



HAL
open science

Patients auto-référés dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie : quel profil ? Quelles implications pour la permanence des soins ?

Julien Hascoët

► To cite this version:

Julien Hascoët. Patients auto-référés dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie : quel profil ? Quelles implications pour la permanence des soins ?. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00805992

HAL Id: dumas-00805992

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00805992v1>

Submitted on 29 Mar 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

HASCOET Julien

Né le 11 Juin 1983 à Evreux (Eure)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JANVIER 2013

Patients auto-référés dans quatre services d'Urgences en Haute-Normandie : quel profil ? Quelles implications pour la permanence des soins ?

PRESIDENT DU JURY : Professeur Benoit VEBER

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Joël LADNER

MEMBRES DU JURY : Professeur Jean-Loup HERMIL
Professeur Luc-Marie JOLY

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - . DESHAYES -
C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B.
HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M.
LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mlle MAGARD - MM. B. MAITROT -
M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P.
PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB
- R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépat - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive

M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie

Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR-AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL UFR Médecine-générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINCILBER UFR Médecine générale

M. Alain MERCIER UFR Médecine générale

M. Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE
CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

F

C HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

C CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

L

LISTENSEIMEDPHAR2012-2013.doc

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Benoît Veber.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements, et l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le Docteur Joël Ladner.

Vous m'avez fait l'honneur de diriger mon travail de thèse. Votre écoute, votre disponibilité et votre gentillesse ont été une aide précieuse pour la réalisation de mon travail de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma grande considération et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Vous dirigez le département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Rouen, et je vous remercie d'avoir assuré ma formation de médecin généraliste. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Luc-Marie Joly

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et mes plus sincères remerciements.

A mes parents :

Merci à vous pour votre soutien sans faille durant toutes ces années.
Votre amour m'est une aide précieuse dans la réalisation de mes projets.
Votre fils qui vous aime.

A Mathieu, Marion et Doriane qui comptez tant pour moi.

A Ingrid, un grand merci de continuer à me supporter après toutes ces années et pour ta précieuse participation dans la mise en page de ce travail. Tu es mon rayon de soleil. Je t'aime.

A David, Edouard, Etienne, François et vos compagnes. Ces années d'études à vos côtés me laissent des souvenirs inoubliables. En espérant avoir encore de nombreux bons moments à passer ensemble.

A Nicolas et Vincent. Pour tout l'externat que nous avons passé ensemble.

A la Faculté de Médecine de Rouen, pour la formation professionnelle dont j'ai bénéficiée.

A toute l'équipe du cabinet médical de Louviers. Merci de votre confiance et de votre aide.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 et méprisé si j'y manque.

Table des matières

ABREVIATIONS:	17
INTRODUCTION	19
LES STRUCTURES D'URGENCE	19
La nouvelle appellation depuis 2006.....	19
Les missions (2,3).....	20
Les structures d'urgence en Haute-Normandie	20
Evolution en France de la fréquentation des services d'urgence	21
Classification par niveau de gravité des motifs de consultation aux urgences.....	22
Part des patients consultant pour pathologie non grave.....	23
L'AIDE MEDICALE URGENTE	25
LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES	26
Démographie médicale en France.....	26
La démographie médicale en Haute-Normandie	27
Définition de la permanence des soins ambulatoires.....	29
Organisation de la permanence des soins ambulatoires en France.	32
organisation de la permanence des soins ambulatoires en haute normandie.....	34
JUSTIFICATIF DE L'ETUDE	39
MATERIEL ET METHODES	40
Lieu de l'étude	40
Période de réalisation de l'étude	40
Population étudiée	40
Organisation de l'étude et outils de mesure.....	41
Analyse statistique	44
RESULTATS	47
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	47
ENVIRONNEMENT MEDICAL ET PARCOURS DE SOINS DANS LES 6 MOIS PRECEDANT L'INCLUSION	52
PARCOURS DE SOINS AUX URGENCES	56
DETERMINATION DES FACTEURS ASSOCIES A L'AUTOREFERENCE (REGRESSION LOGISTIQUE) ..	65
JUSTIFICATION POUR LEUR VENUE AUX URGENCES DES PATIENTS AUTO-REFERES	67
DISCUSSION	72
DISCUSSION DES RESULTATS ET COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.....	72

Caractéristiques des patients adultes consultant aux urgences pour des motifs non sévères de façon auto-référée.	72
Justification de la venue aux urgences des patients venus par autoréférence	77
Commentaires sur la permanence des soins ambulatoires en Haute Normandie.	78
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	86
CONCLUSION	88
BIBLIOGRAPHIE	89
ANNEXES	97
RESUME	132

Abréviations :

AMB : Association des médecins brayons

AMU : Aide médicale urgente

AMUH : Association médicale des urgences havraises

ARS : Agence régionale de santé

CAPS : Centre d'accueil des premiers soins

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CHI : Centre hospitalier intercommunal

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CODAMUPS : Comité départemental d'aide médicale urgente et de permanence des soins

CRRA : Centre de régulation et de réception des appels

DCEM 3 : Deuxième cycle des études médicales 3eme année

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

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

EOLE : Entente des omnipraticiens libéraux de l'Eure

FIR : Fonds d'intervention régionale

GCS : Groupement de coopération sanitaire

HPST : Hôpital patient santé territoire

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MMG : Maison Médicale de Garde

PARM : Permanencier auxiliaire de régulation médicale

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

POSU : Pôle spécialisé d'urgence

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Service d'Accueil et traitement des urgences

SIS : Service d'incendie et de secours

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

UMMP : Unité mobile de médecine de proximité

UMR : Urgences médicales rouennaises

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

URPS : Union régionale des professionnels de santé

WONCA : World organization of national colleges academies and academic associations of general practitioners

Introduction

Les structures d'urgence

La nouvelle appellation depuis 2006

Au milieu des années 2000 l'appellation des services d'urgence a été modifiée.

Avant 2006 trois types de structures étaient définies (suite au décret du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997) :

- Les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) potentiellement capables de traiter tous les types d'urgences.
- Les pôles spécialisés d'urgence (POSU) capables de prendre en charge des urgences lourdes mais seulement pour des spécialités spécifiques.
- Les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) qui doivent traiter les cas les plus simples, et orienter les patients dont l'état de santé le nécessite vers d'autres structures.

Les décrets du 22 mai 2006 ont modifié le cadre réglementaire de la prise en charge des urgences (1). Cela a entraîné la suppression des notions d'UPATOU et de SAU, ces services s'appelant désormais « structures des urgences » (avec distinction d'autorisation entre structure des urgences et structure des urgences pédiatriques). Tous les praticiens exerçant dans ces structures des urgences doivent avoir la spécialité de médecine d'urgence (le Diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) qualifiant pour la Médecine d'Urgences a été créé en 2004) ou la reconnaissance d'une expérience de 3 ans minimum dans une de ces structures. D'autres médecins peuvent également assurer leurs fonctions au sein de cette structure, dès lors qu'ils s'engagent corrélativement dans une formation universitaire en médecine d'urgence.

Les structures des urgences disposent d'une salle d'accueil préservant la confidentialité, d'un espace d'examen et de soins, d'au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate, d'une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure.

Les établissements de santé pour être autorisés à avoir une structure des urgences doivent disposer de lits d'hospitalisation complète en médecine et disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale, en son sein ou par convention avec un autre établissement de santé, avec un cabinet d'imagerie ou avec un laboratoire de biologie médicale de ville, ou dans le cadre d'un réseau avec d'autres établissements de santé publics ou privés.

Les missions (2,3)

La structure des urgences est tenue d'accueillir en permanence, 24 heures sur 24, toute personne qui s'y présente en situation d'urgence, y compris psychiatrique, ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU (Service d'aide médicale urgente) et d'assurer après son accueil en cas de nécessité l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation. Elle assure donc des soins pour tous.

Elle doit assurer en priorité les soins de patients se présentant pour de réelles urgences médicales avec besoins de soins urgents immédiats, requérant un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. En mettant en place de façon rapide les procédures diagnostiques, et thérapeutiques nécessaires.

Les structures d'urgence en Haute-Normandie

En 2009, 19 établissements hospitaliers publics et privés sont le siège de structures d'urgence (une ou plus). Vingt de ces structures sont polyvalentes et deux de spécialités pédiatriques (4).

- Cinq de ces structures appartiennent à des hôpitaux publics reconnus comme établissement de référence : CHU de Rouen, site des Feugrais CHI Elbeuf-Louviers, site Monod du Groupe Hospitalier du Havre, site d'Evreux du CHI Eure-Seine, et au centre hospitalier de Dieppe.
- Treize de ces structures dans des établissements équipés d'imagerie, de biologie, et comportant des services de médecine et/ou de chirurgie. Huit d'entre elles en établissement public et cinq d'entre elles en établissement privé : hôpital de Saint Julien au CHU de Rouen, site de Louviers CHI Elbeuf-Louviers, à la clinique de l'Europe et à la clinique du Cèdre en agglomération Rouennaise, hôpital de Fécamp, hôpital de Pont Audemer, hôpital de Lillebonne, clinique des Ormeaux de l'hôpital privé de l'estuaire, centre hospitalier de Bernay, centre hospitalier de Gisors, le site de Vernon du CHI Eure-Seine, la clinique Pasteur à Evreux.
- Deux structures sans plateau technique, implanté dans des établissements publics de proximité : centre hospitalier de Verneuil sur Avre et d'Eu.
- Deux structures spécialisées d'urgences pédiatriques : au CHU de Rouen, et au Groupe Hospitalier du Havre.

Evolution en France de la fréquentation des services d'urgence

Depuis la fin des années 1980, s'est développée une demande importante de soins non programmés. Cette demande s'est traduite par un recours de la population de plus en plus fréquent aux urgences (1). Avec une croissance annuelle de la fréquentation des services d'urgences, de 4% de 1996 à 2004, atteignant en 2004 un taux de 14 millions de passages annuels en France métropolitaine. Etait constaté en 2004 un taux moyen de 37000 passages annuels dans les SAU, et de 16000 dans les UPATOU.

L'Hôpital public ayant pris en charge en 84% de ces passages en 2004.

En 2004 le taux annuel de passages aux urgences (rapport nombre de passages à la population) en France métropolitaine était en moyenne de 23.5%, avec des inégalités entre les régions. Six régions avaient un taux supérieur à 25%, dont la Haute-Normandie avec un taux de 29.3% (le taux le plus élevé en France métropolitaine).

L'évolution de la fréquentation des services d'urgences en Haute-Normandie est la suivante (4) :

- 534007 passages en 2004, ce qui représente une augmentation de 25.6% de 1998 à 2004.
- Une augmentation soutenue entre 2004 et 2008 (559607 passages en 2008), puis un palier depuis 2008 (554108 passages en 2010).

Une étude de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) (5) a examiné les motivations invoquées par les patients pour justifier leur venue dans les structures d'urgence en France. Les principales motivations invoquées sont les suivantes : 47% d'entre eux ont mis en avant la proximité, 44% le besoin ressenti de réaliser un examen ou d'avoir un avis spécialisé, 38% une exigence de rapidité et 32% d'entre eux la perspective d'une hospitalisation.

Les usagers des structures d'urgence en général (structures pédiatriques inclus), paraissaient plutôt jeunes, 43% d'entre eux ayant moins de 25 ans et les plus de 70 ans ne représentant que 14% des usagers (6). Les motifs de consultation se répartissaient en 48% de pathologie somatique, 48% de pathologie traumatologique et 2,5 % de pathologie psychiatrique.

Classification par niveau de gravité des motifs de consultation aux urgences

Les spécialistes de l'urgence en France ont élaboré une échelle de gravité : La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) (7). Elle est constituée de cinq classes de 1 à 5 et évalue le degré de gravité de l'état des patients consultants aux urgences :

- CCMU 1** Etat clinique jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences
- CCMU 2** Etat clinique jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences
- CCMU 3** Etat clinique jugé susceptible de s'aggraver, dans l'immédiat il n'engage pas le pronostic vital
- CCMU 4** Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge ne nécessite pas de manœuvres de réanimation aux urgences
- CCMU 5** Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge comporte la pratique de manœuvres de réanimation

Part des patients consultant pour pathologie non grave

La majorité des patients, consultant dans les structures d'urgences (1) retournent à domicile suite à leur consultation. Le pourcentage de patients hospitalisés suite à un passage aux urgences est de 20 % environ. 16 % des usagers des services d'urgence retournent à domicile suite à une simple consultation et 65% d'entre eux après avoir eu un ou plusieurs examens complémentaires.

Une grande majorité des patients consultant aux services d'urgence sont classés CCMU 1 (14%) ou CCMU 2 (74%) (6). Et au moins 30% des consultants aux urgences relèveraient de la médecine générale selon la même étude.

Cette part importante de patients consultant pour des motifs non graves semble être à l'origine de difficultés à gérer les flux importants de patients dans ces services, et à l'allongement du temps d'attente et de la prise en charge des malades.

Une part très importante des usagers des urgences (70%) (6), se présente directement dans une structure d'urgence sans avoir eu de contact médical préalable (ce taux atteint 80% chez les patients de moins de 50 ans alors qu'à l'opposé 2/3 des patients de plus de 80 ans consultant aux urgences y ont été orientés par un médecin). L'urgence ressentie par le patient étant bien souvent différente de l'urgence clinique détectée par le professionnel de santé. Ce constat plaide en faveur de la nécessité de l'avis d'un professionnel de santé, pour orienter le patient ayant une demande de soins non programmée vers la structure la plus adéquate. Il faut bien différencier le parcours pour les consultations non programmées et les consultations pour urgences médicales. Cette attitude d'autoréférence aux urgences du patient peut être, en partie, expliquée par la banalisation de l'acte médical devenu pour certains patients un bien de consommation usuel.

Il faut également remarquer que 21% en moyenne des passages aux urgences ont lieu la nuit, et 28% des passages ont lieu le weekend end, pendant les heures donc non ouvrables des cabinets médicaux, mais pendant des périodes où la permanence des soins ambulatoires (PDSA) fonctionne (6).

Des considérations économiques sont également impliquées, par les consultations aux urgences pour des motifs « non sévères ». En effet le coût d'une consultation aux urgences est en moyenne trois fois supérieur au coût d'une consultation avec un médecin généraliste (8).

L'aide médicale urgente

L'Aide médicale urgente (AMU) en France est un dispositif mis en place par l'état (9) et a pour but d'apporter une aide médicale adaptée aux personnes victimes d'une affection inattendue et brutale ou d'un accident. Elle comporte un système d'alerte et des services mobiles d'intervention et élabore une chaîne des soins médicaux urgents.

Le SAMU doit répondre par des moyens médicaux aux situations d'urgence. Ils comportent un centre de régulation et de réception des appels (CRRRA) disponible en permanence, pour analyser la situation et déclencher la réponse la plus adaptée à l'état du patient. Ils organisent si besoin le transport du patient dans un établissement public ou privé et veillent à son admission si nécessaire.

Le SAMU dans ses interventions peut être amené à collaborer avec le Service d'Incendie et de Secours (SIS). Il peut faire intervenir les transporteurs sanitaires privés, et le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) (composé d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence, d'un infirmier et d'un conducteur ambulancier) si la situation le nécessite. Le SAMU peut également faire appel, dans la prise en charge du patient à des médecins libéraux et à des paramédicaux libéraux.

La démographie médicale et la permanence des soins ambulatoires

Démographie médicale en France

Le numerus clausus instauré en 1971 régule le nombre d'étudiants en faculté de médecine. Il a été créé afin de limiter l'affluence des étudiants en médecine dans les années 1960. Régulant le nombre d'étudiants de médecine, il régule donc le nombre de futurs médecins formés en France.

Il a été de (10) :

- 8500 en 1979.
- 3500 en 1993.
- 3700 en 1998.
- 6200 en 2005.
- 7500 en 2012.

La densité médicale en France a progressivement augmenté (11) avec une augmentation de 22% de 1990 à 2009 où le nombre de médecins en activité était de 214 000. Cependant, suite, aux mesures mise en œuvre précédemment (diminution du numerus clausus durant les années 80), cette progression ralentie progressivement. Notons à côté de ce ralentissement de la densité médicale une croissance de la population française qui devrait augmenter de 10% de 2006 à 2030. Les prévisions de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) laissent présager une diminution de la densité médicale pouvant entraîner des difficultés d'accès aux soins, avec une répartition hétérogène sur le territoire de l'offre médicale. La densité médicale passerait selon les modèles de prévision de 327 médecins pour 100 000 habitants en 2006 sur le territoire français à 292 médecins pour 100 000 habitants en 2030 (avec un pic de faible densité en 2020) (12). Qui plus est le vieillissement de la population française devrait également

accroître la demande de soins, les personnes âgées ayant une consommation de soins importante.

En 2007 encore 95% de la population française ont accès aux soins de proximité à moins de 15 minutes de route en voiture (13), ce taux est de 99% pour l'accès aux généralistes et la plupart des spécialistes médicaux sont accessibles en moins de 20 minutes par la route, avec cependant des inégalités d'accès notamment dans les régions rurales moins dotées.

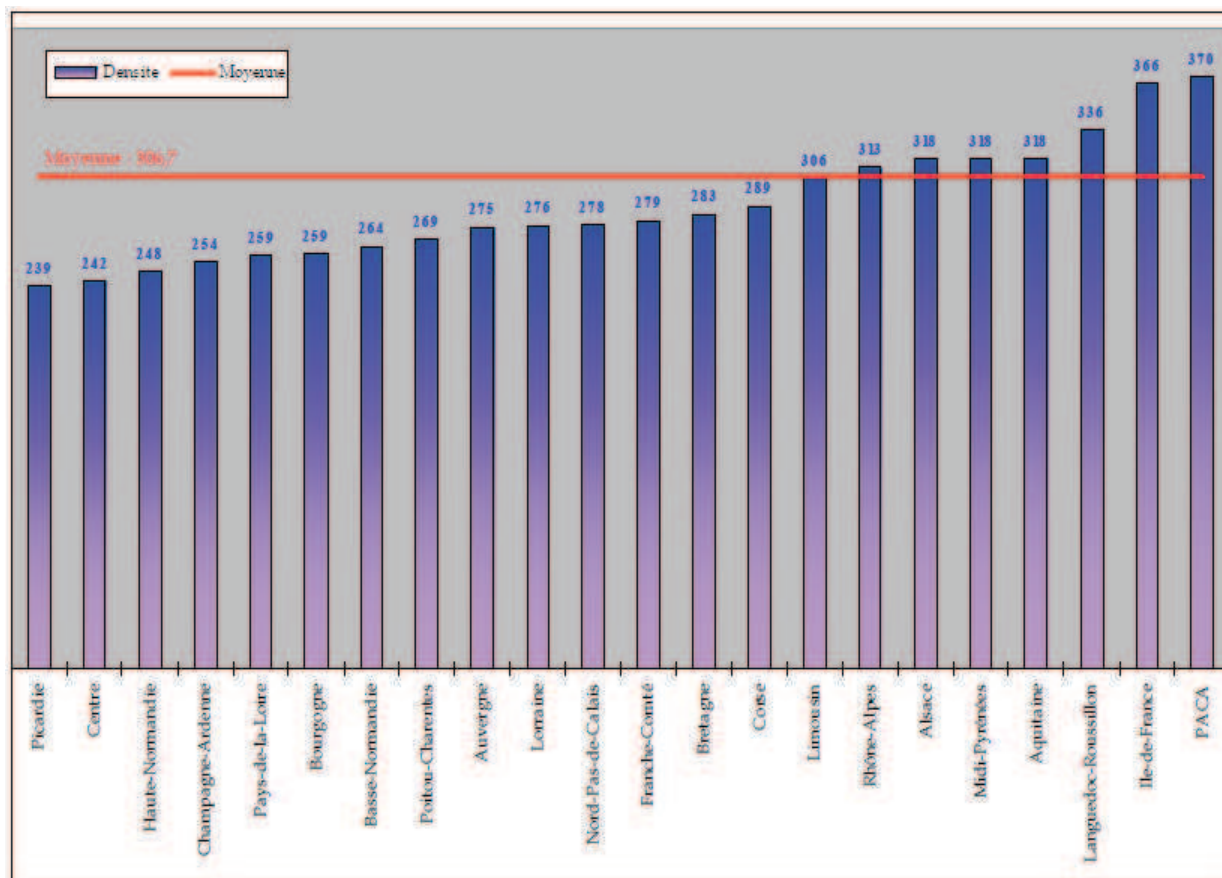
La population médicale et son comportement changent également. Il y a tout d'abord une féminisation de la profession, avec 70% de femmes dans les promotions d'étudiants en médecine et la moitié des médecins de moins de 40 ans sont des femmes. Les habitudes de travail des médecins généralistes libéraux changent également (14) avec en 2009, 54% d'entre eux qui travaillent en groupe (ils étaient 43% en 1998) ce taux atteignant 80% d'entre eux chez les moins de 40 ans. Parmi les médecins exerçant en groupe les trois quarts le font dans des cabinets de 2 ou 3 médecins.

La démographie médicale en Haute-Normandie

La Haute-Normandie a la particularité d'être la région la plus jeune de France, avec une moyenne d'âge de 40 ans et 32,4% de moins de 25 ans dans la population générale. Sa population s'élevait à 1 843 100 personnes en 2011 selon l'INSEE, représentant 2,8% de la population française en métropole.

La Haute-Normandie occupe la troisième position des régions les moins dotées en médecins toutes spécialités confondues au 1^{er} juin 2011 avec 248 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants (la densité moyenne en France est de 306.7 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants) (15). 78.5% de ces médecins Haut Normands exercent en Seine-Maritime et 21.5% dans l'Eure avec un total de 4 891 médecins en activité régulière en Haute-Normandie.

Figure 1 : Les chiffres de densités médicales régionales en 2011 (source : Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P. La Démographie Médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie, situation au 1^{er} juin 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins)

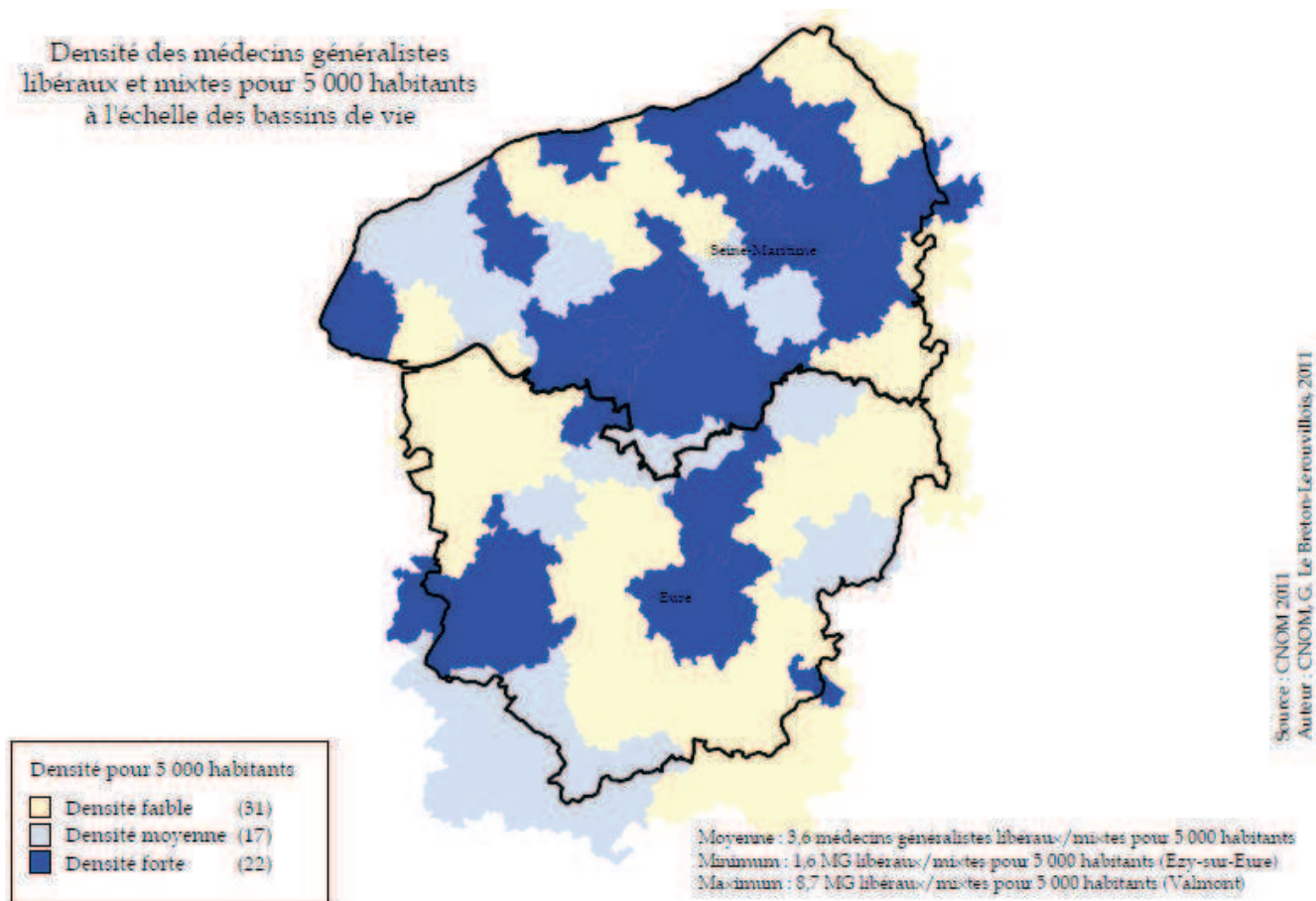


Sur le territoire français, la densité moyenne de médecins généralistes est de 88 médecins généralistes pour 100000 habitants en 2011.

En Haute Normandie la densité moyenne est de 72 médecins généralistes pour 100 000 habitants (soit 18% de moins que la moyenne nationale). Il y a 2 301 médecins généralistes en activité inscrits aux tableaux des Ordres départementaux de Haute-Normandie. Ils sont âgés en moyenne de 53 ans, et de sexe masculin pour 61% d'entre eux. Ils sont 591 (25,7%) à exercer dans l'Eure et 1710 (74,3%) à exercer en Seine-Maritime.

La densité médicale dans le département de l'Eure est plus faible que la densité médicale en Seine-Maritime et la majorité des médecins nouvellement inscrits dans la région le sont en Seine-Maritime (85% des nouveaux inscrits).

Figure 2 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes en Haute-Normandie
 (source : Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P. La Démographie Médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie, situation au 1^{er} juin 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins)



Définition de la permanence des soins ambulatoires

L'article L.4130.1 de la loi HPST (Hôpital patient santé territoire), a établi les missions de médecin généraliste de premier recours, dont l'une d'elle est de «Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ». La WONCA Europe (World organisation of national colleges

academies and academic associations of general practitioners), dans sa définition de la Médecine Générale en 2002 y fait mention parmi une des 11 caractéristiques de la discipline qui est « la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient » (16).

La PDSA a été redéfinie dans le rapport du sénateur Descours en 2003, suite aux mouvements de grève des médecins généralistes en 2001, comme étant (17) : « une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant ».

La participation à la permanence des soins se fait sur la base du volontariat depuis 2003 avec en France un taux de volontaires supérieur à 60% des médecins généralistes installés dans 71% des départements (18). Ce fort taux de volontaires est le reflet d'un engagement important et d'un attachement des médecins généralistes à cette permanence de soins. Le caractère volontaire de la participation à la PDSA a été promulgué dans le rapport du sénateur Descours en 2003 (17). Il existe néanmoins de fortes disparités de cette participation sur le territoire français, en raison principalement des disparités de densité médicale régionale, avec généralement un taux plus faible de participants dans les grands centres urbains mieux dotés. La vérification de l'éligibilité des médecins sur le tableau de garde transmis par chaque secteur est confiée au conseil départemental de l'ordre des médecins.

La PDSA était avant 2003 définie comme un devoir par l'article L.6314-1 du code de la Santé Publique et par l'article 77 du code de déontologie médicale, qui ont dû être modifiés. Toutefois, l'article R 6315-4 du code de la Santé Publique stipule que s'il n'y a pas assez de volontaires et que le tableau de garde n'est pas complet le Conseil départemental de l'ordre des médecins envoie un rapport au préfet qui peut être amené à effectuer des réquisitions pour assurer la permanence des soins.

La Permanence des soins ambulatoires en France a pour pivot la régulation médicale, par le centre 15 ou un centre d'appel spécifique interconnecté avec le centre 15 et lié par une convention à celui-ci (la circulaire n°195 du 16 avril 2013 incite à une centralisation de ces appels (19)). Il faut distinguer le médecin régulateur

spécialiste de la médecine de l'urgence et le médecin régulateur spécialiste de la médecine générale. Un Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) est le premier contact du patient appelant le centre 15 et c'est lui qui orientera, en fonction du niveau d'urgence de l'appel, le patient vers le médecin régulateur généraliste ou le médecin régulateur spécialisé dans la médecine d'urgence. Toute consultation médicale ambulatoire pendant la période de permanence des soins doit être décidée par le médecin régulateur de médecine générale, cette notion est inscrite dans le code de la santé publique (20). La régulation effectuée par un médecin généraliste, dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, oriente le patient dans le parcours correspondant à sa demande de soins :

- Vers le médecin généraliste effecteur qui assure la garde en ambulatoire, si les soins sont estimés relevant de la médecine ambulatoire.
- Soit vers les structures des urgences, pour les patients dont l'état clinique semble le nécessiter en cas de mauvaise orientation par le PARM ou en cas de nécessité de consultation médicale après arrêt de la garde effective de médecine générale.
- Soit le médecin régulateur estime, à la vue des données recueillies lors de l'entretien avec le patient, que son état ne nécessite pas de consultation médicale en « urgence », et lui délivre un conseil (une prise d'un médicament présent à la maison par exemple) en attendant de voir son médecin traitant habituel. Il peut également dans certains cas effectuer une prescription pharmaceutique à distance transmise à la pharmacie de garde par télétransmission ou par fax quand un examen médical immédiat n'est pas nécessaire (les médicaments stupéfiants ou à prescription restreinte ne sont pas concernés par cette procédure).

Cette régulation doit permettre de limiter l'intervention des médecins de garde effecteurs aux seuls patients dont l'état semble le justifier.

La PDSA doit assurer une réponse aux patients qui y ont recours de 20h00 à 8h00 toute la semaine, de 8h00 à 20h00 les jours fériés et les dimanches, et le samedi à partir de midi. Cette offre est en fait hétérogène sur le territoire français entre les différents secteurs en fonction de l'offre de soins existante et de l'activité médicale.

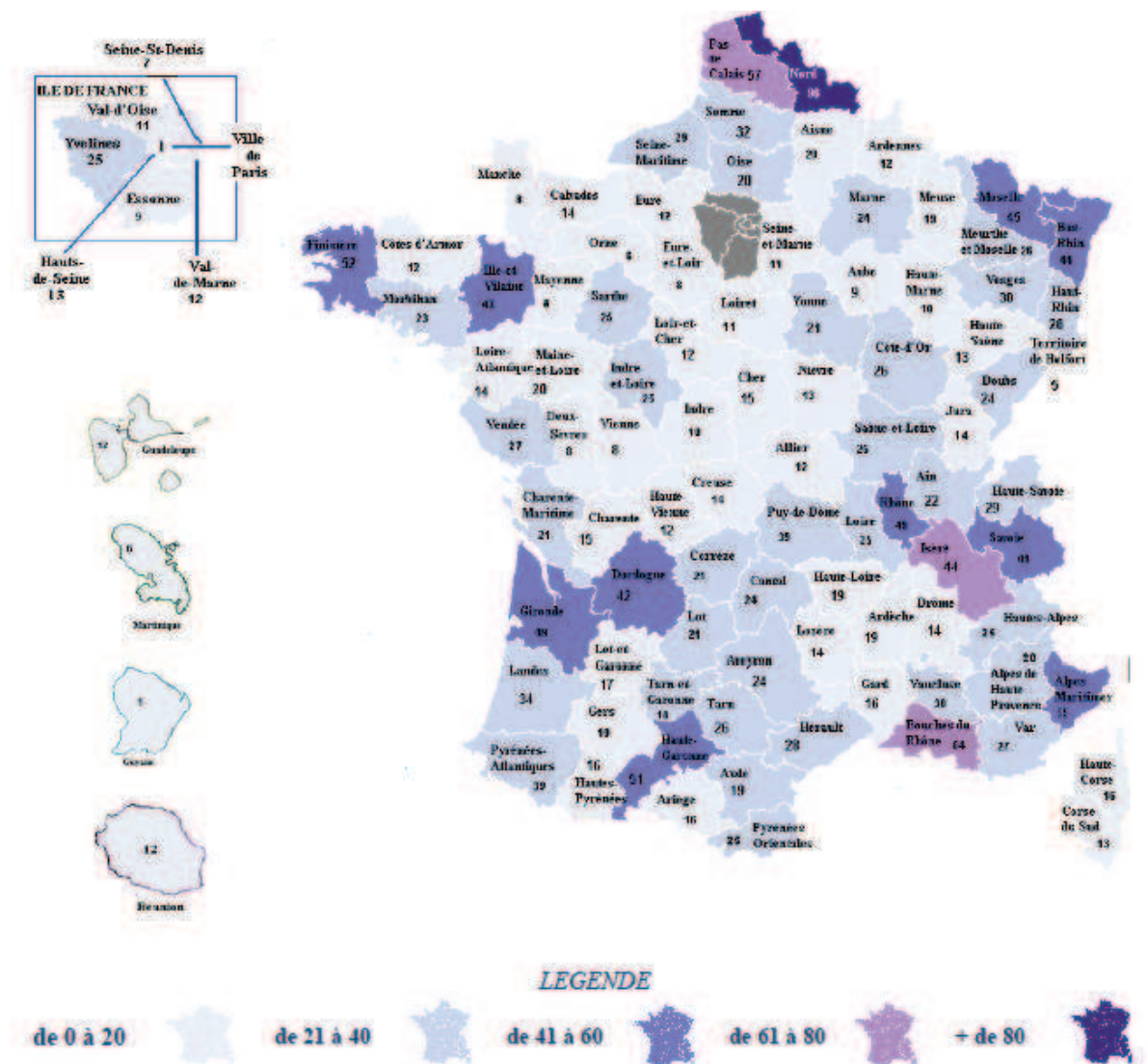
Organisation de la permanence des soins ambulatoires en France.

La loi a confié aux agences régionales de santé (ARS), créées en juillet 2010 d'établir le cahier des charges régional de la permanence des soins (18,21). Une des raisons pour lesquelles cette mission a été confiée aux ARS, est de faire en sorte que ce soit la même structure qui gère l'organisation du dispositif et son financement. Elle était auparavant organisée au niveau départemental sous l'autorité du préfet après avis du comité départemental d'aide médicale urgente et de permanence des soins (CODAMUPS).

Les ARS consultent plusieurs organismes pour l'élaboration du cahier des charges de la permanence des soins au niveau régional et leurs déclinaisons départementales : Les conseils départementaux de l'ordre des médecins, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) des médecins, les préfets de départements, les Comités départementaux de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS TS, c'est l'instance de concertation des professionnels de santé en charge de l'aide médicale urgente) et la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'économie (22).

La permanence des soins est sectorisée en territoires de permanence par le directeur de l'ARS de région concernée (23), avec au 1^{er} janvier 2012 : 2267 secteurs en France. Le nombre de secteurs tend à diminuer au cours des années, ils étaient 3 770 en 2003. La sectorisation repose sur des données de démographie de population, et sur des données de démographie et d'activité médicale.

Figure 3 : La sectorisation au 1^{er} janvier 2011 (source : Enquête du CNOM sur état des lieux de la PDS en médecine générale en janvier 2012).



L'évolution vers la diminution du nombre de secteurs a pour but, de réaliser plus d'actes lors de la garde dans les secteurs où l'activité lors des horaires de permanence des soins est faible, et de rendre le nombre de gardes par mois moins important dans les secteurs à faible densité médicale.

Dans la moitié des secteurs existants la permanence des soins assurée par les médecins libéraux s'arrête à minuit pour le médecin effecteur. L'arrêt de la garde effective à minuit, gagne du terrain sur l'ensemble du territoire.

Cette évolution a été encouragée par le rapport ministériel Grall (24) qui évaluait le dispositif de permanence de soins en nuit profonde avec un médecin effecteur (de 20h00 à 8h00) comme étant fragile, et coûteux par rapport à la faible activité en nuit profonde, encourageant une prise en charge effective en deuxième partie de nuit par les structures hospitalières.

En 2006 les dépenses pour la permanence des soins ambulatoire étaient de 359 millions d'euros (répartis 148 millions d'euros forfaitaires et 211 millions d'euros de consultations) contre 263 millions d'euros pour l'année 2004 (répartis en 52 millions d'euros forfaitaires et 211 millions d'euros de consultations) soit une hausse d'environ 46% des dépenses en 3 ans (24). Depuis le 1^{er} mars 2012, c'est le FIR (Fonds d'intervention régionale), qui finance la PDSA en France, il regroupe des crédits régionaux de PDSA, plusieurs dotations et les crédits de prévention Etat et Assurance Maladie relevant des ARS.

ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN HAUTE NORMANDIE

Le cahier des charges élaboré par l'ARS de Haute-Normandie en 2012 définit 4 types de secteur de PDSA en fonction du degré de leur fragilité (25) :

- Type1 : secteur de grande fragilité démographique et d'activité. Ce sont des zones où le nombre d'actes du médecin effecteur pendant la garde de nuit est d'environ un acte toutes les 3 nuits, et où l'activité durant le weekend ou jour férié est également faible.

Ce secteur ne dispose pas d'une structure d'urgence (secteur considéré non viable à court ou moyen terme par ARS).

- Type2 : secteur avec moins d'un acte en moyenne par nuit pour le médecin effecteur, et où l'activité de weekend est comprise entre 5 et 10 actes par garde. Sur ce secteur les praticiens sont moins de 20 pour les 5 ans à venir (secteur considéré comme non viable à court ou moyen terme par ARS).

- Type3 : secteur avec une moyenne supérieure à 1 acte par garde de nuit pour le médecin effecteur, et de 10 à 50 actes le week-end ou jour férié. Dans 2/3 des cas une structure d'urgence est présente dans le secteur, et si ce n'est pas le cas l'accès à la structure la plus proche est rapide (secteur considéré comme viable par ARS).
- Type 4 : Le nombre d'actes par garde de nuit est compris entre 6 à 10. Et sur le weekend ce sont en moyenne plus de 75 actes par permanence qui sont réalisés. La densité médicale est importante dans ce type de secteur (secteur considéré comme viable par ARS).

Département de l'Eure

La Sectorisation

Dans le département de l'Eure, les secteurs de PDSA sont nommés EOLE (Entente des omnipraticiens libéraux de l'Eure). Il y avait 12 secteurs de permanence des soins ambulatoires lors de rédaction du cahier des charges de l'ARS début 2012. L'ensemble du département est couvert par cette sectorisation avec quatre secteurs de type 2 et huit secteurs de type 3.

Courant 2012 le nombre de secteurs de PDSA a été ramené à 11.

La Régulation

Elle est réalisée tous les jours de 20H00 à 8H00, ainsi que le samedi après-midi de 12H00 à 20H00, et les dimanches et jours fériés de 8h00 à 20H00.

C'est l'association type loi 1901 ALAUME (Association des médecins libéraux pour l'Aide aux Urgences médicales de l'Eure) (26) qui gère la régulation de la PDSA dans l'Eure. Une convention l'associe au centre 15 d'Evreux. Notons qu'ALAUME fédère les associations locales de PDSA dans l'Eure.

Le médecin régulateur libéral régule donc au centre 15 d'Evreux ou à son cabinet ou possiblement à son domicile. La possibilité de régulation à son domicile semble d'ailleurs appréciée par les régulateurs libéraux (27). Le numéro de téléphone pour le

contacter est le 02.32.33.32.32. Un médecin régulateur par garde pour le département associé à un PARM libéral.

Une fois sur deux un conseil téléphonique suffit, ce taux passe à 4 fois sur 5 en nuit profonde (26).

Le nombre d'appels nocturnes est en moyenne de 33 appels par nuit dans l'Eure.

La garde effective

Il n'y a pas de Maison Médicale de garde dans le département de l'Eure. Le médecin effecteur est présent à son cabinet qui est le pont fixe des consultations.

Il y a un médecin effecteur par secteur. Il n'est pas prévu de déplacement à domicile du patient. Les plages horaires de la garde effective dans l'Eure sont les suivantes : de 20H00 à 24H00 (première partie de nuit) tous les jours, les samedis après-midi de 12H00 à 20H00, et les dimanches et jours fériés de 8H00 à 20H00.

Le taux de participation des médecins généralistes à la PDSA dans le département de l'Eure est supérieur à 60% dans l'ensemble des secteurs hormis le secteur d'Evreux. (18,25)

Il y a en moyenne 7,9 actes par nuit en semaine dans le département de l'Eure, et 133,9 actes le week-end.

Département de la Seine- Maritime

La Sectorisation

Il y avait 28 secteurs de PDSA dans le département de Seine-Maritime inscrits dans le cahier des charges de l'ARS en janvier 2012 (28) avec de nombreuses restructurations en cours. L'ensemble du département est couvert par cette sectorisation avec six secteurs de type 1, douze secteurs de type 2, sept secteurs de type 3 et trois secteurs de type 4. Courant 2012 le nombre de secteurs a été diminué à 20 en Seine-Maritime.

La Régulation

Elle est assurée au sein des centres 15 la nuit en semaine et le samedi de 19h00 à 7h00 (assurée par le centre de Rouen (SAMU 76A) et celui du Havre (SAMU 76B) de 19h00 à 1h00 puis par Rouen ou le Havre en alternance de 1h00 à 7h00). Elle est assurée tous les dimanches et jours fériés la journée entière. Dans la zone du Havre le 02.32.73.32.33, et dans la zone de Rouen et de Dieppe le 02.35.58.76.33 permettent de contacter la régulation médicale pour accéder à la PDSA.

Le nombre moyen d'appels lors de ces régulations dans le cadre de la PDSA est de 35 pour Le Havre et de 70 pour Rouen par garde.

L'accès à la PDSA est régulé dans la plupart des secteurs de PDSA hormis dans les secteurs d'Elbeuf, de Dieppe, de Neufchâtel, de Eu, du Havre, et les secteurs couverts par SOS Médecins où en pratique, il est possible de consulter le médecin effecteur sans passer par la régulation.

La garde effective

Dans le département de Seine-Maritime il y a 11 secteurs dans lesquels la garde effective se réalise en point fixe : 10 maisons médicales de garde (MMG) et la structure d'urgences à l'hôpital d'Eu (29). Dans les autres secteurs du département le médecin effecteur reçoit les patients dans son cabinet.

L'horaire habituel de la garde effective est de 20h00 à 24h00 en semaine, sans couverture en nuit profonde, de 12h00 à 24h00 le samedi, de 8h00 à 24h00 les dimanches et jours fériés.

Il existe cependant des particularités d'horaire selon les secteurs :

- A la maison médicale de garde de Neuchâtel, il y a possibilité de consultation la nuit complète ainsi que la journée (sous certaines conditions en journée) (30).
- Les secteurs de Rouen et de Rouen Sud sont couverts par SOS Médecins 24H/24 et 7 jour sur 7. SOS Médecins est une association participant à

assurer la permanence des soins dans les secteurs qu'elle couvre, en répondant aux demandes de soins non programmés en l'absence ou indisponibilité du médecin traitant habituel du patient. Elle effectue des visites à domicile.

- Sur le secteur de Rouen de 20h00 à 8h00.
- Dans le secteur du Havre la garde de nuit est effective de 20h00 à 1h30. La garde est également assurée la nuit entière les vendredis et les samedis.

Les visites à domicile pendant les horaires de PDSA sont possibles dans 3 secteurs :

- Le Havre par l'AMUH (Association médicale des urgences havraises) (31).
- A Rouen par SOS médecins dans le secteur Rouen Sud, et celui de Rouen.
- A Rouen par l'UMR (Urgences médicales rouennaise).

Dans 2 autres secteurs c'est également possible seulement la journée durant le week-end avec des équipes mobiles à Yvetot et à Neufchâtel (30).

Le taux de participation des médecins généralistes à la permanence des soins dans le département de la Seine Maritime est supérieur à 60% dans la quasi-totalité des secteurs, hormis les secteurs de Rouen, de Couronne, de Neuchâtel, et de l'agglomération Sud de Rouen (18, 28). Il y a en moyenne 42,7 actes la nuit dans le département de Seine-Maritime et 467,3 actes le week-end.

Justificatif de l'étude

Devant le constat d'une augmentation progressive du nombre de consultants dans les structures d'urgence notamment en Haute-Normandie qui possède un taux annuel de passages aux urgences parmi les plus élevés en France, avec une part importante de patients utilisant ces structures pour des motifs « non graves » et le plus souvent de façon spontanée sans avoir essayé de contacter un professionnel de santé avant de consulter aux Urgences et ceci associé au constat d'une densité médicale faible en Haute-Normandie, notamment en médecins généralistes (moins 18 % par rapport à la moyenne nationale) qui doivent assurer une permanence des soins ambulatoires sur l'ensemble de la région, ce travail se fixe deux objectifs :

- A partir d'une base de données réalisée par le Département de Santé Publique du CHU de Rouen dans le cadre d'une enquête (sous la direction du Dr Ladner, financement de l'Assurance Maladie, appel d'offre national) qui a eu lieu dans quatre services d'urgences situés en Haute-Normandie et dont l'inclusion des patients s'est fait de juillet 2003 à mars 2004, nous allons identifier des déterminants spécifiques aux patients adultes consultant de façon auto référée pour des motifs non sévères aux urgences en analysant toute une série de facteurs : sociodémographiques, d'environnement médical, de parcours médical les six mois précédents, et leur parcours aux urgences. Ce travail est une étude épidémiologique transversale

Afin de cibler une population à informer sur l'existence de structures de soins ambulatoires, qui aurait pu répondre à leur problème médical.

- Nous analyserons également les justifications des patients auto-référés n'ayant pas tenté de joindre un médecin, pour expliquer leur recours aux urgences.

Matériel et Méthodes

Lieu de l'étude

L'étude réalisée, a eu lieu dans quatre sites d'Urgences hospitaliers publics en région Haute Normandie. Il s'agit donc d'une étude multicentrique.

- 3 sites situés dans le département de la Seine-Maritime :
 - Le SAU de l'hôpital Charles Nicolle, CHU – Hôpitaux de Rouen, situé en centre-ville de Rouen (préfecture de la Seine-Maritime).
 - L'UPATOU de l'hôpital Saint Julien de Petit Quevilly.
 - Le SAU de l'hôpital d'Elbeuf, situé à Cléon.
- 1 site situé dans le département de l'Eure :
 - l'UPATOU de l'hôpital de Bernay.

Période de réalisation de l'étude

La sélection des patients de cette étude s'est faite de juillet 2003 à mars 2004.

Population étudiée

Il s'agit d'une enquête de cohorte, mais nous travaillerons sur la phase d'inclusion des patients dans la cohorte, soit un design d'étude transversale, qui a comparé deux populations de consultants dans les 4 services d'urgence cités précédemment :

- Un groupe de patients venus aux urgences spontanément sans avoir eu recours à un médecin, soit les patients auto-référés.
- Un groupe de patients adressés aux urgences par un médecin ou une institution médico-sociale, soit les patients référés.

L'étude devait totaliser 300 patients référés et 300 patients auto référés pour pouvoir en tirer des conclusions (un calcul de la taille d'échantillon effectué).

Les critères d'inclusion étaient : patients âgés de 18 ans ou plus, patients admis dans l'un des quatre services d'urgences participant à l'étude et résidant sur Agglomération de Rouen, Elbeuf, Petit Quevilly ou Bernay, patients classés CCMU 1 ou 2.

Les critères d'exclusion étaient : patients dont l'admission hospitalière est programmée, patients non interrogeables, refus du patient après information de participer à l'étude, patients classés CCMU 3, 4 ou 5.

Organisation de l'étude et outils de mesure

Les deux enquêteurs chargés d'assurer la présentation de l'étude, la note d'information et de recueillir le consentement écrit des patients dans les services d'urgences étaient étudiants en médecine en DCEM 3 (Deuxième cycle des études médicales 3ème année). Le rythme d'inclusion était sous forme d'une permanence de 6 heures dans les services réparties de façon aléatoire dans la journée et dans la première partie de la nuit (jusqu'à minuit), en semaine, en weekend et jours fériés.

Remarque : dans cette enquête un suivi téléphonique des patients a été réalisé les 6 mois suivants leur passage aux urgences (dans le cadre d'une enquête de cohorte), cette partie de l'enquête, n'est pas étudiée dans ma thèse. C'est le suivi longitudinal de l'étude de cohorte prospective.

Le questionnaire d'inclusion comporte des questions ouvertes et des questions fermées (cf. questionnaire en Annexe).

Les questionnaires étaient secondairement rendus anonymes et confidentiels et l'accord de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) a été obtenu préalablement au démarrage de l'étude.

Les premiers items permettent d'identifier le site d'inclusion, la date de la consultation, l'enquêteur, et d'identifier les patients référés ou non.

Etaient ensuite recueillies les données socio-administratives du patient :

- Leur nom et prénom après que le patient ait signé un accord, l'adresse du patient, les coordonnées téléphoniques.
- Le lieu de naissance et la nationalité.
- L'activité professionnelle et les revenus mensuels nets.
- Le niveau d'étude.
- La situation familiale et le nombre d'enfants à charge.
- Le type d'habitation et le statut de propriétaire ou locataire.

L'environnement socio-sanitaire du patient :

- Bénéfice ou non de la sécurité sociale.
- Bénéfice ou non de la CMU de base ou complémentaire.
- Bénéfice ou non d'une mutuelle ou d'une assurance complémentaire privée.
- Bénéfice ou non de minima sociaux.
- Bénéfice des services sociaux du département ou de la commune.
- Avoir ou non un médecin de famille. En cas de réponse positive son nom et commune d'exercice et le suivi (ancienneté du suivi, fréquence de consultations, date de dernière consultation, motif et lieu de dernière

consultation). En cas de réponse négative motif de l'absence de médecin traitant.

- Avoir un ou plusieurs médecins spécialistes. (leur spécialité, leur nom et commune d'exercice, date de dernière consultation, pathologie suivie).
- En cas de maladie, qui consultez-vous en première intention ?

Contacts avec le système de santé dans les 6 derniers mois.

- Nombre de consultations médicales dans les 6 derniers mois (du médecin de famille, de médecin généraliste autre que médecin traitant, médecin spécialiste, médecin de garde ou SOS médecins, médecin à l'hôpital ou dans une clinique). Si absence de consultation dans les 6 mois la justification.
- Consultation aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique. Si oui : fréquence, motif, nombre d'hospitalisations suites à ces consultations.
- Nombre d'examens complémentaires dans les 6 derniers mois. (type d'examen)
- Nombre d'hospitalisation dans les 6 derniers mois et pour chaque hospitalisation la date, l'établissement, le service, la maladie prise en charge et la durée d'hospitalisation.

Décision de recours aux urgences aujourd'hui

- Tentative de joindre un médecin avant de venir aux urgences. Si oui lequel ? Si non pourquoi ?
- Personne qui a conseillé de venir aux urgences.
- Date de début du problème de santé qui a justifié la venue aux urgences.
- Raison de la venue aux urgences.

Aux urgences

- Le jour et l'heure d'arrivée du patient, et celui de la prise en charge médicale.
- Le mode d'entrée du patient.
- L'accompagnement ou non du patient.
- Les antécédents du patient.
- Les examens complémentaires réalisés ainsi que leurs résultats.
- Le diagnostic principal et les éventuels diagnostics associés.
- Les actes thérapeutiques réalisés.
- Le devenir du patient. (service en cas d'hospitalisation, si ordonnance contenu de celle-ci, conseil de consulter professionnel de santé (si oui lequel et un courrier a-t-il été rédigé ?))
- Le jour et l'heure de la sortie des urgences.
- La classification CCMU du patient.
- L'avis du médecin sénior des urgences sur la justification ou non de la venue du patient et ses arguments.

Analyse statistique

Le travail d'analyse statistique a été réalisé en utilisant le logiciel statistique Epi Info (version 3.5.3).

Analyse descriptive :

Une analyse descriptive des variables des données sociodémographiques, de l'environnement médical des 6 mois précédents, et du parcours aux urgences a été

réalisée chez les patients référés et auto référés. Avec une description par leurs effectifs et leurs fréquences.

Tests statistiques :

La taille de l'échantillon étant importante aucun test non paramétrique n'a été utilisé. Les tests utilisés ont été le test CHI 2 de Pearson ou le test exact de Fisher pour comparer des variables qualitatives entre 2 groupes : le t test de Student pour comparer les variables quantitatives entre 2 groupes. On a considéré des hypothèses bilatérales pour l'ensemble de ces tests. Une valeur usuelle de $p < 0,05$ pour le seuil de significativité. Les Odds Ratio bruts (OR) ont été calculés en analyse uni variée avec leur intervalle de confiance à 95%.

Régression logistique :

Afin de répondre à notre objectif principal qui vise à identifier des déterminants spécifiques aux patients adultes consultants de façon auto référée pour des motifs non sévères aux urgences une régression logistique a été réalisée. Les variables considérées comme pouvant être des déterminants de la variable dépendant ont été testées en analyse uni variée. Toutes les variables significatives avec une valeur de p inférieure à 0,20 en analyse uni variée ont été incluses dans l'analyse multi-variée afin d'identifier les déterminants à l'autoréférence indépendants. Les résultats sont présentés sous forme d'Odds Ratio Ajusté (ORA) avec leur intervalle de confiance à 95%. Les variables suivantes ont été intégrées dans la régression logistique : le sexe, un âge supérieur à 65 ans, avoir une activité professionnelle, avoir un niveau d'études égal ou supérieur au BAC, avoir des revenus supérieurs à 1500 euros, bénéficier de la CMU, d'une complémentaire médicale, des services sociaux, des minimas sociaux, être propriétaire de son logement, avoir un enfant à charge, déclarer consulter en ambulatoire en première intention, être suivi par un médecin traitant, par un spécialiste. Avoir consulté les 6 mois précédant l'inclusion son médecin traitant, un spécialiste, aux urgences, un médecin hospitalier ou avoir été hospitalisé. Aux urgences être venu pour un motif psychiatrique, traumatique, être arrivé aux urgences par ses propres moyens, avoir reçu un examen complémentaire,

avoir reçu un acte de soins orthopédiques, avoir été hospitalisé suite au passage aux urgences, avoir une venue jugée justifiée par le sénior des urgences.

Résultats

Enquête épidémiologique transversale

Au total 631 patients ont été inclus dans l'étude.

- 306 patients au SAU du CHU de Rouen (151 auto-référés et 155 référés)
- 169 au SAU de l'hôpital d'Elbeuf (104 auto-référés et 65 référés)
- 129 à l'UPATOU de l'hôpital Saint Julien à Petit-Quevilly (99 auto-référés et 30 référés)
- 27 à l'hôpital de Bernay (15 auto-référés et 12 référés). L'inclusion a été faible sur le site de Bernay suite à un fort taux de refus des patients de participer à l'étude. Le recrutement a été plus important que prévu sur le site de Saint Julien pour mieux représenter les UPATOU.

Soit 369 patients (58,5%) étaient auto-référés et 262 patients (41,5%) étaient référés.

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

L'étude transversale a inclut 281 femmes et 350 hommes, avec un sexe ratio homme/femme de 1,24. L'âge moyen est de 45,13 ans (ET : 19,56).

La population étudiée est de nationalité française pour 95,3% d'entre eux, ils ont une activité professionnelle active pour 52,3% d'entre eux, sont bénéficiaires de la Sécurité Sociale pour 98,6% d'entre eux, et bénéficiaires de la CMU pour 7,5% d'entre eux.

Le taux de bacheliers de la population étudiée est de 29,6%.

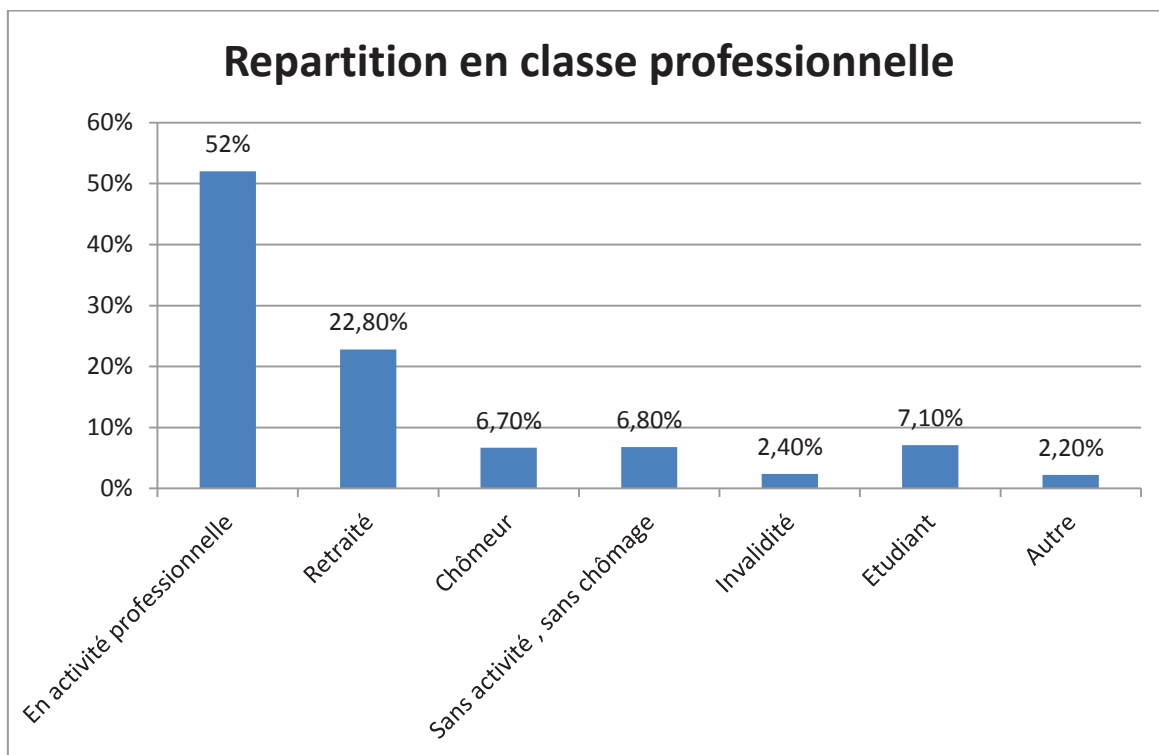


Figure 4 : Classe professionnelle de la population incluse

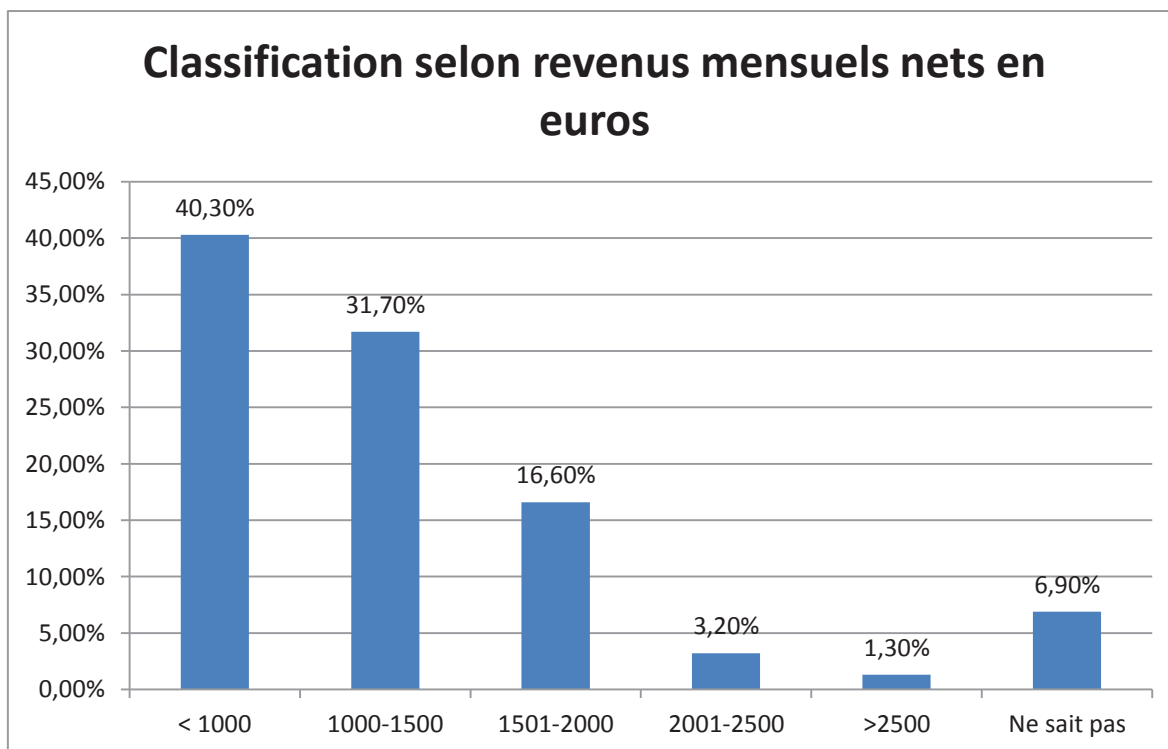


Figure 5: Niveau de revenu de la population incluse

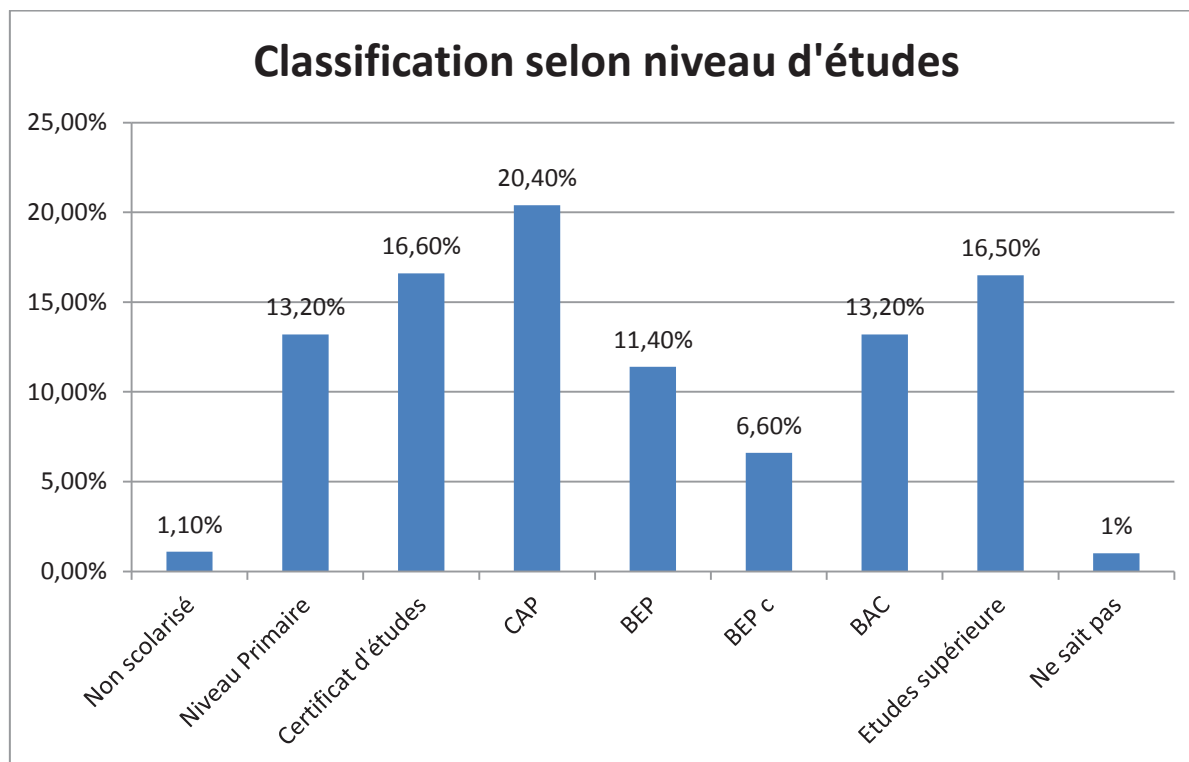


Figure 6 : Niveau d'étude de la population incluse

Tableau I : Comparaison des caractéristiques socio démographiques des patients auto-référés et référés

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Sexe				
Homme	191 (51,8%)	159 (60,7%)	0,02	0,69 (0,50-0,95)
Femme	178 (48,2%)	103 (39,3%)		
Age moyen(en années)				
	38,2 (15,78)	54,9 (20,20)	<0,0001	
Age > 65 ans				
Oui	23 (6,2%)	96 (36,6%)	<0,0001	0,11 (0,07-0,18)
Non	346 (93,8%)	166 (63,4%)		
Nationalité				
Etranger	17 (4,7%)	12 (4,6%)	0,57	1,00 (0,47-2,15)
Français	347 (95,3%)	247 (95,4%)		

Les patients auto référés ont une moyenne d'âge inférieure à celle des patients référés. 38,2 ans en moyenne chez les auto-référés (Ecart type= 15,78) et 54,9 en moyenne chez les patients référés (Ecart type= 20,20) ($p < 0,0001$). Il semble y avoir une proportion d'hommes moins importante chez les patients auto-référés de manière peu significative ($p = 0,02$). Il n'y a pas de différence concernant la proportion d'étrangers entre les deux groupes.

Tableau I bis : Comparaison des caractéristiques socio démographiques des patients auto-référés et référés

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Activité professionnelle actuelle				
Oui	234 (63,9%)	94 (36%)	<0,0001	3,14 (2,26-4,38)
Non	132 (36,1%)	167 (64%)		
Revenus				
> 1500€	94 (26,6%)	39 (15,2%)	0,0004	2,02 (1,33-3,05)
< ou = 1500€	259 (73,4%)	217 (84,8%)		
Niveau d'étude Bac ou +				
Oui	139 (38,2%)	48 (18,4%)	<0,0001	2,74 (1,88-4,00)
Non	225 (61,8%)	213 (81,6%)		
Propriétaire habitation				
Oui	110 (30,1%)	117 (41,6%)	0,0001	0,53 (0,38-0,74)
Non	256 (69,9%)	144 (55,2%)		
Vie maritale				
Oui	206 (56,3%)	147 (56,3%)	0,53	1,00 (0,72-1,38)
Non	160 (43,7%)	114 (43,7%)		
Enfant à charge				
Oui	166 (46,8%)	80 (31,2%)	<0,0001	1,93 (1,38-2,71)
Non	189 (53,2%)	176 (68,8%)		

Les patients auto-référés sont plus de trois fois plus nombreux à avoir une activité professionnelle ($p<0,0001$), sont deux fois plus nombreux à avoir un revenu supérieur à 1500 euros ($p=0,0004$) et sont plus de deux fois plus nombreux à avoir un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat ($p<0,0001$) que les patients référés.

Tableau I ter : Comparaison des caractéristiques socio démographiques des patients auto-référés et référés

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Sécurité sociale				
Oui	362 (98,6%)	257 (95,4%)	0,56	1,13 (0,30-4,24)
Non	5 (1,4%)	4 (1,5%)		
CMU				
Oui	32 (8,7%)	15 (5,7%)	0,11	1,57 (0,83-2,96)
Non	335 (91,3%)	246 (94,3%)		
Complémentaire médicale				
Oui	311 (85,0%)	234 (90,0%)	0,04	0,63 (0,38-1,03)
Non	55 (15,0%)	26 (10,0%)		
Bénéfice des minima sociaux				
Oui	26 (6,8%)	11 (4,2%)	0,11	1,66 (0,80-3,45)
Non	340 (93,2%)	249 (95,8%)		
Bénéfice des services sociaux				
Oui	6 (1,6%)	26 (10,0%)	<0,0001	0,15 (0,06-0,37)
Non	358 (98,4%)	234 (90,0%)		

Les patients auto-référés sont moins nombreux à bénéficier des services sociaux (1,6% contre 10,0% $p<0,0001$), et de manière peu significative sont moins nombreux à bénéficier d'une complémentaire médicale (85,0% contre 90,0% $p=0,04$).

Il n'y a pas de différence significative entre les patients auto-référés et les patients référés pour le bénéfice de la sécurité sociale et les bénéficiaires de la CMU.

ENVIRONNEMENT MEDICAL ET PARCOURS DE SOINS DANS LES 6 MOIS PRECEDANT L'INCLUSION

96,3 % de la population étudiée dans cette étude a déclaré avoir un médecin traitant. 85,7% l'ont consulté dans les 6 mois précédant l'inclusion. La durée moyenne de suivi avec ce médecin de famille est de 10,7 ans, et dans l'année il a été consulté en moyenne 6,9 fois par les patients.

Ils sont 47,5% à avoir déclaré être suivi par un médecin spécialiste, et sont 39,3% à avoir consulté un médecin spécialiste les 6 mois précédant l'inclusion. Notons également que 15,2% des patients inclus ont consulté un médecin hospitalier les 6 mois précédant l'inclusion et 23,9% ont consulté dans un service d'urgence hospitalier.

16,0 % des patients inclus dans l'étude ont été hospitalisés au moins une fois, durant les 6 mois précédant l'inclusion.

Tableau II : Comparaison de l'environnement médical entre les patients auto référés et référés.

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Avoir un médecin traitant.				
Oui	347 (94,6%)	258 (98,9%)	0,003	0,20 (0,06-0,69)
Non	20 (5,4%)	3 (1,1%)		
Etre suivi par un spécialiste				
Oui	146 (40,9%)	137 (57,3%)	<0,0001	0,52 (0,37-0,72)
Non	211 (59,1%)	102 (42,7%)		
Consulter en ambulatoire en première intention				
Oui	357 (97,3%)	253 (99,6%)	0,03	0,14 (0,02-1,11)
Non	10 (2,7%)	1 (0,4%)		
Avoir déclaré un antécédent médical				
Oui	175 (47,4%)	188 (72,0%)	<0,0001	0,35 (0,25-0,49)
Non	194 (52,6%)	73 (28,0%)		

94,6% des patients auto-référés ont déclaré avoir un médecin traitant contre 98,9% des patients référés ($p=0,003$). Les patients auto-référés sont également moins souvent suivis par un médecin spécialiste ($p<0,0001$).

Les patients auto-référés déclarent, pour 97,3% d'entre eux, consulter la médecine ambulatoire en première intention.

Tableau III : Comparaison de la trajectoire de soins dans les 6 mois précédant l'inclusion entre les patients auto référés et référés.

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Avoir consulté le médecin de famille				
Oui	293 (80,3%)	242 (93,4%)	<0,0001	2,29 (0,16-0,50)
Non	72 (19,7%)	17 (6,6%)		
Avoir consulté un autre médecin généraliste				
Oui	69 (18,8%)	71 (27,2%)	0,008	0,62 (0,42-0,90)
Non	298 (81,2%)	190 (72,8%)		
Avoir consulté un spécialiste				
Oui	124 (33,9%)	121 (46,9%)	0,0007	0,58 (0,42-0,80)
Non	242 (66,1%)	137 (53,1%)		
Avoir consulté SOS médecins				
Oui	13 (3,6%)	20 (7,7%)	0,02	0,44 (0,22-0,91)
Non	353 (96,4%)	241 (92,3%)		

Les patients auto-référés ont moins souvent consulté leur médecin de famille ($p < 0,0001$) ou leur médecin spécialiste ($p < 0,0007$) les 6 mois précédant l'inclusion.

Tableau III bis : Comparaison de la trajectoire de soins dans les 6 mois précédant l'inclusion entre les patients auto référés et référés.

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Avoir réalisé un examen complémentaire				
Oui	168 (47,2%)	171 (66,8%)	<0,0001	0,44 (0,32-0,62)
Non	188 (52,8%)	85 (33,2%)		
Avoir consulté un médecin hospitalier				
Oui	61 (16,7%)	34 (13%)	0,13	1,34 (0,85-2,11)
Non	304 (83,3%)	227 (87%)		
Avoir consulté aux urgences				
Oui	94 (26%)	57 (22,3%)	0,17	1,22(0,84-1,78%)
Non	268 (74%)	199 (77,7%)		
Avoir été hospitalisé				
Oui	47 (13,1%)	54 (21,0%)	0,006	0,56 (0,37-0,87)
Non	313 (86,9%)	203 (79,0%)		

Notons que 26% des patients auto-référés ont consulté au moins une fois aux urgences, les 6 mois précédant leur inclusion.

Les patients auto-référés ont moins souvent été hospitalisés que les patients référés les 6 mois précédant leur inclusion (13,1% contre 21,0% p=0,006).

Tableau III ter : Comparaison de la trajectoire de soins dans les 6 mois précédant l'inclusion entre les patients auto référés et référés.

	Auto-référés	Référés	p
Durée de suivi moyenne du médecin de famille en année (ET)	10,28 (8,02)	11,37 (8,46)	0,11
Nombre de consultation moyen dans l'année avec : médecin de famille (ET)	5,39 (5,78)	9,02 (9,01)	<0,0001
Nombre de consultation moyen dans les 6 mois avec :			
Médecin de famille (ET)	2,77 (3,45)	4,93 (4,50)	<0,0001
Médecin généraliste (ET)	0,27 (0,77)	0,40 (0,94)	0,05
Médecin spécialiste (ET)	0,65 (1,39)	0,89 (1,71)	0,05
SOS Médecins (ET)	0,04 (0,22)	0,08 (0,28)	0,05
Médecin hospitalier (ET)	0,36 (0,99)	0,18 (0,56)	0,007
Aux urgences (ET)	0,25 (0,44)	0,22 (0,42)	0,29
Nombre moyen d'examens complémentaires dans les 6 mois (ET)	0,92 (1,33)	1,78 (2,25)	<0,0001
Nombre moyen d'hospitalisations dans les 6 mois (ET)	0,15 (0,42)	0,22 (0,44)	0,05

PARCOURS DE SOINS AUX URGENCES

84,5% des patients inclus dans l'étude sont classés CCMU 2 et donc 15,5% sont classés CCMU 1. Dans leur parcours aux urgences 78,4% des patients ont bénéficié d'au moins un examen complémentaire, 22% ont reçu au moins un acte de soins

d'orthopédie (pansement, plâtre, attelle, petite chirurgie), et 9,7% ont bénéficié d'un traitement médicamenteux pendant leur passage aux urgences.

60,3% de la population étudiée ont consulté aux urgences pour un motif somatique (= pathologie autre que psychiatrique ou traumatologique), 36,5% pour un motif traumatologique, et 3,2% pour un motif psychiatrique.

Pour 26,4% de l'ensemble des patients, la consultation aux urgences a débouché sur une hospitalisation.

Enfin la venue du patient au service des urgences a été jugée justifiée par le médecin sénior des urgences dans 52,0% des cas.

Tableau IV : Comparaison du mode d'entrée aux urgences des patients auto-référés et référés

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Arrivé aux services des urgences par ses propres moyens				
Oui	306 (83,6%)	123 (47,3%)	<0,0001	5,68 (3,93-8,21)
Non	60 (16,4%)	137 (52,7%)		
Patient accompagné lors de son arrivée				
Oui	234 (64,3%)	118 (45,2%)	<0,0001	2,18 (1,58-3,02)
Non	130 (35,7%)	143 (54,8%)		

Tableau V : Comparaison des examens complémentaires réalisés entre les patients auto-référés et référés

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Avoir eu au moins un examen				
Oui	258 (69,9%)	237 (90,5%)	<0,0001	0,26 (0,15-0,39)
Non	111 (30,1%)	25 (9,5%)		

Tableau V bis: Comparaison des examens complémentaires biologiques réalisés entre les patients auto-référés et référés

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Biochimie				
Oui	97 (26,3%)	196 (74,8%)	<0,0001	0,12 (0,08-0,17)
Non	272 (73,7%)	66 (25,2%)		
Numération de formule sanguine				
Oui	94 (25,5%)	193 (73,7%)	<0,0001	0,12 (0,09-0,18)
Non	275 (74,5%)	69 (26,3%)		
Bandelette urinaire				
Oui	32 (8,7%)	30 (11,5%)	0,15	0,73 (0,43-1,24)
Non	337 (91,3%)	232 (88,5%)		
Autre examen biologique				
Oui	59 (16%)	103 (39,3%)	<0,0001	0,29 (0,20-0,43)
Non	310 (84%)	159 (60,7%)		

Tableau V ter: Comparaison des examens complémentaires réalisés entre les patients auto-référés et référés

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Abdomen sans préparation				
Oui	30 (8,1%)	50 (19,1%)	<0,0001	0,38 (0,23-0,61)
Non	339 (91,9%)	212 (80,9%)		
Radiographie pulmonaire				
Oui	37 (10%)	107 (40,8%)	<0,0001	0,16 (0,11-0,25)
Non	332 (90%)	155 (59,2%)		
Autre examen radiologique				
Oui	158 (42,8%)	78 (29,8%)	0,0005	1,78 (1,26-2,47)
Non	211 (57,2%)	184 (70,2%)		
Electro cardiogramme				
Oui	59 (16%)	131 (50%)	<0,0001	0,19 (0,13-0,28)
Non	310 (84%)	131 (50%)		

Tableau VI : Cadre nosologique des pathologies diagnostiquées aux urgences :

	Auto-référés	Référés
Cardiovasculaire	8 (2,2%)	29 (11,2%)
Appareil Respiratoire	7 (1,9%)	29 (11,2%)
Infectiologie	11 (3,1%)	11 (4,2%)
Appareil Digestif	24 (6,6%)	43 (16,5%)
Rhumatologie	39 (10,6%)	22 (8,5%)
Neurologie et Neuro-vasculaire	13 (3,6%)	25 (9,6%)
Dermatologique	15 (4,2%)	6 (2,4%)
Néphrologie et Urologie	14 (3,8%)	10 (3,9%)
ORL et Stomatologie	6 (1,6%)	5 (1,9%)
Ophtalmologie	3 (0,8%)	1 (0,4%)
Gynécologie	1 (0,2%)	1 (0,4%)
Psychiatrie	8 (2,2%)	12 (4,6%)
Traumatologie	192 (52,6%)	36 (13,9%)
Autres (Malaise non précisé, iatrogénie, social, examen anormal...)	24 (6,6%)	29 (11,2%)

Tableau VII : Regroupement des cadres nosologiques en trois types de pathologies : psychiatrique, somatique ou traumatologique

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Pathologie psychiatrique				
Oui	8 (2,2%)	12 (4,6%)	0,07	0,46 (0,19-1,14)
Non	357 (97,8%)	247 (95,4%)		
Pathologie somatique				
Oui	165 (45,2%)	211 (81,5%)	<0,0001	0,19 (0,13-0,27)
Non	200 (54,8%)	48 (18,5%)		
Pathologie traumatologique				
Oui	192 (52,6%)	36 (13,9%)	<0,0001	6,87 (4,57-10,33)
Non	173 (47,4%)	223 (86,1%)		

52,6% des patients auto-référés ont consulté aux urgences pour de la traumatologie.

Les patients auto-référés ont consulté aux urgences pour de la traumatologie pratiquement sept fois plus souvent que les patients référés ($p < 0,0001$).

Tableau VIII : Prise en charge et issue du patient :

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Acte orthopédie (pansement, plâtre, attelle, petite chirurgie)				
Oui	120 (32,6%)	19 (7,3%)	<0,0001	6,19 (3,70-10,36)
Non	248 (67,4%)	243 (92,7%)		
Traitement médicamenteux aux urgences				
Oui	35 (9,5%)	26 (9,9%)	0,48	0,95 (0,56-1,63)
Non	333 (90,5%)	236 (90,1%)		
Hospitalisation				
Oui	44 (12,3%)	119 (45,9%)	<0,0001	0,16 (0,11-0,24)
Non	315 (87,7%)	140 (54,1%)		
Ordonnance faite par le médecin des urgences				
Oui	234 (63,4%)	95 (36,3%)	<0,0001	3,05 (2,19-4,23)
Non	135 (36,6%)	167 (63,7%)		
Patient adressé à un professionnel de santé par le médecin des urgences				
Oui	160 (45,7%)	97 (43,5%)	0,33	1,09 (0,78-1,53)
Non	190 (54,3%)	126 (56,5%)		

Les patients auto-référés ont plus souvent bénéficié d'un acte d'orthopédie (32,6% contre 7,3% $p < 0,0001$) et ont moins souvent été hospitalisés suite à leur passage aux urgences (12,3% contre 45,9% $p < 0,0001$).

Tableau IX : Classification CCMU, opinion du médecin urgentiste sénior sur la justification de la venue du patient

	Auto-référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
CCMU2				
Oui	287 (78,6%)	242 (92,7%)	<0,0001	0,29 (0,17-0,49)
Non	78 (21,4%)	19 (7,3%)		
Venue jugée justifiée par le médecin des urgences				
Oui	152 (42,3%)	176 (69%)	<0,0001	0,33 (0,24-0,46)
Non	207 (57,7%)	79 (31%)		

La venue aux urgences des patients auto-référés était jugée non justifiée trois fois plus souvent que celle des patients référés ($p < 0,0001$), et moins de la moitié des patients auto-référés ont eu une venue jugée justifiée.

Les patients auto référés sont moins nombreux à avoir bénéficié au moins d'un examen complémentaire ou d'acte thérapeutique au cours de leur passage aux urgences (78,6% contre 92,7%, $p < 0,0001$).

Temps d'attente aux urgences :

Le temps d'attente moyen aux urgences était en moyenne plus court chez les patients auto-référés. (De façon tout juste significative)

Il était de 39 minutes et 8 secondes en moyenne chez les patients référés (Ecart type= 28 minutes) et de 28 minutes et 55 secondes chez les patients auto référés (Ecart Type= 31 minutes) ($p = 0,048$).

Temps de soins :

Le temps de soins moyen est significativement plus court chez les patients auto référés.

4 heures et 6 minutes en moyenne chez les patients référés (Ecart Type 225 minutes), et de 2 heures 21 minutes et 50 secondes chez les patients auto-référés (Ecart type= 141 minutes) ($p < 0,0001$).

DETERMINATION DES FACTEURS ASSOCIES A L'AUTOREFERENCE (REGRESSION LOGISTIQUE)

Les variables incluses dans la régression logistique (= variables d'ajustement) sont : le sexe, un âge supérieur à 65 ans, avoir une activité professionnelle, avoir un niveau d'études égal ou supérieur au BAC, avoir des revenus supérieurs à 1500 euros, bénéficier de la CMU, d'une complémentaire médicale, des services sociaux, des minimas sociaux, être propriétaire de son logement, avoir un enfant à charge, déclarer consulter en ambulatoire en première intention, être suivi par un médecin traitant, par un spécialiste. Avoir consulté les 6 mois précédant l'inclusion son médecin traitant, un spécialiste, aux urgences, un médecin hospitalier ou avoir été hospitalisé. Aux urgences être venu pour un motif psychiatrique, traumatique, être arrivé aux urgences par ses propres moyens, avoir reçu un examen complémentaire, avoir reçu un acte de soins orthopédiques, avoir été hospitalisé suite au passage aux urgences, avoir une venue jugée justifiée par le sénior des urgences.

Tableau X : Régression logistique, résultats significatifs

	Auto-référés	Référés	Fisher exact(p)	ORA(IC 95%)
Age > 65 ans				
Oui	23 (6,2%)	96 (36,6%)	0,02	0,38 (0,16-0,87)
Non	346 (93,8%)	166 (63,4%)		
Etre suivi par médecin spécialiste				
Oui	146 (40,9%)	137 (57,3%)	0,02	0,45 (0,23-0,86)
Non	211 (59,1%)	102 (42,7%)		
Avoir consulté aux Urgences les 6 mois avant l'inclusion				
Oui	94 (26,0%)	57 (22,3%)	0,04	1,91 (1,02-3,57)
Non	268 (74,0%)	199 (77,7%)		
Etre arrivé aux urgences par ses propres moyens				
Oui	306 (83,6%)	123 (47,3%)	0,01	2,48 (1,45-4,27)
Non	60 (16,4%)	137 (52,7%)		
Motif traumatologique de consultation aux urgences				
Oui	192 (52,6%)	36 (13,9%)	0,01	2,36 (1,21-4,57)
Non	173 (47,4%)	223 (86,1%)		
Avoir reçu acte de soins d'orthopédie aux urgences				
Oui	120 (32,6%)	19 (7,3%)	0,02	2,63 (1,15-6,00)
Non	248 (67,4%)	243 (92,7%)		
Hospitalisation				
Oui	44 (12,3%)	119 (45,9%)	0,003	0,37 (0,19-0,72)
Non	315 (87,7%)	140 (54,1%)		

JUSTIFICATION POUR LEUR VENUE AUX URGENCES DES PATIENTS AUTO-REFERES.

Afin de pouvoir expliquer ce comportement d'autoréférence aux urgences, et de pouvoir comprendre et agir sur ce comportement, les motivations des patients ont été recueillies.

A la question, avez-vous tenté de joindre un médecin avant de venir consulter aux urgences, la réponse a été :

- NON : pour 334 des patients auto référés inclus (90,5%)
- OUI le médecin traitant pour 13 des patients auto référés (3,5%)
- OUI le médecin de garde pour 2 des patients auto référés (0,5%)
- OUI un médecin spécialiste pour 4 des patients auto référés (1,1%)
- OUI SOS Médecins pour 2 des patients auto référés (0,5%)
- OUI un autre médecin pour 6 des patients auto référés (1,6%)
- 8 patients ne se sont pas prononcés (2,3%)

Les 334 patients auto référés n'ayant pas tenté de joindre un médecin ont été interrogés sur la raison pour laquelle, ils n'ont pas tenté de le faire. Les différentes réponses reçues ont été les suivantes:

- Le sentiment d' « inefficacité » du traitement prescrit par le médecin généraliste ou le premier intervenant pour 28 d'entre eux. (8,4%)
- Problème survenu en dehors des horaires d'ouverture du cabinet médical pour 36 d'entre eux (10,7%)
- Le sentiment que c'est plus pratique et plus rapide d'être pris en charge à l'hôpital pour 98 d'entre eux (29,3%)

- Le médecin habituel est a priori actuellement en vacances pour 15 d'entre eux (4,5%)
- Délai habituel jugé trop long pour rendez-vous de consultation proposé pour 15 d'entre eux (4,5%)
- Médecin traitant jugé « non compétent » par le patient pour le problème de santé actuel pour 34 d'entre eux (10,2%)
- Accident du travail et patient adressé par l'entreprise pour 8 d'entre eux (2,4%)
- Le fait qu'il ne soit pas nécessaire d'avancer les frais pour consulter aux urgences pour 2 d'entre eux (0,6%)
- Délais plus court pour bénéficier d'une radiographie pour 26 d'entre eux (7,8%)
- Le patient a été adressé aux urgences par les pompiers ou son entourage pour 45 d'entre eux (13,5%)
- Médecin non disponible pour 4 d'entre eux (1,2%)
- Patient suivi par médecin hospitalier habituellement, ou problème survenu après intervention chirurgicale pour 2 d'entre eux (0,6%)
- Parce que le début des troubles est survenu à proximité de l'hôpital pour 6 d'entre eux (1,8%)
- Autre motif ou pas de raisons relevées pour 15 d'entre eux (4,8%)

A partir de toutes ces raisons invoquées les 319 patients auto-référés qui n'ont pas tenté de joindre un médecin et ont justifié cette décision peuvent être classés en 4 groupes. Nous nous sommes inspirés d'une enquête de la DRESS de BAUBEAU D et CARRASCO V, réalisée en janvier 2003, et étudiant 3000 consultants aux urgences, pour réaliser cette classification en 4 groupes.

- Groupe 1 : Simplicité de consulter aux urgences
- Groupe 2 : Patient sachant ou pensant médecin habituel non disponible ou absent
- Groupe 3 : Patient estimant que la première prise en charge n'a pas été efficace ou perte de confiance.
- Groupe 4 : Patient qui n'a pas donné son avis, a été amené aux urgences par quelqu'un d'autre

La répartition dans ces 4 groupes est la suivante :

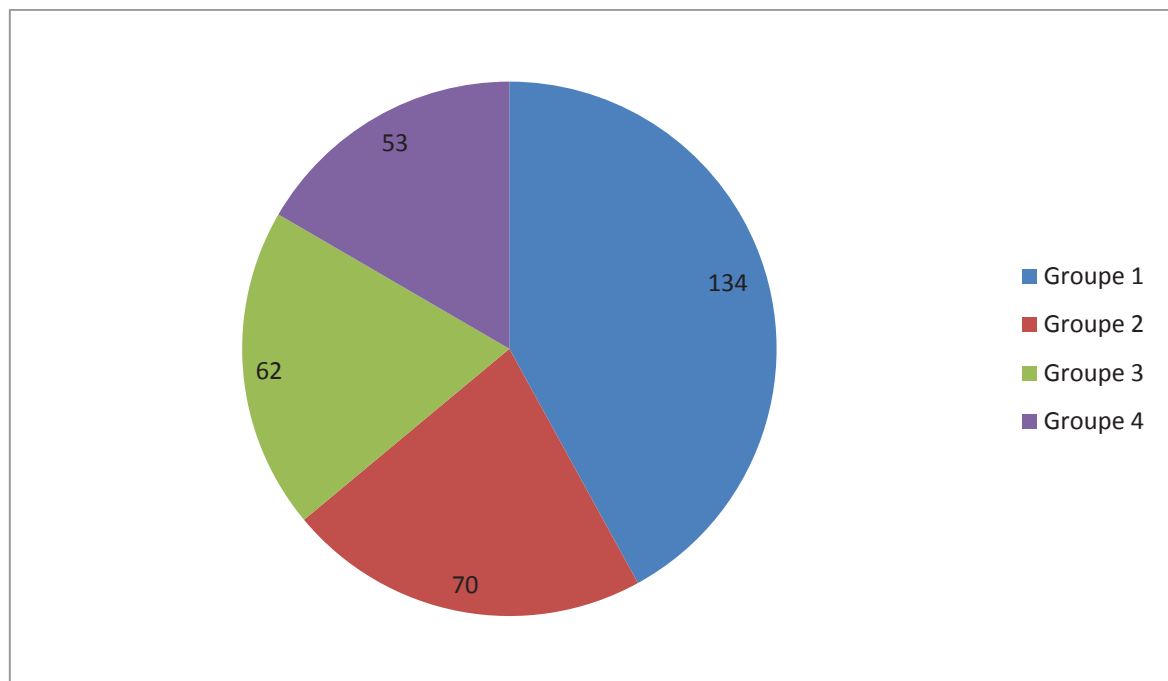


Figure 7 : Classification en quatre groupes des patients auto-référés n'ayant pas tenté de joindre médecin avant venue aux urgences et ayant une justification.

Groupe 1 : 134 patients auto référés (42,0%)

Groupe 2 : 70 patients auto référés (21,9%)

Groupe 3 : 62 patients auto référés (19,4%)

Groupe 4 : 53 patients auto référés (16,6%)

Si l'on s'intéresse spécifiquement aux 134 patients auto-référés du Groupe 1 qui semblent consulter aux urgences de façon spontanée par simplicité, en les comparant à l'ensemble des autres groupes de patients auto-référés n'ayant pas tenté de joindre un médecin sur les données significatives après régression logistique ainsi que sur leur âge moyen, leur niveau d'études et le fait d'avoir une activité professionnelle, les constats sont les suivants :

Tableau XI : Comparaison du groupe 1 aux autres groupes sur les données sociodémographiques

	Patients du groupe 1	Patients des groupes 2+3+4	Fischer exact (p)
Activité professionnelle	91(68,4%)	114 (62,0%)	0,14
Niveau d'études supérieur au BAC	60 (45,1%)	64 (35,2%)	0,05
Age supérieur à 65 ans	4 (3,0%)	18 (9,7%)	0,01
Moyenne âge (années)	34,8 (13,9)	40,1 (17,0)	0,004

Les patients du groupe « simplicité de consulter aux urgences » sont plus jeunes que les autres (34,8 ans en moyenne d'âge contre 40,1 ans, $p=0,004$).

Tableau XII : Comparaison du groupe 1 aux autres groupes sur les données d'environnement médical et de parcours de soins dans les 6 mois

	Patients du groupe 1	Patients des groupes 2+3+4	Fisher exact (p)
Avoir consulté aux urgences dans les 6mois	34 (25,6%)	47 (26,0%)	0,52
Être suivi par un médecin spécialiste	50(38,5%)	75 (41,7%)	0,32

Tableau XIII : Comparaison du groupe 1 aux autres groupes sur les données concernant le parcours aux urgences

	Patients du groupe 1	Patients des groupes 2+3+4	Fischer exact (p)
Arrivée par leurs propres moyens	120 (90,2%)	144(78,3%)	0,003
Motif Traumatologique	90 (67,7%)	79 (42,9%)	<0,0001
Acte d'orthopédie	57 (43,2%)	51 (27,6%)	0,003
Hospitalisation	10 (7,7%)	24 (13,3%)	0,08

Les patients du groupe « simplicité de consulter aux urgences » sont plus souvent arrivés par leur propre moyen ($p=0,003$), et ont plus souvent consulté pour de la traumatologie que les autres groupes ($p<0,0001$). Il n'y a pas de différence significative concernant le taux d'hospitalisation après passage aux urgences.

DISCUSSION

DISCUSSION DES RESULTATS ET COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.

Caractéristiques des patients adultes consultant aux urgences pour des motifs non sévères de façon auto-référée.

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Notre étude a permis de faire ressortir au niveau sociodémographique plusieurs caractéristiques associées au fait de consulter aux urgences de façon auto-référée chez les patients consultant dans ces 4 sites en Haute-Normandie pour des motifs jugés « non sévères ».

Les patients consultant de façon auto-référés sont plus jeunes (moyenne d'âge de 38 ans contre 55 ans pour les patients référés, significatif en uni-varié), avec une proportion moins importante de personnes âgées de plus de 65 ans (6% contre 37% significatif en multi-varié) plus souvent en activité professionnelle (pour 64% d'entre eux et 36% des patients référés, significatif en uni-varié), et avec un niveau d'études supérieur (38% ont le Bac ou un niveau supérieur contre 18% des patients référés, significatif en uni-varié) à celui des patients qui ont eu recours à un médecin avant de consulter aux urgences.

Il s'agit donc a priori d'une population bien insérée socialement qui consulte aux urgences par autoréférence. Toutefois, une particularité n'allant pas dans ce sens est que les patients auto-référés sont moins souvent propriétaires de leur logement (30% contre 42% des patients référés, significatif en uni-varié) probablement en rapport avec leur plus jeune âge.

D'autres études réalisées dans d'autres régions de France, à Marseille, à Dijon, à Perpignan et dans le Val de Marne ont retrouvé le fait que c'est une population jeune

qui consulte spontanément aux urgences de façon auto référée pour « motif non sévère », avec des moyennes d'âge allant de 33 à 41 ans. (32, 33, 34, 35, 36, 37) Des études étrangères retrouvent également le jeune âge de ces consultants les moyennes d'âge tournant autour des 40 ans (38, 39, 40).

En ce qui concerne l'activité professionnelle nous retrouvons des pourcentages variables dans d'autres études allant de 31% à 63 % de patients ayant une activité professionnelle active. Cependant la plupart des résultats se rapprochent de notre taux de 64% de professionnels actifs. (32, 34, 35, 36)

Quant au niveau d'étude, notre taux de bacheliers de 38,2% est moins important que celui retrouvé dans le travail de thèse d'Anthony Calvo (33) qui est de 57%, mais plus important que celui retrouvait dans le travail de thèse de S. Gentile (32) avec seulement 25% de bacheliers (39% sans diplôme, 37% ont arrêté avant le BAC dans le travail de Gentile S). Cette bonne insertion sociale, est également retrouvée dans certaines études réalisées dans d'autres pays avec un taux de bénéficiaire de complémentaire médicale plus important, et le fait d'avoir une activité professionnelle plus fréquente chez les patients utilisant les services d'urgence pour des motifs non sévères (41, 42).

Nos résultats retrouvant une bonne insertion socio professionnelle des patients consultant aux urgences de façon auto-référée pour un motif « non sévère » sont par contre différents d'une étude réalisée par Lang T en 1996 (43), à Paris dans la région Ile de France, qui retrouve de façon plus fréquente chez les consultants aux urgences pour motif « non sévère » le fait d'être sans emploi, sans domicile fixe, né hors de France et sans assurance maladie. Cette différence constatée peut être expliquée par des différences socio démographiques entre les différentes régions en France. D'autres études étrangères, retrouvent une population plutôt précarisée chez les consultants des services d'urgences de façon fréquente ou pour des motifs « non sévères » avec selon les études soit un environnement social défailant, soit un faible niveau d'éducation, soit de faibles revenus voir même une marginalisation (38, 44, 45, 46, 47).

Environnement médical et habitudes de soins

Cette population plus jeune a moins souvent eu recours au moins une fois à son médecin traitant ou à un médecin spécialiste durant les six mois précédant l'inclusion (différence significative en uni-varié), ce résultat peut être expliqué par le fait que les personnes âgées sont de plus gros consommateurs de soins.

Par contre les patients ayant consulté de façon auto-référée ont plus souvent consulté au moins une fois aux urgences dans les 6 mois précédant l'inclusion (26% d'entre eux contre 22% des référés significatif en multi varié). Cet élément permet de présumer que le fait de consulter spontanément aux urgences de ces patients est répété dans le temps. Dans le travail de thèse de Gentile S, 69% des patients consultant aux urgences pour motif « non sévère » ont consulté aux urgences dans les 12 mois précédents (32).

Ils semblent avoir tendance à consulter plus facilement un médecin hospitalier que les patients référés (17% d'entre eux contre 13% pour les référés sans différence significative). Ils semblent donc avoir une consommation de soins plus centrée sur l'hôpital que les patients référés.

Cette population a par contre moins souvent eu recours à SOS Médecins dans les 6 mois précédents (4.% d'entre eux contre 8%, différence significative en uni-varié). Ce résultat peut inciter à penser que c'est un signe de moins bonnes connaissances des structures de PDSA existantes chez les patients auto référés, cependant tous les patients inclus dans l'étude n'étaient pas dans une zone où était présente SOS Médecins, et comme dit précédemment cette population est plus jeune, a moins d'antécédent pathologique, et a pu venir aux urgences dans la grande majorité des cas par leurs propres moyens ce qui peut expliquer un moindre recours à cette structure.

Parcours aux Urgences

En ce qui concerne le parcours aux urgences les principaux résultats sont les suivants. Il est tout d'abord intéressant de constater que la très grande majorité des

patients auto référés, sont arrivés aux urgences par leurs propres moyens (84% d'entre eux contre 47% pour les référés, significatif en multi-varié). Cet élément laisse envisager qu'une grande partie de cette population ne serait pas gênée par le fait que dans la grande majorité des secteurs de PDSA, les transports pour consulter le médecin effecteur ne sont pas pris en charge et que les visites à domicile dans le cadre de la PDSA sont limitées à certains secteurs. Nos résultats semblent semblables à d'autres dans la littérature : 91% dans le travail de thèse de Gentile S et 85 % dans le travail de Caron J sont venus aux urgences par leurs propres moyens (32, 35).

Les patients auto référés dans cette étude consultent plus souvent aux urgences pour un motif traumatologique (53%) que les patients référés (14%) (Significatif en multi-varié). Ceci explique également qu'ils aient plus souvent eu un acte de soins d'orthopédie aux urgences (33%, significatif en multi-varié). Il est possible qu'une partie de ces patients auto référés ayant consulté aux urgences pour un motif traumatologique n'aient pas consulté en ambulatoire, pensant qu'une radiographie serait indispensable ou qu'un acte d'orthopédie ou de petite chirurgie (tel une suture, un strapping ou une attelle, etc) ne soit réalisable qu'en structure hospitalière. Dans les faits un taux important de médecins généralistes semblent continuer à réaliser des sutures ou des strappings dans le cadre d'une entorse en cabinet même si des différences sont constatées en fonction de la zone d'activité, notamment en fonction de la distance par rapport à un service d'urgence et que cette part de généralistes pratiquant les sutures semble diminuer (48, 49, 50). Soulignons également qu'en comparant les patients auto-référés dont la venue a été jugée justifiée à ceux dont la venue a été jugée injustifiée le fait d'avoir reçu un acte de soins d'orthopédie est plus fréquent chez les jugés « justifié » (46% contre 24% $p < 0,0001$) mais que dans le même temps pour 42% des patients auto-référés ayant reçu un acte de soins d'orthopédie leur venue aux urgences n'a pas été jugée justifiée par le médecin sénior aux urgences.

Il est intéressant aussi que sur les 192 patients auto référés ayant consulté pour de la traumatologie seuls 114 (60%) d'entre eux ont reçu une radiographie (autre qu'un ASP ou une radio pulmonaire). On peut également supposer que si ces patients

avaient consulté en ambulatoire, un nombre de ces examens prescrits dans les services d'urgences ayant le plateau technique directement à disposition aurait pu être différé voir non réalisé, l'accès à ces examens étant plus difficile en ambulatoire et les habitudes de prescriptions différentes selon les conditions d'exercice (8). Selon une étude de Roberts E et Mays N les médecins généralistes lorsqu'ils travaillent dans un environnement d'urgences hospitalières prescriraient entre 20 et 58% d'examens en moins par rapport au personnel habituel des urgences (51).

Dans d'autres travaux de thèse, réalisés dans d'autres régions françaises, le taux de consultations pour motif traumatologique pour les patients auto référés consultant pour motifs non sévères varie de 30% à 53% (33, 36, 37).

Cette étude a relevé que les patients auto-référés classés CCMU 1 ou 2 sont moins souvent hospitalisés que les patients référés (12% des auto-référés contre 46% des patients référés, significatif en multi varié) suite à leur consultation aux urgences. Ceci paraît logique les patients référés ayant consulté après filtrage médical qui a jugé la prise en charge hospitalière nécessaire, et les patients référés présentant plus souvent un problème de santé somatique et étant plus âgés. En effet la plupart des hospitalisations après passage aux urgences le sont pour des pathologies somatiques (70% pour motif somatique, 20% pour motif traumatologique, le reste se partageant entre le psychiatrique et les problèmes sociaux) (32).

La venue aux urgences est logiquement également jugée moins souvent justifiée par le médecin sénior des urgences chez les patients auto référés (42% de venue justifiée contre 69% pour les référés, significatif en uni-varié). Plus de la moitié des recours de façon auto-référée dans ce contexte sont jugés inappropriés par le médecin qui les a reçus aux urgences et un patient auto-réfééré sur cinq n'a pas reçu d'examen complémentaire ni d'acte thérapeutique lors du parcours aux urgences. Les patients auto référés n'ayant pas eu une orientation médicale à leur parcours de soins et étant moins souvent hospitalisés, ce résultat était attendu.

Le temps de soins moyen aux urgences est également plus court chez les patients auto-référés (2 heures et 21 minutes en moyenne contre 4 heures et 6 minutes en moyenne). Les résultats de bilans biologiques prescrits en cas de pathologie

somatique, plus longs à récupérer que des radiographies prescrites lors de pathologie traumatique peuvent expliquer cette différence de temps de soins. Les patients référés étant également moins souvent arrivés dans le service des urgences par leurs propres moyens, leur départ peut en être retardé. Enfin les patients référés étant plus souvent hospitalisés, le temps de trouver une place au patient dans un service hospitalier influence ce résultat.

Justification de la venue aux urgences des patients venus par autoréférence

Il est tout d'abord notable que 90 % de ces 369 patients venus de façon auto-référée n'ont pas tenté de joindre un médecin avant de se rendre aux urgences et que seuls 4% des patients auto référés environ ont essayé de joindre leur médecin traitant.

Ces résultats sont dans la même fourchette que ceux du travail de thèse de Pujol C (36) où 17 % ont appelé le 15, 1,5% SOS médecin et 6% leur médecin traitant soit 75,2% des patients qui n'ont pas essayé de joindre un médecin, et de 83% des patients qui n'ont pas tenté de joindre un médecin dans le travail de thèse de Gentile S (32).

Remarquons ensuite que le facteur financier ne semble pas dans cette étude être un facteur justifiant de consulter en dehors du système ambulatoire pour ne pas avoir à avancer les frais de la consultation. En effet seulement moins d'1% des patients auto-référés n'ayant pas tenté de joindre un médecin avant de consulter aux urgences évoquent comme justification le fait de ne pas pouvoir avancer les frais (0,3 % dans le travail de thèse de Pujol C). Comme vu plus haut des différences régionales existent, et le facteur financier peut entrer en compte dans certaines régions (43).

Ensuite 42% des patients n'ayant pas tenté de joindre un médecin avant le recours aux urgences, ont utilisé le service des urgences pour raison de commodités et de simplicité (pas de prise de rendez-vous, structure avec possibilité d'examen

complémentaire et d'avis spécialisé...). Ce groupe de patients semble a priori utiliser les services d'urgences de façon réflexe. Ils privilégient une médecine perçue comme rapide, efficace et plus technique que la médecine ambulatoire.

22% d'entre eux n'ont pas essayé de joindre leur médecin habituel sachant ou pensant qu'il n'était pas disponible, 19% d'entre eux parce qu'il n'était pas satisfait de la première prise en charge, et 17% d'entre eux car la décision de consultation aux urgences a été décidée par un tiers.

Les patients auto-référés du groupe « facilité de consulter aux urgences » sont plus jeunes, et consultent plus fréquemment pour de la traumatologie que les autres.

Dans les données de la littérature les patients consultants pour motifs non graves aux urgences ont les justifications suivantes:

- La difficulté de consulter en ambulatoire pour 22% d'entre eux (52, 33)
- Le sentiment de nécessité d'exploration radiologique ou biologique pour 10 à 49% d'entre eux (33, 36, 52, 53).
- Motif traumatologique et blessure pour 43% d'entre eux, avec le sentiment que ce problème est géré aux urgences (54).
- Sentiment de gravité du motif de consultation pour 7% d'entre eux, soit « l'urgence ressentie » (33).
- La douleur ressentie pour 49% d'entre eux et la peur ressentie pour 18% d'entre eux (32).

Commentaires sur la permanence des soins ambulatoires en Haute Normandie.

Remarquons tout d'abord que la régulation de la PDSA est assurée pendant toute la période de PDSA et couvre l'ensemble des deux départements de la région Haute Normandie. Les patients ont donc dans toute la région la possibilité d'avoir une évaluation médicale téléphonique pendant la période de permanence des soins pour

savoir si leur état nécessite une consultation en ambulatoire par le médecin de garde, s'ils doivent consulter aux urgences, ou si ils peuvent attendre le lendemain pour consulter un médecin en ayant ou non reçu des conseils thérapeutiques.

En journée ils peuvent joindre leur médecin traitant habituel au moins pour avis téléphonique si celui-ci est disponible, en cas d'indisponibilité ils peuvent toujours joindre le 15 pour évaluation de leur demande médicale et avoir une orientation adaptée à leur demande.

Remarquons que 12% de l'activité totale des médecins généralistes libéraux est réalisé sous forme de consultation en urgence ou non programmée avec l'expression du besoin de voir un médecin le jour même par le patient. Ils sont donc impliqués dans la prise en charge des soins non programmés. Ce mode de recours au médecin généraliste libéral semble concerner les plus jeunes, car dans 55% des cas il s'agit de patients de moins de 45 ans, et il s'agit en cabinet de médecine générale d'une pathologie somatique dans trois quarts des cas (55).

La mobilisation des médecins généralistes pour assurer cette permanence de soins est importante, avec un taux de participation de plus de 60% dans la quasi-totalité de ces secteurs (18, 25), ce qui souligne un fort investissement et un attachement de ces médecins généralistes à la PDSA et ce malgré une faible densité médicale dans la région.

Le fait que la garde effective ne soit pas réalisée en nuit profonde dans la plupart des secteurs semble justifié par les faits suivants :

- Une très faible demande de minuit à 8h00 du matin. Et le dispositif en nuit profonde comme peu utilisé est décrit comme fragile et couteux dans le rapport ministériel Grall (24).
- Le fait que si le médecin généraliste effectue sa garde effective toute la nuit il ne pourra assurer sa journée au cabinet le lendemain dans les conditions de sécurité nécessaires, en raison d'une possible nuit sans sommeil et aucun dispositif ne prévoit cette perte de revenu en pratique libérale. Et financièrement une garde de nuit est moins intéressante qu'une journée de consultation conventionnelle.

Notons également, qu'une majorité des secteurs de PDSA en Haute Normandie sont considérés comme fragiles à moyen terme par l'Agence Régionale de Santé en raison d'une faible densité médicale sans perspective de correction dans les 5 ans ou d'une faible activité durant les gardes avec une restructuration nécessaire dans l'avenir, et 8 secteurs de PDSA considérés en Seine Maritime comme d'une grande fragilité démographique et d'activité par l'ARS, avant la restructuration jugée indispensable à court terme par l'ARS (28). Le système de PDSA semble sous utilisé par les patients, en effet, dans le département de l'Eure 10 secteurs sur 12 (avant la restructuration) ont moins d'un acte par nuit par le médecin effecteur en semaine (25), et 14 secteurs sur 28 en Seine Maritime (avant la restructuration) sont dans la même situation (28) alors que dans le même temps comme il est dit dans l'introduction 49% des passages aux urgences ont lieu pendant la période de PDSA (6). Serait-ce dû à un manque d'information de la population sur ces structures existantes ?

Description de certaines structures de PDSA en Seine Maritime :

Organisation de la permanence des soins ambulatoires dans le secteur du Havre :

Le système de permanence des soins ambulatoires au Havre est l'un des plus complets de France. (30)

La PDSA est gérée par une association de médecins généralistes qui a été créée en 1978, l'AMUH (Association Médicale des Urgences du Havre), qui a vu son organisation évoluer au cours des années avec l'acquisition d'un local pour recevoir les patients en 1993 la « Domus Medica » (30).

Les particularités de cette organisation sont les suivantes :

- Organisation du découpage du Havre en 5 secteurs, dans lequel il y a un cabinet médical de garde en journée. Le patient reçoit les coordonnées du cabinet à consulter par la régulation. C'est un système permettant donc d'assurer les soins en dehors des horaires PDSA habituels, quand le médecin référent de ces patients n'est pas disponible pour répondre à leur demande de

soins. Ces 5 médecins sont disponibles en journée de 8h00 à 19h00 en semaine et de 8h00 à 12h00 le samedi.

- Est également organisé un système de visites à domicile si nécessaire. Cette possibilité de visites à domicile est organisée 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Cet accès aux visites à domicile par ce système est régulé. Il est notable que, pendant les horaires de permanence des soins, le médecin est accompagné par un chauffeur.
- La maison médicale de garde du Havre (la Domus Medica) est ouverte quant à elle de 19h00 à 1h00 du matin en semaine, de 12h00 à 1h00 le samedi et de 8h00 à 1h00 le dimanche et jours fériés. Le patient vient y consulter pendant les horaires de PDSA après appel régulé, cependant en pratique il peut y consulter directement.

Organisation de la permanence des soins ambulatoires effective dans le secteur de Neufchâtel en Bray (29,31)

Dans le secteur de Neufchâtel en Bray il existe une association de médecins, l'Association des Médecins Brayons (AMB), qui a permis la réorganisation de la permanence des soins.

Avant 2008 étaient présentes plusieurs structures pour assurer la permanence des soins ambulatoires :

- Le CAPS (Centre d'Accueil des Premiers Soins) avec une présence médicale assurée 24h sur 24 dans les locaux de l'hôpital.
- Une Unité Mobile de Médecine de Proximité (UMMP) disponible également 24 heures sur 24. Le médecin du CAPS pouvait donc être amené à effectuer des visites suite à une demande du centre 15. Elle prenait en charge des visites urgentes nécessitant la présence d'un médecin dans la demi-heure. Le médecin était accompagné d'un chauffeur sapeur-pompier volontaire, et le véhicule était équipé d'un matériel de réanimation minimum.
- Une maison médicale de garde créée en 2004. Pour les médecins qui ne voulaient pas participer au CAPS mais qui souhaitaient conserver leur garde libérale.

En 2008 est créé un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Une organisation unique pour la garde remplaçant la CAPS et la Maison médicale. Et l'UMMP a été supprimée en raison d'une faible activité et de difficultés d'organisation.

L'organisation de la permanence des soins ambulatoires au sein du GCS est la suivante :

- L'activité médicale est effectuée dans des locaux de l'hôpital de Neufchâtel.
- L'activité médicale est assurée en continue au sein du GCS. Le médecin généraliste de garde est accompagné d'une infirmière présente en permanence dans la journée, et la nuit si besoin elle peut être détachée du service de médecine de l'hôpital. A noter également que pendant la garde de nuit le médecin peut être amené sur demande d'une infirmière à prendre en charge un patient hospitalisé en cas de problème.
- Une secrétaire est présente en journée.
- Le matériel disponible est beaucoup plus complet que dans un cabinet médical habituel grâce à l'association avec l'hôpital.

Tout d'abord un manipulateur radio est présent tous les jours de 9h00 à 20h00.

Ensuite, au niveau de l'équipement, le médecin généraliste a accès à du matériel de petite chirurgie, du matériel pour la réalisation de plâtre ou de résine, du matériel pour les injections ou des perfusions. Un saturimètre, un scope, un défibrillateur, et de l'oxygène, un ECG, et du matériel pour réalisation de sondage urinaire ou de lavages gastriques sont disponibles.

- Hors de la période de permanence des soins ambulatoires si un patient se présente à la structure du GCS spontanément pour un motif relevant de la médecine ambulatoire, le patient sera réorienté vers son médecin traitant habituel. Les patients reçus en journée doivent relever d'une pathologie urgente ou ressentie comme urgente, ou d'un motif traumatologique.

Bien entendu si le patient se présente en journée car son médecin est débordé ou non disponible et qu'il le fait savoir, le patient sera reçu.

Organisation de la permanence des soins effective dans le secteur d' Eu. (31)

Suite à un problème de permanence des soins dans le service des urgences de l'hôpital de Eu lors des sorties de SMUR du médecin des urgences les médecins généralistes ont été sollicités début 2003.

Sur la base du volontariat les médecins généralistes du secteur assurent des gardes dans le service des urgences de l'hôpital d'Eu.

Cette garde est assurée de 19h00 à 8h00 et toute la journée les dimanches et jours fériés par 2 médecins.

L'Association Rouennaise des Urgences Médicales (ARUM)(29)

Dans le secteur de Rouen, la permanence des soins ambulatoires avec sa maison médicale de garde est complétée par l'ARUM.

Cette association est active de 20h00 à 8h00 toutes les nuits. Elle intervient sur demande du centre 15 de Rouen, dans Rouen intra-muros. Un médecin de l'association réalise si nécessaire des visites à domicile, pour des motifs ne relevant pas de « l'urgence vitale », mais considérées comme indispensables.

Le médecin est accompagné lors de ses déplacements par un chauffeur, avec le véhicule alloué par l'association.

Niveau de connaissance des patients sur les structures de PDSA

Dans certains travaux le niveau de connaissance des patients consultant aux urgences sur l'existence de structures de permanence des soins ambulatoires et sur la régulation médicale téléphonique a été évalué. Dans le travail de thèse d'A.Calvo. (33) seuls 19% d'entre eux connaissaient les structures de permanence de soins à disposition dans leur secteur, dans le travail de thèse de J.Caron. (35) seuls 7% avaient connaissance de l'existence de maisons médicales sur le secteur, dans le

travail de thèse de Pujol.C 57% ignoraient que le 15 pouvait les orienter (36). Dans une étude de la DRESS (5) 20% des consultants de façon générale ignorent l'existence de médecins généralistes de garde dans leur secteur d'habitation, 25% ignorent l'existence d'un centre de soins à proximité et 9% ne savent pas comment contacter le médecin généraliste de garde.

Un travail de thèse réalisé conjointement entre FAGOT GRIFFIN E et RENAUT C (56, 57), dans la région du Havre montre que 70% des usagers des urgences du Havre ne connaissent pas l'existence de la maison médicale de garde, que 93% ne connaissent pas le numéro du médecin de garde et que 84% des consultants de la maison médicale de garde ne connaissent pas le numéro de téléphone du médecin de garde.

Il paraît donc exister une forte ignorance des structures de PDSA et de régulation existantes chez les patients consultant aux urgences pour des motifs « non graves ». Des efforts d'information semblent donc nécessaires, et de nombreux rapports insistent sur l'importance d'informer et de responsabiliser la population (19, 24, 58, 59).

Dans certaines études, les patients utilisant les urgences pour des motifs « non sévères » ont été interrogés sur le fait d'être orientés vers une autre structure de soins. Les taux d'acceptation de cette orientation varient de 57% à 68% selon les études. Une majorité des patients auto référés consultant pour des motifs « non graves » aux urgences serait prête à utiliser une filière de soins plus appropriée si elle était informée des alternatives existantes (33, 35, 36, 42, 54). Les structures des urgences y seraient gagnantes en limitant leur engorgement, les patients également en ayant moins de temps d'attente et la société en proposant une prise en charge médicale moins onéreuse.

Cette information sur l'existence des structures de PDSA, la nécessité d'une régulation médicale, et sur les conséquences d'une utilisation non appropriée des structures d'urgence en terme économique et de régulation des flux de patients dans les services d'urgence pourrait être diffusée dans les médias (télévision, presse, internet...) pour atteindre le plus grand nombre de personnes. Des affiches pourraient également être diffusées dans les cabinets médicaux avec les conduites à tenir et les numéros à joindre en cas de problème de santé en dehors des horaires

d'ouverture des cabinets médicaux, cette information pourrait également figurer sur les ordonnanciers des praticiens (les médecins adhérant à ALLAUME, s'engageant à afficher le numéro de téléphone de la régulation libérale sur leurs ordonnanciers). De nombreux généralistes laissent en cas d'indisponibilité, sur leur messagerie vocale, les coordonnées des structures à joindre en cas de demande de soins en leur absence. Les médecins généralistes pourraient également lorsqu'ils reçoivent un compte-rendu des urgences sur un motif de consultation non sévère, lors de la prochaine consultation de ce patient l'informer sur les alternatives, aux urgences, existantes. De la même manière on pourrait imaginer qu'après une consultation estimée ne relevant pas du service des urgences par le médecin urgentiste ayant pris en charge le patient, une brochure soit remise au patient sur les alternatives existantes pour répondre à son problème de santé.

Des alternatives autres pourraient également être proposées aux patients consultant aux urgences pour motif « non sévère ». Dans la littérature a été étudié la faisabilité ou non de refuser la consultation aux urgences lors du tri effectué à l'accueil par l'infirmière d'accueil et d'orientation (à l'aide d'échelles : Australian Triage Scale en Australie, Canadian triage and Acuity Scale au Canada, Manchester Triage System au Royaume Uni, l'Emergency Severity Index aux USA, la Classification infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) en France etc (60, 61)) cependant O' Brien, Low, et Durand (62, 63, 64) dans leurs études ont montré que les échelles d'évaluation étaient suffisamment sensibles pour trier les priorités mais n'étaient pas suffisamment sensibles pour un refus de consultation aux patients se présentant aux urgences posant des problèmes médicaux légaux et éthiques. Pourrait être proposée aux patients une structure de médecine générale en point fixe à proximité ou intégrée au service des urgences (24) avec possibilité de réorientation des patients entre ces deux structures, ou si l'effectif le permet, un médecin urgentiste ou généraliste en journée dédié à la prise en charge des patients triés comme « non graves » en séparant leur filière de soins de celle des patients triés comme plus sévères. On peut également imaginer le développement de possibilités de consultations non programmés au sein des services de spécialité dans les établissements de santé (19, 65).

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Les Forces de l'étude

Le nombre de personnes incluses dans notre étude nous a permis d'avoir une bonne robustesse. En effet, avec 631 patients inclus dans l'enquête, répartis en 369 patients auto référés et 262 patients référés, nos résultats nous ont permis de bien caractériser les déterminants liés à la consultation aux urgences par autoréférence pour un motif « non grave » en Haute Normandie.

Le caractère multicentrique de cette étude, répartie en Seine Maritime et dans l'Eure, dans des secteurs de densité urbaine différente permet également de tirer des résultats plus généralisables.

Nos constats nous ont permis d'identifier toute une série de facteurs significatifs associés caractérisant l'autoréférence et de bien identifier la population à informer sur les alternatives à la consultation aux urgences hospitalières, notamment sur les structures de permanence des soins ambulatoires existantes dans la région.

Les limites de l'étude :

Biais de mémorisation

Tout d'abord un biais de mémorisation est possible. En effet lors de l'analyse de l'environnement médical et du parcours médical avant la consultation aux urgences les personnes incluses sont interrogées sur des faits qui se sont déroulés les six mois précédents. Leurs souvenirs peuvent être plus ou moins précis et biaisés notamment en ce qui concerne les données quantitatives. Cependant la durée du recueil rétrospectif étant limitée à quelques mois et l'inclusion de patients « non sévères » dans leur motif de consultation a pu limiter en partie ce risque de biais.

Biais de sélection

Ensuite un biais de sélection est également possible par rapport à la représentativité des résultats à l'ensemble de la région Haute Normandie. En effet la très grande majorité des patients inclus dans l'étude ont été recrutés dans des services d'urgence de Seine Maritime. Seuls 27 patients ont été recrutés dans le service de l'hôpital de Bernay le seul centre représentant l'Eure dans cette étude.

Un second biais de sélection est à envisager. Les patients ne maîtrisant pas la langue de l'enquêteur (donc non interrogeables) ont été exclus de l'enquête, or il peut s'agir d'une population plus précaire que celle intégrée dans l'enquête. Cependant cette étude n'a pas montré de différence significative sur le taux d'étrangers entre les 2 groupes référés et auto-référés, à condition qu'ils maîtrisent le français.

Enfin un autre biais de sélection est possible. Les patients inclus dans l'étude relevaient d'une classification CCMU 1 ou 2 présentant donc un état clinique stable non susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, afin de représenter des patients consultant pour des motifs « non graves ». Cependant 12,3% des patients auto référés et 45,9% des patients référés ont été hospitalisés, donc ne relevaient pas a priori d'une alternative ambulatoire. C'est une source de biais possible.

Biais de classement

Un biais de classement est possible également lors du découpage en groupes des patients auto référés selon leur justification à la venue aux urgences. Les patients ont pu hésiter à déclarer leur justification réelle à venir consulter aux urgences. Cependant le classement des motifs de justification en 4 grands groupes et l'analyse du dossier d'inclusion à partir des explications du patient doivent permettre de limiter ce biais.

CONCLUSION

Cette large étude originale et régionale a permis d'identifier des caractéristiques propres aux patients consultant spontanément, sans avis médical préalable, aux urgences pour des motifs « non sévères » en Haute-Normandie. Ils sont jeunes, en activité professionnelle et avec un niveau d'études élevé, paraissant donc bien insérés socialement. Ils consultent principalement aux services d'urgence pour de la traumatologie. Et ce comportement d'utilisation des services d'urgence de façon auto-référée ne paraît pas ponctuel. Presque la moitié d'entre eux justifient ce comportement par la simplicité d'accès aux structures d'urgences, la proximité de celle-ci et l'accès à des examens complémentaires. C'est sur cette population que doivent être concentrés des efforts d'information et de pédagogie sur une utilisation plus adaptée du système de santé, notamment la médecine ambulatoire et la PDSA.

Il pourrait être intéressant après une campagne d'information ciblant cette population, de constater si celle-ci a un retentissement ou non sur le comportement de cette population en Haute-Normandie et sur l'autoréférence dans les services d'urgence. Il serait également intéressant de voir quelles alternatives ambulatoires aux urgences hospitalières ont la préférence de ces patients, et de développer ces structures.

Bibliographie

1 CARRASCO V, L'activité des services d'urgences en 2004, DREES Etudes et Résultats, n°524 septembre 2006

2 JORF n°119 du 23 mai 2006 texte n°11. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 13.09.2012)

3 Article R712-65 du Code de la Santé Publique. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 22.09.2012)

4 Projet régional de Santé Haute Normandie 2012-2017. Schéma Régional de l'Organisation des Soins. Médecine d'urgence. Disponible sur http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTENORMANDIE/rubriques/VOTRE_ARS/PRS/definitif/SROS-PRS_2012-2017_DEFINITIF.pdf (consulté le 19.08.2012)

5 BAUBEAU D, CARRASCO V, Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, DRESS Etudes et Résultats, n°215 janvier 2003

6 CARRASCO V, BAUBEAU D, Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale, DRESS Etudes et Résultats, n°212 janvier 2003

7 efurgences. Scores et classification des malades aux urgences. Disponible sur <http://www.efurgences.net/index.php/decision/scores/85-scores-classification-urgences> (consulté le 15.08.2012)

8 ROCH I, LORANT V, CLOSON M-C. Le coût de l'urgence: comparaison des urgences hospitalières avec la garde de la médecine générale. Disponible sur <http://www.garde-medecine-generale.be/documenten/2/Volet%20economique%20eindrapport.pdf> (consulté le 2.10.2012)

9 Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative. Ministère de l'Intérieur. Organisation du secours à personne et de l'Aide Médicale Urgente. 25 juin 2008. Disponible sur [www.sante.gouv.fr/.../Organisation du SAP et AMU juin 2008](http://www.sante.gouv.fr/.../Organisation%20du%20SAP%20et%20AMU%20juin%202008) (consulté le 11.10.2012)

- 10 Observatoire de Boivigny. Réforme de la première année de médecine en vue. Disponible sur : http://www.boivigny.com/Reforme-de-la-premiere-annee-de-medecine-en-vue_a573.html (consulté le 18.07.2012)
- 11 Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Tailliet F et al. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? La France et ses régions, édition 2010.
- 12 ATTAL-TOUBERT K, VANDERSHELDEN M, La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales, DRESS Etudes et Résultats n°679 février 2009.
- 13 Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Question d'économie de la santé n°164-Avril 2011. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes164.pdf>. (Consulté le 20.09.2012)
- 14 Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I et al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé .Question d'économie de la santé n°157-Septembre 2010.Disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>. (Consulté le 20.09.2012)
- 15 Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P. La Démographie Médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie, situation au 1^{er} juin 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur http://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/opac/index.php?lvl=author_see&id=12644 (consulté le 14.07.2012).
- 16 La définition Européenne de la Médecine Générale- Médecine de Famille. WONCA Europe 2002. Disponible sur <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf> (Consulté le 4.10.2012)
- 17 DESCOURS Charles, Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, 22 janvier 2003. Disponible sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf (Consulté le 27.06.2012).
- 18 Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2012. Conseil National de

l'Ordre des Médecins. Disponible sur [www.conseil-national.medecin.fr/.../ENQUETE PDS 2012 0.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/.../ENQUETE_PDS_2012_0.pdf)? (consulté le 25.05.2012)

19 Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins. Disponible sur www.atih.sante.fr/openfile.php?id=922 (consulté le 29.08.2012)

20 Article R732 du Code de la Santé Publique. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 22.09.2012)

21 Article R6315-6 du Code de la Santé Publique. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 22.09.2012)

22 Article R6313-1 Code de la Santé Publique. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 22.09.2012)

23 Article L1431-14 du code de la Santé Publique. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 22.09.2012)

24 GRALL J-Y Conseiller Général des Etablissements de Santé, Rapport : Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins (remis à Mme Roselyne Bachelot-Narquin ministre de la santé, de la jeunesse et des sports). Aout 2007. Disponible sur [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport Grall.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grall.pdf) (consulté le 5.07.2012)

25 Dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA). Cahier des charges régional Région Haute Normandie, Département de l'Eure (version définitive). Agence Régionale de Santé Haute-Normandie. 30 janvier 2012. Disponible sur <http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/Cahier-des-charges-de-la-perma.131238.0.html> (consulté le 11.06.2012)

26 Association des médecins libéraux pour l'aide aux urgences médicales de l'Eure. La Régulation Médicale dans l'Eure. Site disponible sur : <http://www.alaume.org/> (consulté le 15 juin 2012).

27 BOUCHER Charles. La régulation libérale de la permanence des soins. Enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure. Thèse pour le doctorat de médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen 2012.

28 Dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA). Cahier des charges régional Région Haute Normandie, Département de la Seine-Maritime (version définitive). Agence Régionale de Santé Haute-Normandie. 30 janvier 2012. Disponible sur <http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/Cahier-des-charges-de-la-perma.131238.0.html> (consulté le 11.06.2012)

29 PASQUALOTTO Patricia. Les médecins généralistes et la permanence des soins à Dieppe. Thèse pour le doctorat de médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen 2004.

30 ANDRIEU Benjamin. L'organisation de la permanence des soins libérale en France : un enjeu pour la Médecine Générale. A propos du groupement de coopération sanitaire de Neufchâtel en Bray. Thèse pour le doctorat de médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen 2010.

31 CASAUX Guillaume. Le médecin généraliste dans la permanence des soins au Havre, Lillebonne et Fécamp. Thèse pour le doctorat de médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen 2009.

32 GENTILLE Stéphanie. Analyse des attitudes et comportements des consultants ayant recours aux services des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. Thèse pour obtenir le grade de docteur de l'université de la Méditerranée, spécialité : Méthodes d'analyse des systèmes de santé. Faculté de médecine de Marseille 2004.

33 CALVO Anthony. Etude d'opinion auprès des consultants non urgents du S.A.U de l'hôpital de la conception : une éventuelle réorientation vers une autre structure assurant la permanence des soins ? Thèse pour le doctorat de médecine, Faculté de médecine de Marseille 2005.

34 ALBARET Carine. La réorientation des patients à l'accueil des urgences par le médecin de régulation et de tri. Thèse de médecine, Faculté de médecine Paris 7 Bichat 2002.

35 CARON Junie. La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale : exemple du SAU de l'Hôpital Saint-Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny-Villers. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Créteil 2010.

36 PUJOL Céline. Patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignan aux heures de permanence des soins, leurs caractéristiques et leur parcours. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Montpellier 1, 2007.

37 DOUKPOLO Serge Désiré, Etude des patients consultants au service régional d'accueil des urgences du CHU de Dijon en 2007 pour des motifs relevant de la médecine générale. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Dijon 2008.

38 CARRET ML, FASSA AG, et al. Demand for emergency health service : factors associated with inappropriate use. BMC Health services research. 2007 aug 18;7:131

39 AFILALO J, MARINOVICH A et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Academic Emergency Medicine. 2004 Dec;11(12):1302-10

40 BIANCO A, PILEGGI C et al. Non-urgents visits to a hospital emergency department in italy. Public Health. 2003 Jul;117(4):250-5

41 RUBIN MA, BONNIN MJ. Utilization of the emergency department by patients with minor complaints. The journal of Emergency medicine. 1995 Nov-dec;13(6):839-42.

42 TSAI JC, LIANG YW et al. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems : patient preference and emergency department convenience. Journal of the Formosan Medical Association. 2010 jul;109(7):533-42.

43 LANG T, DAVIDO A et al. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? Journal of the Epidemiology and Community Health, 1996 august; 50(4):456-62

44 KHAN Y, GLAZIER RH et al. A population-based study of the association between socioeconomic status and emergency department utilization in Ontario, Canada. Academic Emergency Medicine. 2011 Aug;18(8):836-43.

- 45 MANDELBERG JH, KUHN RE et al. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Academic Emergency Medicine*. 2000 Jun;7(6):637-46.
- 46 SUN BC, BURSTIN HR et al. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Academic Emergency Medicine*. 2003 Apr;10(4):320-8.
- 47 MALONE RE. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. *Social Science & Medicine*. 1995 feb;40(4):469-77.
- 48 DAVIAU Stéphane, La pratique des sutures non programmées au cabinet du médecin généraliste en milieu urbain : Identification des obstacles et détermination de leur importance respective au moyen de deux enquêtes connexes. Thèse de médecine, faculté de médecine de Créteil 2008.
- 49 LA REVELLE Thomas, Prise en charge des plaies traumatiques de l'adulte et de l'enfant en médecine générale. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Caen 2010.
- 50 COOWAR Beelal, Prise en charge de la petite traumatologie en Médecine générale. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Rouen 2011.
- 51 ROBERTS E, MAYS N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency department? *Health Policy* 1998, 44(3), 191-214.
- 52 GENTILLE S, DURAND AC et al. Do non-urgent patients presenting to an emergency department agree with a reorientation towards an alternative care department? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, février 2009, 57(1), 3-9.
- 53 FIELD S, LANTZ A. Emergency department use by CTAS levels IV and V patients. *CJEM*. September 2006, 8(5):317-22
- 54 GENTILLE S, VIGNALLY P et al. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research*. March 2010, 15;10:66.
- 55 GOUYON M, LABARTHE G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale: Premiers résultats. *DREES Etudes et Résultats*, n°471 mars 2006.

- 56 FAGOT GRIFFIN E. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre. Thèse de médecine. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen 2012.
- 57 RENAUT C. Caractéristiques démographiques et connaissances de la permanence des soins des usagers de la maison médicale de garde du Havre. Faculté mixte de médecine et de pharmacie Rouen 2012.
- 58 Rapport public annuel de la cour des comptes du 25 janvier 2007. Les urgences médicales : constats et évolution récente ; 313-340. Disponible sur www.ccomptes.fr/content/download/246/1797/.../RpaIntegrale.pdf (consulté le 27.07.2012)
- 59 Livre Blanc : Organisation de la Permanence des soins en médecine libérale, Juillet 2011. Disponible sur : www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/livre_blanc.pdf (consulté le 16.09.2012)
- 60 GAZZAL M, GHANNOUCHI S. Le triage comment et pourquoi ? Disponible sur : www.efurgences.net/index/index.php/gestion-urgences/52-triage-pourquoi (consulté le 5.10.2012)
- 61 MAILLARD-ACHER C. Infirmière Organisatrice de l'Accueil et Référentiel. Chapitre 102 Urgences 2012. Disponible sur : www.sfm.org/urgences2012/urgences2012/données/pdf/102_maillard.pdf (consulté le 31.10.2012)
- 62 O'BRIEN GM, SHAPIRO MJ et al. « Inappropriate » emergency department use: a comparison of three methodologies for identification. Academic Emergency Medicine. 1996;3(3):252-7.
- 63 LOWE RA, BINDMAN AB et al. Refusing care to emergency department patients: evaluation of published triage guidelines. Annals of Emergency Medicine. 1994;23:286-293.
- 64 DURAND AC, GENTILLE S et al. Be careful with triage in emergency departments : interobserver agreement on 1,578 patients in France. BMC Emergency Medicine. 2011 oct 31 ;11 :19.
- 65 PLAN URGENCES 2004. A l'hôpital: améliorer le fonctionnement des services d'urgence. Aval d'hôpital : assurer la prise en charge en aval des urgences. Ministère

de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées. Disponible sur
http://www.vie-publique.fr/documents-vp/plan_urgences.pdf (consulté le 2.09.2012).

ANNEXES

-ANNEXE 1 : Questionnaire d'inclusion de l'étude

-ANNEXE 2 Projet de manuscrit pour publication

ANNEXE 1

Projet « Urgences »

UPATOU, CH de Bernay - SAU, CHIC d'Elbeuf-Louviers-Val de Reuil -
SAU, HCN CHU de Rouen - UPATOU, St Julien CHU de Rouen

Questionnaire de pré et inclusion

1 - Identification du patient

A compléter :

Numéro de pré-inclusion : |__|. |__|. |__| |__| |__| |__|

(code H) (code R/NR) (code chronologique)

Ne pas remplir

Inclusion : oui : non : Non référé (1) : Référé (2) :

Numéro d'inclusion : |__|. |__|. |__| |__| |__| |__|

1 - Service : |__|

Enquêteur : |__| |__|

1=CH Bernay, 2=CHU HCN, 3=CHU St Julien, 4=CH Elbeuf

(initiales)

2 - Date : |__| |__|. |__| |__|. |__| |__|

(jj)

(mm)

(aa)

3 - Le patient est-il adressé aux urgences par un professionnel de santé ?

|__|

(0=non, 1=médecin généraliste, 2=médecin spécialiste, 3=hôpital/clinique, 4=institution médico-sociale, 5=pompiers, 6=SAMU, 8=autre : préciser, 9=NSP)

3a - Si réponse 1, 2, 3, 4, une lettre d'accompagnement est-elle jointe ?

|__|

(0=non, 1=oui, 9=NSP)

2 - Données socio-administratives du patient

Etiquette GEM à coller :

4 - Adresse : _____
(en majuscules)

5 - Code postal : _____ 6 - Commune : _____

7 - Tél domicile : 02. _____ 8 - Tél portable : 06. _____

9 - Tél. professionnel : 02. _____

10 - Lieu de naissance : _____ (ne pas
coder) |__| |__|

11 - Nationalité : _____ (ne pas coder) |__| |__|

12 - Avez-vous une activité professionnelle ?

(0=non, 1=en activité, 2=retraité, 3=invalidité, 4=chômeur, 5=sans activités, 6=étudiant, 8=autre : préciser)

13 - Quelle est (était) votre profession ? _____ (ne pas coder)

14 - Quels sont vos revenus mensuels nets ?

(1= < 1000 € ; 2=1000 - 1500 ; 3 = 1501 - 2000 ; 4 = 2001 - 2500 ; 5 > 2500, 9 = NSP)

15 - Quel est votre niveau d'étude ?

(0=non scolarisé, 1=primaire, 2=certificat d'études, 3=CAP, 4= BEP, 5=BEPC, 6=bac, 7=supérieur, 9=NSP)

16 - Quelle est votre situation familiale ?

(1=célibataire, 2=marié, 3=vie maritale (concubinage, PACS), 4=divorcé/séparé, 5=veuf, 8=autre : préciser)

17 - Nombre d'enfants à charge :

18 - Dans quel type d'habitation vivez vous ?

(1= maison individuelle, 2=logement collectif, 3=en institution, 4=SDF, 8=autre : préciser, 9=NSP)

19 - Etes-vous propriétaire ou locataire de votre logement ?

(1=propriétaire, 2=locataire, 3=institution, 4=famille, 5=amis, 8=autre : préciser, 9=NSP)

3 - Environnement socio-sanitaire du patient

20 - Bénéficiez-vous de la sécurité sociale ?

(0=non, 1=oui, 9=NSP)

21 - Bénéficiez de la CMU ?

(0=non, 1=oui, de base, 2=oui, complémentaire, 9=NSP)

22 - Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire privée ?

(0=non, 1=oui, 9=NSP)

23 - Etes-vous bénéficiaire de minima sociaux ?

(0=non, 1=RMI, 2=allocation solidarité spécifique, 3=allocation adulte handicapé, 8=autre : préciser, 9=NSP)

24 - Bénéficiez des services sociaux du département ou de la commune ?

(0=non, 1=oui, 9=NSP)

25 - Avez-vous un médecin de famille ?

(0=non, 1=oui, 9=NSP)

Si oui :

25a - Quel est son nom et la commune d'exercice :

25b - Depuis combien d'années est-il votre médecin de famille ?
(99=NSP)

25c - En moyenne, combien de fois le voyez vous par an ?
(99=NSP)

25d - Quand l'avez-vous vu la dernière fois ? (en semaines)

(99=NSP)

25e - L'avez-vous vu la dernière fois à son cabinet ou à votre domicile ?
(1=domicile du patient, 2=cabinet, 9=NSP)

25f - Quelle était la raison de la dernière visite ? _____
(ne pas coder)

Si non :

25g - Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas de médecin de famille ?
(ne pas coder)

26 - Avez-vous un ou des médecins spécialistes ?
(0=non, 1=oui, 9=NSP)

Si oui :

26a - Quelle est sa (leur) spécialité ?

(1=gynécologie-obstétrique, 2=ophtalmologie, 3=cardiologie, 4=dermatologie, 8=autre, préciser, 9=NSP)

26b - Quel(s) est (sont) son (leur) nom et commune d'exercice : _____

26c - Pour quelle(s) maladie(s) êtes-vous suivi par ce(s) médecin(s) ?

(ne pas coder)

26d - Quand avez-vous vu un des spécialistes la dernière fois ? (en semaines) |__| |__|
(99=NSP)

27 - Quand vous êtes malade, qui consultez-vous en première intention ? |__| |__|
(1= médecin de famille, 2=médecin spécialiste, 3=médecin de garde, 4=SOS médecins, 5=urgences de l'hôpital, 6=clinique privée, 7=pharmacien, 8=autre : préciser, 9=NSP)

4 - Contacts avec le système de santé dans les 6 derniers mois

28 - Dans les 6 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin : (99=NSP)

28a - Votre médecin de famille ? |__| |__|

28b - Un médecin généraliste (autre que votre médecin de famille) ? |__| |__|

28c - Un médecin spécialiste ? |__| |__|

28d - Le médecin de garde ou SOS médecins ? |__| |__|

28e - Un médecin à l'hôpital ou dans une clinique ? |__| |__|

28f - Si vous n'avez consulté aucun médecin, pourquoi ? |__| |__|
(0=non malade dans les 12 derniers mois, 8=autre : préciser, 9=NSP)

29 - Dans les 6 derniers mois, êtes-vous déjà venu consulter aux urgences |__| |__|
d'un hôpital ou d'une clinique ? (0=non, 1=oui, 9=NSP)

Si oui :

29a - Combien de fois ? |__| |__|

29b - Pour quelle(s) maladie(s) ? _____ |__| |__|

_____ |__| |__|

(ne pas coder)

29c - Suite à ces consultations aux urgences, combien de fois avez-vous
été hospitalisé ? |__| |__|

30 - Dans les 6 derniers mois, combien de fois avez-vous passé des examens ? |__| |__|

30a - Quel types d'examens ? _____ |__|. |__| |__|

_____ |__|. |__| |__|

_____ |__|. |__| |__|

_____ |__|. |__| |__|

(ne pas coder)

31 - Dans les 6 derniers mois, combien de fois avez-vous été hospitalisé ? |__| |__|

31a - Pour chaque hospitalisation, compléter le tableau ci-dessous :

Date	Etablissement	Service	Maladie(s)	Durée

5 - Décision de recours aux urgences aujourd'hui

32 - Avez-vous tenté de joindre un médecin aujourd'hui avant de venir aux urgences ?

Si oui, lequel ?

(0=non, 1=médecin de famille, 2=médecin de garde, 3=médecin spécialiste, 4=SOS médecins, 8=autre : préciser, 9=NSP) |__|

Si non :

32a - Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas tenté de joindre un médecin ?

|__| |__|

|__| |__|

|__| |__|

(ne pas coder)

33 - Qui vous a conseillé de venir aux urgences ? |_|_|_|
(0=personne, venu de sa propre initiative, 1=famille, 2=amis/voisins, 3=médecin de famille, 4=médecin spécialiste, 5=médecin de garde, 6=SOS médecins, 7=pharmacien, 8=infirmière, 9=pompiers/SAMU/Centre 15, 88=autres : préciser, 99=NSP)

34 - Indiquer le jour et l'heure où votre problème de santé, qui justifie votre venue aux urgences aujourd'hui, a commencé : (NSP : jour=99, heure=99)

Jour : |_|_|_|_|. |_|_|_|_|. |_|_|_|_| Heure : |_|_|_|_|h |_|_|_|_|
(jj) (mm) (aa)

35 - Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous venu aux urgences ?

_____ |_|_|_|

_____ |_|_|_|

_____ |_|_|_|

(ne pas coder)

6 - Aux urgences

36 - Indiquer le jour et l'heure d'arrivée du patient aux urgences :

Jour : |_|_|_|_|. |_|_|_|_|. |_|_|_|_| Heure : |_|_|_|_|h |_|_|_|_|
(jj) (mm) (aa)

37 - Indiquer le jour et l'heure de la prise en charge médicale du patient :

Jour : |_|_|_|_|. |_|_|_|_|. |_|_|_|_| Heure : |_|_|_|_|h |_|_|_|_|

(jj)

(mm)

(aa)

38 - Mode d'entrée du patient :

|__|

(0=par ses propres moyens, 1=pompiers, 2=SMUR, 3=SAMU, 4=police secours, 5=ambulance, 8=autre : préciser, 9=NSP)

39 - Le patient était-il accompagné ?

|__|

(0=non, 1=famille, 2=amis, 3=voisins, 8=autres : préciser, 9=NSP)

40 - Indiquer les antécédents du patient :

|__||__|

|__||__|

|__||__|

(ne pas coder)

41 - Indiquer les examens complémentaires réalisés aux urgences et leur résultat :

(résultat* : 0=anormal, 1=normal, 9=NSP) (* pour la pathologie qui justifie la venue aux urgences)

<i>Examen</i>	<i>Résultat</i>	<i>Examen</i>	<i>Résultat</i>	<i>Examen</i>	<i>Résultat</i>
NF plaquette : <input type="checkbox"/>	__	Biochimie : <input type="checkbox"/>	__	Bandelette urine : <input type="checkbox"/>	__
ECG : <input type="checkbox"/>	__	Radio pulmonaire: <input type="checkbox"/>	__	ASP : <input type="checkbox"/>	__
Autre examen 1 : <input type="checkbox"/>		Autre examen 2 : <input type="checkbox"/>		Autre examen 3 : <input type="checkbox"/>	
Préciser :	__	Préciser :	__	Préciser :	__
Autre examen 4 : <input type="checkbox"/>		Autre examen 5 : <input type="checkbox"/>		Autre examen 6 : <input type="checkbox"/>	
Préciser :	__	Préciser :	__	Préciser :	__

42 - Indiquer le diagnostic principal et les éventuels diagnostics associés :

42a - Diagnostic principal : _____ |__| |__| |__| . |__|

(ne pas coder)

42b - Diagnostic associé 1 : _____ |__| |__| |__|. |__|

42c - Diagnostic associé 2 : _____ |__| |__| |__|. |__|

42d - Diagnostic associé 3 : _____ |__| |__| |__|. |__|

(ne pas coder)

43 - Indiquer les actes thérapeutiques réalisés :

43a - Acte thérapeutique 1 : _____
|__|. |__| |__| |__|

43b - Acte thérapeutique 2 : _____
|__|. |__| |__| |__|

43c - Acte thérapeutique 3 : _____
|__|. |__| |__| |__|

43d - Acte thérapeutique 4 : _____
|__|. |__| |__| |__|

(ne pas coder)

44 - Devenir du patient à la sortie des urgences : |__|
(1=hospitalisation, 2=retour à domicile sans ordonnance, 3=retour à domicile avec ordonnance,
4=transfert vers un autre établissement, 5=décès, 8=autre : préciser, 9=NSP)

44a - Si hospitalisation, préciser le service : _____ |__|

(ne pas coder)

44b - Si ordonnance remise, préciser le contenu :

_____	__ __
_____	__ __
_____	__ __
_____	__ __

(ne pas coder)

44c - A t-il été conseillé au patient de consulter ultérieurement un professionnel de santé libéral ? (0=non, 1=oui, 9=NSP) |__|

Si oui, quel type de professionnel ? |__|
(1=médecin généraliste, 2=médecin spécialiste, 3=infirmière, 5=kinésithérapeute, 8=autre : préciser, 9=NSP)

Si oui, un courrier a t-il été adressé au professionnel de santé ? |__|
(0=non, 1=oui, 9=NSP)

44d - Si transfert, préciser l'établissement : _____ |__|

(ne pas coder)

45 - Indiquer le jour et l'heure de la sortie des urgences du patient :

Jour : __ __ . __ __ . __ __	Heure : __ __ h __ __
(jj) (mm) (aa)	

46 - Classification du patient dans la CCMU :

|__|

(1=CCMU I, 2=CCMU II, 3=CCMU III, 4=CCMU IV, 5=CCMU=5, 9=NSP)

Rappel de la Classification Clinique des Malades aux Urgences : CCMU I = consultation simple. CCMU II = consultation simple avec actes complémentaires. CCMU III = pronostic fonctionnel instable. CCMU IV = pronostic vital engagé sans nécessité de réanimation. CCMU V = pronostic vital engagé avec gestes de réanimation.

47 - Selon le médecin senior des urgences, la venue du patient était-elle justifiée ?

|__|

(0=non, 1=oui, 9=NSP)

Si oui, pourquoi ?

|__||__|

|__||__|

|__||__|

(ne pas coder)

Si non, pourquoi ?

|__||__|

|__||__|

|__||__|

(ne pas coder)

(Ne pas remplir)

7 - CONCLUSION DU DOSSIER DE PRE-INCLUSION

	oui	non
Patient référé :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lettre d'accompagnement jointe :	oui	non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I	II	III	IV	V
CCMU :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	oui	non
Consentement du patient acquis :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclusion :	oui	non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° d'inclusion : _ . _ . _ _ _ _
Date de rendez-vous à M1 : _ _ . _ _ . _ _

Commentaires :

ANNEXE 2

TITRE : QUEL EST LE PROFIL DES PATIENTS CONSULTANT DE FACON AUTO-REFEREE POUR DES MOTIFS NON SEVERES AUX URGENCES EN HAUTE NORMANDIE ?

RESUME :

Introduction et objectif : La fréquentation des services d'urgence s'est fortement accrue depuis la fin des années 1980 avec une croissance annuelle de 4% de 1996 à 2004. La région Haute-Normandie est une des régions françaises où le taux de passage annuel aux urgences est le plus élevé de France. L'objectif de cette étude est de déterminer les caractéristiques des patients consultant aux urgences de façon auto-référée pour des motifs non sévères en Haute-Normandie.

Matériel et Méthodes : Une enquête transversale a été réalisée entre juillet 2003 et mars 2004 dans quatre services hospitaliers d'urgence situés dans la région Haute-Normandie. Les patients adultes consultant dans ces services d'urgence et classés CCMU 1 ou 2 ont répondu à un questionnaire recueillant des données sociodémographiques, d'environnement médical et la trajectoire de soins dans les 6 mois précédant l'inclusion et sur leur parcours aux urgences. Afin de déterminer les caractéristiques qui différent entre les patients auto référés, et les patients référés adressés aux urgences par un médecin ou une institution médicosociale.

Résultats : Au total 631 patients ont été inclus dans l'étude avec 369 patients auto référés et 262 patients référés, avec un sexe ratio homme/femme de 1.24 et une moyenne d'âge de 45,2 ans. Les patients auto référés ont plus souvent une activité professionnelle que les patients référés ($p < 0,0001$ en uni-varié), ils sont plus jeunes (38.2 ans en moyenne vs 54,9ans $p < 0,0001$), et sont plus nombreux à avoir le baccalauréat ou un diplôme supérieur

($p < 0,0001$ en uni-varié). Dans les 6 mois précédant leur inclusion ils sont plus nombreux à avoir consulté au moins une fois aux urgences ($p = 0,04$ en multi varié). Enfin ils sont plus souvent arrivés aux urgences par leur propres moyens ($p = 0,01$ en multi varié) et ont plus souvent consulté pour de la traumatologie ($p = 0,001$ en multi varié).

Conclusion : En Haute-Normandie la population consultant aux urgences pour des motifs non sévères de façon auto référée est jeune, bien insérée socialement et consultant principalement pour de la traumatologie. La diffusion d'une information sur les alternatives aux urgences ciblant cette population serait intéressante.

INTRODUCTION :

Depuis la fin des années 1980, la demande de soins non programmés s'est fortement développée se traduisant par un recours de la population plus fréquent aux urgences (1). En effet la fréquentation des services d'urgence en France a bénéficié d'une croissance annuelle de 4% de 1996 à 2004, avec pour l'année 2004 un taux de 14 millions de passages en France métropolitaine. L'hôpital public a pris en charge en 2004 84% de ces passages.

Il y a des différences régionales dans ces taux de fréquentation des services d'urgence, six régions avaient en 2004 un taux annuel de passage aux urgences (rapport nombre de passage à la population) supérieur à 25%, avec le taux le plus élevé de France pour la région Haute-Normandie à 29,3%. Dans cette région l'évolution de la fréquentation des services d'urgences a été la suivante : une augmentation des passages de 25,6% de 1998 à 2004 (avec 534.007 passages en 2004), une augmentation soutenue de 2004 à 2008 puis un palier depuis 2008 (avec 559.607 passages en 2008 et 554.108 passages en 2010) (2).

La majorité des patients consultant dans les services d'urgence consultent pour des pathologies considérées comme « non sévères » (environ 88% des passages selon un rapport de DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) en 2003

(3)), et non susceptibles de s'aggraver dans le service des urgences. Une part importante de ces patients pouvant relever a priori de la médecine ambulatoire ne nécessitant pas une prise en charge immédiate ou spécialisée. Notons également que tous motifs de consultation confondus, 70% des usagers des services d'urgence s'y présentent directement sans avoir eu d'avis médical préalable (3), et que ce taux de patients auto référés atteint 80% chez les moins de 50 ans. Le taux d'hospitalisation suite à une consultation aux urgences en France est d'environ 20% (4).

Cette part importante de patients utilisant les urgences hospitalières pour des motifs non sévères peut entraîner une diminution de la qualité de la prise en charge des urgences « vraies », et augmenter de façon importante le temps d'attente de l'ensemble des patients. Qui plus est le coût d'une consultation dans une structure d'urgence est en moyenne trois fois supérieur au coût d'une consultation avec un médecin généraliste (5), des considérations économiques sont donc impliquées.

Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques de cette population utilisant les services d'urgence de façon auto-référée pour des motifs considérés comme « non graves » ? Quel est leur environnement médical habituel et quelles sont leurs habitudes de soins ? En quoi diffèrent ils des patients référés lors de leur parcours aux urgences ?

En se basant sur la comparaison des patients auto-référés et référés consultant, pour des motifs « non sévères », dans quatre services d'urgences Haut-Normands, l'objectif de cette enquête épidémiologique transversale était d'identifier les déterminants spécifiques aux patients adultes auto-référés dans les services d'urgence pour motif « non sévère », afin de pouvoir cibler les patients à informer sur les structures médicales existantes qui auraient pu prendre en charge leur problème de santé.

Matériel et Méthodes :

Période et lieu l'étude

. Cette enquête s'est déroulée de juillet 2003 à mars 2004, dans quatre services d'urgence hospitaliers publics de la région Haute-Normandie : le service d'accueil des urgences (SAU) du centre hospitalier universitaire Charles Nicolle à Rouen (préfecture de la Seine Maritime), le SAU du centre hospitalier d'Elbeuf en Seine-Maritime, l'unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) de l'hôpital de Saint Julien à Petit-Quevilly faisant partie du CHU Charles Nicolle à Rouen et l'UPATOU du centre hospitalier de Bernay situé dans le département de l'Eure.

Population étudiée et procédure d'inclusion

Il s'agit d'une enquête de cohorte, mais cet article s'intéresse exclusivement à la phase d'inclusion des patients soit un design d'étude transversale qui a comparé deux populations de consultants Les patients inclus ont été séparés en 2 catégories : les patients auto référés qui se sont présentés aux urgences spontanément sans avis médical préalable, et les patients référés qui ont été adressés aux urgences par un médecin ou une institution médicosociale. Un calcul de la taille d'échantillon nécessaire a été réalisé préalablement, 300 patients référés et 300 patients auto référés environ devaient être inclus.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient : patient âgé de 18 ans ou plus, consultant dans l'un des quatre services d'urgence participant à l'étude et résidant dans l'agglomération où est situé cet hôpital, acceptant de participer à cette étude et dont l'état clinique correspond à une Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) (6) 1 ou 2. La CCMU permet de classer la gravité des consultants aux urgences en 5 groupes. Les CCMU 1 et 2 incluent des patients dont l'état clinique est jugé stable non susceptible de s'aggraver aux urgences ils

différent par le fait que les CCMU 2 ont eu au moins un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

Organisation de l'étude et outils de mesure

Le questionnaire d'inclusion était administré par 2 enquêteurs étudiants en médecine en DCEM 3, sous forme de permanences de 6 heures qui ont été réparties de façon aléatoire dans la journée et dans la première partie de nuit (jusqu'à minuit) en semaine, en week-end et jours fériés. Le questionnaire d'inclusion a été élaboré par le Département d'Epidémiologie et de Santé Publique du CHU de Rouen (sous la direction du Dr Ladner, financement de l'Assurance Maladie, appel d'offre national) il est composé de questions ouvertes et de questions fermées. Les questionnaires étaient secondairement rendus anonymes et confidentiels, et l'accord de la CNIL (Commission nationale informatique et liberté) a été obtenu.

Pour chaque patient inclus ont été recueillies des données sociodémographiques (âge, sexe, activité professionnelle, niveau de revenu, niveau d'études, couverture sociale, bénéficiaire d'une mutuelle, bénéficiaire de la CMU...), des données sur l'environnement médical et la trajectoire de soins dans les 6 mois précédents (avoir un médecin traitant, être suivi par un ou plusieurs spécialistes, avoir recours à SOS médecins, avoir recours à un médecin hospitalier, nombre de consultations aux urgences, hospitalisations), et enfin leur parcours lors de la consultation aux urgences au moment de l'inclusion (mode d'arrivée, le diagnostic posé, les examens complémentaires, les actes thérapeutiques réalisés, le devenir du patient à la sortie des urgences, la classification CCMU des patients, l'avis du médecin sénior sur le caractère justifié ou non de la venue aux urgences).

Méthodes statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique Epi Info version 3.5.3. Pour comparer les variables qualitatives entre les 2 groupes ont été utilisés le test de CHI 2 de Pearson ou le test exact de Fisher. Pour comparer les variables quantitatives entre les 2 groupes a été utilisé le t test de Student. On a considéré des hypothèses bilatérales pour l'ensemble de ces tests. Une valeur usuelle de $p \leq 0,05$ pour le seuil de significativité. Les Odds Ratio bruts (OR) ont été calculés en analyse uni variée avec leur intervalle de confiance à 95%.

Afin de répondre à notre objectif principal qui vise à identifier des déterminants spécifiques aux patients adultes consultant de façon auto référée pour des motifs non sévères aux urgences une régression logistique a été réalisée. Les variables considérées comme pouvant être des déterminants de la variable dépendant ont été testées en analyse uni variée. Toutes les variables significatives avec une valeur de p inférieure à 0,20 en analyse uni variée ont été incluses dans l'analyse multi-variée afin d'identifier les déterminants à l'autoréférence indépendants. Les résultats sont présentés sous forme d'Odds Ratio Ajusté (ORA) avec leur intervalle de confiance à 95%. Les variables suivantes ont été intégrées dans la régression logistique : le sexe, un âge supérieur à 65 ans, avoir une activité professionnelle, avoir un niveau d'études égal ou supérieur au BAC, avoir des revenus supérieurs à 1500 euros, bénéficier de la CMU, d'une complémentaire médicale, des services sociaux, des minimas sociaux, être propriétaire de son logement, avoir un enfant à charge, déclarer consulter en ambulatoire en première intention, être suivi par un médecin traitant, par un spécialiste. Avoir consulté les 6 mois précédant l'inclusion son médecin traitant, un spécialiste, aux urgences, un médecin hospitalier ou avoir été hospitalisé. Aux urgences être venu pour un motif psychiatrique, traumatique, être arrivé aux urgences par ses propres moyens, avoir reçu un examen complémentaire, avoir reçu un acte de soins orthopédiques, avoir été hospitalisé suite au passage aux urgences, avoir une venue jugée justifiée par le sénior des urgences.

Résultats

Au total 631 patients ont été inclus dans l'étude, avec 369 patients auto référés et 262 patients référés. 306 patients ont été inclus au SAU du CHU de Rouen (151 auto référés et 155 référés), 169 au SAU de l'hôpital d'Elbeuf (104 auto référés et 65 référés), 129 à l'UPATOU de l'hôpital Saint Julien (99 auto référés et 30 référés) et 27 à l'UPATOU de l'hôpital de Bernay (15 auto référés et 12 référés seulement suite à un fort taux de refus des patients).

Il y avait 281 femmes et 350 hommes inclus dans l'étude, soit un sexe ratio homme/femme de 1,24. La moyenne d'âge des patients inclus était de 45,2 ans (ET : 19,56). Ils avaient une activité professionnelle lors de l'étude pour 52,3% d'entre eux. Les bénéficiaires de la CMU représentaient 7,5% de la population étudiée.

Le Tableau I, compare les patients auto-référés et référés sur des caractéristiques sociodémographiques. Les patients auto-référés sont significativement plus jeunes (âge moyen de 38,2 ans (ET 15,8) contre 54,9 ans (ET 20,0) $p < 0,0001$), semblent être moins souvent de sexe masculin (48,2% contre 39,3%, $p = 0,02$) sont plus nombreux à avoir une activité professionnelle (63,9% contre 36,0% $p < 0,0001$), sont plus nombreux à avoir un revenu supérieur à 1500 euros (26,6% contre 15,2% $p = 0,0004$) et sont plus nombreux à avoir un niveau d'étude au moins équivalent au baccalauréat (38,2% contre 18,4% $p < 0,0001$). Il n'y a pas de différence significative entre les groupes sur le taux de bénéficiaires de la CMU.

Les Tableaux II et II bis comparent les caractéristiques d'environnement médical et de parcours de soins les 6 mois précédant l'inclusion. La quasi-totalité des patients auto-référés et référés ont déclaré un médecin traitant (94,6% contre 98,9% $p = 0,003$) Les patients auto-référés sont moins nombreux à avoir consulté au moins une fois leur médecin traitant ($p < 0,0001$), un médecin spécialiste ($p = 0,0007$), SOS Médecins ($p = 0,02$) et à avoir été

hospitalisé (0,006). Notons qu'environ un quart des patients auto-référés ont eu recours aux services des urgences dans les 6 mois précédant l'inclusion.

Le Tableau III compare le parcours de soins aux urgences des patients auto-référés et des patients référés. Les patients auto-référés sont plus souvent arrivés aux urgences par leurs propres moyens (83,6% contre 47,3% $p<0,0001$), ont plus souvent consulté pour de la traumatologie (52,6% contre 13,9% $p<0,0001$) et ont plus souvent reçu un acte d'orthopédie (32,6% contre 7,3% $p<0,0001$). Les patients auto-référés ont par contre moins souvent bénéficié d'un examen complémentaire (69,9% contre 90,5% $p<0,0001$), moins souvent été hospitalisé (12,3% contre 45,9% $p<0,0001$), et leur venue était moins souvent jugée justifiée par le médecin sénior des urgences (42,3% contre 69,0% $p<0,0001$).

Le Tableau IV décrit les déterminants à l'autoréférence indépendants suite à une régression logistique. Ce sont le fait d'avoir moins de 65 ans, de ne pas être suivi par un spécialiste, d'avoir consulté au moins une fois aux urgences les 6 mois précédant l'inclusion, d'être arrivé aux urgences par ses propres moyens, de consulter pour de la traumatologie aux urgences, d'avoir reçu un acte d'orthopédie et une venue aux urgences ne débouchant pas sur une hospitalisation.

DISCUSSION :

Notre étude a pu identifier des caractéristiques propres à la population consultant, dans ces quatre services d'urgence haut-normands, de façon auto référée pour des motifs « non sévères ». Sur le plan socio démographique il s'agit d'une population jeune avec une moyenne d'âge de 38,2 ans qui paraît bien insérée socialement. En effet les patients auto-référés ont plus souvent une activité professionnelle et ont plus fréquemment un niveau d'étude égal ou supérieur au BAC (significatif en analyse uni-variée). Plusieurs études retrouvent le jeune âge des consultants aux urgences par autoréférence (7, 8, 9, 10) et une bonne insertion sociale

(11, 12). Ce constat d'une population bien insérée, n'est pas le cas dans une étude de Lang T en 1996 en Île de France (13) ainsi que d'autres études étrangères qui retrouvent plutôt une population précarisée (8, 14, 15, 16, 17).

Sur le plan de l'environnement médical notre étude a permis d'observer que les patients auto référés ont plus souvent tendance à avoir déjà consulté aux urgences dans les 6 mois avant l'étude (différence significative en analyse multi-variée), il paraît donc s'agir d'un comportement se répétant dans le temps. Cette population jeune et active rechercherait elle une prise en charge immédiate et technique en se tournant vers l'hôpital ? (18). Ils semblent cependant ne pas ignorer le système de santé ambulatoire puisque 94,6% d'entre eux ont un médecin traitant, et 97,3% d'entre eux déclarent consulter la médecine ambulatoire en première intention en cas de problème de santé.

Les patients auto référés sont plus souvent arrivés dans le service par leur propres moyens (pour 83,6% d'entre eux significatif en analyse multi variée) , ceci est intéressant, cette population semblant autonome pour ses transports et les transports sanitaires n'étant pas pris en charge pendant les horaires de garde dans la plupart des secteurs de permanence de soins ambulatoires, ce ne sera pas un frein pour eux dans l'accès à cette alternative. Ils ont plus souvent consulté pour un motif traumatologique (52,6 % d'entre eux) et donc logiquement plus souvent bénéficié d'un acte thérapeutique orthopédique (différence significative en multi varié). Dans la littérature, on retrouve la traumatologie comme motif principal de venue aux urgences chez les patients non-urgents (7, 12). Il est tout de même également remarquable dans le détail que seuls 59,4 % des patients auto référés ayant consulté pour de la traumatologie ont bénéficié d'une radiographie (autre qu'un ASP ou une radio pulmonaire), on peut imaginer que ce taux aurait été plus faible encore en ambulatoire devant moins de facilité d'accès aux examens complémentaires (19).

Leur prise en charge aux urgences a moins souvent abouti à une hospitalisation (significatif en multi varié) et leur venue jugée moins souvent justifiée par le médecin sénior des urgences (significatif en analyse uni variée) avec plus de la moitié des passages aux urgences des patients auto-référés jugés non justifiés. Ces résultats étaient attendus dans la mesure où ils n'ont pas subi de « filtre » médical avant leur venue aux urgences et la traumatologie débouchant moins souvent sur une hospitalisation qu'un problème somatique (7). Le sentiment d « urgence » ressenti par le patient étant bien souvent différent de l'urgence détectée par le professionnel de santé. La régulation médicale, pour la bonne orientation du patient, paraissait indispensable.

Notre étude présente de possibles biais. Un biais de mémorisation est envisageable, en effet les patients sont interrogés sur leur suivi médical les 6 mois précédant leur inclusion, leurs souvenirs peuvent être plus ou moins précis notamment sur les données quantitatives. Néanmoins l'inclusion de patients non sévères et le recueil rétrospectif étant limité à quelques mois limitent ce risque de biais. Un biais de sélection est également possible, les patients inclus dans l'étude étaient classés CCMU 1 et 2 avec un état clinique stable non susceptible de s'aggraver aux urgences pour pouvoir les catégoriser comme « non graves ». Cependant 12,3% des patients auto référés ont été hospitalisés et ne relevaient donc pas a priori d'une alternative ambulatoire. Un autre biais de sélection est envisageable pour la représentativité de ces résultats à l'ensemble de la Haute-Normandie en raison du faible recrutement dans le service des urgences de Bernay qui était le seul centre de recrutement représentant l'Eure, les 3 autres centres de recrutement étant présents en Seine-Maritime.

En conclusion, la population en Haute-Normandie à informer sur les alternatives à la consultation aux urgences, et notamment sur la nécessité d'une régulation médicale préalable avant une éventuelle décision de consulter aux urgences, est jeune, bien insérée socialement, autonome par rapport à ses déplacements, et consulte en majorité dans ce contexte pour des

soins de traumatologie. Le fait de consulter aux urgences de façon spontanée semble répété dans le temps chez ces patients. La bonne information sur le parcours de soins est essentielle, car l'éventuel refus de soins du patient se présentant au service des urgences pour des motifs non-urgents pose des problèmes médico-légaux (20,21, 22) .Des études soulignent le manque de connaissance sur les structures de permanence de soins ambulatoires existantes plus adaptées que les services d'urgence à la prise en charge de ces patients qui expriment une demande de soin non programmée et les patients ayant été informés sur des alternatives existantes semblent prêts à les accepter (23,24).

BIBLIOGRAPHIE :

1 CARRASCO V, L'activité des services d'urgences en 2004, DREES Etudes et Résultats, n°524 septembre 2006

2 Projet régional de Santé Haute Normandie 2012-2017. Schéma Régional de l'Organisation des Soins. Médecine d'urgence

3 CARRASCO V, BAUBEAU D, Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale, DRESS Etudes et Résultats, n°212 janvier 2003

4 Rapport public annuel de la cour des comptes du 25 janvier 2007. Les urgences médicales : constats et évolution récente ; 313-340.

5 ROCH I, LORANT V, CLOSON M-C. Le coût de l'urgence: comparaison des urgences hospitalières avec la garde de la médecine générale. Disponible sur : <http://www.garde-medecine-generale.be/documenten/2/Volet%20economique%20eindrappport.pdf> (consulté le 2.10.2012)

6 efurgences. Scores et classification des malades aux urgences. Disponible sur <http://www.efurgences.net/index.php/decision/scores/85-scores-classification-urgences>

(consulté le 15.08.2012)

7 GENTILLE S, VIGNALLY P et al. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Serv Res. March 2010, 15;10:66.

8 CARRET ML, FASSA AG, et al. Demand for emergency health service : factors associated with inappropriate use. BMC Health serv res. 2007 aug 18;7:131

9 AFILALO J, MARINOVICH A et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med. 2004 Dec;11(12):1302-10.

10 BIANCO A, PILEGGI C et al. Non-urgents visits to a hospital emergency department in italy. Public Health. 2003 Jul;117(4):250-5

11 RUBIN MA, BONNIN MJ. Utilization of the emergency department by patients with minor complaints. The journal of Emergency medicine. 1995 Nov-dec;13(6):839-42.

12 TSAI JC, LIANG YW et al. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems : patient preference and emergency department convenience. J Formos Med Assoc. 2010 jul;109(7):533-42.

13 LANG T, DAVIDO A et al. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? Journal of Epidemiology and Community Health, 1996 august; 50(4):456-62

14 KHAN Y, GLAZIER RH et al. A population-based study of the association between socioeconomic status and emergency department utilization in Ontario, Canada. Acad Emerg Med. 2011 Aug;18(8):836-43.

- 15 MANDELBERG JH, KUHN RE et al. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Academic Emergency Medicine*. 2000 Jun;7(6):637-46.
- 16 SUN BC, BURSTIN HR et al. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Academic Emergency Medicine*. 2003 Apr;10(4):320-8.
- 17 MALONE RE. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. *Social Science & Medicine*. 1995 feb;40(4):469-77.
- 18 BYRNE M, MURPHY AW et al. Frequent attenders to an emergency department : a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Annals of Emergency Medicine* 2003;41:309-18.
- 19 ROBERTS E, MAYS N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency department? *Health Policy* 1998, 44(3), 191-214.
- 20 O'BRIEN GM, SHAPIRO MJ et al. « Inappropriate » emergency department use : a comparison of three methodologies for identification. *Academic Emergency Medicine*.1996;3(3):252-7.
- 21 LOW RA, BINDMAN AB et al. Refusing care to emergency department patients: evaluation of published triage guidelines. *Annals of Emergency Medicine*. 1994;23:286-293.
- 22 DURAND AC, GENTILE S et al. Be careful with triage in emergency departments : interobserver agreement on 1,578 patients in France. *BMC Emergency Medicine*. 2011 oct 31 ;11 :19.
- 23 BAUBEAU D, CARRASCO V, Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, *DRESS Etudes et Résultats*, n°215 janvier 2003

24 GENTILLE S, DURAND AC et al. Do non-urgent patients presenting to an emergency department agree with a reorientation towards an alternative care department? Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2009 Feb;57(1):3-9.

Tableau I : Comparaison des caractéristiques socio démographiques des patients auto référés et référés.

	Auto référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Sexe				
Homme	191 (51,8%)	159 (60,7%)	0,02	0,69 (0,50-0,95)
Femme	178 (48,2%)	103 (39,3%)		
Moyenne âge (en années)				
	38,2 (15,78)	54,9 (20,20)	P<0,0001	
Age > 65ans				
Oui	23 (6,2%)	96 (36,6%)	<0,0001	0,11 (0,07-0,18)
Non	346 (93,8%)	166 (63,4%)		
Activité Professionnelle				
Oui	234 (63,9%)	94 (36%)	<0,0001	3,14 (2,26-4,38)
Non	132(36,1%)	167 (64%)		
Niveau d'études				
> Ou = BAC	139 (38,2%)	48(18,4%)	<0,0001	2,74(1,88-4,00)
< BAC	225 (61,8%)	213 (81,6%)		
Enfant à charge				
Oui	166 (46,8%)	80 (31,2%)	<0,0001	1,93 (1,38-2,71)
Non	189 (53,2%)	176 (68,8%)		
Revenus mensuels				
> 1500 €	94 (26,6%)	39 (15,2%)	0,0004	2,02(1,33-3,05)
< ou = 1500 €	259 (73,4%)	217 (84,8%)		
Assurance complémentaire				
Oui	311 (85%)	234 (90%)	0,04	0,63 (0,38-1,03)
Non	55 (15%)	26 (10%)		
Bénéfice des minimas sociaux				
Oui	26 (6,8%)	11 (4,2%)	0,11	1,66 (0,80-3,45)

Non	340 (93,2%)	249 (95,8%)		
Être propriétaire de son logement				
Oui	110 (30,1%)	117 (41,6%)	0,0001	0,53 (0,38-0,74)
Non	256 (69,9%)	144 (55,2%)		
Bénéfice des services sociaux				
Oui	6 (1,6%)	26 (10,0%)	<0,0001	0,15 (0,06-0,37)
Non	358 (98,4%)	234 (90,0%)		
Bénéficiaire de CMU				
Oui	32 (8,7%)	15 (5,7%)	0,11	1,57 (0,83-2,96)
Non	335 (91,3%)	246 (94,3%)		

Tableau II : Comparaison de l'environnement médical et de la trajectoire de soins dans les 6 mois précédant l'inclusion entre les patients auto référés et référés.

	Auto référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
<u>Avoir un :</u>				
Médecin traitant				
Oui	347 (94,6%)	258 (98,9%)	0,003	0,20 (0,06-0,69)
Non	20 (5,4%)	3 (1,1%)		
Médecin spécialiste				
Oui	146 (40,9%)	137 (57,3%)	<0,0001	0,52 (0,37-0,72)
Non	211 (59,1%)	102 (42,7%)		
Cs ambulatoire en première intention				
Oui	357 (97,3%)	137 (57,3%)	<0,0001	0,52 (0,37-0,72)
Non	211 (59,1%)	102 (42,7%)		
<u>Dans les 6 mois avoir consulté :</u>				
médecin de famille				
Oui	293 (80,3%)	242 (93,4%)	<0,0001	0,29 (0,16-0,50)
Non	72 (19,7%)	17 (6,6%)		
Médecin généraliste autre				
Oui	69 (18,8%)	71 (27,2%)	0,008	0,62 (0,42-0,90)
Non	298 (81,2%)	190 (72,8%)		
Médecin spécialiste				

Oui	124 (33,9%)	121 (46,9%)	0,0007	0,58 (0,42-0,80)
Non	242 (66,1%)	137 (53,1%)		
SOS Médecins				
Oui	13 (3,6%)	20 (7,7%)	0,02	0,44 (0,22-0,91)
Non	353 (96,4%)	241 (92,3%)		
Urgences				
Oui	94 (26%)	57 (22,3%)	0,17	1,22 (0,84-1,78)
Non	268 (74%)	199 (77,7%)		
Hospitalisation				
Oui	47 (13,1%)	54 (21%)	0,006	0,56 (0,37-0,87)
Non	313 (86,9%)	203 (79%)		

Tableau II bis : Comparaison de l'environnement médical et de la trajectoire de soins dans les 6 mois précédant l'inclusion entre les patients auto référés et référés.

	Auto référés (ET)	Référés (ET)	P
Durée de suivi moyenne du médecin de famille en années	10,28 (8,02)	11,37(8,46)	0,11
Nombre moyen de consultations par an avec médecin traitant	5,39 (5,78)	9,02 (9,01)	<0,0001
<u>Nombre moyen de consultation dans les 6 mois avec médecin de famille</u>	2,77 (3,45)	4,93 (4,50)	<0,0001
Médecin généraliste autre	0,27 (0,76)	0,40 (0,94)	0,05
Médecin spécialiste	0,65 (1,40)	0,89 (1,72)	0,05
SOS Médecins	0,04 (0,22)	0,08 (0,28)	0,05
Urgences	0,25 (0,43)	0,22 (0,42)	0,29
Nombre moyen d'examen complémentaires réalisés dans les 6 mois	0,92 (1,33)	1,78 (2,25)	<0,0001
Nombre moyen d'hospitalisations dans les 6 mois	0,15 (0,42)	0,22 (0,44)	0,05

Tableau III : Comparaison du parcours aux urgences entre les patients auto référés et les patients référés.

	Auto référés	Référés	p	OR (IC à 95%)
Arrivée par ses propres moyens				
Oui	306 (83,6%)	123 (47,3%)	<0,0001	5,68(3,93-8,21)
Non	60 (16,4%)	137 (52,7%)		
Pathologie psychiatrique				
Oui	8 (2,2%)	12 (4,6%)	0,07	0,46 (0,19-1,14)
Non	357 (97,8%)	247 (95,4%)		
Pathologie somatique				
Oui	165 (45,2%)	211 (81,5%)	<0,0001	0,19 (0,13-0,27)
Non	200 (54,8%)	48 (18,5%)		
Pathologie traumatologique				
Oui	192 (52,6%)	36 (13,9%)	<0,0001	6,87 (4,57-10,33)
Non	173 (47,4%)	223 (86,1%)		
Avoir eu un examen complémentaire				
Oui	258 (69,9%)	237 (90,5%)	<0,0001	0,26 (0,15-0,39)
Non	111 (30,1%)	25 (9,5%)		
Acte d'orthopédie				
Oui	120 (32,6%)	19 (7,3%)	<0,0001	6,19 (3,70-10,36)
Non	248 (67,4%)	243 (92,7%)		
Traitement médicamenteux				
Oui	35 (9,5%)	26 (9,9%)	0,48	0,95 (0,56-1,63)
Non	333 (90,5%)	236 (90,1%)		
Hospitalisation				
Oui	44 (12,3%)	119 (45,9%)	<0,0001	0,16 (0,11-0,24)
Non	315 (87,7%)	140 (54,1%)		
Classification CCMU 2				
Oui	287 (78,6%)	242 (92,7%)	<0,0001	0,29 (0,17-0,49)
Non	78 (21,4%)	19 (7,3%)		0,29 (0,17-0,49)
Ordonnance de sortie remise				
Oui	234 (63,4%)	95 (36,3%)	<0,0001	3,05 (2,19-4,23)
Non	135 (36,6%)	167 (63,7%)		
Venue jugée justifiée par le Médecin sénior des Urgences.				
Oui	152 (42,3%)	176 (69%)	<0,0001	0,33 (0,24-0,46)

Non 207 (57,7%) 79 (31%)

Tableau IV : Déterminants indépendants à l'autoréférence (régression logistique).

	Auto-référés	Référés	Fisher exact(p)	ORA (IC 95%)
Age > 65 ans				
Oui	23 (6,2%)	96 (36,6%)	0,03	0,38 (0,16-0,87)
Non	346 (93,8%)	166 (63,4%)		
Etre suivi par médecin spécialiste				
Oui	146 (40,9%)	137 (57,3%)	0,02	0,45 (0,23-0,86)
Non	211 (59,1%)	102 (42,7%)		
Avoir consulté aux Urgences les 6 mois avant l'inclusion				
Oui	94 (26,0%)	57 (22,3%)	0,04	1,91 (1,02-3,57)
Non	268 (74,0%)	199 (77,7%)		
Etre arrivé aux urgences par ses propres moyens				
Oui	306 (83,6%)	123 (47,3%)	<0,0001	2,48 (1,45-4,27)
Non	60 (16,4%)	137 (52,7%)		
Motif traumatologique de consultation aux urgences				
Oui	192 (52,6%)	36 (13,9%)	0,01	2,36 (1,21-4,57)
Non	173 (47,4%)	223 (86,1%)		
Avoir reçu aux urgences acte d'orthopédie aux urgences				
Oui	120 (32,6%)	19 (7,3%)	0,02	2,63 (1,15-6,00)
Non	248 (67,4%)	243 (92,7%)		
Hospitalisation				
Oui	44 (12,3%)	119 (45,9%)	0,003	0,37 (0,19-0,72)
Non	315 (87,7%)	140 (54,1%)		

RESUME

Introduction : Depuis 30 ans la fréquentation des services d'urgence en France s'est accrue. De nombreux patients s'y présentent spontanément pour un motif « non sévère ». La Haute-Normandie est l'une des régions françaises où le taux de passage annuel aux urgences est le plus élevé et où la densité médicale est la plus faible. L'objectif de cette thèse est de déterminer le profil des patients adultes consultant de façon auto-référée aux urgences pour motif « non sévère » en Haute-Normandie, et d'y étudier leur justification.

Matériel et Méthodes : Une enquête transversale a été réalisée dans 4 services d'urgences haut-normands de juillet 2003 à mars 2004. Les patients classés CCMU 1 ou 2 ont été questionnés sur des données sociodémographiques, d'environnement médical, et de parcours de soins aux urgences. Une analyse statistique a été réalisée à la recherche de différences entre les patients auto référés et ceux référés par un médecin. La justification de l'autoréférence a été analysée

Résultats : 631 patients ont été inclus dans l'étude (369 auto-référés et 262 référés), à prédominance masculine (sexe ratio H/F= 1,24). Les patients auto-référés sont plus jeunes ($p < 0,0001$) avec une moyenne d'âge de 38,2 ans, ont plus souvent une activité professionnelle active ($p < 0,0001$ en uni-varié), sont plus nombreux à avoir eu le BAC ($p < 0,001$ en uni-varié), sont plus nombreux à avoir fréquenté les urgences les 6 mois précédant l'inclusion ($p = 0,04$ en multi varié) et consultent plus pour de la traumatologie ($p = 0,01$ en multi varié). 42,0 % justifient leur autoréférence par la simplicité de consulter aux urgences et le coût financier ne semble pas rentrer en compte dans leur décision.

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier une population, à informer sur les alternatives ambulatoires aux urgences hospitalières. Des campagnes d'information semblent nécessaires.

Mots clés : Auto-référés, Non urgents, Permanence des soins, Service d'urgence