

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 095

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Céline MOREAU

née le 22 mars 1984 à Bordeaux

Présentée et soutenue publiquement le 6 septembre 2016

**ANALYSE DES DÉTERMINANTS DU RECOURS SPONTANÉ AUX
URGENCES DU CH DE SAINT NAZAIRE : ENQUÊTE PROSPECTIVE
SUR UNE SEMAINE ET RÉTROSPECTIVE SUR UN AN**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Madame le Docteur Aurélie SCHELCHER

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Madame le Docteur Marie-Paule CLOTTEAU

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

A Monsieur le Professeur Gilles POTEL, Président du Jury,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Aurélie SCHELCHER, Directrice de thèse,

Tu m'as accompagnée tout au long de l'étude. Merci pour ton soutien, ta disponibilité, ta confiance et toutes tes relectures. Trouve ici l'expression de toute mon amitié.

A Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Philippe Le Conte,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame de Docteur Marie-Paule CLOTTEAU,

Pour tes conseils, pour toutes les connaissances que tu m'as transmises. Merci de ton soutien au cours de mon parcours et de ta confiance.

A ma famille, mes amis

A Clément,

Pour la vie et le bonheur que nous partageons depuis notre rencontre. Pour ton soutien, ton amour, ta patience et ta présence. Et pour le joli bébé que nous avons. Je t'aime.

A Maël, mon p'tit chou d'amour,

Merci pour le congé maternité, et d'être un bébé facile, ce qui m'a permis de terminer la rédaction de ce travail.

A mes parents,

Pour la confiance et le soutien que vous m'avez toujours apportés, dans mes études et dans ma vie personnelle. Pour toutes les photocopies et les trajets. Pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises. Trouvez ici toute l'affection que je vous porte.

A mon grand frère Xavier,

Pour l'exemple que tu m'as donné et la confiance que tu m'accordes. Pour les soirées de décompression.

A mon petit frère Vincent

Pour toutes les séries que tu as regardées avec moi et qui m'ont servies de soupape pendant ces longues études.

Pour tous les souvenirs qui nous ont forgés tous les 3.

A mes grands-parents,

Qui ont suivi de près mes études et m'ont accompagnée.

A mes trois neveux et nièce, **Noa, Alicia et Gabriel,**

Pour vos sourires espiègles et votre joie de vivre.

A Anne et Philippe,

Pour votre accueil, votre soutien et votre affection.

A Baptiste et Charlotte,

Pour votre amitié

A la team Châteaubriant : Pour votre soutien et votre amitié. Pour les bons moments passés ensemble et les futurs à venir.

A Audrey,

Pour les souvenirs, les colocs pour toujours malgré la distance à venir...

A Nathalie,

Mon éternelle co-interne.

A Aurore,

Pour ces dernières semaines de galère.

A mes amies de la fac de Bordeaux : **Cécile, Mélissa, Caroline** pour leur soutien tout au long de ces études.

Aux collègues,

Aux médecins urgentistes de Saint Nazaire pour leur aide et leur soutien. Je pense à **Carole** pour sa motivation, à **Claire** pour son tableau Excel, à **Pierre** pour les stats de Saint Nazaire. Merci à **Nolwenn** pour son aide précieuse lors de l'initiation de ce travail. Merci de ta confiance.

A tous les co-internes avec qui j'ai travaillé pendant ces 3 années.

A tous les médecins qui professionnellement et humainement m'ont beaucoup apporté lors de ces années d'internat.

Un grand merci au personnel des urgences du CH de Saint Nazaire, en particulier les secrétaires, les infirmier(e)s et les aides soignant(e)s d'accueil. Merci de votre aide lors de la réalisation de mon recueil.

SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES	3
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES ABREVIATIONS	5
1 INTRODUCTION.....	6
1.1 GENERALITES	6
1.1.1 Définitions et missions d'un service d'urgences	6
1.1.2 Définitions et missions des permanences de soins	7
1.2 URGENCES SURCHARGEES	8
1.2.1 En France	8
1.2.2 A Saint Nazaire.....	8
1.3 OBJECTIFS :	9
2 MATERIELS ET METHODES	10
2.1 TYPE DE L'ETUDE	10
2.1.1 Etude rétrospective sur un an.....	10
2.1.2 Etude prospective sur une semaine	10
2.2 CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	11
2.2.1 Etude rétrospective sur un an.....	11
2.2.2 Etude prospective sur une semaine	11
2.2.2.1 Critères d'inclusion.....	11
2.2.2.2 Critères d'exclusion	11
2.3 ECHANTILLON	12
2.3.1 Etude rétrospective sur un an.....	12
2.3.2 Etude prospective sur une semaine	12
2.4 RECUEIL DE DONNEES	13
2.4.1 Etude rétrospective sur un an.....	13
2.4.1.1 Mode de recueil	13
2.4.1.2 Données recueillies	13
2.4.2 Étude prospective sur une semaine	13

2.4.2.1	Mode de recueil	13
2.4.2.2	Les données recueillies	14
2.5	ANALYSES STATISTIQUES	16
3	RESULTATS	17
3.1	ETUDE RETROSPECTIVE SUR UN AN	17
3.2	PROSPECTIVE SUR UNE SEMAINE	22
3.2.1	<i>Généralités</i>	22
3.2.2	<i>Données épidémiologiques</i>	23
3.2.3	<i>Description de la consultation</i>	28
3.2.4	<i>Parcours de soins préalable à la consultation et raisons évoquées du recours aux urgences</i>	36
3.2.5	<i>Perception des urgences</i>	46
4	DISCUSSION.....	52
4.1	APPORTS DE L'ETUDE RETROSPECTIVE SUR UN AN	52
4.1.1	<i>Typologie des patients</i>	53
4.1.2	<i>Bénéfices du passage aux urgences</i>	53
4.2	APPORTS DE L'ETUDE PROSPECTIVE SUR UNE SEMAINE	55
4.3	LIMITES DE L'ETUDE ET PERSPECTIVES.....	61
4.3.1	<i>Les limites</i>	61
4.3.2	<i>Perspectives</i>	61
5	CONCLUSION.....	63
6	BIBLIOGRAPHIE	64
7	ANNEXES	66
7.1	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE RECUEIL DE DONNEES	66
7.2	ANNEXE 2 : INFORMATIONS PATIENTS	69
7.3	ANNEXE 3 : INFORMATIONS SOIGNANTS :	70
8	RESUME.....	71

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : motifs de consultation</i>	<i>18</i>
<i>Figure 2 : orientation des patients.....</i>	<i>19</i>
<i>Figure 3 : distance domicile-hôpital.....</i>	<i>25</i>
<i>Figure 4 : nombre de recours aux urgences les 12 derniers mois.....</i>	<i>26</i>
<i>Figure 5 : durée de la symptomatologie</i>	<i>32</i>
<i>Figure 6 : prise en charge de la douleur comme motif de consultation en urgence.....</i>	<i>35</i>
<i>Figure 7 : proportion de patients ayant contacté leur MT / remplaçant</i>	<i>36</i>
<i>Figure 8 : proportion de patients ayant contacté SOS médecins.....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 9 : pourcentage de patients ayant fait appel au 15</i>	<i>43</i>
<i>Figure 10 : L'absence d'avance des frais est-elle une des raisons évoquées pour justifier consultation aux urgences ?.....</i>	<i>45</i>
<i>Figure 11 : prise en charge par cabinet de médecine générale ?.....</i>	<i>46</i>
<i>Figure 12 : temps d'attente aux urgences estimé par les patients en fonction de leur état de santé</i>	<i>48</i>
<i>Figure 13 : synonyme d'un service d'urgences pour les patients.....</i>	<i>50</i>

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : provenance des patients.....</i>	<i>17</i>
<i>Tableau 2 : Moyenne du temps passé dans le service d'urgence (en minutes).....</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 3 : examens complémentaires réalisés aux urgences.....</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 4 : examens complémentaires en fonction du motif de consultation.....</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 5 : provenance des patients.....</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 6 : âge des patients.....</i>	<i>23</i>
<i>Tableau 7: motifs de consultation chez les 15-34 ans.....</i>	<i>24</i>
<i>Tableau 8 : catégories socio-professionnelles.....</i>	<i>25</i>
<i>Tableau 9 : nombre de consultations en fonction de l'âge.....</i>	<i>27</i>
<i>Tableau 10 : principaux motifs de consultation.....</i>	<i>29</i>
<i>Tableau 11 : effectifs en fonction du jour de la semaine.....</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 12 : répartition des patients en fonction heure de passage.....</i>	<i>31</i>
<i>Tableau 13 : estimation de la gravité par le patient.....</i>	<i>34</i>
<i>Tableau 14 : comparaison de la gravité des symptômes en fonction de leur durée d'évolution.....</i>	<i>34</i>
<i>Tableau 15 : motifs pour lesquels les patients n'ont pas appelé leur médecin traitant.....</i>	<i>38</i>
<i>Tableau 16: raisons pour lesquelles le patient a appelé MT mais consulte aux urgences.....</i>	<i>39</i>
<i>Tableau 17 : raisons de non appel au MT en fonction motif de consultation.....</i>	<i>40</i>
<i>Tableau 18 : raisons pour lesquelles les patients ont appelé SOS médecins mais ont consulté aux urgences.....</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 19 : raisons pour lesquelles les patients n'ont pas appelé SOS médecins.....</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 20 : raisons pour lesquelles les patients ont appelé le 15 mais ont consulté aux urgences.....</i>	<i>44</i>
<i>Tableau 21 : raisons pour lesquelles les patients n'ont pas fait appel au 15.....</i>	<i>44</i>
<i>Tableau 22 : prise en charge par cabinet de MG en fonction motifs de venue.....</i>	<i>47</i>
<i>Tableau 23: délai d'attente estimé en fonction de la gravité selon le patient.....</i>	<i>49</i>
<i>Tableau 24 : synonyme d'un service d'urgences comparé aux différentes gravités cliniques estimées.....</i>	<i>51</i>

LISTE DES ABREVIATIONS

CAPS : centre d'accueil et de permanence des soins

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

IAO : infirmier d'accueil et d'orientation

IDE : infirmier diplômé d'état

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

MAO : médecin d'accueil et d'orientation

MG : médecin généraliste

MT : médecin traitant

SAMU : service d'aide médicale urgente

SU : service d'urgences

1 INTRODUCTION

1.1 Généralités

1.1.1 Définitions et missions d'un service d'urgences

Un service d'urgences (SU) se situe dans une structure hospitalière. Il prend en charge des urgences vitales (accidentés de la route, les détresses respiratoires...) et des urgences ressenties comme telles par les patients mais qui peuvent être des consultations médicales non programmées.^[1]

La mission des urgences est de prendre en charge, en priorité, les patients qui ont besoin de soins immédiats car susceptibles d'engager leur pronostic vital et/ou fonctionnel. Ces patients nécessitent l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences.^[2]

Un SU est tenu d'accueillir en permanence toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU d'après l'article R. 6123-18 du code de la santé publique créé par le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence.

[3]

Ces missions sont détaillées par l'article R. 6123-19 du code de la santé publique :

Les urgences doivent assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation.

L'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon le cas :

- Au sein de la structure des urgences ;
- Au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée ;
- Directement dans une structure de soins de l'établissement ;
- En orientant le patient vers une consultation de l'établissement ou d'un autre établissement de santé ;

- En liaison avec le SAMU, en l'orientant vers un autre établissement de santé apte à le prendre en charge et, si nécessaire, en assurant ou en faisant assurer son transfert ;

- En l'orientant vers un médecin de ville ou vers toute autre structure sanitaire ou toute autre structure médico-sociale adaptée à son état ou à sa situation.^[3]

Le besoin d'une consultation exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat la présence d'un médecin, sont des soins non programmés. Ces consultations relèvent de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.^[2]

1.1.2 Définitions et missions des permanences de soins

La permanence des soins en médecine ambulatoire se définit comme « une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi ». ^[2]

1.2 Urgences surchargées

1.2.1 En France

En 2012, en France, on a enregistré plus de 18 millions de passages aux urgences, ce qui représente une augmentation de 30% en dix ans. ^[4]

Une enquête de la DRESS montre que 70% des patients consultent aux urgences sans contact médical préalable. ^[5,6]

Dans les Pays de la Loire, il existe une augmentation de la fréquentation de 5.7% par an depuis 2006. ^[7]

1.2.2 A Saint Nazaire

Il n'y a pas eu d'augmentation de la population sur l'agglomération de Saint Nazaire entre 2007 (148 579 habitants) et 2012 (148 141 habitants). ^[8]

D'après les données du CH de Saint Nazaire, les urgences adultes ont vu leur fréquentation augmenter ces dernières années de 40962 passages aux urgences adultes en 2010 à 50208 en 2015 soit une augmentation moyenne de 4.5% par an depuis 2010. L'augmentation se majore depuis ces deux dernières années à 6% par an.

Les patients consultant spontanément sans avis médical préalable sont aussi de plus en plus nombreux avec une augmentation de ce type de recours aux urgences de 8% par an depuis 2010 avec une augmentation de près de 10% par an ces deux dernières années.

1.3 Objectifs :

La surcharge des services d'urgences a une origine multifactorielle : désertification médicale ; modification de la pratique de la médecine générale (pas d'obligation de garde, féminisation de la profession) ; peu d'éducation des patients aux parcours de soins médicaux.^[9]

L'objectif principal de cette étude est de comprendre les raisons pour lesquelles les patients consultent en premier recours aux urgences.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer le bénéfice de l'admission aux urgences : la nécessité d'hospitalisation et d'examen complémentaires.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 Type de l'étude

2.1.1 Etude rétrospective sur un an

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique aux urgences adultes du Centre Hospitalier de Saint Nazaire du 01/01/2014 au 31/12/2014 inclus.

2.1.2 Etude prospective sur une semaine

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, transversale et monocentrique menée aux urgences adultes du Centre Hospitalier de Saint Nazaire. Les patients ont été inclus sur une période d'une semaine du 14/09/2015 au 20/09/2015 inclus.

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

2.2.1 Etude rétrospective sur un an

Nous avons inclus tous les patients adultes de plus de 15 ans et 3 mois qui se sont présentés d'eux-mêmes aux urgences de Saint Nazaire sans courrier médical. Les patientes prises en charge par les urgences gynécologiques n'ont pas été incluses.

2.2.2 Etude prospective sur une semaine

2.2.2.1 Critères d'inclusion

Toute personne de plus de 15 ans et 3 mois se présentant spontanément aux urgences du CH de Saint Nazaire sans y avoir été adressée par un médecin (pas de courrier médical), ou par le centre 15 a été incluse dans l'étude.

2.2.2.2 Critères d'exclusion

Tout patient refusant de participer à l'étude ou remplissant le questionnaire de façon incomplète a été exclu, ainsi que les patientes prises en charge par les urgences gynécologiques.

2.3 Echantillon

2.3.1 Etude rétrospective sur un an

L'échantillon est constitué des patients ayant eu recours spontanément aux urgences du centre hospitalier de Saint Nazaire du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 inclus et respectant les critères précédemment définis.

2.3.2 Etude prospective sur une semaine

L'échantillon est constitué des patients admis aux urgences pendant une semaine au mois de septembre du 14 au 20 septembre 2015 inclus et respectant les critères définis précédemment. Le recueil a été réalisé 24h/24h du lundi minuit au dimanche minuit.

2.4 Recueil de données

2.4.1 Etude rétrospective sur un an

2.4.1.1 Mode de recueil

Au cours de la période concernée, les dossiers de tous les patients venus d'eux-mêmes avec leur moyen de transport personnel sans courrier médical ont été récupérés grâce aux dossiers informatisés (logiciel URQUAL).

2.4.1.2 Données recueillies

- Les données générales de 2014 :
 - qui adresse les patients
- Les caractéristiques des patients consultant spontanément :
 - âge
 - secteur d'admission (médecine, traumatologie, psychiatrie)
 - orientation de sortie
 - temps passé aux urgences
 - examens complémentaires réalisés aux urgences (prise de sang / radiographie)

2.4.2 Étude prospective sur une semaine

2.4.2.1 Mode de recueil

Les données de l'étude ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire unique, standardisé et anonyme (cf. annexe 1).

Dès leur arrivée aux urgences, la secrétaire d'accueil ou l'IAO identifiait les patients à inclure et leur donnait le questionnaire en leur expliquant oralement les objectifs de l'étude. Une affiche explicative de l'étude a été mise en place dans les salles d'attente (cf. annexe 2).

Le médecin ou l'interne décidant de l'hospitalisation ou autorisant la sortie du patient devait s'assurer que le patient avait compris toutes les questions et que le recueil était complet.

Une note d'information était préalablement déposée à l'accueil et dans les zone de soins afin d'expliquer aux soignants le but et le déroulement de cette étude (cf. annexe 3).

2.4.2.2 Les données recueillies

Le questionnaire comprenait 4 parties :

- Données épidémiologiques :
 - âge
 - lieu de résidence et distance avec l'hôpital
 - catégories socio-professionnels déterminées selon l'INSEE ^[10]
 - nombre de consultation au SU ces douze derniers mois
- Description de la consultation au SU :
 - motif de consultation
 - jour et heure de la consultation
 - durée d'évolution de la pathologie
 - estimation personnelle de la gravité de la pathologie avec une échelle allant de 0 à 10
 - estimation de la douleur
- Parcours de soins préalable et déterminants du recours aux urgences :
 - appel du médecin généraliste
 - appel de SOS médecin
 - appel du 15
 - absence d'avance des frais

Dans ces trois premiers cas, les raisons pour lesquelles les patients ont tout de même consulté aux urgences :

- médecin traitant injoignable ou rendez-vous trop tardif
 - modification des symptômes
 - incompatibilité des rendez-vous proposés avec les obligations du patient
 - souhait d'un autre avis
 - pas de médecin traitant
 - souhait de radiographies, d'une prise de sang ou d'un avis spécialisé
 - apparition du problème de santé en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale
 - réorienté vers les urgences
 - n'ont pas pensé au 15, ni à SOS
 - conseil du 15 non satisfaisant
 - le 15 est réservé aux urgences vitales
 - le 15 est réservé aux personnes qui ont besoin d'une ambulance
- Leur perception des urgences :
 - pathologies pouvant être prises en charge par cabinet de médecine générale
 - durée d'attente estimée en fonction de leur gravité ressentie
 - leur définition des urgences

2.5 Analyses statistiques

L'ensemble des données était regroupé au sein d'un tableur Excel. Une analyse statistique descriptive et comparative des données a été réalisée. Plusieurs tests ont été utilisés :

- Pour les données qualitatives :
 - Le test du Chi2 ($n > 5$)
- Pour les données quantitatives :
 - Pour les échantillons non appariés, le test de Mann-Whitney ou le test t de Student si la distribution de la variable selon la loi Normale était vérifiée.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel GraphPad Prism 5.00[®].

Pour ces tests, une signification statistique a été retenue pour une valeur de p inférieure à 0.05.

3 RESULTATS

3.1 Etude rétrospective sur un an

En 2014 : 47802 patients ont consulté aux urgences adultes du Centre Hospitalier de Saint Nazaire. 46864 patients étaient âgés de plus de 15 ans et 3 mois.

18397 patients de plus de 15 ans et 3 mois n'avaient eu aucun recours médical préalable à la consultation aux urgences (cf. Tableau 1).

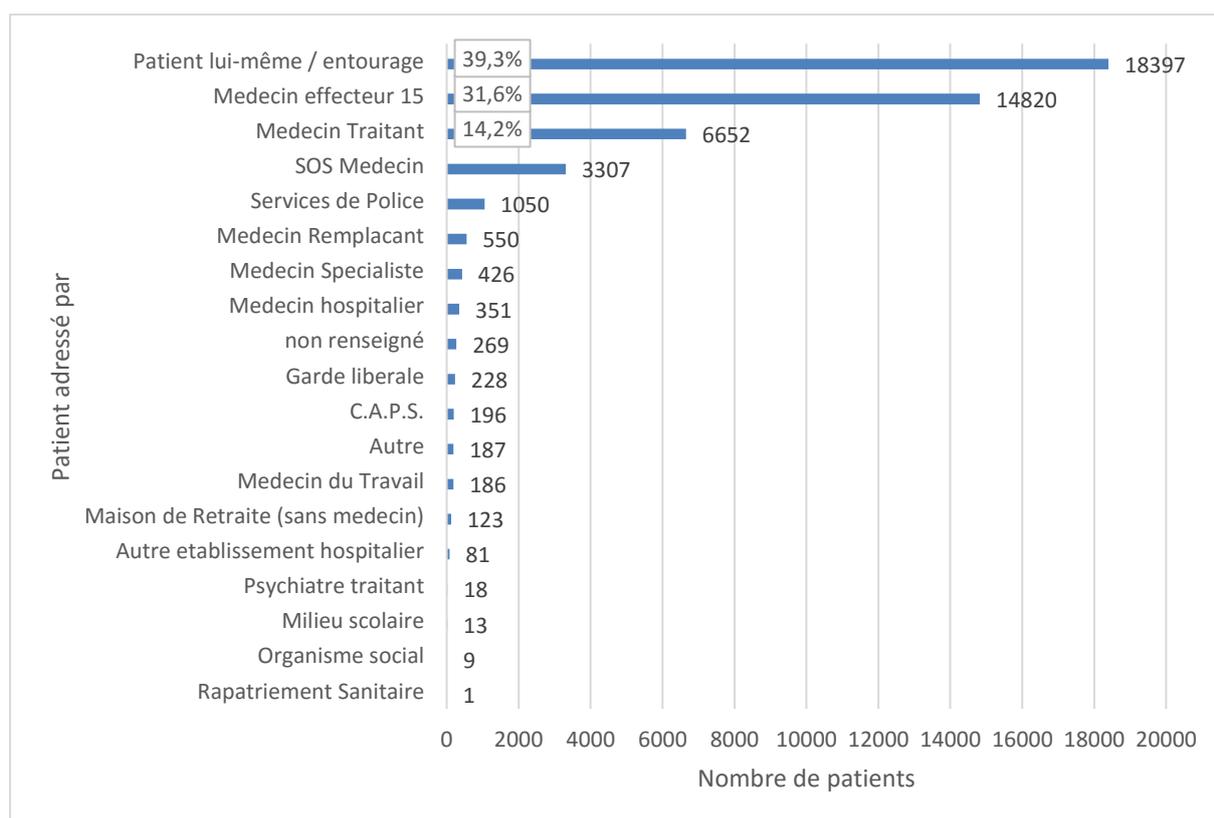


Tableau 1 : provenance des patients

La moyenne d'âge des patients consultant spontanément le service d'urgences du CH de Saint Nazaire était de 40.3 ans et l'âge médian était de 37 ans.

10522 patients consultaient pour de la traumatologie soit 58% et 6907 patients consultaient pour un motif somatique soit 38% (cf. Figure 1).

La moyenne d'âge des patients consultant pour un motif traumatologique était plus jeune que ceux qui consultaient pour un motif médical (39 vs 42.4 ans, $p < 0.0001$).

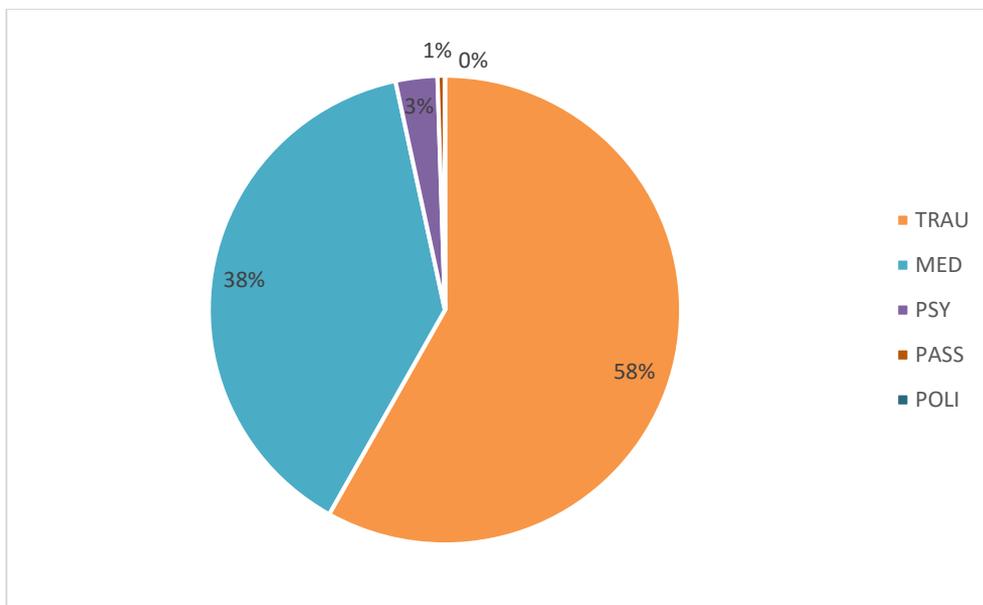


Figure 1 : motifs de consultation

La Figure 2 montre que la majorité des patients (87%) était externe après la consultation aux urgences. Seuls 11% étaient hospitalisés.

Les patients consultant pour un motif de médecine étaient hospitalisés pour 19% d'entre eux. Seuls 4% des patients consultant pour un motif traumatologique nécessitaient une hospitalisation.

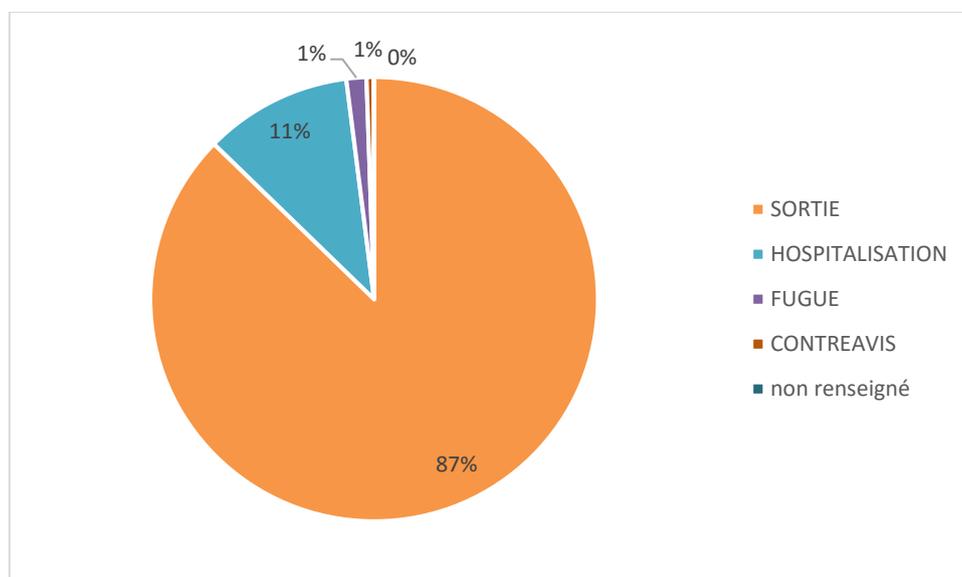


Figure 2 : orientation des patients

La durée moyenne de séjour dans le service des urgences était de 179 minutes soit près de 3h pour tous les patients confondus.

Les patients hospitalisés restaient 7h45 en moyenne et les patients sortant restaient 2h20 en moyenne.

Les patients de médecine restaient en moyenne 4h20 aux urgences et les patients de traumatologie restaient 2h en moyenne (cf. Tableau 2).

	MED	TRAU	Total général
HOSPITALISATION	566,4	325,5	513,7
SORTIE	191,4	115,9	142,7
Total général	263,5	123,3	178,9

Tableau 2 : Moyenne du temps passé dans le service d'urgence (en minutes)

7736 patients soit 42% des patients qui ont consulté spontanément aux urgences n'ont pas bénéficié d'examen d'imagerie, ni d'examen de laboratoire.

8617 patients (46.8%) ont eu un examen d'imagerie durant leur passage aux urgences et 3981 patients (21.6%) ont eu un examen de laboratoire (cf. Tableau 3)

IMAGERIE	BIOLOGIE		Total général
	NON	OUI	
NON	42,05%	11,11%	53,16%
OUI	36,31%	10,53%	46,84%
Total général	78,36%	21,64%	100,00%

Tableau 3 : examens complémentaires réalisés aux urgences

Il existe une différence significative entre le groupe médecine et le groupe traumatologie dans les examens complémentaires. Les patients de traumatologie ont eu d'avantage d'examens complémentaires (61.48% vs 57.21%, $p < 0.0001$). On note que les examens de laboratoire étaient plus fréquents dans le groupe médecine que dans le groupe traumatologie (51.19% vs 3.17%, $p < 0.0001$). A contrario, il y a eu beaucoup plus d'examens d'imagerie dans le groupe traumatologie par rapport au groupe médecine (60.54% vs 29.96%, $p < 0.0001$). (Cf. Tableau 4)

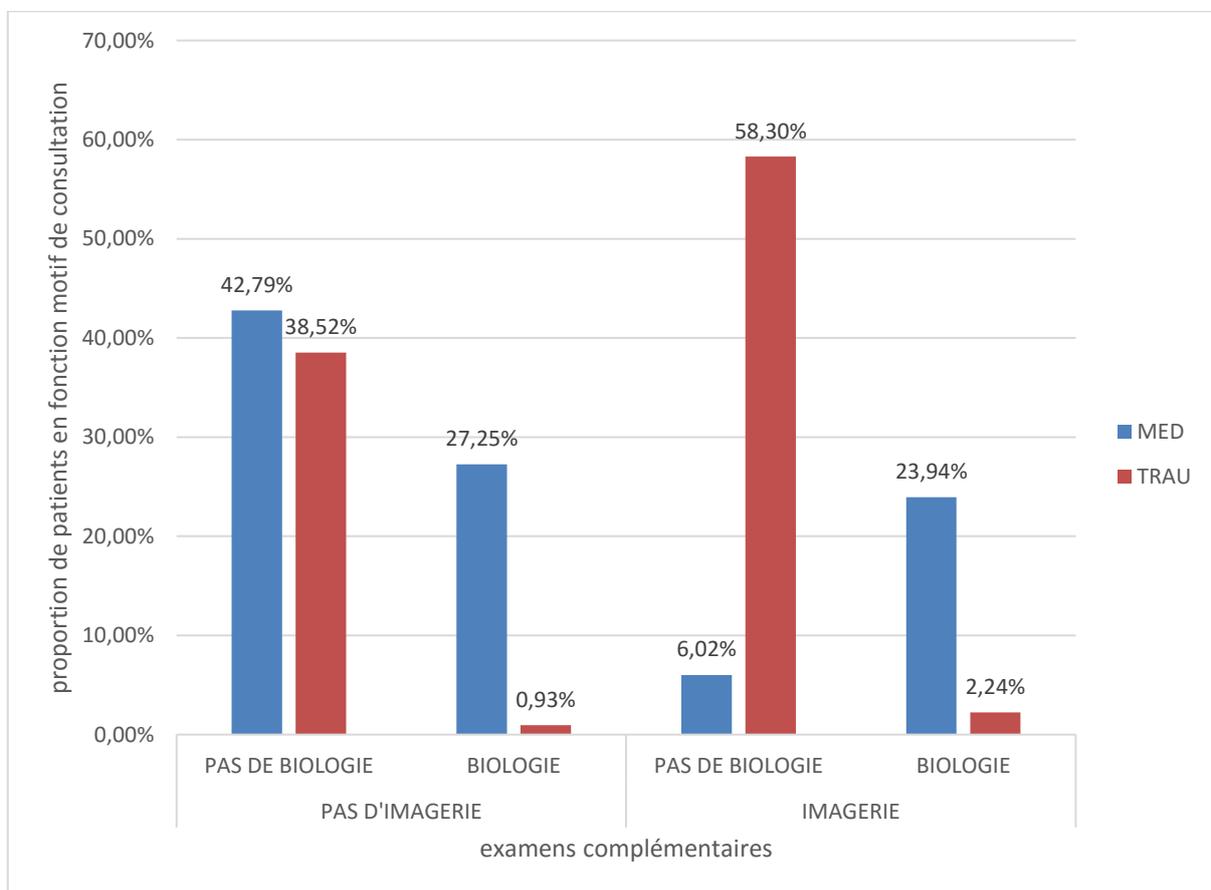


Tableau 4 : examens complémentaires en fonction du motif de consultation

3.2 Prospective sur une semaine

3.2.1 Généralités

Durant la semaine du 14 au 20 septembre 2015 : 970 patients se sont présentés aux urgences adultes du CH de Saint Nazaire. 404 soit 41.6% des patients ont consulté en premier recours les urgences sans orientation médicale préalable (cf. Tableau 5)

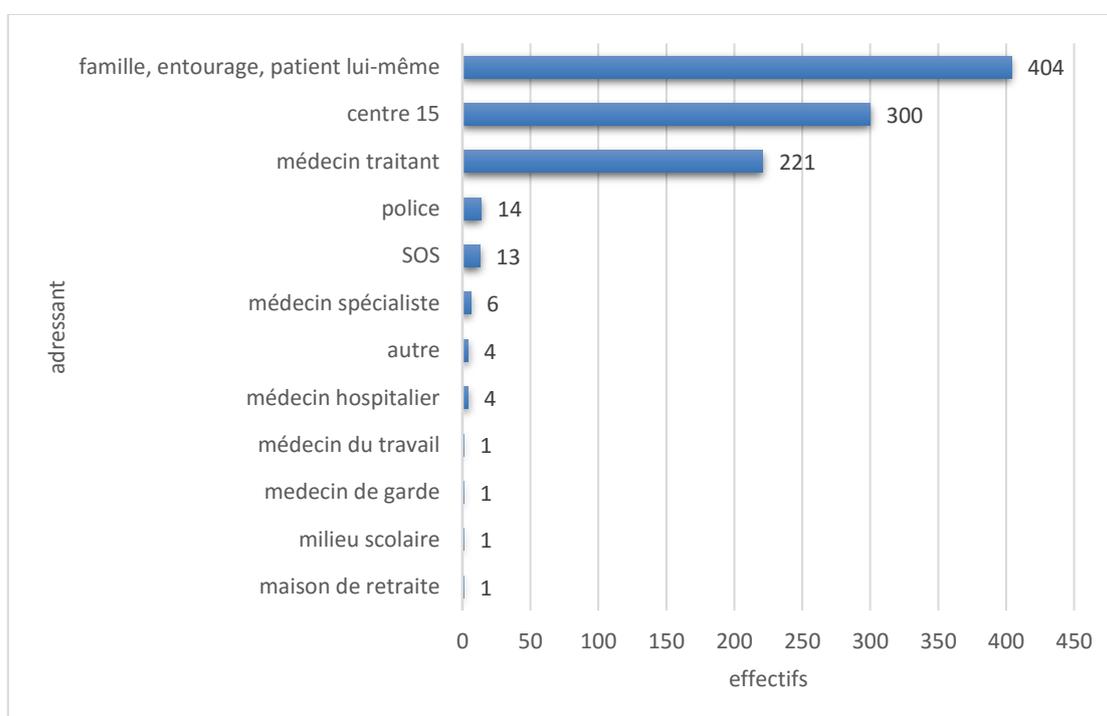


Tableau 5 : provenance des patients

251 questionnaires ont été distribués.

197 patients ont été inclus.

54 patients ont été exclus car leur questionnaire était incomplet.

3.2.2 Données épidémiologiques

Les patients consultant aux urgences de façon spontanée étaient pour la grande majorité des personnes jeunes avec 45.2% des patients qui avaient entre 15 et 34 ans (cf. Tableau 6). Ces patients consultaient pour la plupart pour des motifs traumatologiques (cf. Tableau 7).

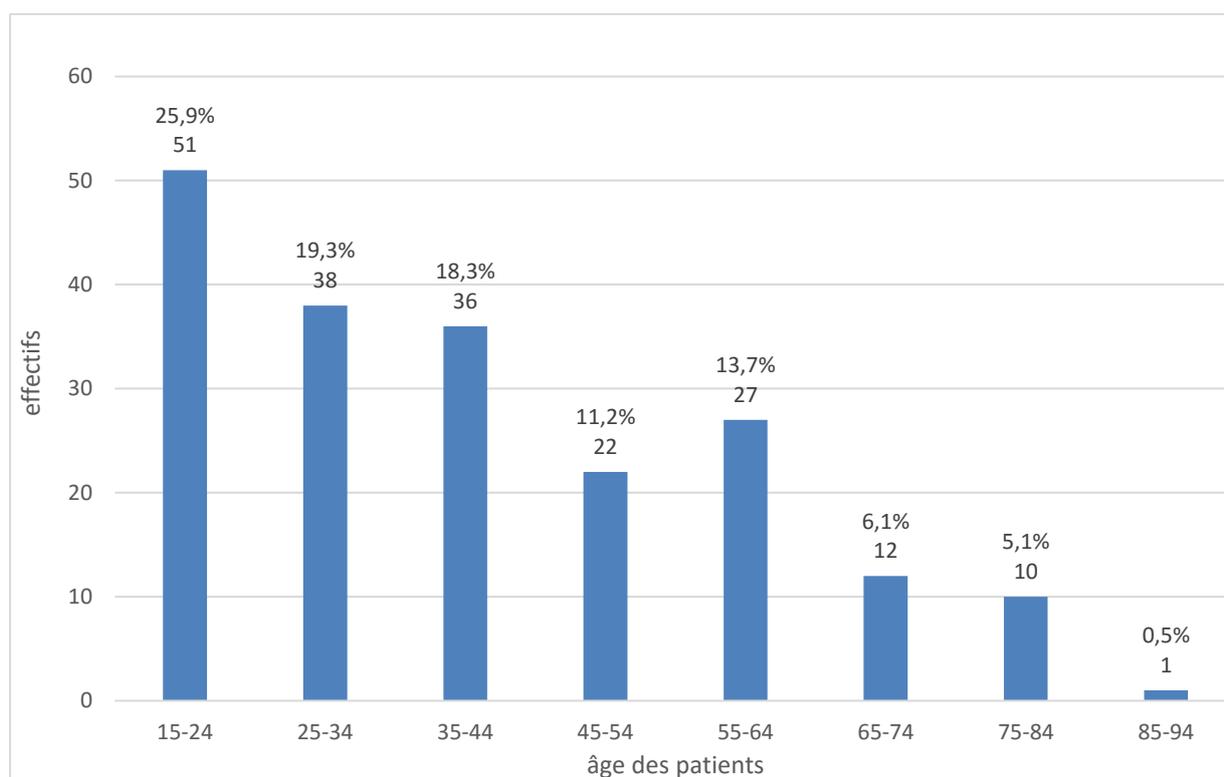


Tableau 6 : âge des patients

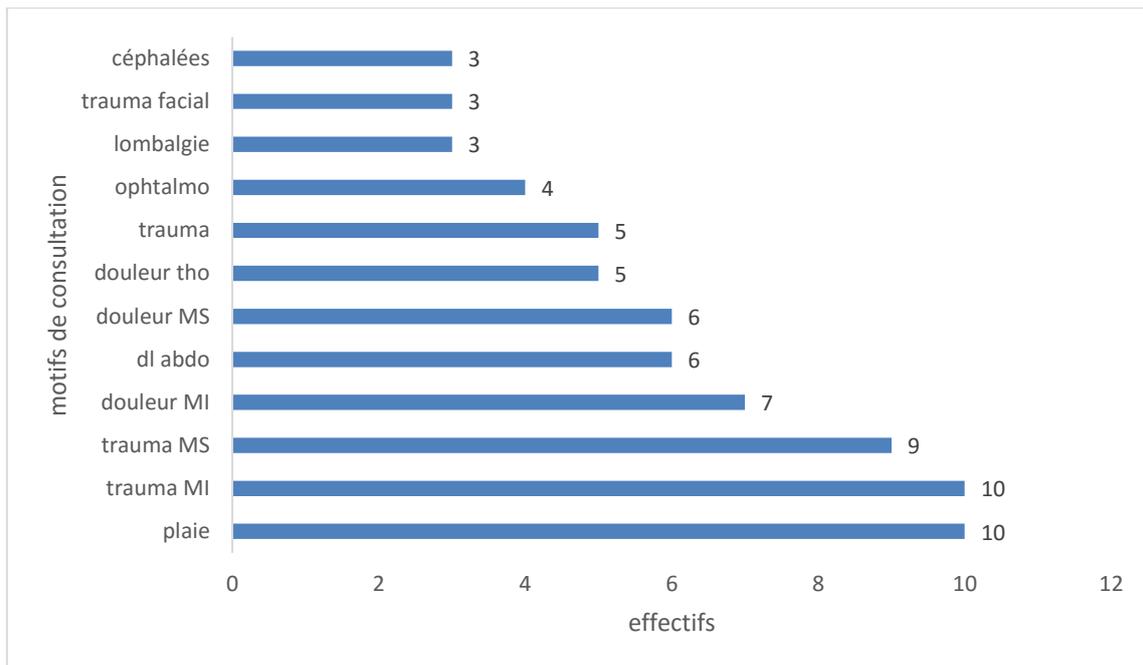


Tableau 7: motifs de consultation chez les 15-34 ans

51% de ces patients résidaient à moins de 10 Km de l'hôpital (cf. Figure 3).

Les catégories socio-professionnelles sont détaillées dans le Tableau 8. On note une majorité de personnes actives (59% des patients inclus).

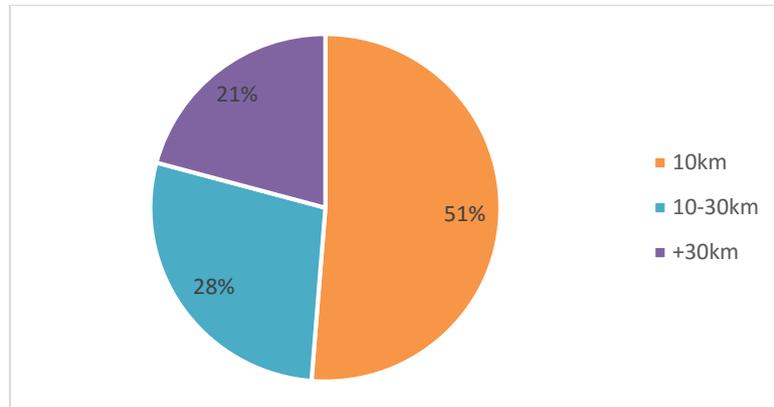


Figure 3 : distance domicile-hôpital

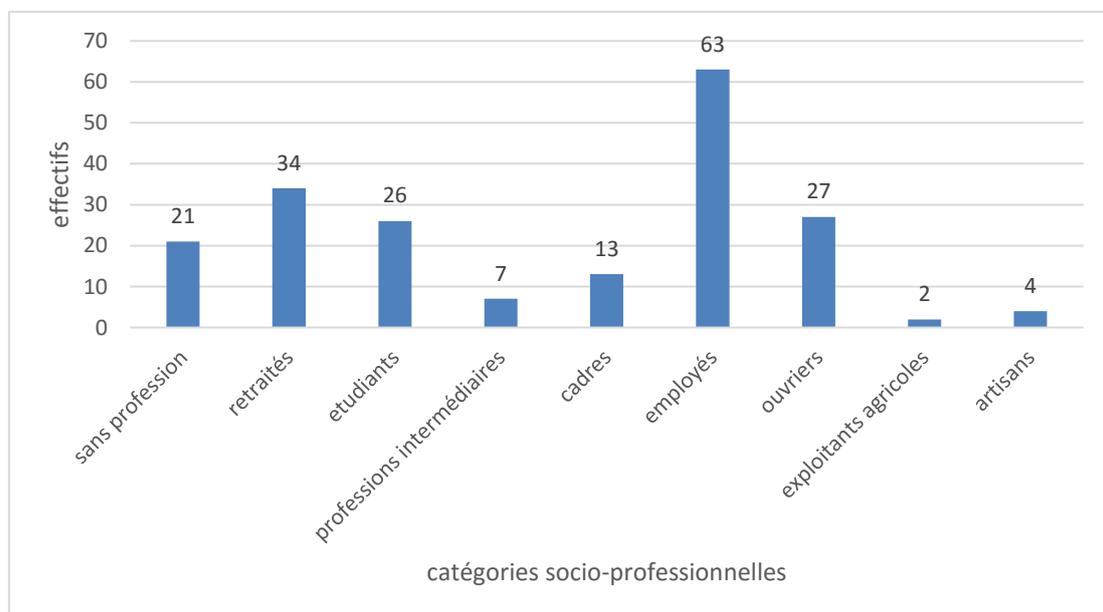


Tableau 8 : catégories socio-professionnelles

56% des patients consultaient pour la première fois aux urgences depuis ces douze derniers mois (cf. Figure 4).

Les patients de plus de 45 ans étaient significativement plus nombreux à consulter aux urgences pour la première fois par rapport aux patients de moins de 44 ans (70.6% vs 51.2% avec $p < 0.002$) (cf. Tableau 9).

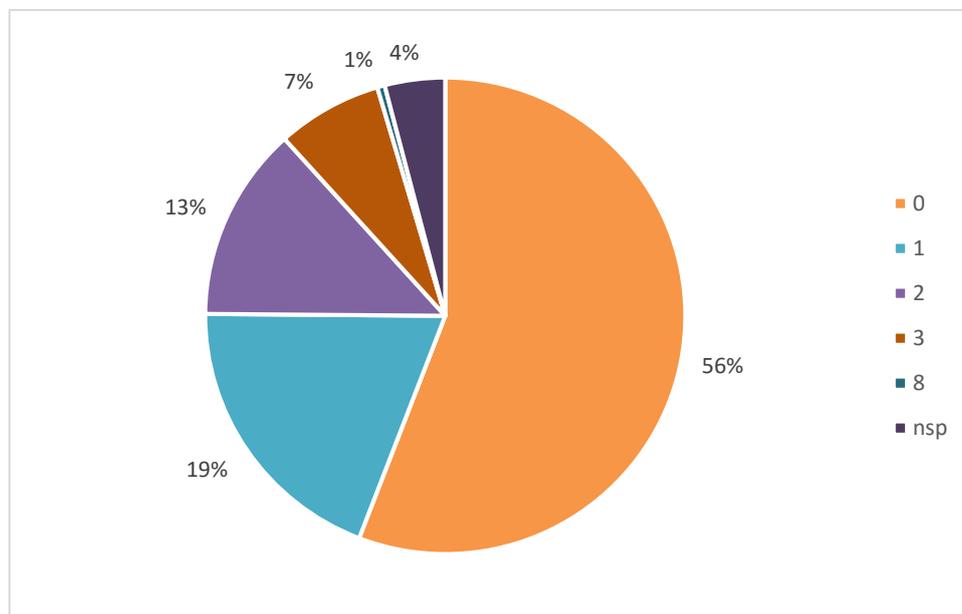


Figure 4 : nombre de recours aux urgences les 12 derniers mois

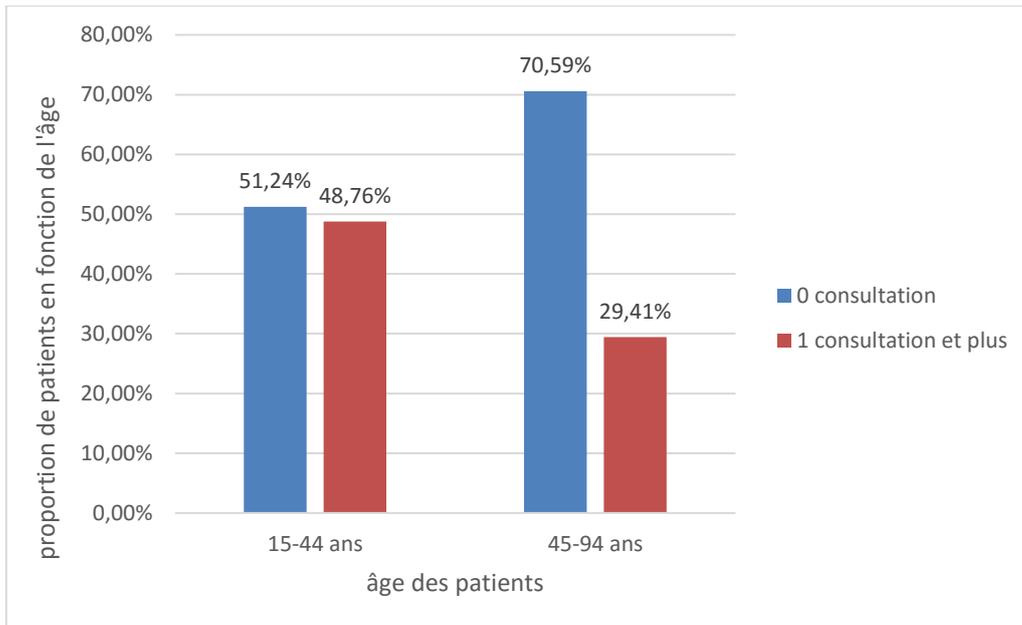


Tableau 9 : nombre de consultations en fonction de l'âge

3.2.3 Description de la consultation

Les trois principaux motifs de consultation étaient les douleurs abdominales, les traumatismes des membres supérieurs et inférieurs (cf. Tableau 10).

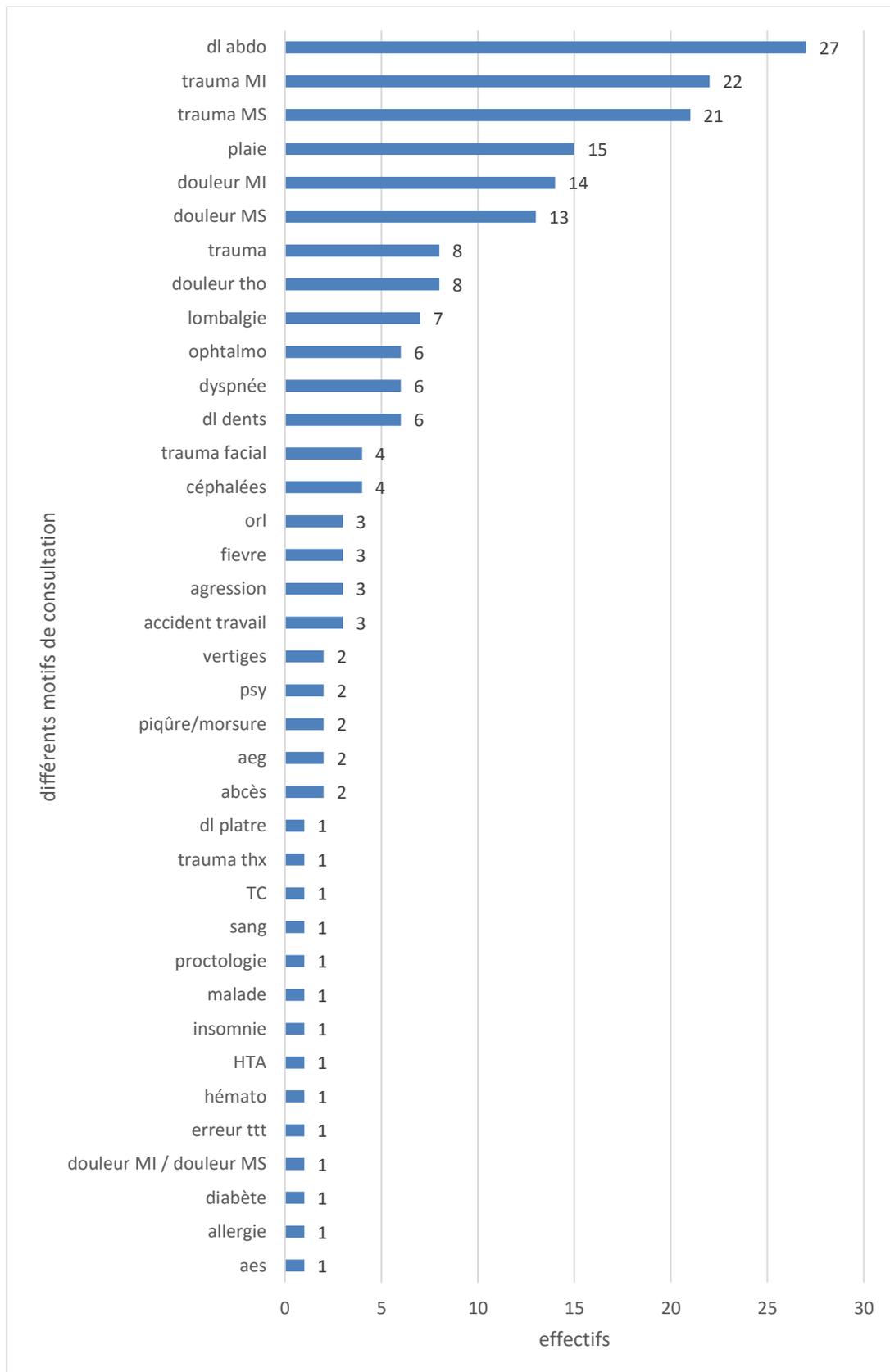


Tableau 10 : principaux motifs de consultation

Les patients ne consultaient pas plus en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale. Ils consultaient à la même fréquence en fonction des jours de la semaine. On peut noter un pic le lundi avec 47 patients inclus. A l'inverse, 14 patients seulement ont été inclus le jeudi (cf. Tableau 11). Il n'y a pas de différence significative entre les inclusions en semaine et les inclusions du week-end ($p=0.86$). Le Tableau 12 montre que le nombre de patients consultant spontanément aux urgences n'était pas plus important la nuit ou le soir. Au contraire, ils étaient plus nombreux à consulter entre 8h et 18h30.

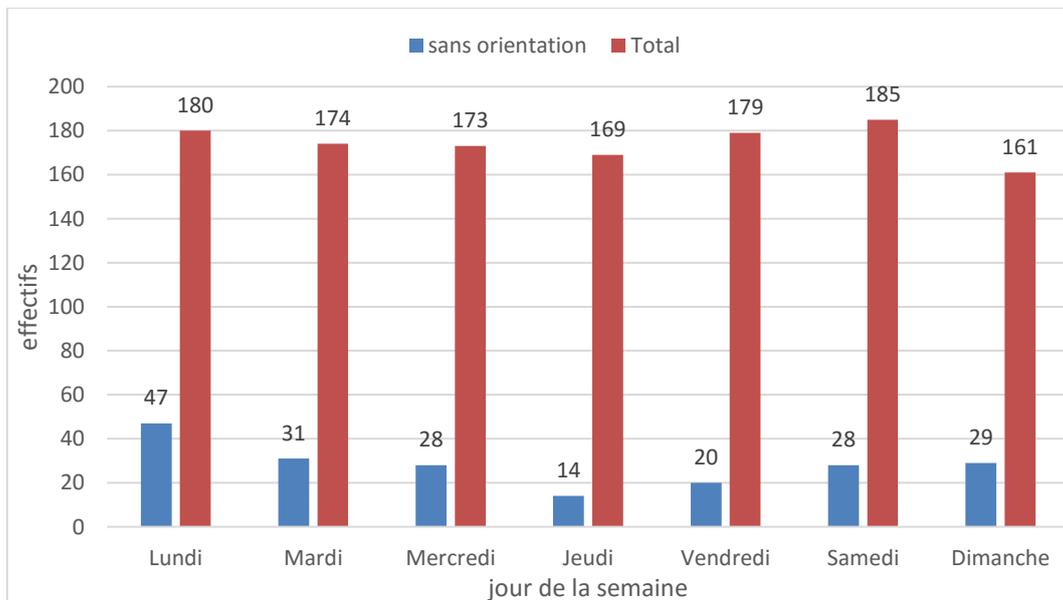


Tableau 11 : effectifs en fonction du jour de la semaine

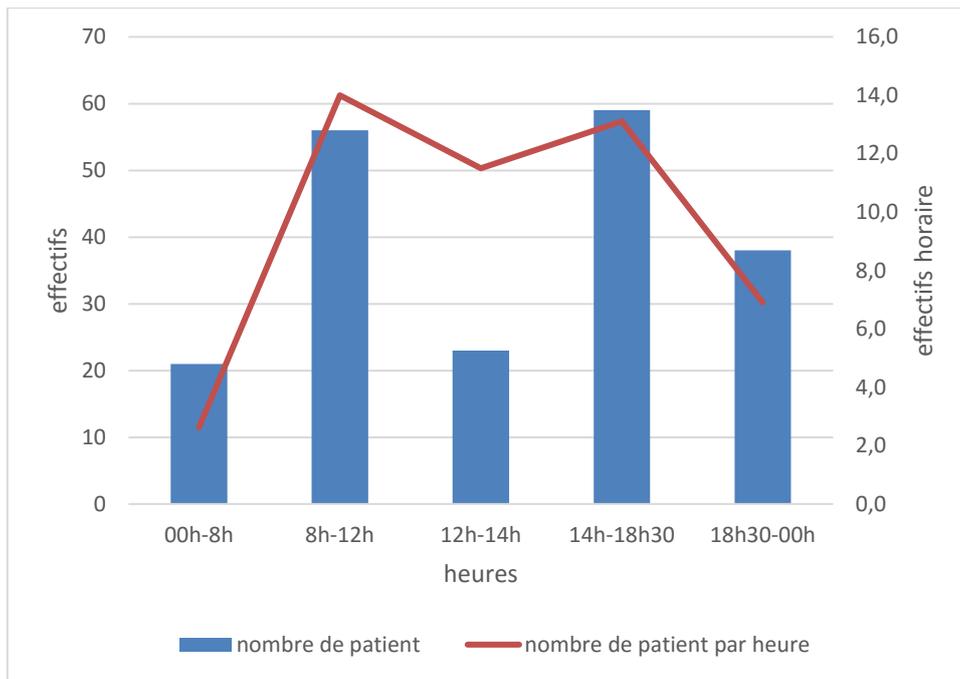


Tableau 12 : répartition des patients en fonction heure de passage

Plus d'un tiers des patients consultaient pour des symptômes qui étaient apparus moins de 6h avant la consultation et un peu moins d'un tiers des patients consultaient pour des symptômes apparus il y a 1 semaine ou plus (cf. Figure 5).

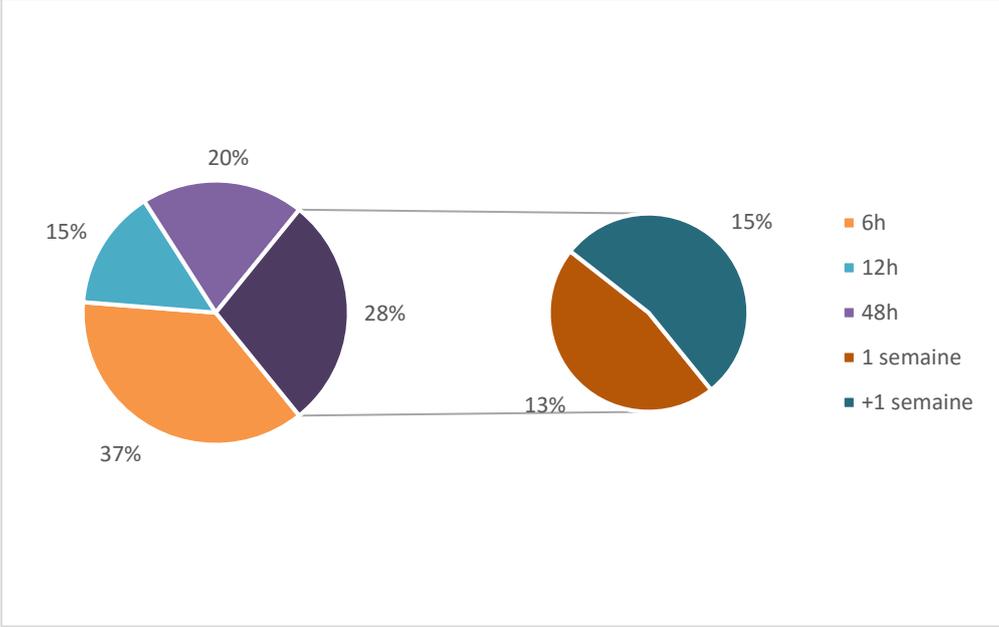


Figure 5 : durée de la symptomatologie

30% des patients ont jugé leur situation médicale non grave (gravité côté entre 0 et 2), 35% peu grave (entre 2 et 5) et 26% assez grave (entre 5 et 7). 6% des patients ne savaient pas l'estimer (cf. Tableau 13).

Il n'y a pas de différence significative ($p=0.4074$) entre la durée d'évolution des symptômes et la gravité estimée par les patients.

Les patients consultant pour des symptômes datant de moins de 6h ne se jugeaient pas plus grave que ceux qui consultaient pour des symptômes plus anciens (cf. Tableau 14)

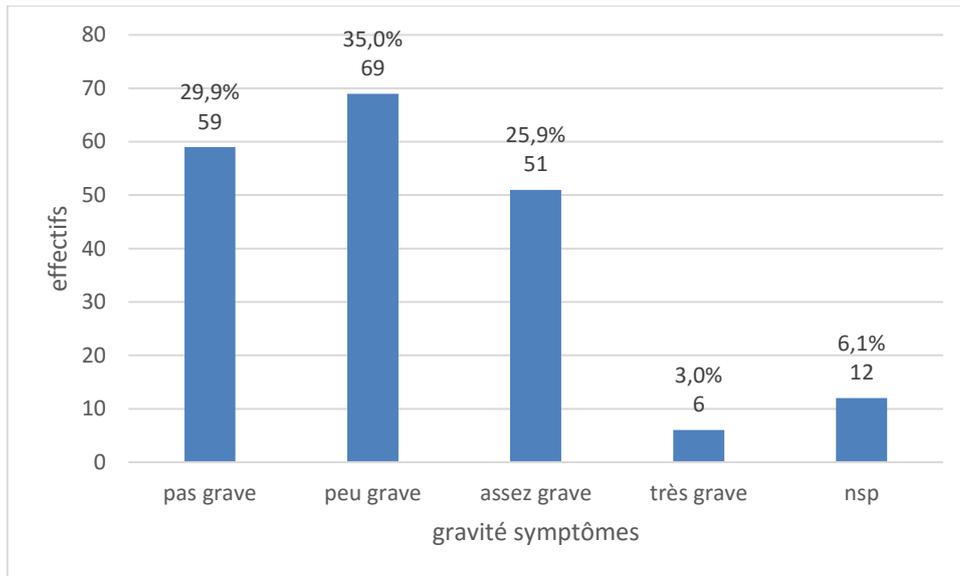


Tableau 13 : estimation de la gravité par le patient

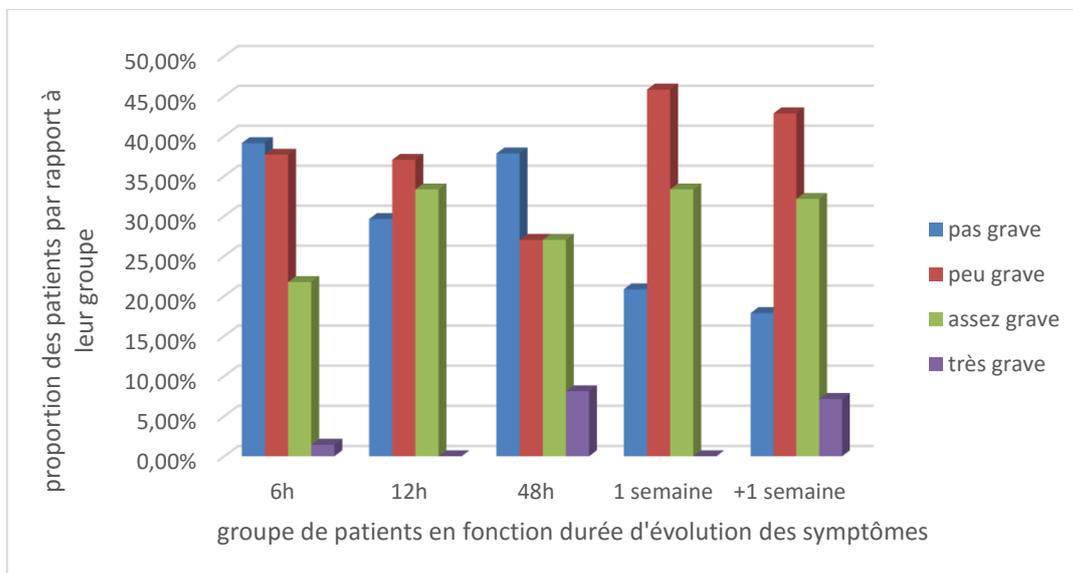


Tableau 14 : comparaison de la gravité des symptômes en fonction de leur durée d'évolution

Pour 81% des patients la douleur était un des motifs de leur consultation aux urgences (cf. Figure 6).

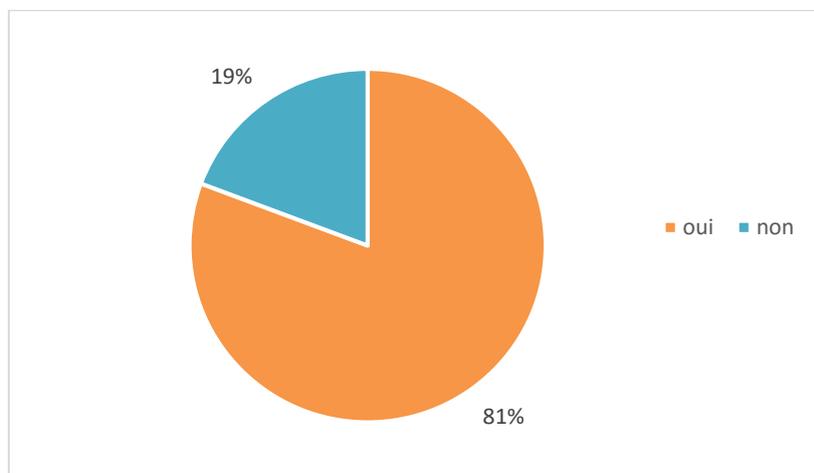


Figure 6 : prise en charge de la douleur comme motif de consultation en urgence

3.2.4 Parcours de soins préalable à la consultation et raisons évoquées du recours aux urgences

72 patients, soit 36.5%, ont appelé soit leur médecin traitant, soit le 15, soit SOS médecin.

32% des 197 patients avaient contacté leur médecin traitant ou leur remplaçant (cf. Figure 7) ; seulement 6% avaient contacté SOS médecin (cf. Figure 8) et 5% ont fait appel au 15 (cf. Figure 9).

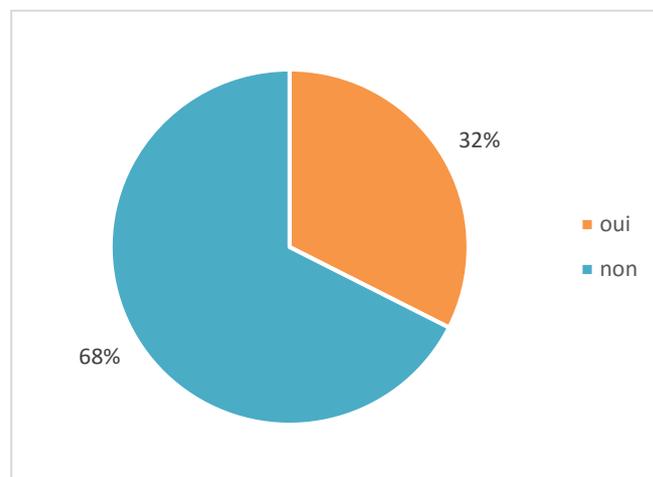


Figure 7 : proportion de patients ayant contacté leur MT / remplaçant

Parmi les 133 patients qui n'ont pas contacté leur médecin traitant :

- 50 sont venus directement aux urgences pour un examen complémentaire (imagerie ou prise de sang) ou pour voir un spécialiste.
- 40 sont venus par indisponibilité de leur médecin traitant.
- 16 n'avaient pas de médecin traitant.
- 11 sont venus aux urgences par facilité (cf. Tableau 15).

Parmi les 64 patients qui ont contacté leur médecin traitant :

- 24 patients ont consulté les urgences faute d'un rendez-vous rapide avec leur médecin traitant.
- 14 patients n'ont pas réussi à contacter leur médecin traitant.
- 6 ont souhaité un autre avis
- 6 ont été orienté vers les urgences directement
- 7 ont eu une évolution de leurs symptômes après l'appel au médecin traitant (cf. Tableau 16).

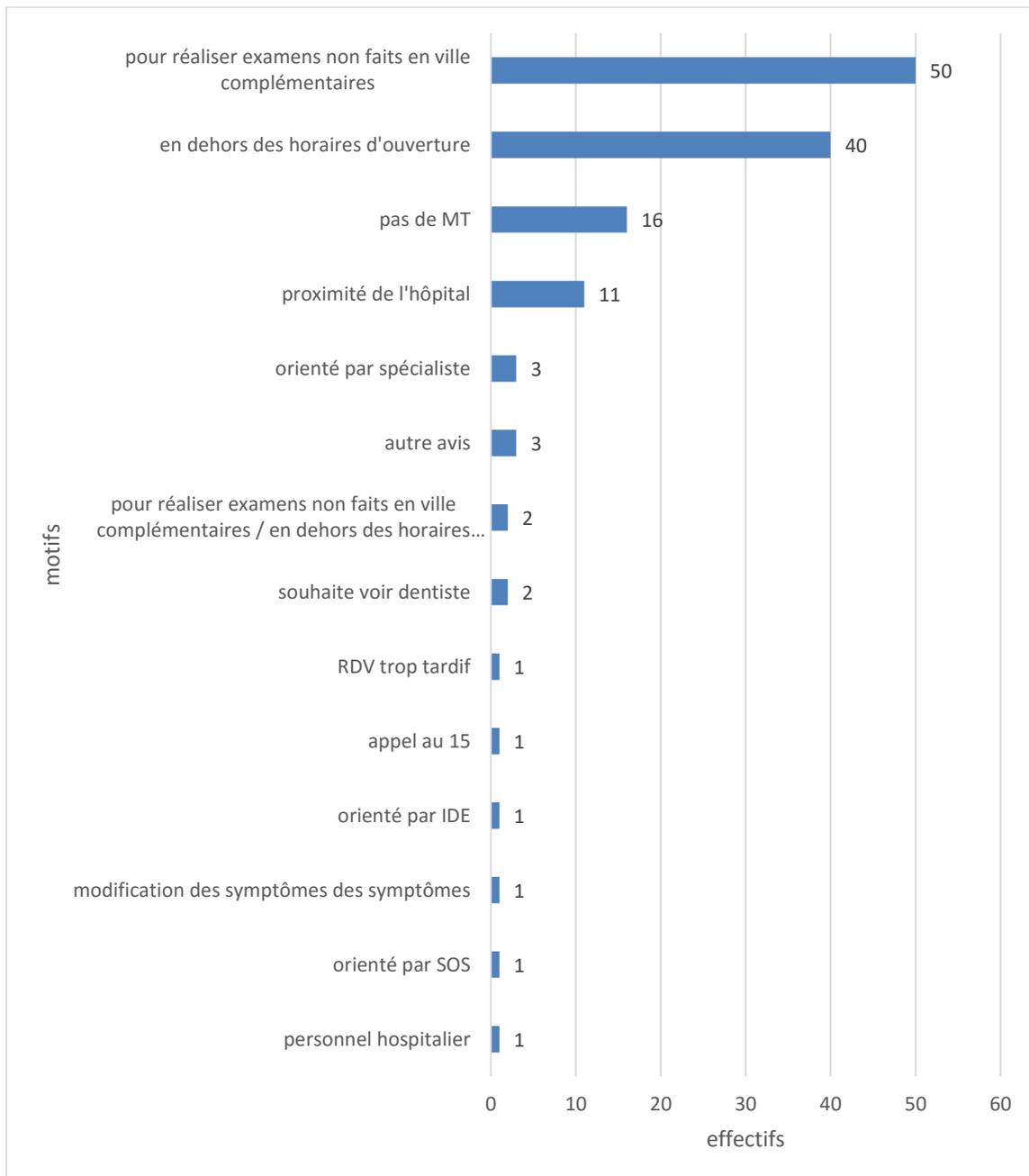


Tableau 15 : motifs pour lesquels les patients n'ont pas appelé leur médecin traitant

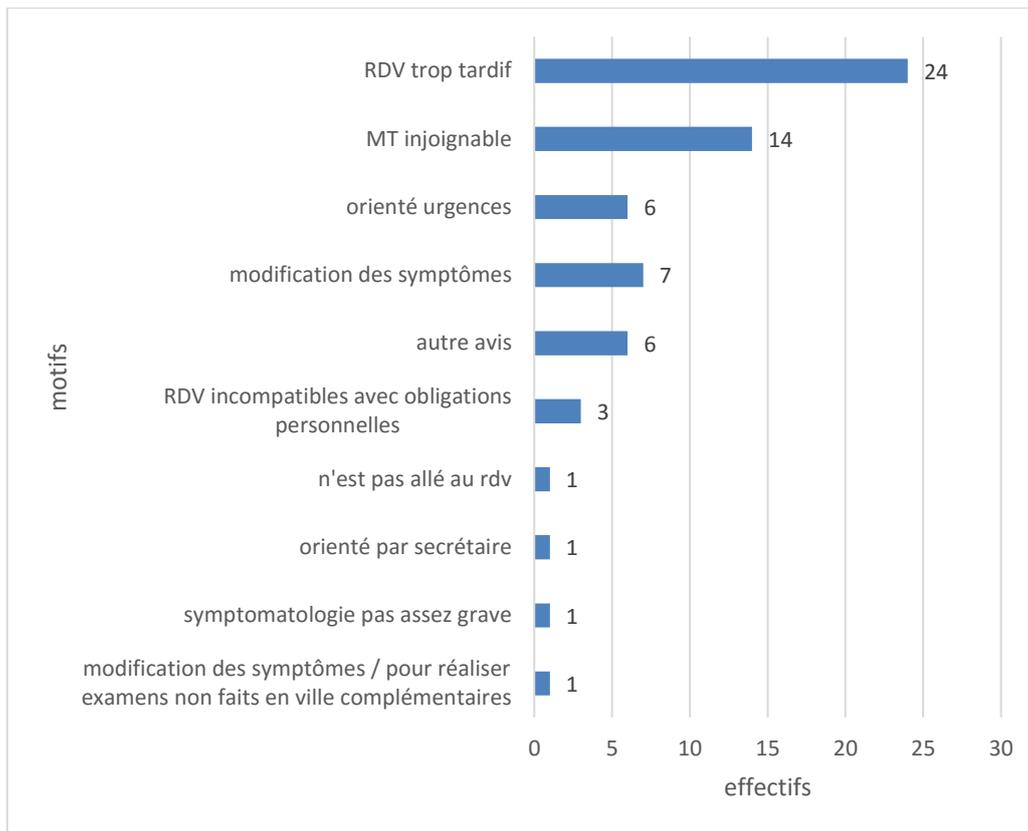


Tableau 16: raisons pour lesquelles le patient a appelé MT mais consulte aux urgences

PAS D'APPEL AU MEDECIN TRAITANT	MEDECINE N = 46 (34.8%)	TRAUMATOLOGIE N = 86 (65%)	TOTAL N = 132	P = 0.0061
Nécessité d'examens complémentaires ou d'un avis spécialisé	11 (23.9%)	39 (45.4%)	50 (37.9%)	0.0156
Consultation urgences en dehors des horaires d'ouverture du cabinet	20 (43.5%)	20 (23.3%)	40 (30.3%)	0.0160
Proximité de l'hôpital	3 (6.5%)	8 (9.3%)	11 (8.3%)	0.3033
Pas de médecin traitant	3 (6.5%)	13 (15.1%)	16 (12.1%)	0.1494
Souhait d'un autre avis	2 (4.4%)	0	2 (1.5%)	0.0514
Orienté par un autre professionnel de sante	7 (15.2%)	1 (1.2%)	8 (6.1%)	0.0013
Personnel hospitalier	0	1 (1.2%)	1 (0.8%)	0.4629
Rdv trop tardif	0	1 (1.2%)	1 (0.8%)	0.4629
Nécessité d'examens complémentaires et en dehors des horaires d'ouverture du cabinet	0	2 (2.3%)	2 (1.5%)	0.2973
Modification des symptômes	0	1 (1.2%)	1 (0.8%)	0.4629

Tableau 17 : raisons de non appel au MT en fonction motif de consultation

Le tableau 17 montre que les patients qui ont consulté aux urgences sans appeler leur médecin traitant étaient significativement plus nombreux à avoir un problème traumatologique (65% contre 34.8% avec $p = 0.061$). Ces patients étaient aussi plus nombreux par rapport aux patients de médecine à estimer avoir besoin d'examens complémentaires (45% contre 24% avec $p = 0.0156$).

Les patients de médecine consultaient sans appel au médecin traitant plus fréquemment par rapport aux patients de traumatologie car leurs symptômes étaient apparus en dehors des horaires d'ouverture (43% contre 23% avec $p = 0.0160$).

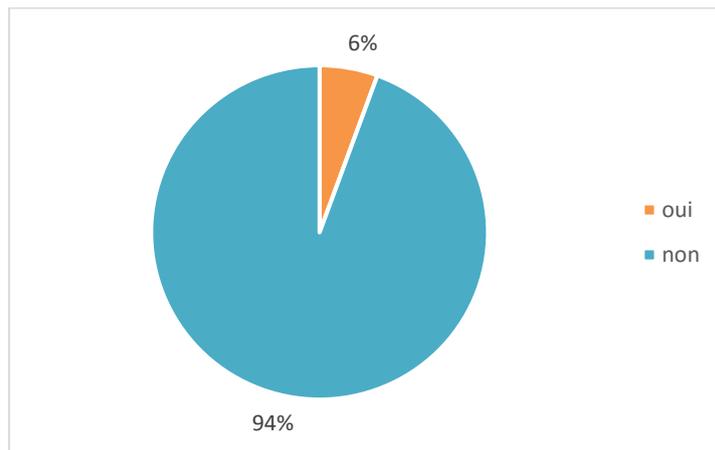


Figure 8 : proportion de patients ayant contacté SOS médecins

Parmi les 11 patients qui ont appelé SOS médecins :

- 7 ont été orientés aux urgences sans avoir été vus ;
- 3 ont jugé le délai d'attente trop long (cf. Tableau 18).

Parmi les 186 patients qui n'ont pas appelé SOS :

- 102 n'y ont pas pensé ;
- 58 sont venus aux urgences pour avoir un examen complémentaire ou un avis spécialisé ;
- 15 étaient hors secteur ;
- 2 ont jugé leur pathologie pas assez urgente pour SOS médecins (cf. Tableau 19).

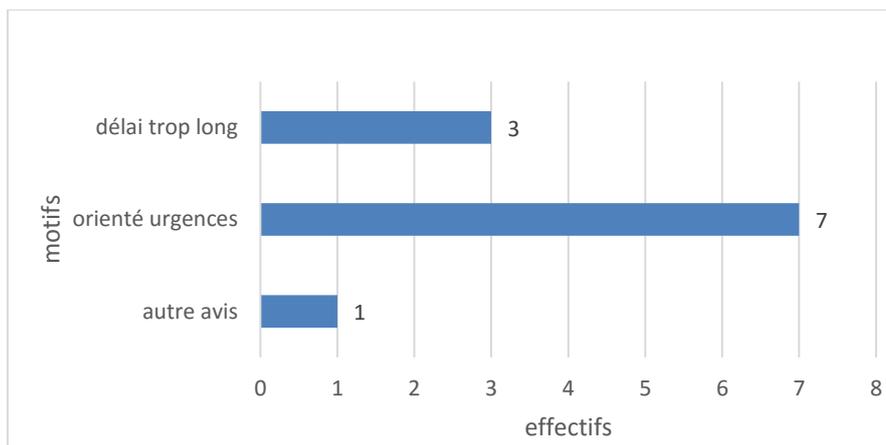


Tableau 18 : raisons pour lesquelles les patients ont appelé SOS médecins mais ont consulté aux urgences

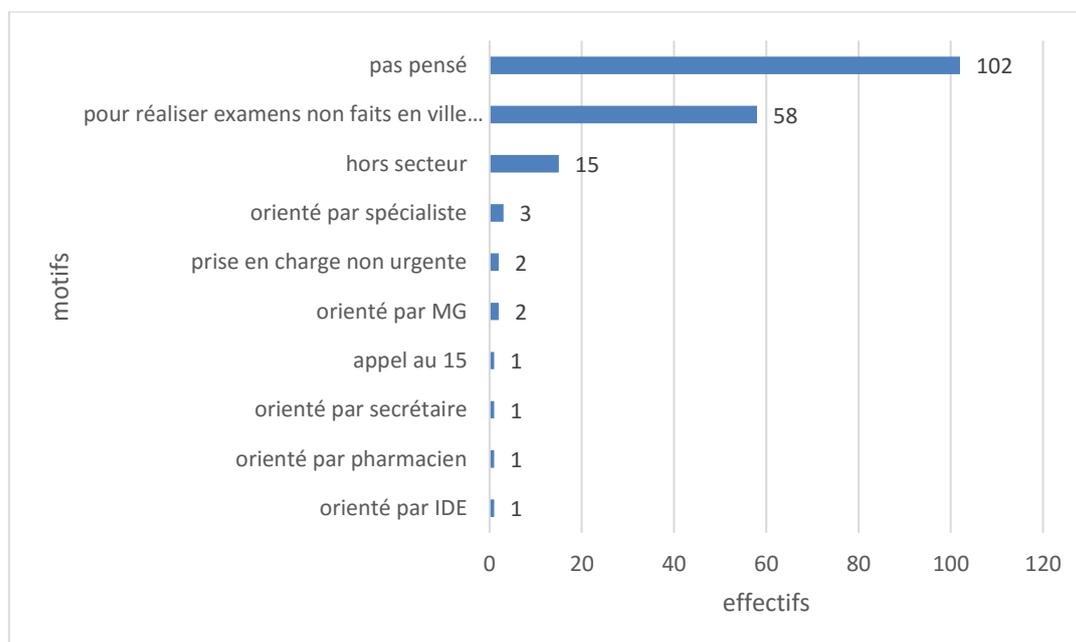


Tableau 19 : raisons pour lesquelles les patients n'ont pas appelé SOS médecins

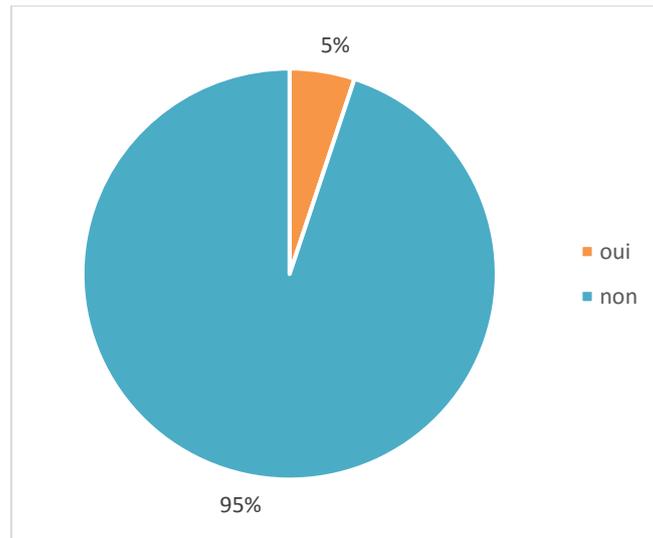


Figure 9 : pourcentage de patients ayant fait appel au 15

Parmi les 10 patients qui ont fait appel au 15 :

- 6 n'ont pas été satisfaits du conseil donné ;
- 3 auraient été orientés aux urgences (cf. Tableau 20).

Parmi les 6 patients ayant jugé leur état très grave, 3 ont fait appel au 15.

Parmi les 187 patients qui n'ont pas appelé le 15 :

- 116 n'y ont pas pensé ;
- 45 pensaient que le 15 était réservé aux urgences vitales ;
- 25 font appel au 15 quand ils ont besoin d'une ambulance (cf. Tableau 21).

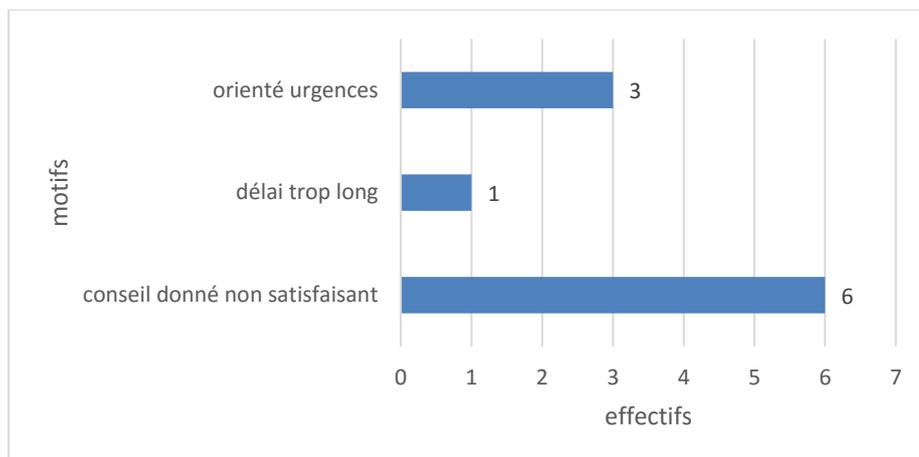


Tableau 20 : raisons pour lesquelles les patients ont appelé le 15 mais ont consulté aux urgences

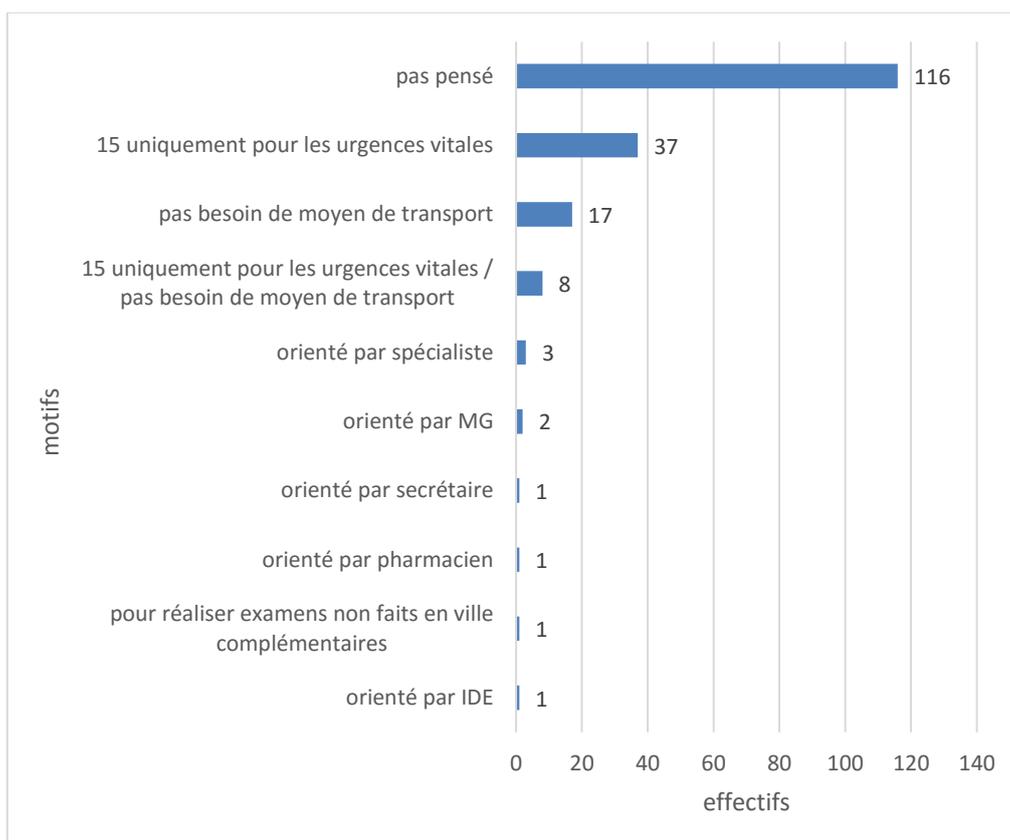


Tableau 21 : raisons pour lesquelles les patients n'ont pas fait appel au 15

Seuls 17 patients sur 197 ont justifié leur passage aux urgences par l'absence d'avance des frais (cf. Figure 10).

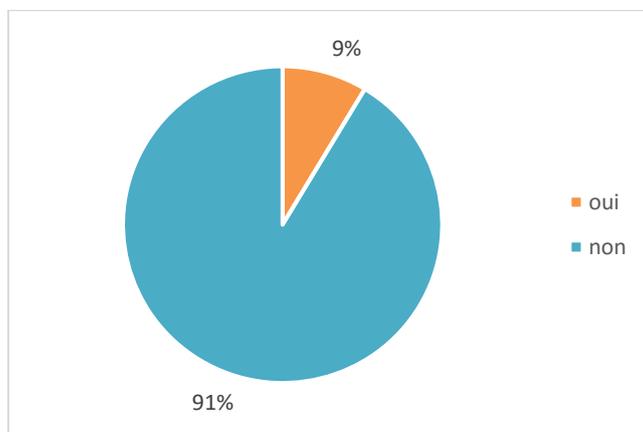


Figure 10 : L'absence d'avance des frais est-elle une des raisons évoquées pour justifier consultation aux urgences ?

3.2.5 Perception des urgences

Près d'un tiers des 197 patients pensaient que leur pathologie pouvait être prise en charge par un cabinet de médecine générale (cf. Figure 11).

Il n'y a pas de différence significative entre les patients de traumatologie et de médecine quant à la possibilité d'une prise en charge de leur pathologie par un médecin généraliste avec $p = 0.7099$ (cf. Tableau 22).

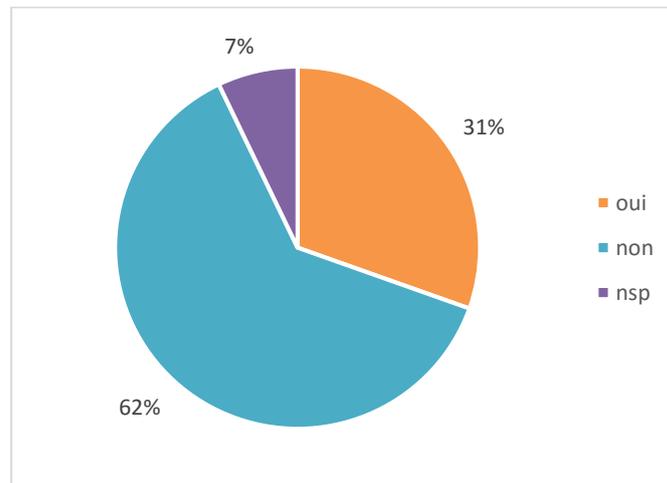


Figure 11 : prise en charge par cabinet de médecine générale ?

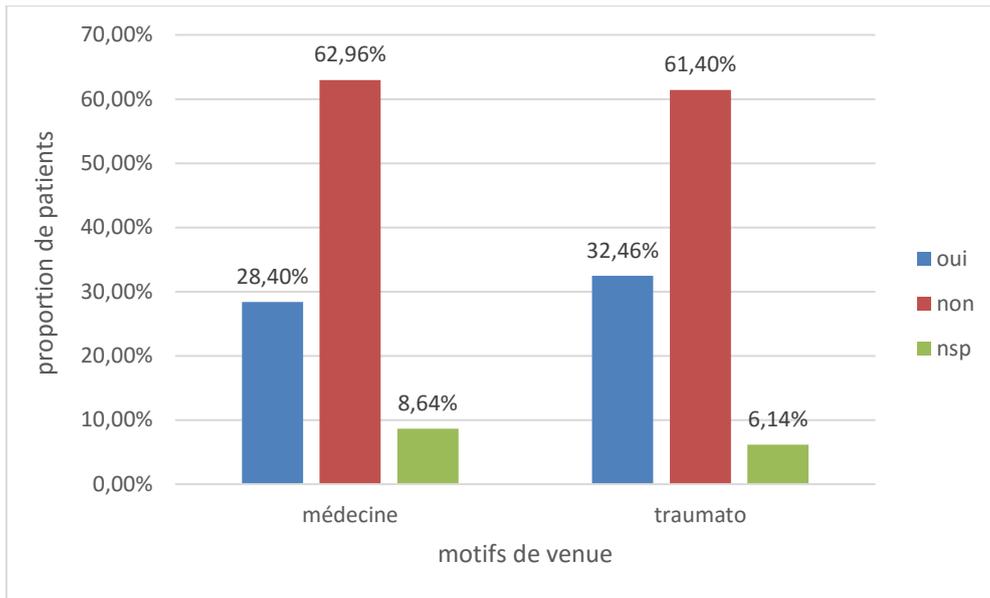


Tableau 22 : prise en charge par cabinet de MG en fonction motifs de venue

Près des 2/3 des patients pensaient que leur état de santé justifiait un temps d'attente aux urgences de moins d'une heure et 25% des patients pensaient être vus dans les 30 minutes (cf. Figure 12).

Les patients jugeant leur état assez grave ou grave étaient plus nombreux à penser devoir être pris en charge dans les 30min (41% vs 18.5 avec $p < 0.01$) (cf. Tableau 23).

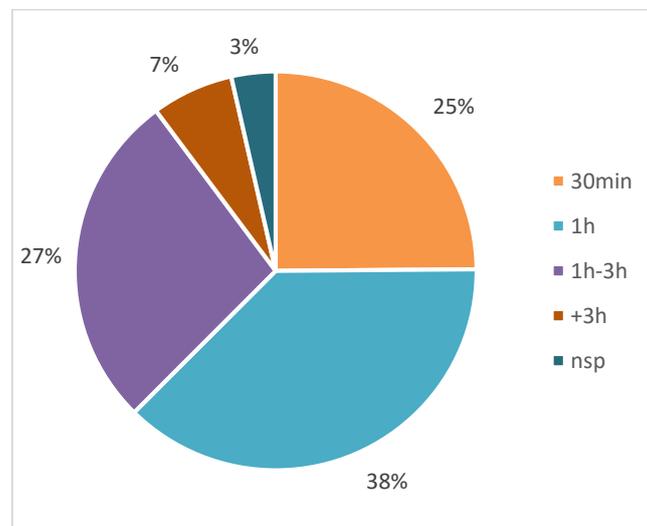


Figure 12 : temps d'attente aux urgences estimé par les patients en fonction de leur état de santé

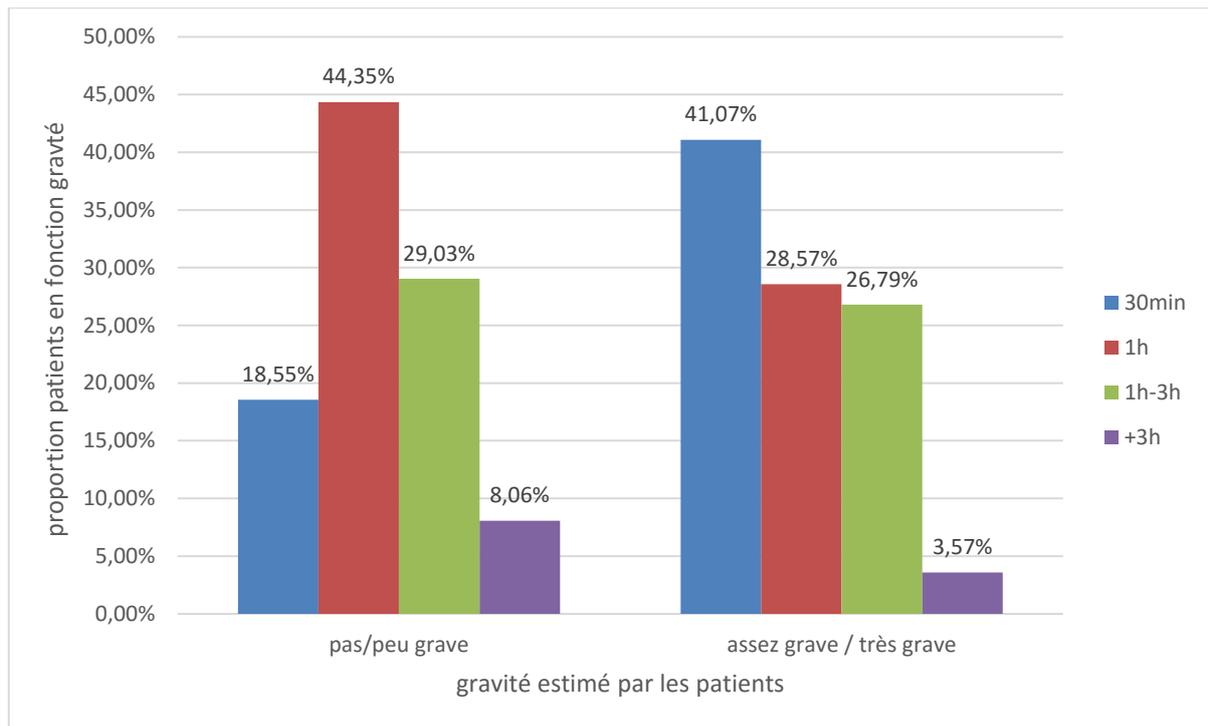


Tableau 23: délai d'attente estimé en fonction de la gravité selon le patient

Pour la moitié des patients, le service d'accueil des urgences était pour la prise en charge des urgences graves et vitales. Pour 26% des patients, le SU était un service de permanence de soins assurant une prise en charge 24h/24h (cf. Figure 13).

Il n'y a pas de différence significative entre les différents synonymes d'un service d'urgences donnés par les patients et leur état de gravité estimé avec $p=0.47$ (cf. Tableau 24). Ce qui veut dire que les patients qui jugeaient leur état non grave savaient que les urgences servaient à prendre en charge les patients ayant une pathologie grave et vitale, tout autant que les patients qui jugeaient leur état de santé grave.

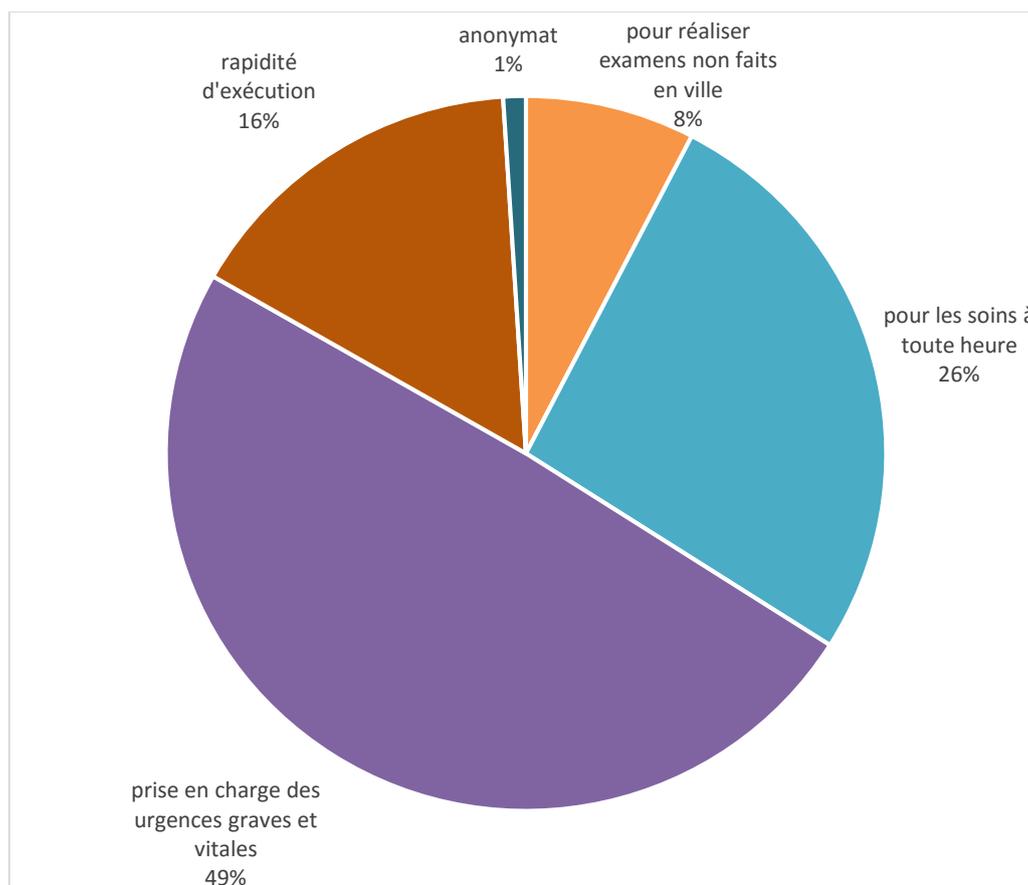


Figure 13 : synonyme d'un service d'urgences pour les patients

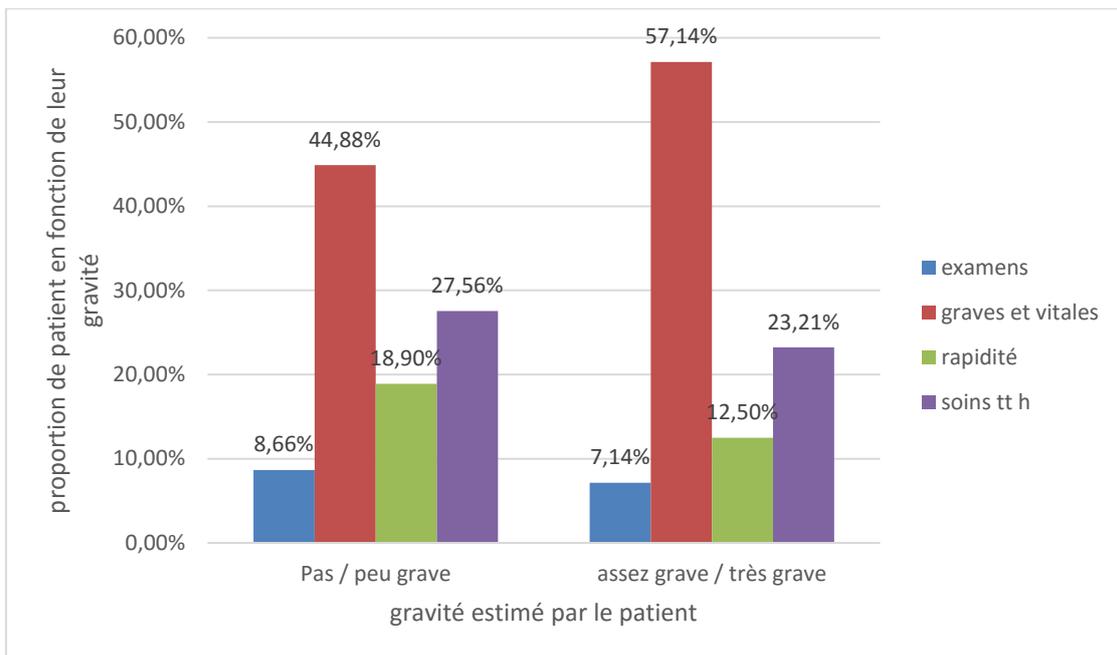


Tableau 24 : synonyme d'un service d'urgences comparé aux différentes gravités cliniques estimées

4 DISCUSSION

4.1 Apports de l'étude rétrospective sur un an

Dans notre étude 39.3% des patients admis aux urgences consultaient sans recours préalable. La moyenne d'âge de ces patients était de 40 ans. Ils consultaient le plus souvent pour un motif traumatologique (58%).

Ces patients relevaient moins souvent d'une hospitalisation (11% d'entre eux) et 58% d'entre eux avaient des examens d'imagerie ou de biologie.

Au niveau national, l'étude de la DREES retrouvait 70% des patients qui consultaient les urgences sans recours préalable.^[5]

La différence peut s'expliquer en partie par l'inclusion des urgences pédiatriques dans l'enquête nationale alors que dans notre étude les enfants étaient exclus. En effet, les enfants de moins de 6 ans étaient emmenés aux urgences sans contact médical préalable pour plus de 80% d'entre eux.^[5]

Une étude réalisée aux urgences d'Angers et de Saumur en 2011 retrouvait seulement 27% de patients adultes qui consultaient spontanément aux urgences sans recours médical préalable.^[7]

Au CHU de Nantes, un travail de thèse en 2012 retrouvait à peu près la même proportion de recours spontané aux urgences qu'au CH de Saint Nazaire (37%).^[11]

Il y a eu moins de recours spontané aux urgences d'Angers et de Saumur.^[7] Cette différence pourrait être en partie expliquée par la différence de densité de médecins généralistes. En effet, d'après les dernières données de 2003 de l'INSEE, il y a 1.4 médecin généraliste pour 1000 habitants à Nantes et Saint Nazaire contre 1.5 à Saumur et 1.7 à Angers. Les agglomérations de Nantes et le bassin nazairien comptent 1.1 médecin généraliste pour 1000 habitants contre 1.5 pour l'agglomération d'Angers.^[12-15]

La densité médicale de la ville influencerait au moins en partie la fréquentation des services d'urgences, ce qui expliquerait la différence du recours spontané entre Angers et Saint Nazaire / Nantes.

4.1.1 Typologie des patients

Les patients consultant étaient des patients jeunes avec une moyenne d'âge de 40 ans. Il est possible que les patients jeunes n'aient pas tous un médecin traitant et viennent aux urgences pour leur premier problème de santé. Ils ne connaissent probablement pas les différents parcours de soins. L'étude prospective retrouvait cet élément avec une méconnaissance du centre 15 et de SOS médecins.

En revanche, il est difficile d'expliquer la raison pour laquelle nous relevons une majorité de patients consultant pour de la traumatologie. Des rendez-vous trop tardifs, ou l'idée que la traumatologie ne relève pas de la médecine générale pourraient expliquer ce constat.

4.1.2 Bénéfices du passage aux urgences

Parmi les patients consultant en premier recours aux urgences en 2014, il y a eu peu d'hospitalisation (11%). Le taux moyen d'hospitalisation aux urgences adultes du CH de Saint Nazaire était de 31% cette année-là. Il s'agit donc pour beaucoup d'une consultation, ce qui est le plus souvent le cas dans les motifs traumatologiques.

Une des hypothèses initiales concernant les raisons de ces consultations spontanées aux urgences était l'obtention d'examens complémentaires plus rapidement qu'en externe, or ils sont 42% à n'avoir ni imagerie, ni biologie. Ces patients pourraient sûrement être pris en charge en médecine de ville.

Les patients consultant pour un motif traumatologique étaient 38% à n'avoir aucun examen complémentaire. Bien que le motif exact ne fût pas précisé dans notre étude

rétrospective, nous avons relevé que 7% des patients consultaient pour des plaies dans notre étude prospective. Ces patients n'ont pas besoin d'examens complémentaires et sont pris en charge par un service d'urgences mais les autres patients auraient sûrement pu relever de la médecine générale.

On fait d'avantage d'examens en traumatologie qu'en médecine. Là encore la majorité de ces 2991 patients consultant pour un motif somatique et sortant sans avoir eu d'imagerie, ni même de biologie pourraient être pris en charge par la médecine de ville.

Ces patients n'ont donc pas tous des examens complémentaires et sont moins fréquemment hospitalisés. Il n'y a donc pas de réel bénéfice pour eux d'être examinés aux urgences.

4.2 Apports de l'étude prospective sur une semaine

Durant la semaine de l'étude : 41.6% des patients se sont présentés spontanément aux urgences du CH de Saint Nazaire sans recours médical préalable, ce qui est assez représentatif de la proportion annuelle (39.3%).

Les patients se présentant aux urgences sans recours médical préalable étaient plutôt des patients jeunes de moins de 34 ans résidant à proximité de l'hôpital. Ils ne se présentaient pas plus souvent en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale. Ils consultaient principalement pour des douleurs abdominales, des traumatismes des membres inférieurs et des membres supérieurs. Les symptômes étaient apparus moins de 48h avant l'arrivée aux urgences. Ce n'est pas la gravité de leurs symptômes qui les emmenaient à consulter aux urgences mais plutôt la prise en charge de leur douleur.

Les patients jeunes consultent plus souvent les services d'urgences. Ces patients présentent davantage de pathologie d'origine traumatique. La moyenne d'âge en traumatologie était significativement plus jeune qu'en médecine d'après l'étude rétrospective. Les patients plus jeunes sont aussi plus nombreux à ne pas avoir de médecin traitant, ce qui est un des déterminants de consultation aux urgences sans recours préalable.^[16] Les patients âgés sont probablement plus sensibilisés au fonctionnement du système de santé car ayant un suivi médical régulier.

La proximité du service des urgences était une des raisons de « consultation » aux urgences sans avis médical préalable. En effet, les patients font rarement 30 km sans être sûrs qu'ils vont pouvoir être vus par un médecin. Certains patients ont ajouté en commentaire sur le questionnaire que la proximité a facilité leur consultation aux urgences.

Parmi les trois principaux motifs de consultations, les traumatismes des membres inférieurs étaient pour la grande majorité des suspicions d'entorse de cheville ou de genou par les patients. Une étude en 2015 montre que les entorses de cheville sont aussi bien prises en

charge en médecine générale qu'aux urgences ^[17]. Les douleurs abdominales et les entorses de cheville ou de genou sont des motifs fréquemment rencontrés en médecine générale.

Les patients ne viennent pas aux urgences pour la gravité de leur pathologie mais pour la prise en charge de la douleur.

Pour 81% des patients, la douleur est un des déterminants de consultation aux urgences. Cette proportion m'a interpellée. Certains qui se sont présentés pour un essoufflement ou des vertiges ont coché oui à la question « Venez-vous aux urgences pour la prise en charge de la douleur ». Et, ils ne sont que 81 patients soit 41% des inclusions à l'avoir décrit dans leurs symptômes. Ce résultat est retrouvé dans l'enquête nationale de la DREES qui montre que la douleur est un des motifs de consultations pour 43% des patients.^[18] Il est possible que cette discordance s'explique par le fait que la douleur ne soit qu'un moyen pour les patients de justifier leur passage, sans pour autant que ce soit le motif réel de consultation. Il est probable également qu'ils estiment qu'ils seront plus rapidement soulagés en se présentant aux urgences que par utilisation de la filière classique (médecin généraliste puis pharmacie) et pour eux c'est aussi la mission des urgences.

On aurait pu s'attendre à ce que les patients de la classe active consultent plus en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale. En réalité, ils ont consulté majoritairement aux heures ouvrables (12 à 14 patients par heure de 8h00 à 18h30 vs 2 patients par heure entre 00h00 et 8h00). L'absence de permanence des soins en médecine libérale n'est donc pas une des raisons de consultations aux urgences de ces patients. Nous avons également relevé que les patients n'étaient pas plus nombreux à être admis aux urgences les jours de week-end que les jours de semaine contrairement à l'étude de Nantes qui retrouvait une proportion plus importante de ce type de consultations les jours de week-end par rapport aux jours de semaines.^[11]

Il est possible qu'en nuit profonde, les questionnaires n'étaient pas remplis correctement. En effet, la nuit, le délai d'attente aux urgences est plus court et les patients avaient donc moins de temps pour remplir les questionnaires entièrement. Pour rappel, 54 patients ont été exclus de l'étude car leur questionnaire était incomplet.

De plus, nous avons relevé un pic d'inclusion le lundi et une chute le jeudi avec seulement 14 patients inclus alors que le nombre d'inclusions était stable les autres jours. Ceci peut s'expliquer par le fait que j'étais présente à l'accueil le premier jour afin d'identifier les patients et de donner les informations au personnel de l'accueil et j'étais présente dans le service les autres jours mais absente le jeudi.

La majeure partie des patients consultaient pour des symptômes apparus moins de 48h avant la consultation aux urgences et 28% présentaient des symptômes depuis plus de 48h. On retrouve un résultat similaire dans l'étude nationale de la DREES (29%) même si ce résultat concerne tout type de patients.^[6] Ce résultat est dans la logique de ce que les patients recherchent dans la consultation d'urgences : prise en charge rapide de la douleur, réalisation des examens complémentaires, et ce dès l'apparition des symptômes.

Les deux tiers des patients n'avaient pas fait de démarches avant l'arrivée aux urgences car pensaient avoir besoin d'examens complémentaires ou d'un avis spécialisé. Ils estimaient aussi que leur pathologie ne relevait pas de la médecine générale.

36.5% des patients ont entrepris au moins une démarche avant de se présenter aux urgences. Ce résultat est similaire à celui de l'étude nationale qui retrouvait qu'un tiers des patients avaient envisagé une autre solution.^[6] Parmi eux, très peu ont appelé leur médecin traitant et ceux qui l'ont fait jugeaient leur rendez-vous trop tardif. Egalement, certains patients n'ont pas appelé leur médecin pensant à tort ou à raison que ce dernier ne pourrait pas les recevoir. Dans notre étude, nous n'avons pas relevé d'influence de l'ancienneté des symptômes sur la gravité ressentie de leur état. De plus, les patients qui avaient des symptômes évoluant

depuis longtemps (ex : 1 semaine ou plus), consultaient aux urgences parce que leur médecin traitant leur avait donné un rendez-vous trop tardif. Il y a une différence entre l'urgence réelle médicale et l'urgence ressentie.

Les motifs les plus fréquents lorsque les symptômes étaient apparus il y a moins de 6h étaient d'ordre traumatologique notamment entorse de cheville, de genou, traumatisme du poignet. Ces patients pensaient pour la grande majorité d'entre eux que les entorses ne pouvaient pas être prises en charge en cabinet de médecine générale : est-ce à cause du délai des examens complémentaires ? En effet, dans notre étude les patients n'appelaient pas leur médecin traitant quand ils pensaient avoir besoin d'une radiographie standard ou d'une prise de sang. Les patients avec un motif traumatologique étaient significativement plus nombreux à ne pas appeler leur médecin traitant et leur motif principal était le besoin d'avoir un examen complémentaire, et ce plus fréquemment que les patients qui consultaient pour un motif médical. Les délais pour avoir ces examens complémentaires en ville sont peut-être long ou bien ce sont les patients qui ne peuvent ou ne veulent pas attendre. Dans les questionnaires certains ajoutaient en commentaire que c'était plus facile de venir aux urgences car « tout était fait » et ce le jour même.

Dans l'étude d'Angers – Saumur, les patients consultant pour un motif traumatologique appelaient moins fréquemment leur médecin traitant que les patients consultant pour un motif médical (7% vs 15%, $p < 0.002$). Les patients consultant pour un motif traumatologique pensaient plus fréquemment que leur problème de santé ne pouvait pas être pris en charge par un cabinet de médecine générale par rapport aux patients consultant pour un motif médical (66% vs 54%, $p = 0.01$)^[7]. Ce dernier résultat n'a pas été retrouvé dans notre étude. Notre échantillon n'était peut-être pas suffisamment grand pour retrouver cette différence.

La plupart des patients (89%) n'ont pensé ni au 15, ni à SOS médecins par méconnaissance. Les patients pensaient que le 15 était réservé aux urgences vitales ou lorsqu'ils

n'avaient pas de moyen de transport ou encore ils ne connaissaient pas du tout. Les patients ne savaient pas qu'il est possible d'avoir un simple conseil médical en appelant le centre 15. L'étude nationale de la DREES montre que seuls 3.3% des patients qui sont aux urgences ont fait appel au 15^[6].

On a pu noter quelques contradictions dans les réponses aux questions. Les patients sont très nombreux à juger leur état non grave ou peu grave mais pensaient qu'un cabinet de médecine générale ne pouvait pas les prendre en charge. C'était là encore des patients qui estimaient avoir besoin d'exams complémentaires. Les délais d'obtention sont en effet plus longs en médecine libérale.

L'absence d'avance des frais n'est pas ressortie comme un motif de consultation aux urgences. Seuls 9% l'ont évoqué comme un des déterminants de consultation aux urgences. L'étude de Nantes retrouvait des résultats un peu inférieurs (4%) et celle d'Angers – Saumur avait des résultats un peu supérieurs (15%).^[7,11]

De plus, certains patients jugeaient leur état non grave ou peu grave mais estimaient leur temps d'attente à moins d'1 heure pour les deux tiers d'entre eux. On peut se demander s'ils connaissent le fonctionnement d'un service d'urgences avec les priorisations. Peut-être pensaient-ils qu'ils passeraient plus vite en répondant moins d'une heure. Cette question soulève là encore une différence entre l'urgence réelle et l'urgence ressentie. Il est possible que les patients sans connaissance médicale pensent que plus le symptôme dure longtemps, plus la pathologie est potentiellement grave.

Seul 1 patient sur 2 définissait un service d'urgence comme un service pour les urgences graves et vitales mais ils n'étaient pas la moitié à juger leur état de santé grave et/ou urgente dans notre étude. L'enquête nationale de 2013 de la DREES^[6] montre que 59% des patients venaient pour l'accessibilité aux soins et seuls 22% des patients pensaient être grave. Dans notre

étude, un quart des patients pensaient que c'était un service de permanence de soins. La venue de ces patients aux urgences peut s'expliquer par la méconnaissance du centre 15, il n'avait donc pas d'orientation au médecin de garde ou au CAPS. Les patients venaient aussi par habitude, les patients ne sont jamais ou rarement renvoyés du fait que leur pathologie ne nécessite pas les urgences pour diverses raisons.

4.3 Limites de l'étude et perspectives

4.3.1 Les limites

Ce travail est en partie une étude rétrospective dont le biais principal était le manque de contrôle et d'exhaustivité des données récupérées via le logiciel URQUAL.

L'autre partie de ce travail est une étude prospective avec un biais de sélection puisque sur les 404 patients qui auraient pu potentiellement être inclus, seuls 197 ont correctement rempli le questionnaire. Une partie de ces patients n'ont pas reçu le questionnaire et l'information de l'étude à l'accueil. D'autres patients n'ont pas ou mal rempli les questionnaires. Les patients n'avaient pas d'aide au remplissage. Ils devaient répondre seuls aux questionnaires pour ne pas être influencés mais en contrepartie certains questionnaires étaient incomplets. Il existe un biais lié au caractère déclaratif : certaines réponses étaient contradictoires. Les patients ont rempli les questionnaires avant d'être vus par un médecin : ils ont peut-être pensé que leurs réponses influenceraient leur qualité de prise en charge. Ce travail évaluait leur ressenti des symptômes et la façon dont ils se représentaient un service d'urgence, or certains patients ont probablement tenté de justifier leur passage. Ce qui pourrait expliquer pourquoi certains résultats étaient contradictoires (par exemple la nécessité d'être vu dans l'heure avec un état de santé qu'ils ne jugeaient pas grave).

4.3.2 Perspectives

Notre étude a relevé un manque d'éducation global des patients sur les parcours de soins, la gestion des urgences et les structures médicales de permanence de soins disponibles (centre 15, SOS médecins, CAPS). Ainsi, il serait intéressant d'avoir des campagnes de prévention comme il y en a eu pour les antibiotiques (« les antibiotiques c'est pas automatique ») ou bien de mener des campagnes de sensibilisation de la population concernant le rôle du centre 15, des

services d'urgence et de la permanence de soins. On pourrait aussi s'inspirer de modèles étrangers comme en Finlande, en Norvège, en Suède ou au Royaume-Uni avec des cabinets de médecins généralistes ouverts 24h/24 avec la possibilité de faire des examens radiologiques dans la journée. ^[19] Ce qui permettrait de diminuer l'affluence des urgences en prenant en charge les pathologies aiguës mais non urgentes.

On pourrait envisager un cabinet de médecine générale à côté du service des urgences à Saint Nazaire. L'IAO et/ou le MAO pourrait réorienter les patients vers ce cabinet. Ceci pourrait permettre à terme, une redirection des patients surchargeant les urgences vers une prise en charge ambulatoire, plus compatible avec leur état de santé réel et permettre une meilleure gestion des vraies urgences médicales.

5 CONCLUSION

Les patients viennent aux urgences pour d'autres motifs que l'urgence : la proximité, la facilité d'obtention des examens complémentaires, la douleur, la rapidité de leur prise en charge.

La formation reçue par les médecins urgentistes, qui sera bientôt reconnue comme une spécialité, implique qu'ils puissent se consacrer aux pathologies relevant de la médecine d'urgence.

L'éducation des patients semblent indispensable pour limiter l'augmentation constante de la fréquentation des urgences, ainsi que le développement de maison médical prenant en charge les soins non programmés 24h/24.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Définitions : urgences - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 2015 nov 7]; Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgences/80705>
2. Bulletin Officiel n°2003-20 [Internet]. [cité 2015 nov 7]; Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>
3. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006.
4. Recherche avancée / Publications / Accueil / Cour des Comptes - Cour des comptes [Internet]. [cité 2015 nov 25]; Disponible sur: [https://www.ccomptes.fr/Publications/Recherche-avancee/\(SearchText\)/urgences/\(limit\)/10/\(sort\)/score;desc/\(filters\)/root-parent_jurisdiction_s:Cour%20des%20comptes](https://www.ccomptes.fr/Publications/Recherche-avancee/(SearchText)/urgences/(limit)/10/(sort)/score;desc/(filters)/root-parent_jurisdiction_s:Cour%20des%20comptes)
5. Carrasco V. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. 2003;8.
6. Valdelièvre H, Boisguérin B. Résultats du questionnaire patients - parcours avant l'arrivée aux urgences. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/resultats_avant_arrivee_enquete_urgences_5_6_2014.pdf
7. Rouzier S, Vardon D, Joly M, De Mas Latrie T, Boyeau-Desmarres C, Six P, et al. Analyse des déterminants du recours et des caractéristiques sociodémographiques des patients se présentant spontanément aux urgences sans avis médical préalable. Ann Fr Médecine Urgence 2014;4(3):143-52.
8. Insee - Unité urbaine de Saint-Nazaire (44601) - Chiffres clés Évolution et structure de la population - 2012 [Internet]. [cité 2016 avr 22]; Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP&millesime=2012&typgeo=UU2010&search=44601
9. Claret P-G, Bobbia X, Richard P, Poher F, de La Coussaye J-E. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. Ann Fr Médecine Urgence 2014;4(2):96-105.
10. INSEE - Brochure_PCS_ESE_2003.pdf [Internet]. [cité 2016 févr 11]; Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/pcsese/pcsese2003/doc/Brochure_PCS_ESE_2003.pdf
11. KASPROWSKI A. Déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultant sans avis médical préalable. 2013;
12. Observation sociale des territoires de la Loire-Atlantique - dossier16_ch06.pdf [Internet]. [cité 2016 févr 25]; Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier16/dossier16_ch06.pdf

13. Observation sociale des territoires de la Loire-Atlantique - dossier16_ch07.pdf [Internet]. [cité 2016 févr 25]; Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier16/dossier16_ch07.pdf
14. Observation sociale des territoires de la Loire-Atlantique - dossier16_ch08.pdf [Internet]. [cité 2016 févr 25]; Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier16/dossier16_ch08.pdf
15. Insee - Territoire - Observation sociale des territoires de Maine-et-Loire [Internet]. [cité 2016 août 11]; Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=13325®_id=3
16. Minost J. Quel est l'impact de l'absence de médecin traitant sur les recours aux urgences ? [Internet]. 2009 [cité 2016 févr 27]; Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3324_MINOST_Jerome_these.pdf
17. Chouffot. Comparaison du taux de guérison des entorses de cheville en médecine générale et aux urgences : élaboration d'un protocole d'étude - document [Internet]. [cité 2016 févr 20]; Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01172488/document>
18. Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. 2003;12.
19. Cash E, Cash R, Ducassé J-L, Hault C. Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières - serieetud125.pdf [Internet]. 2013 [cité 2016 août 18]; Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud125.pdf>

7 ANNEXES

7.1 Annexe 1 : Questionnaire de recueil de données

ENQUETE SUR L'ACTIVITE DES URGENCES

Madame, monsieur,

Merci de répondre à ce questionnaire anonyme qui rentre dans le cadre d'un travail de thèse.

L'objectif est d'analyser le mode de venue aux urgences afin de dégager des solutions à moyen terme pour diminuer le temps d'attente.

Date :

Heure d'arrivée aux urgences :

Date de naissance :

Code postal de votre commune:

Catégories socioprofessionnelles :

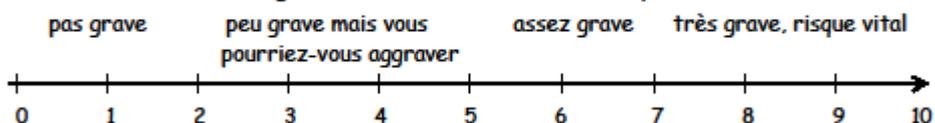
- exploitants agricoles artisans cadres employés ouvriers
 professions intermédiaires retraités sans profession élèves / étudiants

Motif de consultation :

1) Quand vos symptômes sont-ils apparus ?

- moins de 6h moins de 12h moins de 48h moins d'une semaine
 plus d'1 semaine

2) Comment estimez-vous la gravité de votre situation, le risque vital ?



3) Venez- vous aux urgences pour la prise en charge de votre douleur ?

- oui non

4) Avez-vous essayé de contacter un médecin généraliste ?

- | | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Oui :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> médecin traitant injoignable<input type="checkbox"/> rendez-vous trop tardif<input type="checkbox"/> les symptômes se sont modifiés<input type="checkbox"/> les rendez-vous proposés sont incompatibles avec vos horaires<input type="checkbox"/> vous souhaitez un autre avis que celui de votre médecin généraliste<input type="checkbox"/> autres : | <p><input type="checkbox"/> Non :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> pas de médecin traitant ou trop éloigné<input type="checkbox"/> nécessité de radios, d'une prise de sang ou d'un avis spécialisé<input type="checkbox"/> votre problème de santé est apparu en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale<input type="checkbox"/> autres : |
|--|---|

5) Avez-vous appelé SOS médecins :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> délai trop long | <input type="checkbox"/> hors secteur |
| <input type="checkbox"/> réorienté vers les urgences | <input type="checkbox"/> nécessité de radios, prise de sang ou d'un avis spécialisé |
| <input type="checkbox"/> autres : | <input type="checkbox"/> vous n'y avez pas pensé |

6) Avez-vous appelé le 15 ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui : | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> délai de réponse trop long | <input type="checkbox"/> vous n'y avez pas pensé |
| <input type="checkbox"/> conseil donné non satisfaisant | <input type="checkbox"/> le 15 est réservé aux urgences vitales |
| | <input type="checkbox"/> le 15 est réservé aux personnes qui ont besoin d'une ambulance |
| | <input type="checkbox"/> autres : |

7) L'absence d'avance des frais aux urgences est-elle une des raisons de votre consultation ?

- oui non

8) Pensez-vous que votre problème de santé aurait pu être pris en charge par un cabinet de médecine générale ?

- oui non

9) Quel est le délai d'attente aux urgences que vous estimez adapté à votre état de santé ?

- moins de 30 min moins d'1 heure entre 1 et 3h plus de 3h

10) Pour vous les urgences, c'est : (une case à cocher)

- pour les urgences graves et vitales
- une possibilité de soins à toute heure
- un moyen d'obtenir les examens non réalisés en ville
- une rapidité d'exécution
- un anonymat médical

11) Nombre de recours aux urgences ces 12 derniers mois :

7.2 Annexe 2 : informations patients

Un **travail de recherche** est en cours aux urgences du CH de Saint Nazaire **la semaine du 14/09 au 20/09/2015** afin d'analyser les conditions d'orientation aux urgences pour améliorer la prise en charge des patients.

Un **questionnaire** vous a été distribué à votre admission afin de recueillir les informations nécessaires.

Merci pour votre aide précieuse au bon déroulement de cette étude.

Nous sommes à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

7.3 Annexe 3 : informations soignants :

Je réalise **mon travail de thèse** sur l'analyse des **patients ayant recours aux urgences sans avis médical préalable**.

Un **questionnaire** est à remplir par les patients venant d'eux-mêmes sans feuille 15, ni courrier de médecin durant **la semaine du 14/09 au 20/09 minuit**.

Pour faciliter le recueil d'informations, je vous remercie d'avance de délivrer ce questionnaire dès l'accueil aux patients concernés.

Le médecin ou l'interne des urgences validant la sortie ou l'hospitalisation s'assurera que le questionnaire est complet et le **déposera dans les bannettes**.

Pour toutes questions, me contacter au **208087**

Merci encore pour votre aide précieuse

Céline Moreau

8 RESUME

Introduction : Les services d'urgence voient leur fréquentation augmenter ces dernières années et les patients consultant sans recours médical préalable sont de plus en plus nombreux. L'objectif de l'étude est d'identifier les raisons pour lesquelles ces patients consultent aux urgences.

Matériel et Méthodes : étude rétrospective sur un an en 2014 et étude prospective observationnelle sur une semaine en septembre 2015 aux urgences adultes du centre hospitalier de Saint Nazaire. Ces études ont inclus toutes les personnes se présentant aux urgences sans recours médical préalable. Les données ont été recueillies via le logiciel des urgences urqual pour l'étude rétrospective et à l'aide d'un questionnaire standardisé pour l'étude prospective. Une analyse statistique descriptive et comparative a été réalisée.

Résultats : étude rétrospective : 18397 patients (39.3%) se sont présentés sans recours médical préalable et 58% d'entre eux avaient un problème d'ordre traumatologique.

Etude prospective : 41.6% des patients se sont présentés sans orientation préalable. 197 patients ont été inclus. Il s'agissait d'une population jeune, résidant à proximité de l'hôpital et consultant majoritairement pour un problème traumatologique apparu récemment. La majorité des patients (62%) pensaient ne pas relever de la médecine générale. Parmi les patients n'ayant pas tenté de joindre un médecin généraliste, 37% pensaient avoir besoin d'exams complémentaires. Les patients n'ont pas fait appel au 15 ou à SOS médecins par méconnaissance de ces structures.

Conclusion : L'éducation des patients, ainsi que le développement de maisons médicales ouvertes 24h/24 semblent indispensables pour limiter l'augmentation constante de la fréquentation des urgences.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Analyse des déterminants du recours spontané aux urgences du CH de Saint Nazaire : Enquête prospective sur une semaine et rétrospective sur un an

RESUME

Introduction : Les services d'urgence voient leur fréquentation augmenter ces dernières années et les patients consultant sans recours médical préalable sont de plus en plus nombreux. L'objectif de l'étude est d'identifier les raisons pour lesquelles ces patients consultent aux urgences.

Matériel et Méthodes : étude rétrospective sur un an en 2014 et étude prospective observationnelle sur une semaine en septembre 2015 aux urgences adultes du centre hospitalier de Saint Nazaire. Ces études ont inclus toutes les personnes se présentant aux urgences sans recours médical préalable. Les données ont été recueillies via le logiciel des urgences urqual pour l'étude rétrospective et à l'aide d'un questionnaire standardisé pour l'étude prospective. Une analyse statistique descriptive et comparative a été réalisée.

Résultats : étude rétrospective : 18397 patients (39.3%) se sont présentés sans recours médical préalable et 58% d'entre eux avaient un problème d'ordre traumatologique.

Etude prospective : 41.6% des patients se sont présentés sans orientation préalable. 197 patients ont été inclus. Il s'agissait d'une population jeune, résidant à proximité de l'hôpital et consultant majoritairement pour un problème traumatologique apparu récemment. La majorité des patients (62%) pensaient ne pas relever de la médecine générale. Parmi les patients n'ayant pas tenté de joindre un médecin généraliste, 37% pensaient avoir besoin d'examen complémentaires. Les patients n'ont pas fait appel au 15 ou à SOS médecins par méconnaissance de ces structures.

Conclusion : L'éducation des patients, ainsi que le développement de maisons médicales ouvertes 24h/24 semblent indispensables pour limiter l'augmentation constante de la fréquentation des urgences.

MOTS-CLES

Recours spontané, structure des urgences, organisation des soins