):1-12.

5- BAUBEAU D., DEVILLE A., JOUBERT M., FIVAZ C., GIRARD I., LE LAIDIER S.

Le passage aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés.

DREES, Etudes et résultats, 2000;(72):1-8.

6- BERNSTEIN E.

Repeat visits by elder emergency department patients: sentinel events.

Acad Emerg Med 1997;4:538-9

7- BERTHIER F., LE CONTE P., GARREC F., POTEL G., BARON D.

Analyse de la prise en charge de la douleur aiguë dans un service d'accueil et d'urgence.

Réan Urg 1998 ;7(3):281-5

8- BESSON S., FOURNY M., LABARERE J. et coll.

Réadmissions précoces non programmées au service d'accueil et d'urgences : étude prospective de 216 cas. – CHU Grenoble
JEUR 2003 ;16 :1S44-1S47

9- BLANCHARD-PONTOIZEAU V.

Evaluation de la pertinence des hospitalisations à partir du service des urgences en fonction des critères de l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).
Thèse de médecine générale, 2003;42.

10- BLANDIN A., CHAMBIONNAT I., HONNAR D.

Mise en place d'une consultation libérale de médecine générale dans un SAU.
Rôle de l'infirmière d'accueil et d'orientation
JEUR 2002 ;15:1S127-1S128

11- BUCHELI B., MARTINA B.

Reduced length of stay in medical emergency department patients: a prospective controlled study on emergency physician staffing.
Eur J Emerg Med. 2004 Feb;11(1):29-34.

12- CALMES G., CHARTIER P., LAURENT C., MOREELS C. et coll.

La place de la médecine ambulatoire dans la filière des urgences.
Mémoire ENSP de séminaire interprofessionnel 1993 ;BDSP 77181 :1-19

13- CARRASCO V., BAUBEAU D.

Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale.
DREES, Etudes et résultats, 2003;(212):1-8.

14- COURRIER A., BRUNEL P., SATTONNET P., DUDEK F., PERRY D., PETIT J.L.

Evaluation de la pertinence des diagnostics médicaux dans un Service d'Accueil des Urgences.
JEUR 2001 ;14:A22

15- COUTY E.

Circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Avril 2003

16- DERLET R.W., KINSER D., RAY L., HAMILTON B., MACKENZIE J.

Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study.

Ann Emerg Med. 1995 Feb;25(2):215-23

17- ENGEBRATEN O., KALLEVAG T., SORBO H.B., BJUGN R.

Emergency hospital admissions. A survey and consumer assessment of conditions in an emergency department admission office.

Tidsskr Nor Laegeforen 1995 Sep 30;115(23):2917-20

18- FOLDES S.S., FISCHER L.R., KAMINSKY K.

What is emergency ? The judgments of two physicians.

Ann Emerg Med 1994;23:833-40

19- FOURNIER J.P., THIERCELIN D., BERTRAND F. et coll.

Typologie des patients ambulatoires consultant aux Urgences.

JEUR 2002 ;15:1S115

20- GAUTAM P., MACDUFF C., BROWN I., SQUAIR J.

Unplanned readmissions of elderly patients.

Health Bull (Edinb). 1996 Nov;54(6):449-57

21- GERTMAN P.M., RESTUCCIA J.D.

The appropriateness evaluation protocol : a technique for assessing unnecessary days of hospital care.

Med Care. 1981 Aug;19(8):855-71.

22- GILL J.M.

Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not?

Ann Emerg Med. 1994 Nov;24(5):953-7

23- GIRAUD A., BOISSEL J.P., FERVERS B., GRENIER B., LANG T. et coll.

La nouvelle évaluation médicale : pour une méthode de la pratique clinique !

Ed. Alexandra Giraud - Médica, 2000:145-78

24- HAMELIN V., HARDENBERG K., LOUIS B., PEPE S., HONNART D.

Expérience d'une consultation libérale de médecine générale dans un SAU. Résultats de 6 mois de fonctionnement.

JEUR 2002 ;15:1S61-1S62

25- HANSAGI H., OLSSON M., SJOBERG S., TOMSON Y., GORANSSON S.

Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services.

Ann Emerg Med. 2001 Jun;37(6):561-7

26- HASAN M.

Readmission of patients to hospital: still ill-defined and poorly understood.

Int J Qual Health Care 2001;13(3):177-9

27- HUANG J.A., TSAI W.C., CHEN Y.C., HU W.H., YANG D.Y.

Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center.

J Formos Med Assoc. 2003 Apr;102(4):222-8

28- J MURRAY M.

The canadian triage and acuity scale: a canadian perspective on emergency department triage.

Emerg Med (Fremantle). 2003 Feb;15(1):6-10

29- KEFER M.P., HARGARTEN S.W., JENTZEN J.

Death after discharge from the emergency department.

Ann Emerg Med. 1994 Dec;24(6):1102-7

30- KELLY A.M., CHIRNSIDE A.M., CURRY C.H.

An analysis of unscheduled return visits to an urban emergency department.

N Z Med J. 1993 Aug 11;106(961):334-6

31- KIHLOGREN A.L., NILSSON M., SKOVDAHL K., PALMBLAD B., WIMO A.

Older patients awaiting emergency department treatment.

Scand J Caring Sci. 2004 Jun;18(2):169-76

32- KOSOVSKY M.P., CHOPARD P., BOLLAS F., SARASIN F.P. et al.

Evaluation of quality improvement interventions to reduce inappropriate hospital use.

Int J Qual Health Care 2002 Jun;14(3):227-32

33- LAFAY V., GIRAUD C., BEL C., GIOVANNETTI O.

General practice consultation in a hospital emergency department. History, evaluation and prospects.

Presse Med. 2002 Oct 26;31(35):1643-9

34- LE GOAZIOU M.F.

Qui consulte aux urgences ? Enquête auprès de patients consultant dans un service d'accueil des urgences.

Rev Prat Med Gen 2001;15 :469-73

35- LOMBARD I., LAHMEK P., DIENE E., MONNET E., LOGEROT H. et coll.

Etude de la concordance inter-observateurs des raisons de non-pertinence des journées d'hospitalisation identifiées par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (2^{ème} partie).

Rev Epidemiol Sante Publique 2001 Sep ;49(4) :367-75

36- MC CAIG L., BURT C.W.

National Hospital Ambulatory Medical Care Survey : 2001 Emergency Department Summary

Adv Data. 2003 June 4;(335):1-36.

37- MERRITT B., NAAMON E., MORRIS S.A.

The influence of an Urgent Care Center on the frequency of ED visits in an urban hospital setting.

Am J Emerg Med. 2000 Mar;18(2):123-5

38- OKTAY C., CETE Y., ERAY O., PEKDEMIR M., GUNERLI A.

Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital.

Croat Med J. 2003 Oct;44(5):585-91

39- PATEL S., DUBINSKY I.

Outcomes of referrals to the ED by family physicians.

Am J Emerg Med 2002 May;20(3):144-50

40- RAND Corporation

Report of a working group, 1993

41- RESTUCCIA J.D.

The evolution of utilization review methods in the United States.

Int J Qual Health Care. 1995 Sep;7(3):253-60.

42- RESTUCCIA J.D., PAYNE S.M., TRACEY L.V.

A framework for the definition and measurement of underutilization.

Med Care Rev. 1989 Fall;46(3):225-70

43- RICHARDSON L.D., HWANG U.

Access to care: a review of the emergency medicine literature

Acad Emerg Med 2001;8:1030-6

44- RITCHIE P.D., JENKINS M., CAMERON P.A.

A telephone call reminder to improve outpatient attendance in patients referred from the emergency department: a randomised controlled trial.

Aust N Z J Med. 2000 Oct;30(5):585-92.

45- ROBAIN M., LANG T., FONTAINE A. et coll.

Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation.

Rev Epidemiol Sante Publique 1999 ;47 :139-49

46- ROUGIER B., OZIER H., SCHLEGEL P., MERCIER C.H., MATHIS J.P. et coll.

Livre blanc - Organisation de la permanence des soins en médecine libérale.

Rapport pour la conférence des présidents des URMEL, Juillet 2001 :1-77

47- RUSTERHOLTZ T., PRADIER C., POTEL G., BOYER O., TOUZE M.D., BARON D.

Evaluation de l'exactitude diagnostique et du délai thérapeutique dans un Service d'Urgences Médicales.

Réan Soins Intens Med Urg 1991;7 :199-203

48- SARVER J.H., CYDULKA R.K., BAKER D.W.

Usual source of care and nonurgent emergency department use.

Acad Emerg Med 2002;9:916-23

49- SHESSER R., KIRSCH T., SMITH J., HIRSCH R.

An analysis of emergency department use by patients with minor illness.

Ann Emerg Med 1991;20:743-8

50- WEINBERGER M., ODDONE E.

Strategies to reduce hospital readmissions: a review.

QRB Qual Rev Bull. 1989 Aug;15(8):255-60

51- YATIM D., HAUET P., BARON D.

Procédure de prise en charge des patients au Service d'Accueil et d'Urgences

Rapport d'accréditation du pôle – document interne – CHU Nantes, Octobre 2001 :1-5

52- Comité médical du Pôle Urgence du 19 mars 2003

Compte-rendu de réunion – document interne – CHU Nantes, Mars 2003

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen de la Faculté

NOM : HOURDIN

PRÉNOM : Nicolas

Titre de Thèse :

Evaluation de la pertinence des non-hospitalisations à partir du Service d'Accueil des Urgences de Nantes en fonction des critères de l'AEPf (Appropriateness Evaluation Protocol)

—
Etude prospective sur 243 dossiers

RÉSUMÉ

Nous avons réalisé une étude en Avril 2003 portant sur la patientèle ambulatoire du SAU (Service d'Accueil des Urgences) du CHU de Nantes. Nous avons inclus 243 patients, dont 55 répondaient positivement aux critères de l'AEPf (Appropriateness Evaluation Protocol – version française), c'est-à-dire qu'ils présentaient à leur admission des critères de sévérité clinique et de soin délivré. Nous les avons rappelés à un mois de leur venue dans le service pour connaître leur devenir, en ciblant notre investigation sur ces patients AEP+.

Nous avons constaté que l'AEP n'était pas un outil satisfaisant pour juger de la pertinence d'une non-hospitalisation, puisque les malades ayant évolué défavorablement étaient à l'origine indifféremment AEP+ ou AEP-.

En outre nous soulignons l'intérêt de créer un outil définissant les retours à domicile appropriés.

MOTS-CLÉS

Non-hospitalisations – Pertinence – Urgences – AEP – Ambulatoire