



HAL
open science

Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de L'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours

Olivia Boudard

► **To cite this version:**

Olivia Boudard. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de L'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01235042

HAL Id: dumas-01235042

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01235042>

Submitted on 27 Nov 2015

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
COLLEGE SCIENCE DE LA SANTE

Année 2015

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR en MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 6 octobre 2015

Par Olivia BOUDARD

Née le 15 novembre 1988 à Bordeaux

***Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de
L'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours.***

Directeur de thèse

Docteur Guillaume VALDENNAIRE

Membres du jury

- Pr GAY Bernard (Président du jury).
- Dr CASTERA Philippe (Rapporteur de thèse).
- Pr BONNET Fabrice (membre du jury).
- Dr TENTILLIER Eric (membre du jury).
- Dr GIL-JARDINE Cédric (membre du jury).
- Dr VALDENNAIRE Guillaume (Directeur de thèse).

Sommaire

REMERCIEMENTS	5
ABREVIATIONS.....	7
<u>1-Introduction</u>	8
<u>2-Contexte</u>	9
<u>2-1-Notion d'Urgence</u>	9
<u>2-1-1-Définitions</u>	9
<u>2-1-2-Classifications</u>	10
<u>2-2-Démographie en Gironde</u>	11
<u>2-3-Les structures d'urgences</u>	13
<u>2-4-Les urgences de l'hôpital Pellegrin</u>	15
<u>2-5-Le tri aux urgences</u>	15
<u>2-6-Les consultations spontanées</u>	17
<u>3-Question de recherche et Objectifs</u>	20
<u>3-1-Question de recherche</u>	20
<u>3-2-Objectifs</u>	20
<u>4-Matériel et méthodes</u>	21
<u>4-1-Type d'étude</u>	21
<u>4-2-Population</u>	21
<u>4-2-1-Critères d'inclusion</u>	21
<u>4-2-2-Critères de non inclusion</u>	21
<u>4-2-3-Critères d'exclusion</u>	21
<u>4-3-Aspects réglementaires</u>	21
<u>4-4-Matériel de l'étude</u>	21
<u>4-5-Protocole de l'étude</u>	22
<u>4-6-Analyse de données</u>	23
<u>5-Résultats</u>	24
<u>5-1-Effectif</u>	24
<u>5-2-Données analysées</u>	25
<u>5-2-1-Population</u>	25
<u>5-2-1-1-Sexe des patients</u>	25
<u>5-2-1-2-Age des patients</u>	26
<u>5-2-1-3-Nationalité des patients</u>	27

5-2-1-4-Régime de la sécurité sociale.....	28
5-2-1-5-Statut socio-économique.....	29
5-2-1-6-Niveau d'études.....	30
5-2-1-7-Lieu de vie.....	31
<u>5-2-2-Jour de recours aux urgences:</u>	32
5-2-2-1-Date de la consultation.....	32
5-2-2-2- Jour de la semaine.....	33
<u>5-2-3-Heure d'arrivée aux urgences:</u>	35
<u>5-2-4-Classification CCMU</u>	37
<u>5-2-5- Motif de recours aux urgences d'après le patient</u>	38
<u>5-2-6- Type de consultation aux urgences: Traumatologie/ Médecine/Psychiatrie/Autre:</u>	40
<u>5-2-7- Délai depuis le début des symptômes:</u>	41
<u>5-2-8-Devenir du patient:</u>	42
5-2-8-1-Hospitalisation ou pas.....	42
5-2-8-2-Réalisation d'examens complémentaires ou pas.....	45
5-2-8-3-Comparaison population hospitalisée VS non hospitalisée.....	48
<u>5-2-9- Présence d'un médecin traitant déclaré ou pas:</u>	49
<u>5-2-10- Dernier contact avec médecin traitant:</u>	50
<u>5-2-11-Durée de séjour aux urgences</u>	51
<u>5-2-12-Prise d'un traitement avant de venir aux urgences:</u>	52
<u>5-2-13- Antécédents de recours aux urgences:</u>	52
<u>5-2-14- Nécessité d'examens complémentaires d'après le patient:</u>	53
<u>5-2-15- Nécessité d'être hospitalisé d'après le patient:</u>	54
<u>5-2-16- Possibilité de prise en charge par le médecin traitant d'après le patient:</u>	54
<u>5-2-17-Rappel à J7:</u>	55
5-2-17-1-Toujours vivant?.....	55
5-2-17-2-Toujours hospitalisé?.....	55
5-2-17-3-Consultation d'un médecin depuis sa sortie des urgences?.....	55
5-2-17-4-Réalisation d'examens complémentaires depuis sa sortie des urgences?.....	56
<u>5-2-18- Satisfaction de la prise en charge aux urgences :</u>	56
6-Discussion	57
<u>6-1-Forces et faiblesses de l'étude:</u>	57
<u>6-2-Forces et faiblesses de l'auto-questionnaire</u>	58
<u>6-3-Forces et faiblesses du rappel à J7</u>	59

<u>6-4-Profil sociodémographique des consultants spontanés.....</u>	59
<u>6-5-Habitudes de soins.....</u>	61
<u>6-6-Gravité et type de consultation.....</u>	62
<u>6-7-Devenir des patients.....</u>	64
<u>6-7-1-Concernant le taux d'hospitalisation :.....</u>	64
<u>6-7-2-Concernant la réalisation d'examens complémentaires :.....</u>	64
<u>6-7-3-Comparaison de la population hospitalisée versus la population non hospitalisée :...65</u>	
<u>6-8-Facteurs favorisant les consultations spontanées.....</u>	67
<u>6-9-Satisfaction de prise en charge.....</u>	68
<u>7- Conclusion</u>	71
<u>8-Références</u>	72
<u>9-Annexes</u>	77
<u>10-Serment d'Hippocrate</u>	85
<u>11-Résumé</u>	86

REMERCIEMENTS:

Merci au **Professeur Bernard GAY**, Professeur de Médecine générale et médecin généraliste, de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir présider cette thèse. Veuillez voir dans ces remerciements l'expression de mon plus grand respect.

Un grand Merci également au **Professeur Fabrice BONNET**, Professeur des universités et praticien hospitalier, d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en ma très sincère reconnaissance.

Merci au **Docteur Guillaume VALDENNAIRE**, Praticien hospitalier et médecin urgentiste, d'avoir été le directeur de ma thèse. Je lui adresse tous mes remerciements pour son soutien, sa pédagogie et sa patience. Il reste pour moi un modèle et m'a énormément appris par son humanité et son travail et je lui en suis sincèrement reconnaissante.

Je remercie très sincèrement **le Docteur Philippe CASTERA**, Maître de conférences des universités et médecin généraliste, d'avoir accepté de faire le rapport de ma thèse. Merci pour vos précieux conseils et pour votre soutien.

Merci au **Docteur Cédric GIL-JARDINE**, Praticien hospitalier contractuel et médecin urgentiste, pour son aide au cours de ce travail de thèse, pour sa disponibilité et pour la bonne humeur et l'efficacité dans laquelle nous avons toujours travaillé.

Merci au **Docteur Eric TENTILLIER**, Praticien hospitalier et médecin réanimateur, d'accepter de juger mon travail et de m'avoir fait confiance pour entrer dans son équipe du SAMU en tant qu'assistante.

Merci à tous les services qui m'ont accueilli au cours de mon internat, qui m'ont formé, ont conforté ma vocation médicale et m'ont énormément appris.

Plus particulièrement, un grand Merci aux médecins et au personnel paramédical des urgences du CHU de Pellegrin, à tous mes co-internes des urgences « Les filles et Adrien ».

Et Merci à Seb, Nat et Céline, vous êtes des collègues en or et ce recueil de données a été possible en grande partie grâce à votre aide. Merci encore.

Merci à mes prat', Dr Florence Rousseau et Dr David Mereuze pour tout ce que vous m'avez appris en médecine générale, tout ce que vous m'avez transmis et pour votre bienveillance à mon égard.

A mes parents, Merci pour tout, pour votre amour, pour votre soutien depuis le premier jour.

A ma famille, proche ou lointaine. A Tatie. A mon parrain et ma marraine. A mon frère, Mathieu, Merci pour ton soutien et pour ta présence.

A mes sœurs, Audrey, Inès, mes confidentes, mes repères, vous qui m'avez suivi depuis le début. A ma moitié, Margaux. A Amelie ma bounty et ma jeannou, mes deux minimoyes. Avec vous toutes les filles j'ai passé des moments formidables et je vous en remercie du fond du cœur.

Aux super-nanas que j'ai rencontré au cours de mes différents stages, Clem', Marie, Irène, Pauline, Marion, Charline, plus que des collègues vous êtes devenues des amies pour moi.

A mes amis, qui comptent tant pour moi, mon Gaspard, Juju, Rebecc, Chrichri d'amour, Maxence, Léa, Philou, Etienne, Vincent, Lenou, Qd, Xav', Nam, Laure, Fionf, Soph', Alex, Popo/Hugo, Maty, Vanvan, Ben...

A mes amis et « co-internes du DESC d'urgence », Marion, Charline (pour toutes les péripéties de nos thèses), Jean Paul pour nos toxic-dates, Marie, Renaud, Dimitri, Marina, Anais, Simon, Julie, Elisabeth, Marine, Célia.

Au PG, mes co-internes périgourdiens de ce semestre pour m'avoir soutenu et supporté et aussi pour m'avoir bien changé les idées !! Merci pour tous ces # !!

ABREVIATIONS :

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide soignant

AVP : Accident voie publique

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture maladie universelle

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

ECG: électrocardiogramme.

GEMSA : Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil.

IDE: Infirmière diplômée d'état

IOA : Infirmière organisatrice de l'accueil.

J7: 7ème jour.

MAO: Médecin d'Accueil et d'Orientation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDS : Permanence Des Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Service d'Urgence / Structure d'Urgence

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

1-INTRODUCTION

La mission des services d'urgences français, régie par l'article R 712-65 du code de santé publique issu du décret du 9 mai 1995, est d'accueillir 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 toute personne se présentant en situation d'urgence et de la prendre en charge (1).

En France, les urgences hospitalières renvoient l'image d'intervention médicale rapide en cas d'accident corporel ou de maladie aiguë mais elles symbolisent également la tradition d'accueil et de solidarité.

En 2012, 10,6 millions de personnes, soit près d'un sixième de la population, ont été pris en charge, parfois à plusieurs reprises dans l'année, dans les services d'urgence hospitaliers. Ceux-ci ont enregistré ainsi plus de 18 millions de passages, soit 30 % d'augmentation en dix ans (2).

Communément on décrit trois types de population formant la patientèle des services d'urgence : les patients amenés par les pompiers ou le SMUR suite à une régulation par le 15, les patients adressés par leur médecin, généraliste ou spécialiste pour davantage d'exploration ou pour une hospitalisation et les patients consultant spontanément aux urgences.

D'après l'étude DREES analysant les usagers des urgences en 2003 puis en 2012, la part des patients consultant spontanément aux urgences est en constante augmentation. Il s'agirait de près des 3/4 des patients admis aux urgences en France (3).

Dans les données de la littérature on retrouve deux causes avancées à cette augmentation de l'afflux aux urgences : la modification du comportement des usagers avec l'augmentation des recours spontanés aux urgences et l'évolution de l'organisation des soins de ville (4-6).

De plus, l'urgence même n'ayant pas de définition claire, il paraît difficile pour une personne sans formation médicale de différencier l'urgence vraie de l'urgence ressentie pour laquelle il cherche une réponse rapide.

La part de subjectivité laissée au patient est donc très importante et un avis médical est souvent nécessaire pour trancher.

Mais malgré ces données, ces patients "auto-référés" aux urgences restent une population peu connue; Qui en fait partie? Quelles sont les motivations de ces patients à se présenter aux urgences spontanément? Leur recours engendre t'il une hospitalisation, une prescription d'examens complémentaires? Quel est le profil de ces patients hospitalisés?

Afin de mieux comprendre ce phénomène de consultation spontanée aux urgences, nous avons étudié les données de la littérature et avons constitué un questionnaire, rempli par les patients se présentant spontanément aux urgences de l'Hôpital de Pellegrin à Bordeaux en octobre 2014.

Grâce à ce questionnaire, suivi d'un rappel des patients à sept jours de leur venue, nous souhaitons connaître le devenir des patients consultant spontanément aux urgences de notre hôpital et en évaluer les facteurs associés.

2-CONTEXTE :

2-1-Notion d'urgence:

2-1-1-Définitions:

On classe habituellement les urgences en quatre catégories :

- **Urgence vitale** : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence.
- **Urgence vraie** : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital.
- **Urgence relative** : pathologie subaiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital.
- **Urgence différée** : pathologie pouvant être soignée avec délai.

Mais la notion d'urgence en elle-même n'a pas de véritable définition ni de *GOLD STANDARD* d'où la difficulté d'évaluation de ce qu'est un recours urgent ou non-urgent pour un patient.

La définition du terme "Urgence" retenue par le Larousse en 2014 est: (1) Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard; (2) Nécessité d'agir vite; (3) Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement; (4) Situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai et qui permet au juge de prendre certaines mesures par une procédure rapide (7).

La définition médicale la plus fréquemment retrouvée est celle-ci: « Toute circonstance qui par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant » (8).

La définition de l'OMS nous dit : "L'urgence est un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et /ou son entourage."

Pour l'utilisateur, **l'urgence est subjective**, ce qui paraît compréhensible vu la difficulté à définir ce qui est urgent et donc ce qui est "non-urgent". Cette définition est propre à chacun et tiendrait donc globalement compte de l'expérience personnelle de l'individu, de son éducation, de sa résistance à la douleur, et de l'angoisse générée et ressentie.

2-1-2-Classifications:

Il existe en médecine d'urgence, une classification appelée **CCMU**, qui propose une dichotomisation en différents stades de gravité :

Stades CCMU :

- 1- État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables.
- 2-État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables, Décision d'acte complémentaire.
- 3- État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences.
- 4- Situation pathologique engageant le pronostic vital
- 5- Situation pathologique engageant le pronostic vital réanimation immédiate
- D- Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.
- P- Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

En conséquent, si l'on se base sur cette classification CCMU, on peut considérer que les actes CCMU 1 pourraient être gérés en pré-hospitalier (9-10).

Aux urgences de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux comme dans d'autres établissements, cette classification CCMU du degré d'urgence est difficilement analysable car inconstamment renseignée dans les observations médicales.

Il existe également la **classification GEMSA** qui classe les patients en 6 groupes selon leur mode d'admission et de sortie des urgences :

GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation.

GEMSA 2 : Patient non convoqué, sortant après consultation ou soins.

GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale.

GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage aux urgences.

GEMSA 5 : Patient attendu dans un service, ne passant aux urgences que pour des raisons d'organisation.

GEMSA 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique importante ou prolongée. (11).

Malgré les classifications dont nous disposons, la difficulté réside dans la notion d'urgence vraie et d'urgence ressentie par le patient (12).

Une thèse réalisée en 2001 s'était intéressée aux représentations de l'urgence chez les patients: en exposant quelques cas cliniques aux patients des urgences, elle mettait en évidence que leur démarche ne correspondait pas à la gravité de la situation d'un point de vue médical ; les médecins définissaient l'urgence d'une manière biomédicale (vitale), et les patients souvent plus par la rapidité d'intervention estimée nécessaire (13).

Une étude de 1998 proposait une **estimation des consultations non urgentes** par l'avis de l'IAO et du médecin de garde ainsi que par l'utilisation ou non du plateau technique et l'avis de deux experts. Ce taux de consultation non urgente s'élevait à 35% et lorsqu'il s'agissait d'une consultation non urgente, le pourcentage de sujets se présentant spontanément aux urgences était deux fois plus élevé que pour les consultations définies comme urgentes (4).

2-2-Démographie en Gironde

→ *Population générale :*

En 2012, le département de la Gironde compte **542 communes** étendues sur 10725 Km² (c'est le département le plus étendu de France) regroupant **1 514 870 habitants**.

La communauté urbaine de Bordeaux compte **82 communes et 25 cantons** pour un total de **893 005 habitants** (14). La commune de Bordeaux et ses 8 cantons comptent **245 223 habitants**.

→ *Démographie Médicale :*

La France métropolitaine retient une moyenne de **155 médecins généralistes pour 100 000 habitants** en 2014.

Les cinq départements de la région Aquitaine recensent 14 436 médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Ils représentent 5,3% de l'effectif national. Les médecins en activité régulière sont au nombre de 10 336 ; soit une hausse de 2,6% entre 2007 et 2013.

Avec une densité moyenne de 332,4 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants et de **159,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants** en 2013, la région Aquitaine se situe dans la tranche de densité supérieure à la moyenne (15).

Dans le département de la Gironde, nous comptons **2332 médecins généralistes en 2014**. L'âge moyen est de 52 ans. Les médecins généralistes sont installés dans tous les cantons de la Gironde, pour une grande majorité dans le centre du département (près de 56 % des

généralistes exercent dans la Communauté Urbaine de Bordeaux) (16). La densité des généralistes dans le département de la Gironde est de **182 praticiens pour 100 000 habitants** d'après l'étude DREES de 2014. Notre département arrive donc deuxième d'Aquitaine, juste derrière les Pyrénées atlantiques (184 médecins généralistes pour 100000 habitants) mais bien devant le Lot et Garonne (135/100000) ou d'autres départements sous-dotés en médecins généralistes comme l'Ain ou l'Eure avec 108 et 105 médecins respectivement pour 100000 habitants (17).

Arcachon, Cenon et Bordeaux sont les cantons où les densités observées sont les plus élevées et ils se situent bien au dessus de la densité moyenne du département.

L'agglomération de Bordeaux compte **391 médecins généralistes au 1 janvier 2013** (18).

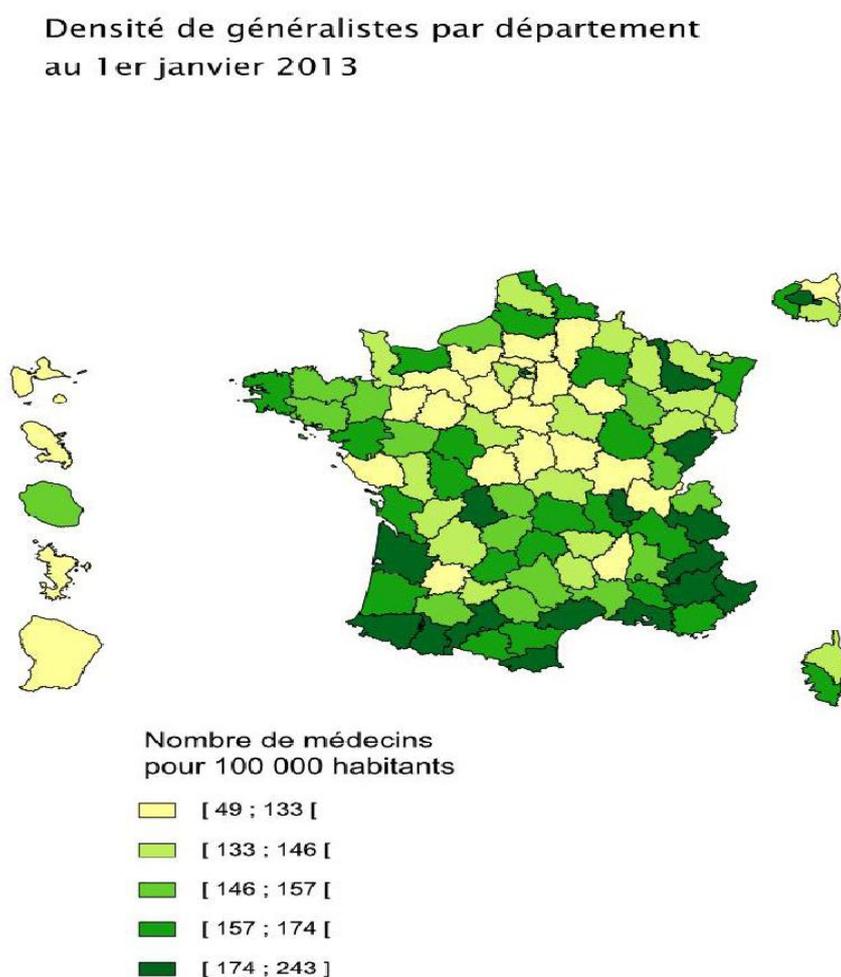


Fig 1 : DREES 2013 : Densité de médecins généralistes par départements au 1^{er} janvier 2013.

2-3-Les structures d'urgences:

En France il existe **738 structures d'urgences** en métropole et aux DOMTOM.

La prise en charge des urgences médicales repose très largement sur les hôpitaux publics et sur les établissements privés participant au service public hospitalier.

En 2003 a été mis en place « *Le Plan Urgences 2003-2008* », prenant en compte des mesures globales pour l'ensemble de la filière des urgences. Ce plan a misé, entre autres, sur la permanence des soins pour désengorger les structures d'urgences.

Il existe au moins une structure d'accueil autorisé par département, certains départements disposent de plusieurs structures, pour permettre dans le cadre du plan « territoire-santé » de décembre 2012, de réduire les inégalités territoriales de santé et permettre ainsi un accès aux soins d'urgences **en moins de 30 minutes** pour l'ensemble de la population (19).

En Gironde on dispose de **14 services d'Urgences** répartis sur le département :

- CHU Bordeaux (Groupe hospitalier Pellegrin, Hôpital Saint-André, Hôpital Haut-Lévêque).
- HIA Robert Picqué à Bordeaux.
- Polyclinique Bordeaux Rive droite à Lormont.
- Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine à Bordeaux.
- Clinique mutualiste du Médoc.
- Clinique mutualiste de Pessac.
- CH Saint-Nicolas de Blaye.
- CH Robert Boulin à Libourne.
- CH Pasteur à Langon.
- CH Arcachon.
- Clinique médico-chirurgicale Wallerstein à Arès.
- CH Sainte-Foy-la-Grande (20).

2-4-Les urgences de Pellegrin:

L'hôpital de Pellegrin situé Place Amélie Raba-Léon à Bordeaux est un des 3 sites du CHU de Bordeaux. Il comptait **1331 lits** au 1er janvier 2013 parmi les 2936 lits du CHU de Bordeaux.

En 2013, le CHU de Bordeaux a enregistré **114358 passages aux urgences** de Pellegrin, St André, les urgences pédiatriques et le groupe Sud, dont 45% ont débouché sur une hospitalisation. (Chiffres clés 2013 CHU Bordeaux) Les urgences de Pellegrin reçoivent entre 140 et 200 passages par jour soit en moyenne **52000 passages par an**, (on note 52677 patients admis aux urgences de Pellegrin sur l'année 2014).

→Plan des urgences de Pellegrin:

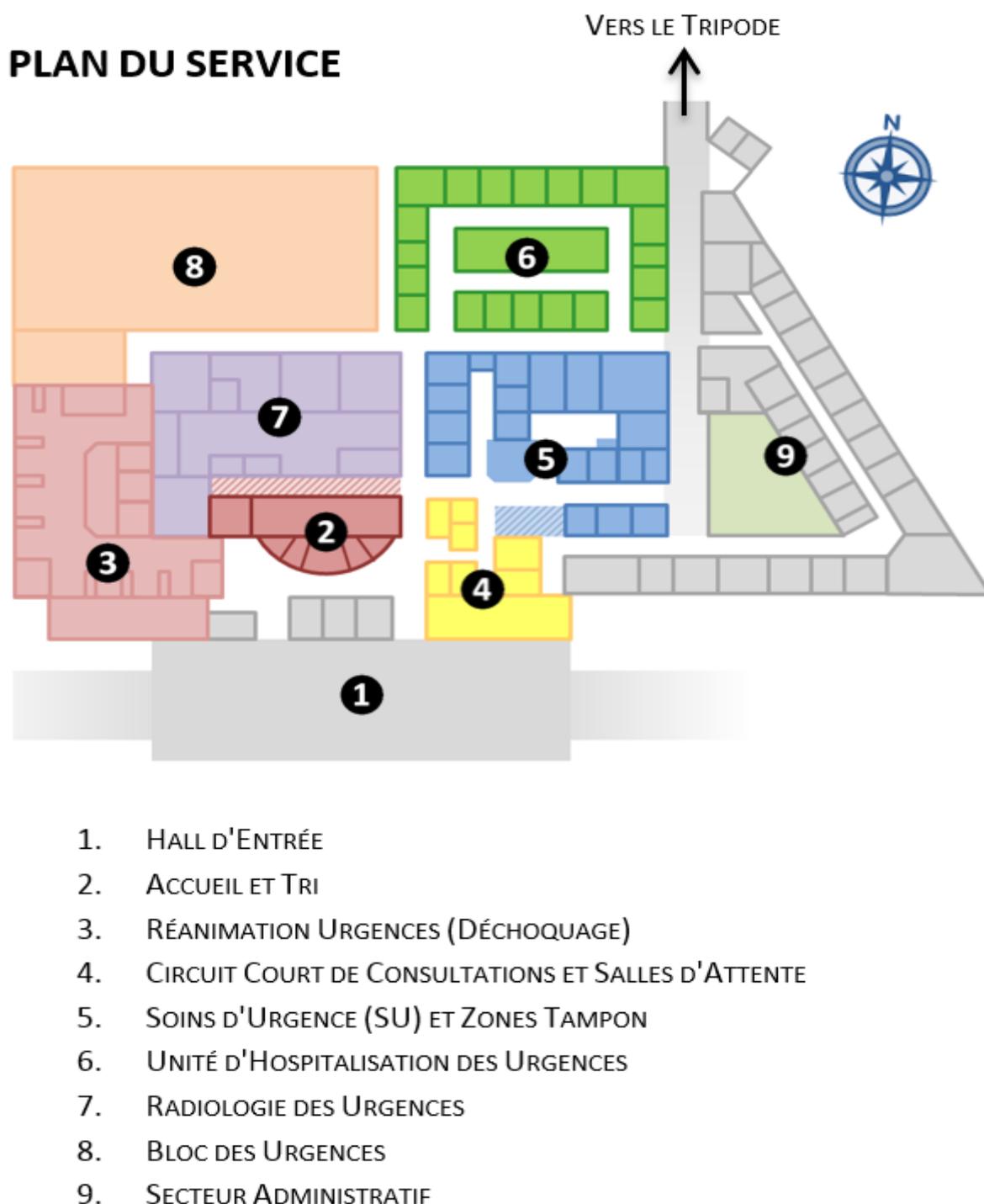


Fig 2 : Plan des urgences de Pellegrin 2014.

En 2014, les urgences de l'Hôpital Pellegrin comptaient différentes structures:

-Une zone dite d'**Accueil** gérée par un MAO et une IAO ainsi que deux IDE, deux AS et un interne. Cette structure comptait 8 brancards pouvant accueillir donc au minimum 8 patients, cette zone pouvant s'étendre au couloir et ainsi accueillir jusqu'à 16 patients.

-Les **Soins d'urgence** étaient constitués de 10 boxes et 4 zones tampons, gérés par un médecin urgentiste, deux internes, deux IDE et deux AS.

-L'**UHCD** ou **salle d'observation** contenait 19 chambres gérées par un médecin urgentiste, deux internes, deux IDE et 2 AS.

→ Organigramme des urgences de Pellegrin

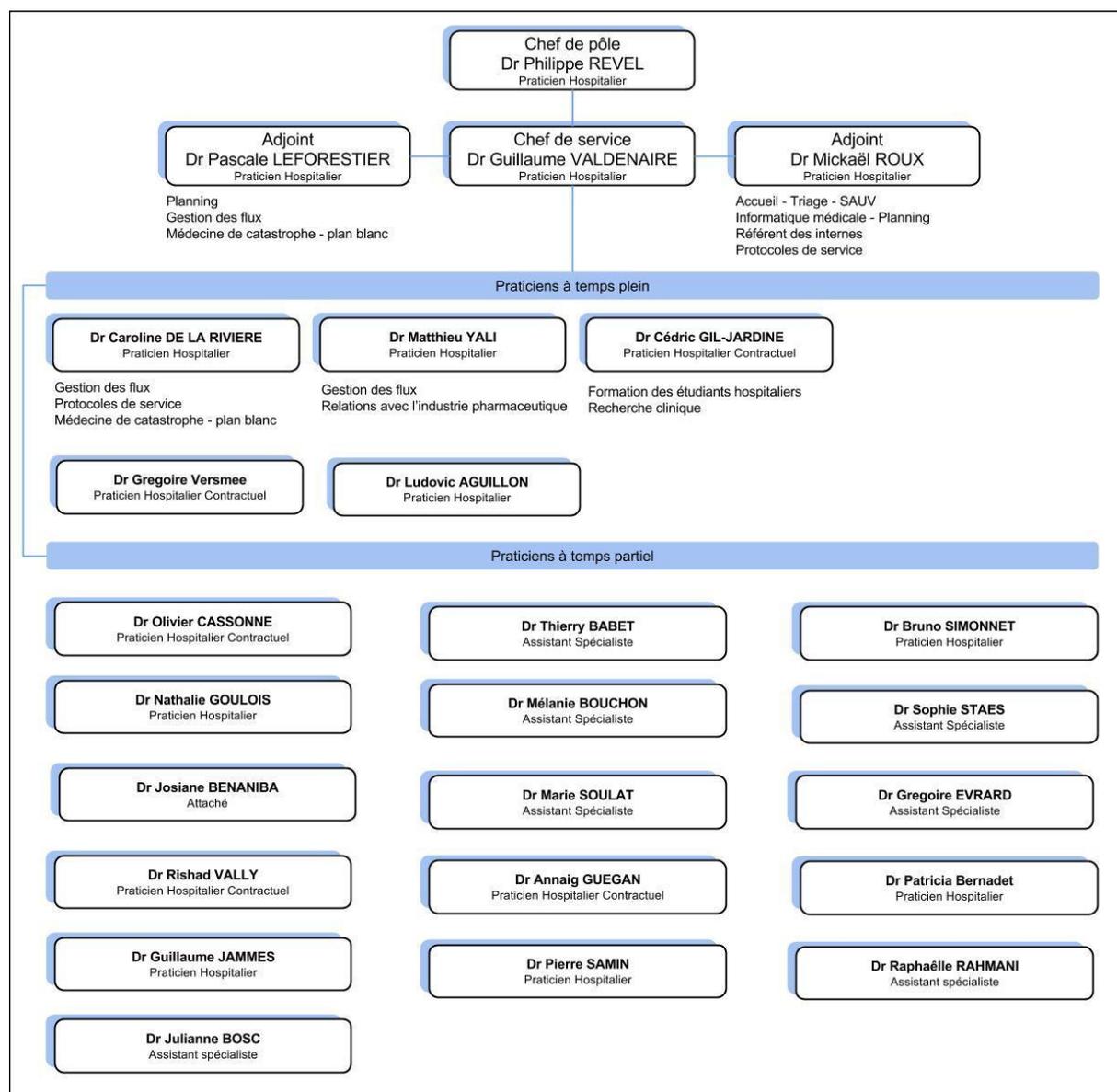


Fig 3 : Organigramme des urgences de Pellegrin 2014

2-5-Notion de tri aux urgences :

L'augmentation de la fréquentation des urgences a amené à une réorganisation de l'accueil des services afin de distinguer les patients nécessitant une prise en charge rapide, de ceux pouvant « attendre » les soins. A découlé de cette réorganisation, la **notion de triage**.

L'objectif du triage n'est pas de porter un diagnostic, mais de définir la filière de prise en charge sur des données rapidement accessibles (21).

Le tri des patients à leur arrivée aux urgences fait partie d'une des missions des structures des urgences. En effet le médecin urgentiste ne prend pas en charge un patient mais des patients, il est donc impératif qu'il priorise ses prises en charge (22).

Le triage permet d'**adapter les ressources aux besoins** et doit tenir compte de critères médicaux objectifs et reproductibles, il doit être effectué rapidement (idéalement en moins de 5 minutes) et donc, par un opérateur entraîné (23).

Il existe différentes techniques de tri, celle retenue aux urgences de Pellegrin consiste en un **trriage par une infirmière organisatrice d'accueil**, entraînée, expérimentée, avec un esprit de synthèse et qui peut avoir recours à un médecin d'accueil à tout moment (24-25).

Trois questions principales sont posées par l'IOA :

- Quel est le symptôme principal ?
- Existe-t-il une anomalie des paramètres vitaux ?
- Quelles sont les circonstances ?

En fonction de ces trois questions, l'IOA classe le patient en 5 stades :

1-Réanimation (nécessité d'une prise en charge immédiate).

2- Très urgent (prise en charge dans les 20 minutes).

3 -Urgent (dans les 60 minutes).

4-Moins urgent (dans les 2h).

5-Non urgent (dans les 3 h).

→ Circuit de l'arrivée aux urgences:

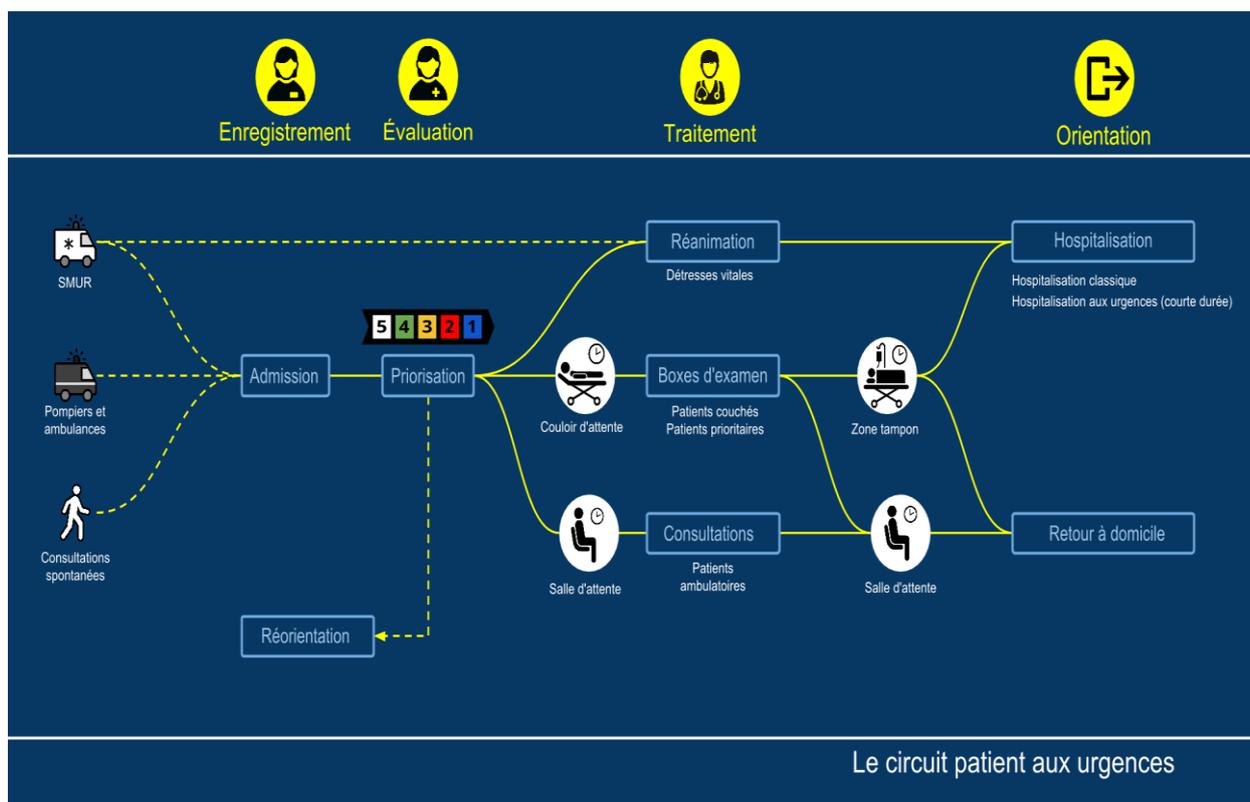


Fig 4 : Circuit du patient aux urgences

Il existe 3 modes d'arrivée aux urgences: le transport par un SMUR, le transport par un véhicule pompier ou une ambulance, et les consultations spontanées. Tout patient, à son arrivée aux urgences du CHU Pellegrin, est interrogé par l'IOA qui priorise son motif de recours par ordre de gravité et délai d'attente souhaité. Suite à ce triage, les patients sont soit pris en charge en réanimation quand ils souffrent de détresses vitales, soit en salle d'examens standards soit ils patientent en salle d'attente pour être pris en charge au circuit court des consultations. Au décours de leur prise en charge diagnostique et thérapeutique ils seront soit hospitalisés, soit surveillés aux urgences pendant quelques heures, soit sortant des urgences.

2-6-Les consultations spontanées :

La définition de consultation spontanée retenue ici est celle utilisée également par le ministère de l'emploi et de la solidarité dans son rapport DREES, c'est-à-dire **le fait de se présenter directement aux urgences par ses propres moyens.**

Cela correspond à une part majeure des patients des urgences (3), 70% des usagers des services d'urgence en France métropolitaine en 2002. Ce mode d'arrivée directe concernerait 80% des patients d'âges inférieurs à 50 ans puis diminuerait avec l'âge (au delà de 80 ans, plus de 2/3 des patients bénéficieraient d'une orientation médicale préalable).

L'absence de définition consensuelle de ce qui constitue une « **urgence** », le manque d'outils de triage fiables pour la reconnaître et de consensus sur le rôle exact des services d'urgences, expliquent la difficulté à identifier le patient « non-urgent ». Cela conduit actuellement à l'incapacité de légitimer la réorientation des patients vers des structures de soins alternatives, d'autant que la loi interdit ces réorientations de manières implicites (1).

ABSENCE DE CONTACT PRÉALABLE AVEC UN MÉDECIN ET MODE D'ARRIVÉE DES PATIENTS AUX URGENCES SELON L'ÂGE.

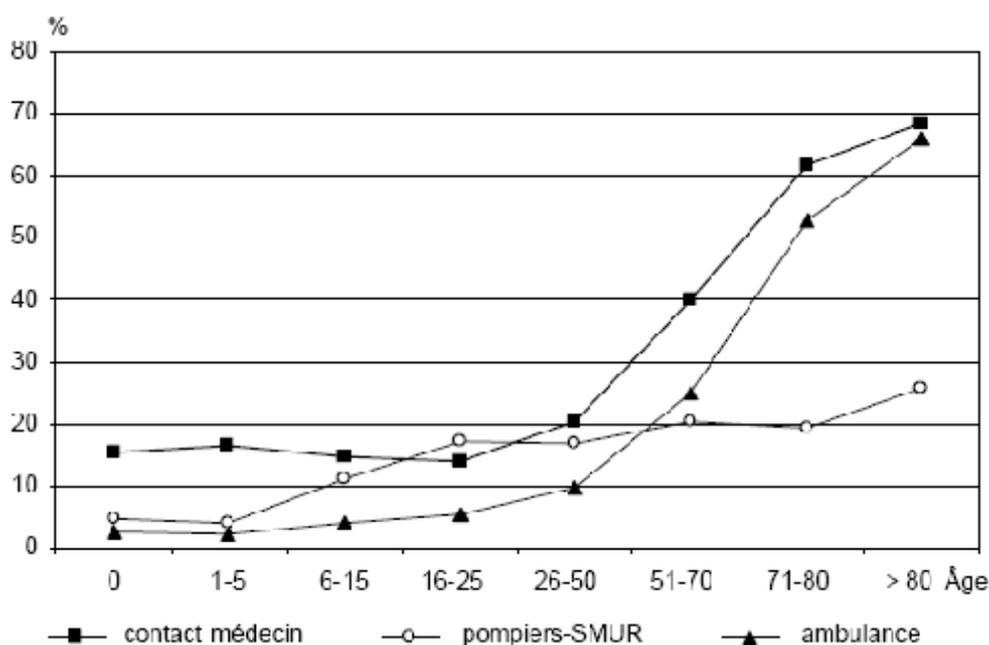


Fig 5: Absence de contact préalable avec un médecin et mode d'arrivée aux urgences. Etude DREES « les usagers des urgences - premiers résultats d'une enquête nationale », in Etudes et résultats, n° 212, janvier 2003.

Par ailleurs, les données de la littérature mettent en avant la grande confiance des patients dans les structures d'urgence.

En effet nombre d'entre eux disent se présenter spontanément aux urgences car ils considèrent qu'il s'agit d'une structure où l'on se fait soigner rapidement (24 heures/24) par un personnel compétent utilisant un matériel moderne et très performant.

L'étude DRESS de 2003 avait questionnée les patients sur leur motivation à consulter spontanément aux urgences, celle-ci retrouvait comme réponse:

- la proximité de l'établissement hospitalier : 47%,
- le besoin d'examens ou d'avis spécialisé : 44%,
- l'exigence de rapidité : 38%,
- la perspective d'hospitalisation : 32%,
- l'assurance d'accéder à un plateau technique spécialisé : 25%.

Cette étude à l'échelle nationale retrouvait donc une proportion élevée de patients qui consultaient aux urgences pour les raisons suivantes : la commodité, la proximité de l'établissement, l'accès aux soins 24 heures sur 24, la confiance et possiblement, bien que non relevé dans l'étude DRESS, l'absence d'avance de frais. L'urgence ressentie de leurs symptômes n'en faisait pas partie.

3-Question de recherche et Objectifs:

3-1-Question de recherche :

Le recours spontané des patients aux urgences constitue une population importante comme nous l'avons vu précédemment.

Les facteurs associés à ces consultations et le devenir de ces patients sont cependant très variables dans les différentes études déjà réalisées.

La question de recherche posée par cette étude était le devenir des patients se présentant spontanément aux urgences du CHU de Bordeaux.

Nous avons souhaité étudier cette population peu connue afin de savoir si leurs recours aux urgences entraînaient la réalisation d'examen complémentaires ou non, une hospitalisation ou non. Nous avons également voulu connaître le profil socio-économique de ces patients, leurs habitudes de soins et leurs motivations à se présenter aux urgences afin de mieux répondre à leurs attentes et d'améliorer notre gestion du flux des patients.

3-2-Objectifs :

L'objectif principal de l'étude était de connaître le devenir des patients consultants de manière spontanée aux urgences de l'Hôpital Pellegrin à Bordeaux.

L'objectif secondaire était de comprendre et d'évaluer les facteurs associés à une telle consultation.

4-Matériel et méthodes :

4-1-Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude épidémiologique prospective de suivi de cohorte observationnelle uni centrique aux urgences du CHU de Pellegrin à Bordeaux sur la période du 20/10/14 au 31/10/14.

Une note d'information sur l'existence de l'étude a été affichée au bureau d'admission et en salle d'attente des urgences. Les médecins et les IAO ainsi que certaines infirmières et aides soignants des urgences ont été informés du déroulement de l'étude.

4-2-Population :

La population cible de notre étude était constituée par les patients se présentant aux urgences de Pellegrin.

La population source correspondait aux patients s'y présentant spontanément.

La population étudiée était les patients se présentant spontanément durant la période de l'étude et répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

4-2-1-Critères d'inclusion :

Patient de plus de 15 ans et 3 mois, se présentant spontanément aux urgences du CHU de Pellegrin, 7 jours sur 7, 24h sur 24, non adressé par un médecin.

Concernant les patients mineurs, une autorisation parentale était demandée avant de remplir l'auto-questionnaire.

4-2-2-Critères de non inclusion :

Patient de moins de 15 ans et 3 mois, Refus de participer du patient, analphabète, questionnaire non disponible dans la langue du patient, patients en incapacité de répondre au questionnaire (par exemple inconscient, confus, psychiatrique).

4-2-3-Critères d'exclusion :

Identité des patients non connues, questionnaires incomplets, patients non admis aux urgences, patients régulés par le SAMU ou adressés par un médecin de ville.

4-3-Aspects réglementaires :

Aucune demande de CPP n'a été faite vu que notre étude n'engendrait pas de modifications de prise en charge des patients. Il s'agissait d'une étude uniquement observationnelle. Cependant en vu d'une publication, nous demanderons une autorisation de CPP à posteriori.

4-4-Matériel de l'étude :

Les données nécessaires à l'étude ont été recueillies par 3 moyens : un auto-questionnaire patient, un hétéro-questionnaire de rappel à J7 par téléphone, la base de données des urgences DxCare.

L'**auto-questionnaire** a été élaboré par le Dr VALDENAIRE, le Dr GIL-JARDINE et moi-même à partir des données de la littérature et des différentes études déjà réalisés notamment, au niveau national, l'étude de la DREES de 2003. Malheureusement, par manque de temps, cet auto-questionnaire n'a pas été testé avant l'inclusion des patients.

Le questionnaire de rappel à J7 a également été réalisé par notre équipe. Il s'inspire de questionnaires déjà utilisés pour d'autres thèses et études aux urgences de Pellegrin.

La base de données de DxCare a été consultée à posteriori.

→*Variables recueillies par le questionnaire patient* : nationalité, lieu de vie, régime social, profession, niveau d'études, présence d'un médecin traitant déclaré ou non, date du dernier contact avec le médecin traitant, antécédents de prise en charge aux urgences, motif de recours aux urgences ce jour, délai depuis le début des symptômes, automédication ou non, jugement du patient quand à la possible prise en charge par un médecin généraliste en libéral, nécessité d'hospitalisation ou non d'après le patient, nécessité d'examens complémentaires ou non d'après le patient. (ANNEXE 2)

→*Variables recueillies par rappel téléphonique à J7* : patient vivant ou non, localisation du patient (domicile, hôpital), nouvelle consultation d'un médecin (aux urgences, son médecin, un spécialiste, aucune consultation), réalisation d'examens complémentaires en externe ou non, satisfaction de la prise en charge aux urgences. (ANNEXE 3)

→*Variables recueillies via DxCare* : hospitalisation ou non, durée de séjour, motif IAO, diagnostic de sortie des urgences, CCMU, examens complémentaires réalisés ou non (biologie, imagerie).

4-5-Protocole de l'étude :

L'inclusion du patient se fait lors du contact entre le patient et l'IOA, à l'arrivée du patient aux urgences de l'hôpital de Pellegrin.

L'IOA demande au patient si celui-ci a consulté son médecin généraliste avant de venir aux urgences, s'il répond NON il est inclus dans l'étude (sous réserve d'accepter de participer à l'étude).

S'il répond OUI, l'IOA demande alors au patient si c'est son médecin qui lui a conseillé de venir aux urgences, et si le patient répond NON, il est également inclus dans l'étude. (ANNEXE 1)

Pour l'inclusion, l'IOA remet au patient un questionnaire avec son étiquette sigma en tête. Le patient remplit son questionnaire (ANNEXE 2) avec les différentes variables précédemment décrites. Le questionnaire est disponible en plusieurs langues à l'admission

du patient : français, anglais, espagnol, portugais, bulgare, roumain, arabe.

Le patient est ensuite pris en charge aux urgences.

A posteriori, grâce au logiciel DX CARE de l'hôpital, nous récupérons les variables de devenir du patient au cours de sa prise en charge à savoir : hospitalisation ou non, durée de séjour, motif IOA, diagnostic de sortie des urgences, CCMU, examens complémentaires réalisés oui ou non (biologie, imagerie).

Puis nous effectuons un rappel des patients à J7 de la sortie des urgences afin de récupérer les variables: patient vivant oui ou non, localisation du patient (domicile, hôpital), nouvelle consultation ou non (aux urgences, son médecin, un spécialiste, aucune consultation), réalisation d'examens complémentaires en externe, satisfaction de la prise en charge aux urgences. (ANNEXE 3).

4-6-Analyse des données :

L'ensemble des informations a été saisi et analysé de manière statistique à l'aide du logiciel EPIINFO avec un seuil de significativité de $p=0.05$.

5-RESULTATS :

5-1-Effectif :

Sur la période du 20 octobre 2014 au 31 octobre 2014, nous avons récolté 179 questionnaires (soit 179 patients inclus dans l'étude).

Parmi les 179 patients inclus, 19 questionnaires étaient non exploitables (12 questionnaires non remplis dans leur totalité, 4 questionnaires sans étiquettes patients, 2 patients ayant rempli le questionnaire mais n'ayant finalement pas été admis aux urgences, 1 patient avec un courrier de son médecin traitant).

Nous avons donc analysé 160 questionnaires patients.

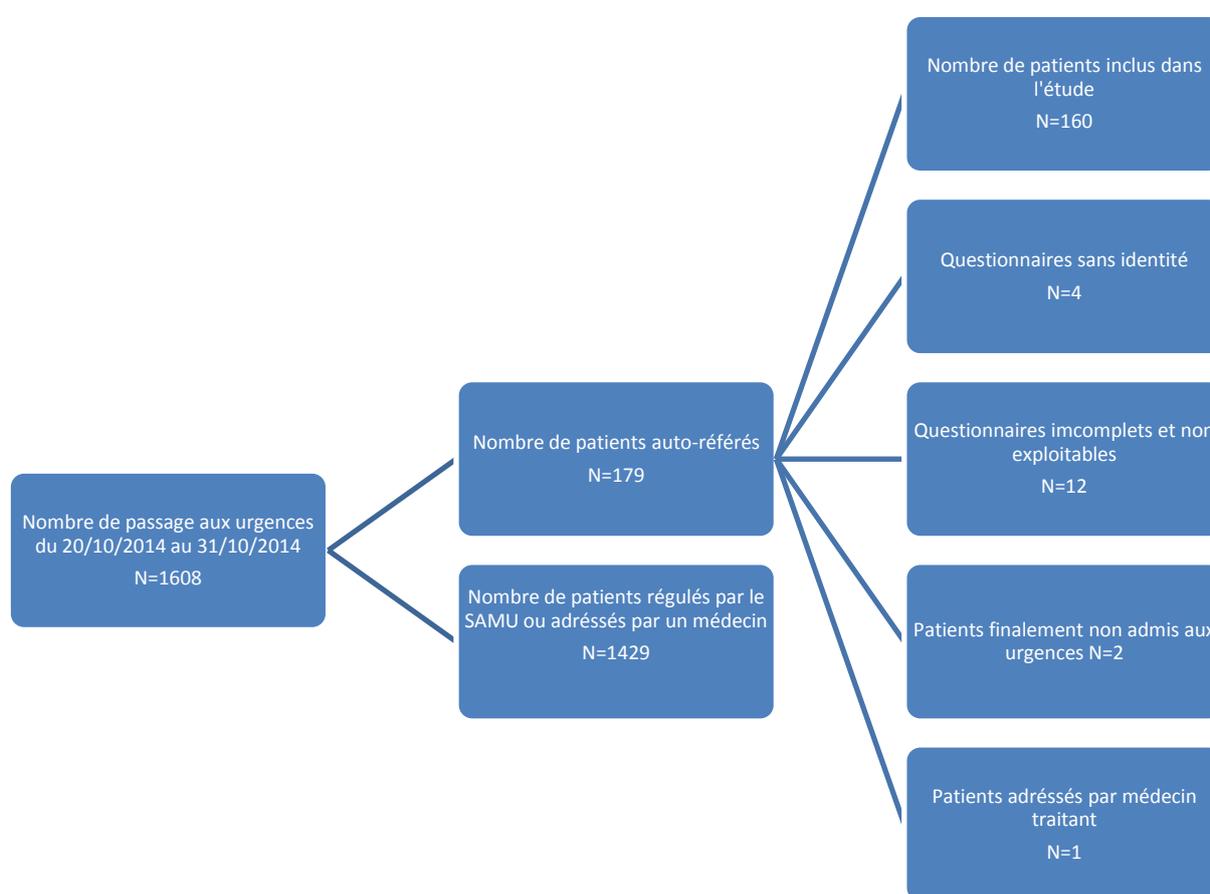


Fig 6 : Diagramme de flux des admissions aux urgences du 20 au 31 octobre 2014.

Concernant le rappel des patients sept jours après leur admission aux urgences, l'ensemble des 160 patients a été rappelé pour répondre à notre hétéro-questionnaire.

Cent seize patients ont pu être joints par téléphone (parfois après plus de dix rappels) et répondre aux questions.

Quinze avaient donné un numéro de téléphone non valable.

Trois des patients qui n'ont pas été joignables pour le rappel ont consulté de nouveau et nous les avons donc considérés comme vivants.

Nous avons donc un **taux de patients joignables à sept jours de leur admission aux urgences de 72.5%**.

5-2-Données étudiées :

5-2-1-Population:

5-2-1-1-Sexe des patients :

*Tableau n°1 : Sexe des patients (n=160)

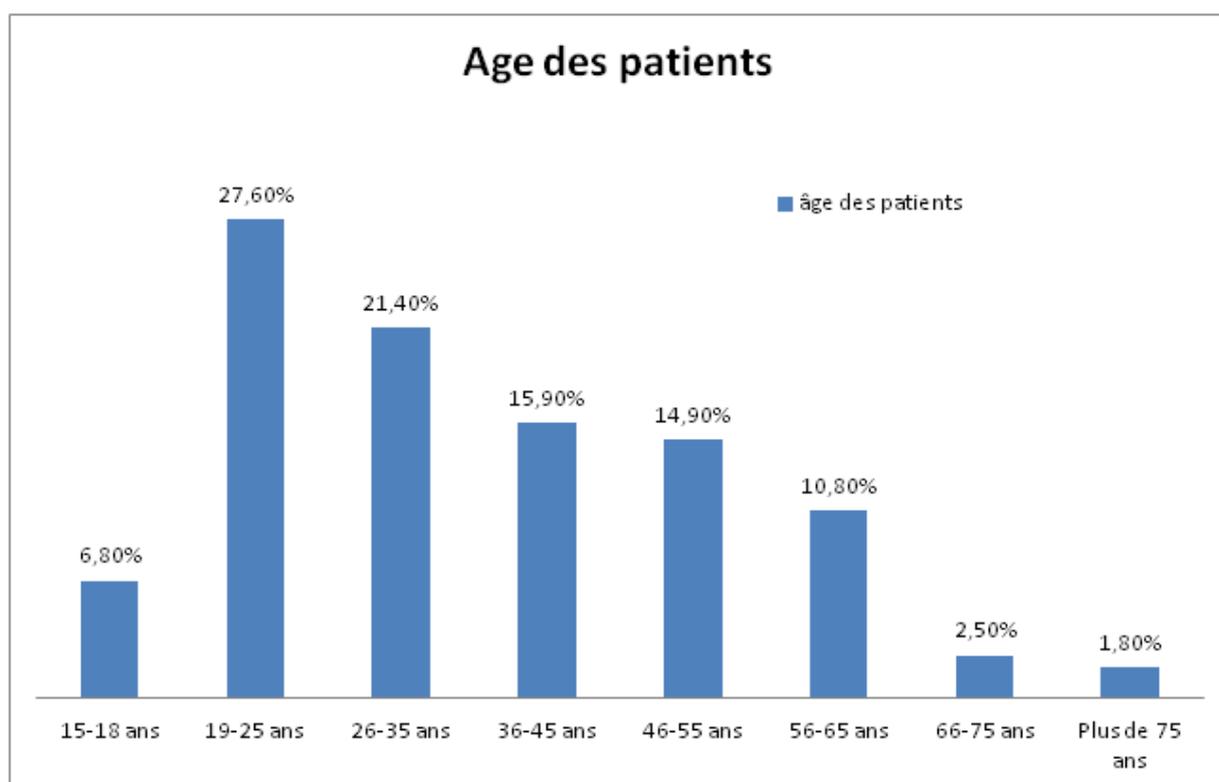
SEXE	Fréquence	Pourcentage
Féminin	79	49.38%
Masculin	81	50.62%
Total	160	100%

La proportion d'hommes et de femmes dans la population étudiée est sensiblement la même avec **49,38% de femmes** contre **50.62% d'hommes**.

5-2-1-2-Age des patients :

*Tableau n°2 : Age des patients (n=160)

AGE	Fréquence	Pourcentage
15-18 ans	11	6.8%
19-25ans	44	27.6%
26-35ans	34	21.4%
36-45ans	25	15.9%
46-55ans	22	14.9%
56-65ans	17	10.8%
66-75ans	4	2.5%
Plus de 75ans	3	1.8%
Total	160	100%



*Graphique n°1: Age des patients.

Dans la population étudiée, le patient le plus jeune avait 17 ans et le patient le plus âgé avait 83 ans.

La moyenne d'âge de la population était de **36 ans** (min : 17- max : 83 - écart type $\sigma= 15,7$ IC :95%).

De manière non significative on retrouvait majoritairement des patients **entre 19 et 25 ans (27,60% de la population étudiée)**. Le pourcentage de consultations spontanées aux urgences diminuait au fur et à mesure que l'âge avançait.

Les plus de 75 ans ne représentaient que 1,80% de la population qui se présente spontanément aux urgences.

5-2-1-3-Nationalité:

*Tableau n°3 : Nationalité des patients (n=160)

Nationalité	Fréquence	Pourcentage
<i>Française</i>	<i>131</i>	<i>81.88%</i>
<i>Etrangère</i>	<i>29</i>	<i>18.12%</i>
<i>Total</i>	<i>160</i>	<i>100%</i>

La population consultant spontanément aux urgences du CHU de Pellegrin durant notre période d'étude était composée à **82% de patients de nationalité française et 18% de nationalité étrangère.**

Parmi les 29 patients de nationalité étrangère on retrouvait:

- Six patients espagnols.
- Quatre portugais.
- Quatre marocains.
- trois turcs.
- Deux bulgares.
- Deux patients congolais.
- Un patient de chaque nationalité suivante : algérienne, belge, brésilienne, burkinabaise, chinoise, kosovar, sénégalaise, suisse.

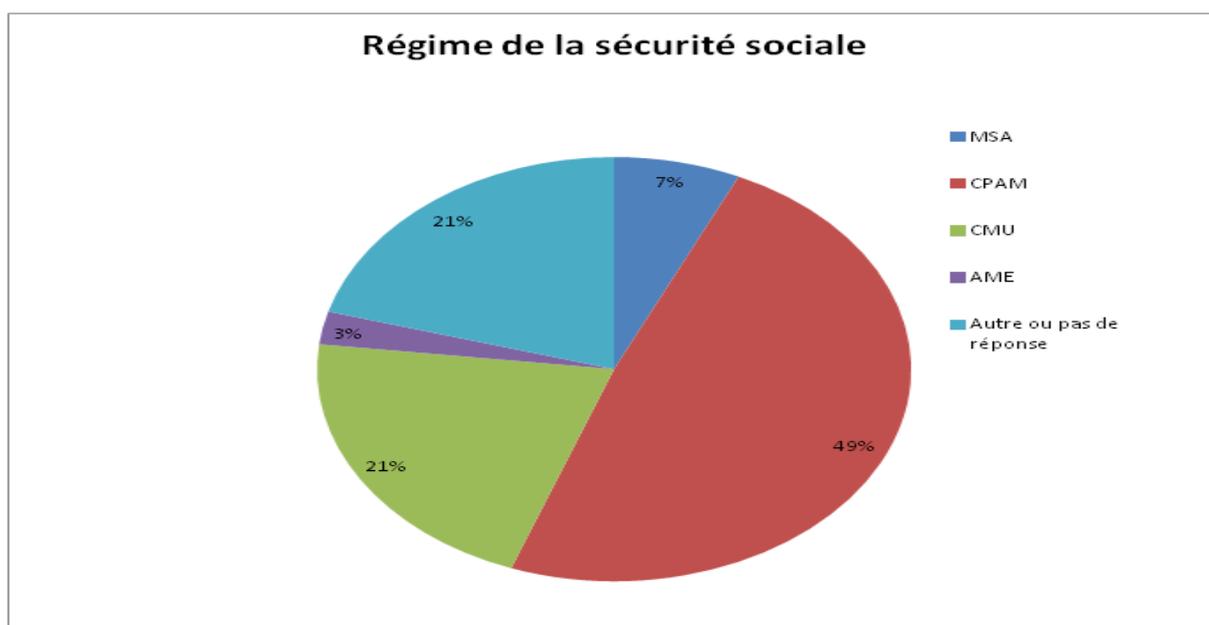
Nous avons mis à la disposition des patients ne parlant pas ou ne lisant pas correctement le français, des questionnaires en différentes langues étrangères (français, anglais, espagnol, portugais, bulgare, roumain, arabe).

Parmi nos 29 patients de nationalité étrangère, deux patients espagnols, un patient bulgare et un patient portugais ont utilisés les questionnaires dans leur langue natale.

5-2-1-4-Régime de la sécurité sociale:

*Tableau n°5 : Différents régimes de sécurité sociale (n=160)

Régime sécurité sociale	Fréquence	Pourcentage
CPAM	78	48.75%
MSA	11	6.88%
CMU	34	21.25%
AME	4	2.5%
Autre ou pas de réponses	33	20.62%
Total	160	100%



*Graphique n°2: Régime de la sécurité sociale.

56% de la population était au régime général de la sécurité sociale.

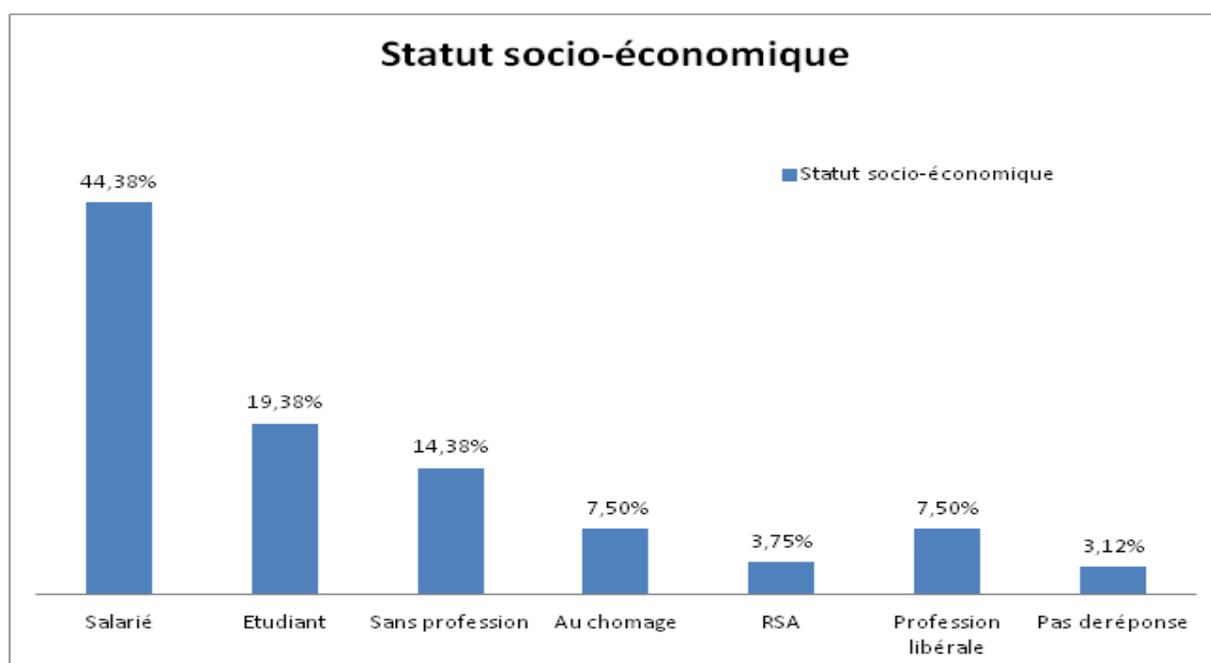
Venait en deuxième place les patients au régime de la CMU soit 21% de notre population.

Seulement 3 % de la population a répondu bénéficiaire de l'AME.

5-2-1-5-Statut socio-économique :

*Tableau n°5 : Statuts socio-économiques des patients (n=160)

Statut socio-économique	Fréquence	Pourcentage
Salarié	71	44.38%
Etudiant	31	19.38%
Sans profession	23	14.38%
Au chômage	12	7.5%
RSA	6	3.75%
Profession libérale	12	7.5%
Pas de réponse	5	3.12%
Total	160	100%



*Graphique n°3: Statut socio-économique.

Dans notre population, la catégorie professionnelle des salariés arrivait loin devant avec **44,38% de la population.**

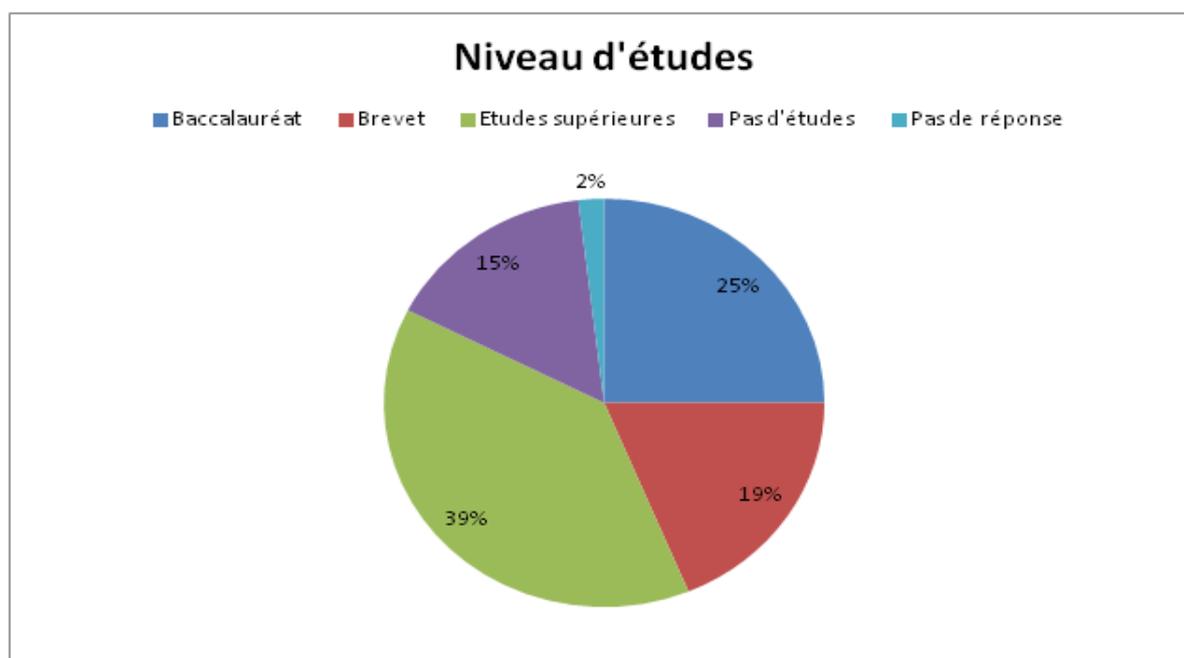
19.38% de la population était étudiante et 14.38% était sans profession.

On retrouvait ensuite les patients **au chômage avec 7,50% de la population**, autant que la part de patients exerçant une profession libérale. 3,75% de la population étudiée était au RSA et 3,12% de la population n'avait pas répondu à cet item du questionnaire d'entrée.

5-2-1-6-Niveau d'étude :

*Tableau n°6 : Niveau d'étude des patients (n=160)

Niveau d'études	Fréquence	Pourcentage
Baccalauréat	40	25%
Brevet	30	18.75%
Etudes supérieures	62	38.75%
Pas d'études	25	15.62%
Pas de réponse	3	1.88%
TOTAL	160	100%



*Graphique n°4: Niveau d'études.

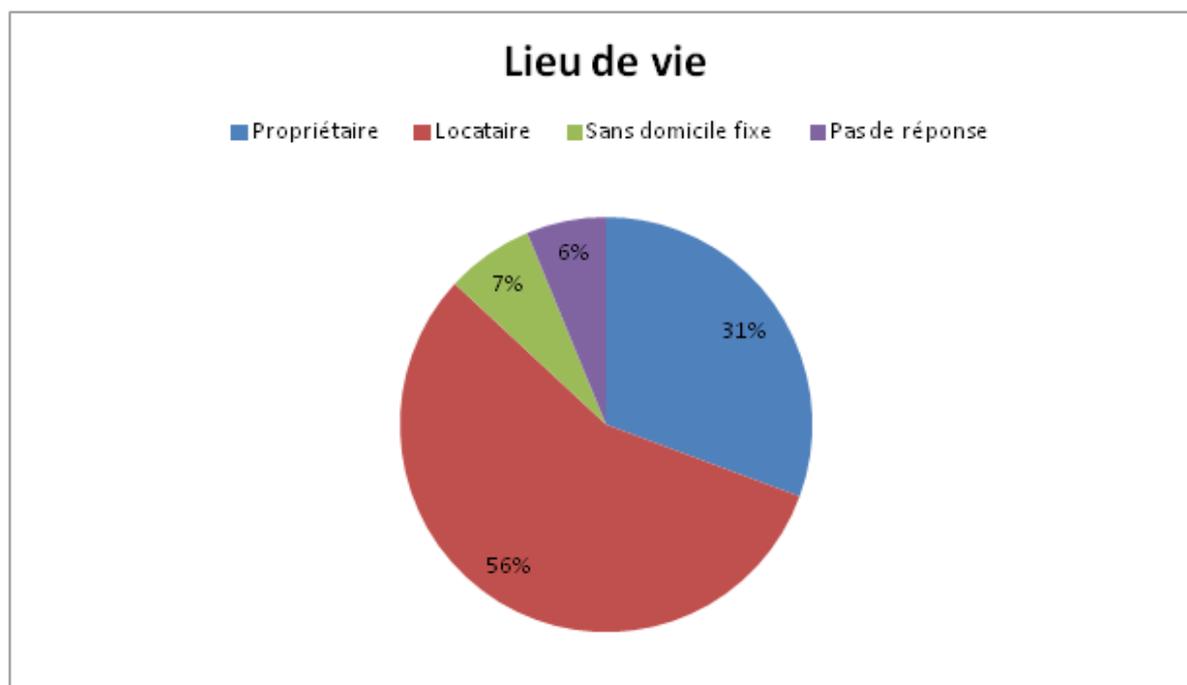
Dans la population étudiée, parmi les patients s'étant présenté spontanément aux urgences on retrouve une majorité de patients ayant réalisés ou réalisant des études supérieures (39% de la population soit 62 patients).

25% de la population a été jusqu'au baccalauréat et 19% jusqu'au brevet. 15% de la population ne fait pas ou n'a pas fait d'études.

5-2-1-7-Lieu de vie:

*Tableau n°7 : Lieu de vie des patients (n°160)

	Fréquence	Pourcentage
<i>Locataire</i>	90	56.25%
<i>Propriétaire</i>	49	30.62%
<i>Sans domicile fixe</i>	11	6.88%
<i>Pas de réponse</i>	10	6.25%
<i>Total</i>	160	100%



*Graphique n°5: Lieu de vie.

Concernant le profil socio-économique de nos patients, plus de la moitié était **locataire d'un logement (56% de la population)**. 31% était propriétaire.

7% de la population soit onze patients étaient sans domicile fixe.

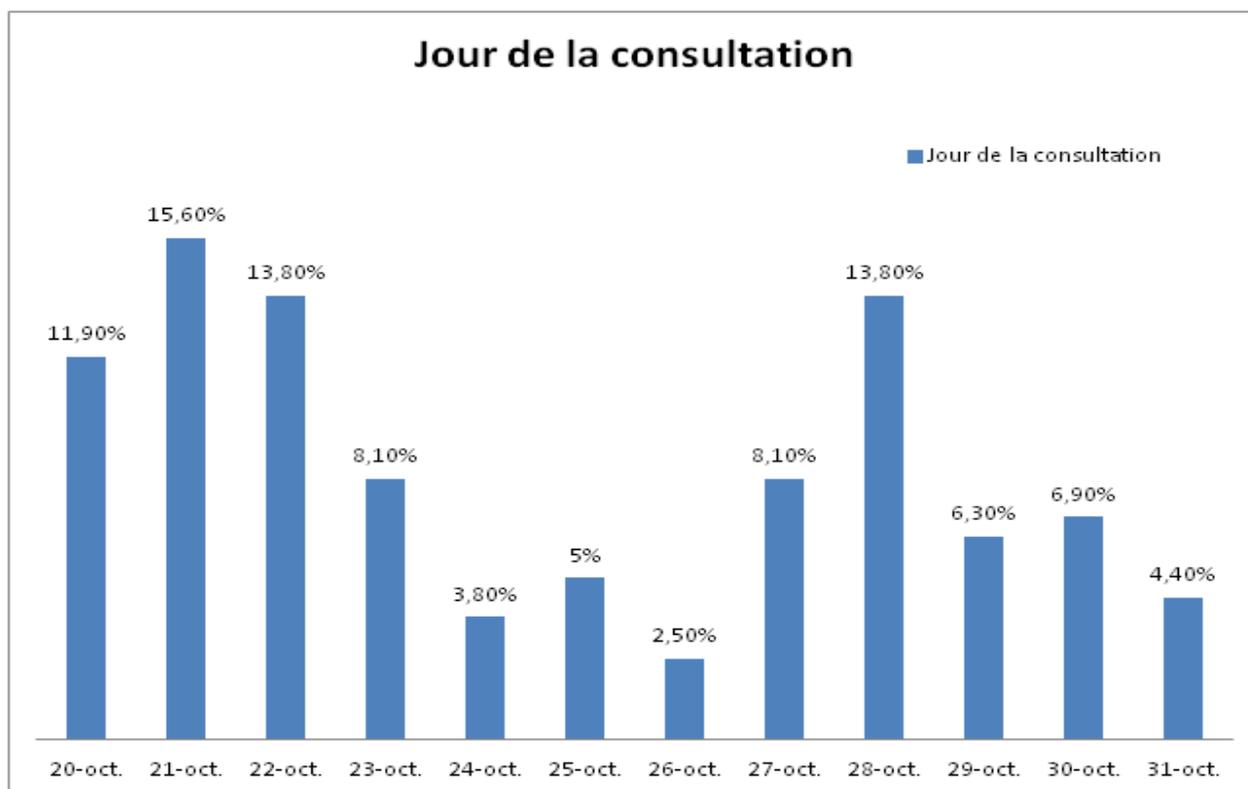
6% de la population n'a pas répondu à cette question.

5-2-2-Jour de recours aux urgences:

5-2-2-1-Date de la consultation :

*Tableau n°8 : Date de la consultation aux urgences (n=160)

Jour de consultation	Fréquence	Pourcentage
Lundi 20/10	19	11.9%
Mardi 21/10	25	15.6 %
Mercredi 22/10	22	13.8 %
Jeudi 23/10	13	8.1 %
Vendredi 24/10	6	3.8 %
Samedi 25/10	8	5%
Dimanche 26/10	4	2.5%
Lundi 27/10	13	8.1%
Mardi 28/10	22	13.8 %
Mercredi 29/10	10	6.3 %
Jeudi 30/10	11	6.9 %
Vendredi 31/10	7	4.4 %
Total	160	100%



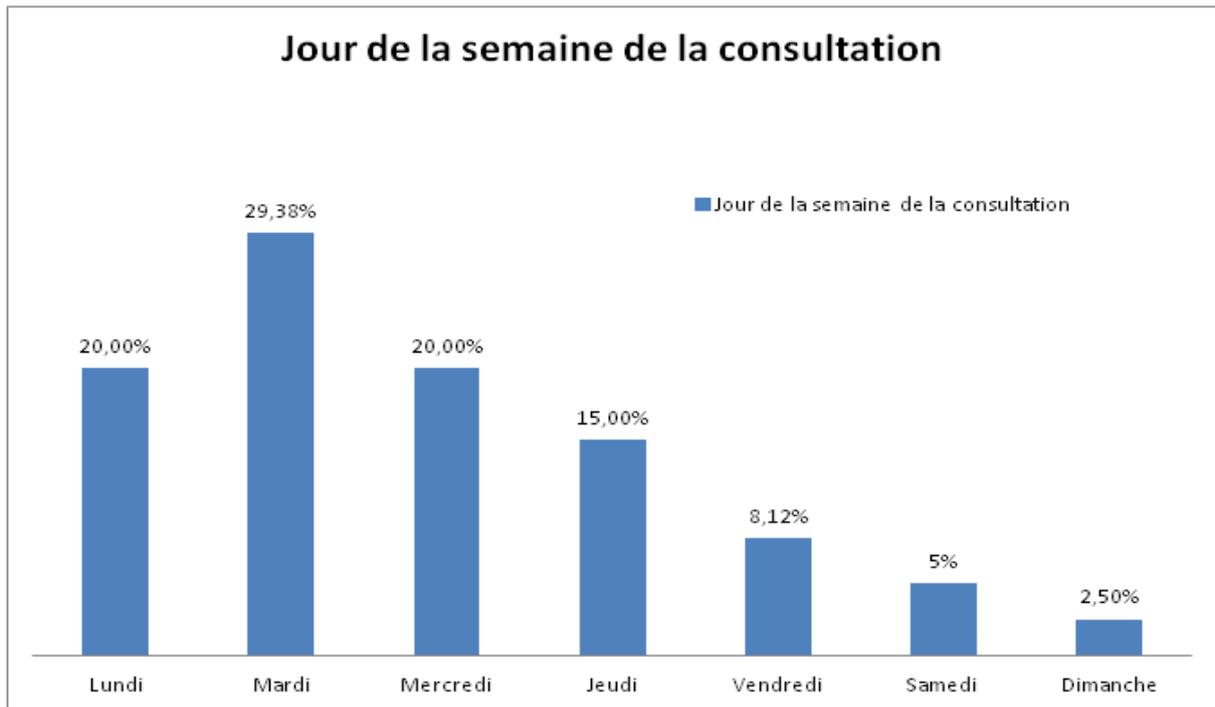
**Graphique n°6: date de la consultation aux urgences.*

De manière non significative on retrouve une consultation spontanée des patients plus importante les mardis 21 et 28 octobre 2014.

5-2-2-2-Jour de la semaine de la consultation aux urgences:

**Tableau n°9 : Jour de la semaine du recours aux urgences (n=160)*

Jour de la semaine	Fréquence	Pourcentage
LUNDI	32	20%
MARDI	47	29.38%
MERCREDI	32	20%
JEUDI	24	15%
VENDREDI	13	8.12%
SAMEDI	8	5%
DIMANCHE	4	2,5%
Total	160	100%



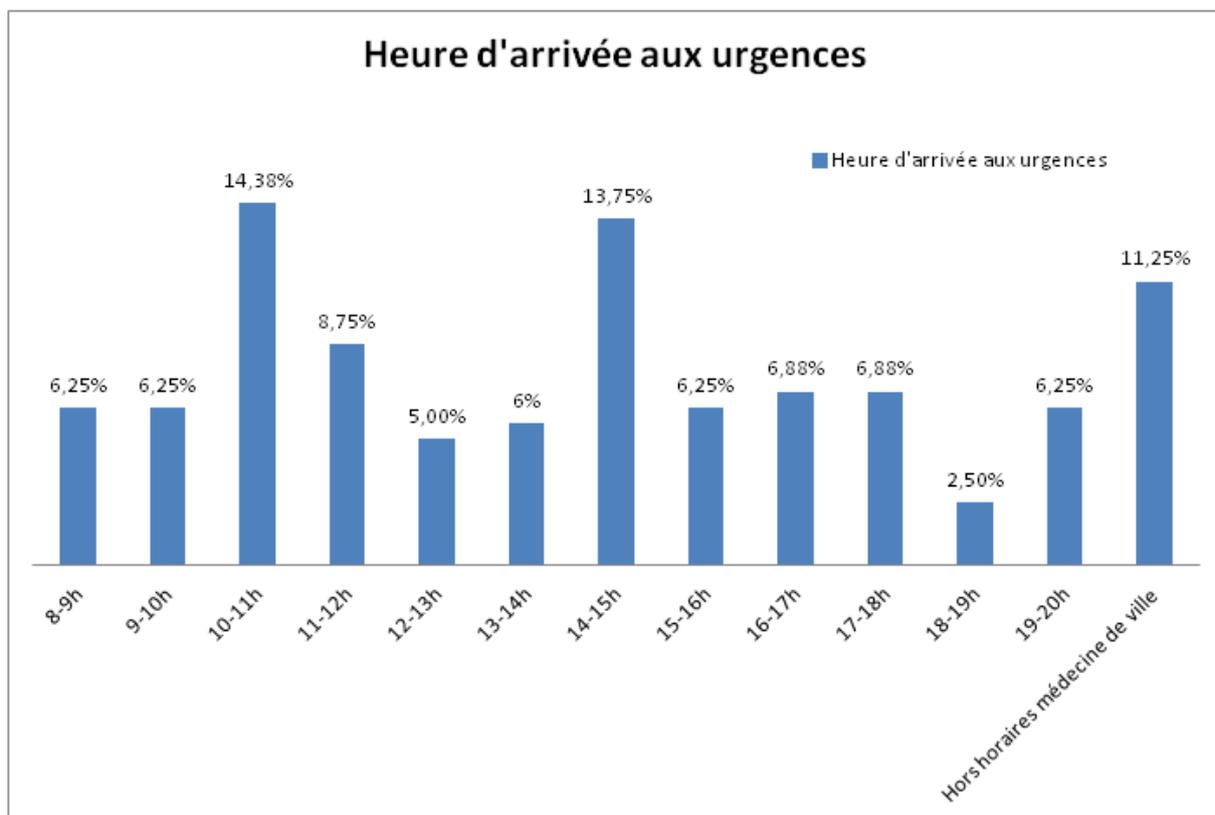
*Graphique n°7: Jour de la semaine de la consultation.

Au cours de notre étude, le jour de consultation spontanée le plus important était le mardi avec 29,38% des consultations spontanées.

5-2-3-Heure d'arrivée aux urgences :

*Tableau n°10 : Heure de consultation aux urgences (n=160)

Heure d'arrivée	Fréquence	Pourcentage
8-9h	10	6.25%
9-10h	10	6.25%
10-11	23	14.38%
11-12	14	8.75%
12-13	8	5%
13-14	9	5.62%
14-15	22	13.75%
15-16	10	6.25%
16-17	11	6.88%
17-18	11	6.88%
18-19	4	2.5%
19-20	10	6.25%
Hors horaires de ville	18	11.25%
Total	160	100%



*Graphique n°8: Heure de la consultation aux urgences.

Dans notre étude, le rythme des arrivées aux urgences variait au fur et à mesure de la journée: on notait une augmentation progressive au cours de la matinée pour atteindre **le maximum de présentation spontanée entre 10h et 11h** puis une diminution au cours de la pause déjeuner pour ensuite augmenter de nouveau avec **un autre pic de fréquentation vers 14h00 - 15h00**.

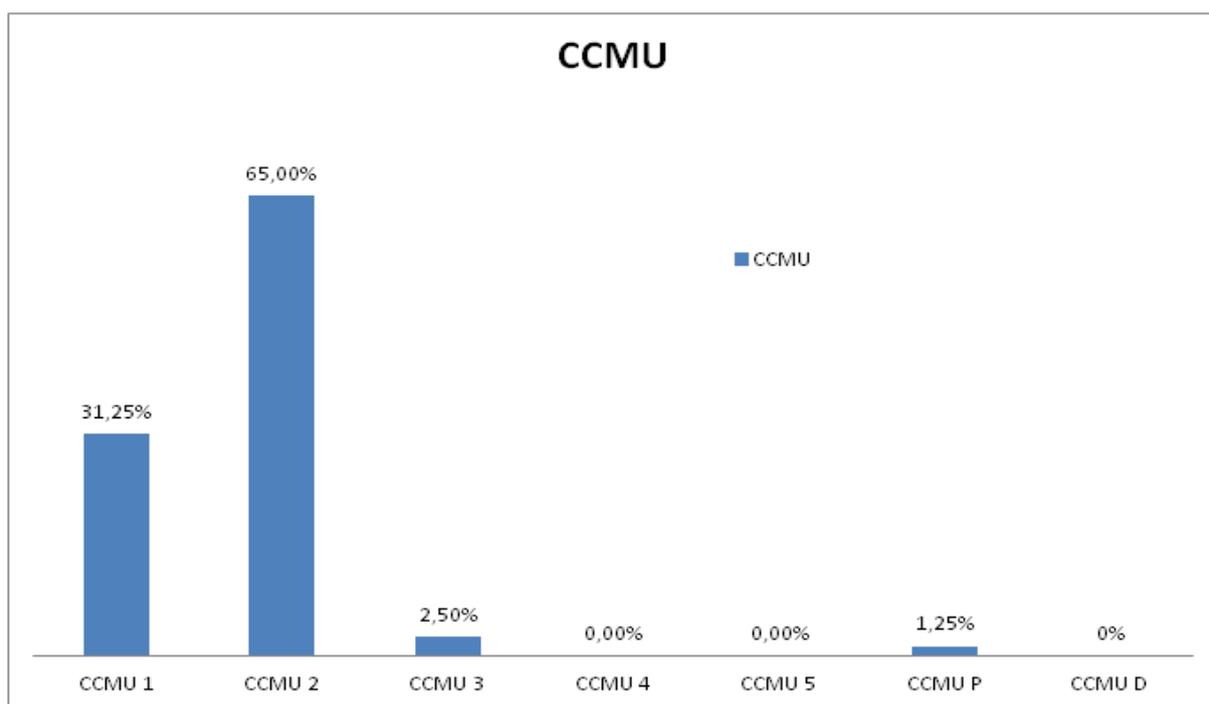
La fréquentation se stabilisait ensuite avec un flux continu entre 15h et 18h et une nouvelle ascension vers 20h.

Nous avons choisi de séparer les patients admis au cours des horaires ouvrables des cabinets de médecine générale (c'est à dire pendant la période de permanence des soins de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi), du groupe appelé " hors horaires de médecine de ville", c'est à dire s'étant présenté entre 20h et 8h du matin ou le samedi à partir de 12h ou le dimanche.

5-2-4- Classification CCMU :

*Tableau n°11 : Classification CCMU des patients (n=160)

CCMU	Fréquence	Pourcentage
CCMU 1	50	31.25%
CCMU 2	104	65%
CCMU 3	4	2.5%
CCMU 4	0	0%
CCMU 5	0	0%
CCMU P	2	1.25%
CCMU D	0	0%
TOTAL	160	100%



*Graphique n°9:Classification CCMU des consultations.

Le stade CCMU de chaque patient à été récupéré à posteriori grâce au logiciel DxCare.

Dans l'ensemble de l'échantillon des consultants spontanés (N=160), on relevait l'absence des CCMU 4, 5, 6 et D tandis que la **CCMU 2 représentait la plus grande proportion, soit**

65% des patients ayant nécessité soit une surveillance, soit un examen complémentaire et/ou thérapeutique prescrits par le médecin.

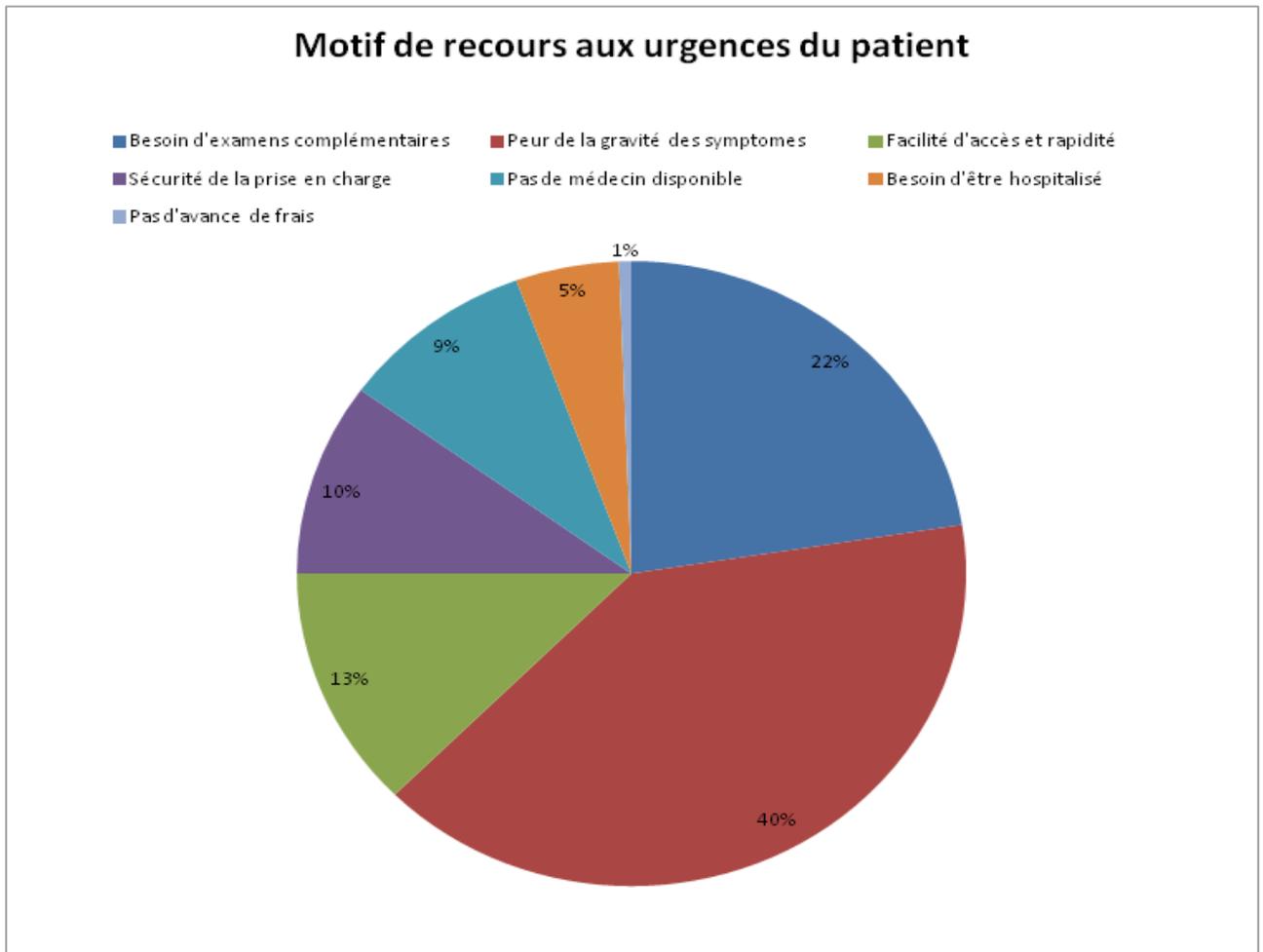
La part de patients **CCMU 1 était de 31.25%**.

On retrouve ensuite 1.25% de CCMU P correspondant à des motifs psychiatriques et 2.50% de CCMU3.

5-2-5-Motif de la consultation aux urgences d'après le patient :

*Tableau n°12 : Motif du recours aux urgences (n=160)

Motif de recours	Fréquence	Pourcentage
Peur de la gravité des symptômes	64	40%
Besoin d'examens complémentaires	36	22.5%
Facilité d'accès et rapidité	20	12.5%
Sécurité de la prise en charge	16	10%
Pas de médecin disponible	15	9.4%
Besoin d'être hospitalisé	8	5%
Pas d'avance de frais	1	0.6%
Total	160	100%



*Graphique n°10: Motif de recours aux urgences d'après le patient.

Le questionnaire que nous avons fait remplir au patient "auto-référent" aux urgences à son admission, distinguaient sept motifs de recours aux urgences.

La grande majorité des patients avouaient se présenter spontanément aux urgences **par peur de la gravité des symptômes (40%)**.

En deuxième motif de recours on retrouvait la **nécessité de réaliser des examens complémentaires (22%)**, puis la **facilité d'accès et la rapidité de prise en charge en troisième motif (13%)**.

Dans 5% des cas les patients pensaient devoir être hospitalisés.

Les patients disaient choisir les urgences pour sa **sécurité de prise en charge dans 10% des cas**.

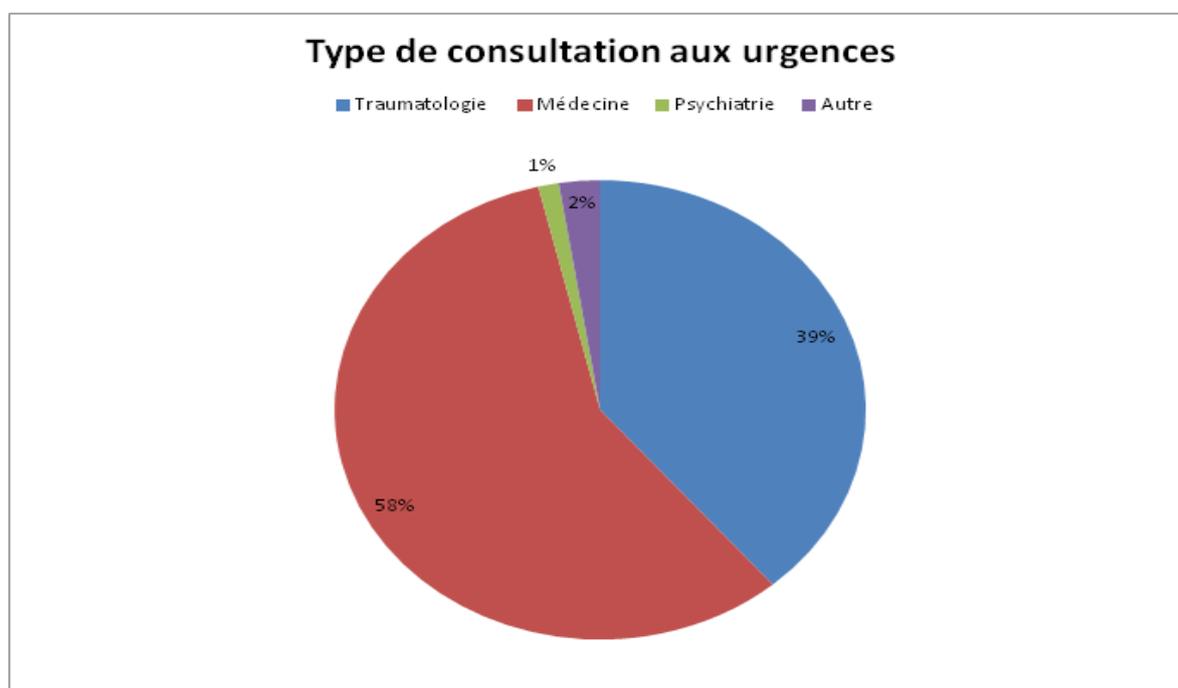
Enfin, on retrouvait dans 9% des questionnaires, l'absence de médecin disponible en ville.

Et un patient soit 0,6% de la population étudiée s'était présenté aux urgences pour éviter d'avancer des frais médicaux.

5-2-6-Type de consultation aux urgences: traumatologie/médecine/psychiatrie/autre

*Tableau n°13 : Type de consultation aux urgences (n=160)

Type de consultation	Fréquence	Pourcentage
Traumatologie	62	38,75%
Médecine	92	57,5%
Psychiatrie	2	1,25%
Autre	4	2,5%
Total	160	100%



*Graphique n°11: Type de consultation (Traumatologie/ Médecine/ Psychiatrie/ Autre)

La majorité des patients de notre population ont consultés pour **des motifs médicaux (58%)**.

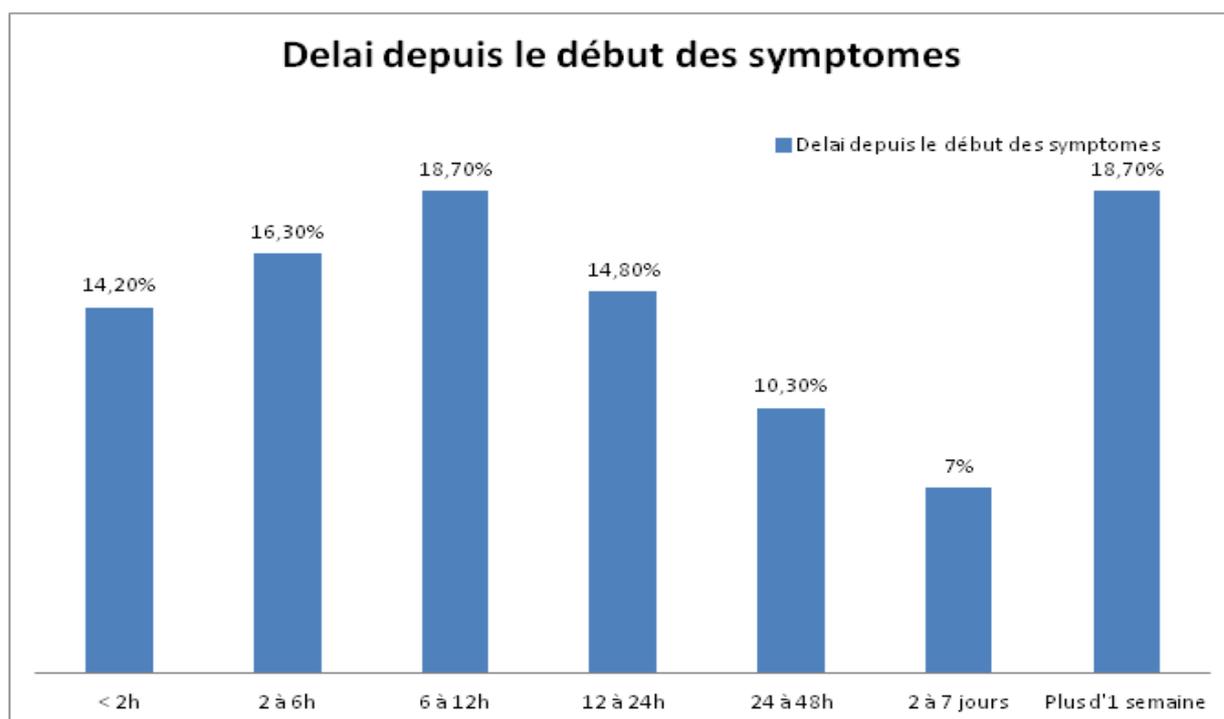
38,75% ont consultés pour de la traumatologie.

Deux patients, soit 1.25% de la population, ont consultés pour des symptômes psychiatriques (attaque de panique / Angoisse).

5-2-7-Délai depuis le début des symptômes :

*Tableau n°14 : Délai depuis le début des symptômes (n=160)

Délai depuis début des symptômes	Fréquence	Pourcentage
<2h	22	14.2%
2 à 6h	25	16.3%
6 à 12h	29	18.7%
12 à 24h	23	14.8%
24 à 48h	16	10.3%
2 à 7 jours	11	7%
Plus d'une semaine	29	18.7%
TOTAL	155	100%



*Graphique n°12: Délai depuis le début des symptômes.

Le délai de consultation est très variable mais on remarque que **49.2%** des patients ont tendance **dans les 12 heures suivants le début de leurs symptômes (particulièrement entre 6 et 12 heures après le début des maux, 18.70%)**. 64% des patients ont consultés dans les 24 premières heures de leurs symptômes (IC95% : [56,6%-71,4%]).

Si ça n'est pas le cas, ils ont plutôt tendance à se présenter au contraire **après 1 semaine d'évolution des symptômes (18.70% de la population)**.

5-2-8-Devenir du patient :

5-2-8-1-Hospitalisation ou non :

*Tableau n°15 : Hospitalisation des patients (n=160)

HOSPITALISATION	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	10	6.25%
<i>NON</i>	150	93.75%
<i>TOTAL</i>	160	100%

Parmi les 160 patients ayant consultés spontanément aux urgences du CHU de Pellegrin, **6% ont été hospitalisés (IC 95% : [2,3%-9,7%])**.

**Population hospitalisée:*

*Tableau n°16 : Sexe, Age et Diagnostics de la population hospitalisées (n=10)

Patient	SEXE	AGE	Diagnostic
1	<i>F</i>	24	<i>Appendicite</i>
2	<i>F</i>	66	<i>Pyélonéphrite</i>
3	<i>F</i>	34	<i>Epilepsie</i>
4	<i>M</i>	58	<i>Fracture</i>
5	<i>M</i>	69	<i>Pyélonéphrite</i>
6	<i>M</i>	35	<i>Phlegmon</i>
7	<i>F</i>	24	<i>Phlegmon</i>
8	<i>F</i>	34	<i>Douleur abdominale</i>
9	<i>M</i>	83	<i>Luxation épaule</i>
10	<i>M</i>	46	<i>Lymphangite</i>

La population des patients hospitalisés suite à leur présentation spontanée aux urgences de Pellegrin durant les deux semaines de l'étude a une **moyenne d'âge de 47 ans** (min : 24 – max : 83 s= 19,49 IC=95%).

Elle est constituée à **50% de femmes et 50% d'hommes**.

Parmi les motifs d'hospitalisation, on retrouve en premier lieu les **causes infectieuses**:

- Deux phlegmons amygdaliens.
- Deux pyélonéphrites aiguës.
- Une lymphangite du membre inférieur gauche.
- Une appendicite aiguë.
- Une endométrite avec pelvipéritonite.

En deuxième lieu, les **causes traumatiques**:

- Fracture comminutive déplacée du 2ème métatarsien.
- Luxation prothèse épaule droite.

Enfin les **atteintes neurologiques**:

- Epilepsie partielle.

Sur le plan sociodémographique:

*Tableau n°17 : Caractéristiques sociodémographiques des patients hospitalisés (n=10)

Patient	Sécurité sociale	Statut professionnel	Niveau d'études		Nationalité
1	CPAM	Etudiante	Baccalauréat	locataire	Française
2	CPAM	Salarié	Brevet	Locataire	Espagnole
3	CPAM	Salarié	Pas d'études	Locataire	Française
4	CPAM	Salarié	Pas d'études	Locataire	Française
5	Autre	Sans profession	Baccalauréat	Propriétaire	Française
6	CPAM	/	Brevet	Locataire	Française
7	CPAM	Salarié	Brevet	Locataire	Portugaise
8	CPAM	Salarié	Brevet	Locataire	Française
9	MSA	Sans profession	Brevet	Propriétaire	Française
10	MSA	Au chômage	Brevet	Propriétaire	Française

Dans la population hospitalisée au cours de notre étude, on retrouve, de manière non significative, **huit patients sur dix de nationalité française c'est à dire la même proportion que dans la population générale. Sept patients sur dix sont locataires** et trois sont propriétaires. Aucun patient n'est sans domicile fixe. Six patients sur les dix hospitalisés sont au régime de la CPAM et 3 à la MSA. Aucun n'est bénéficiaire ni de l'AME ni de la CMU. Sur le plan professionnel, six patients ont le brevet des collèges, deux patients ont le baccalauréat et deux n'ont pas réalisés d'études. Aucun n'a réalisé d'études supérieures. Cinq patients sur les dix hospitalisés sont salariés, trois sont soit au chômage soit sans profession et un est étudiant.

Concernant les habitudes de soins de la population hospitalisée:

*Tableau n°17 : Habitudes de soins et motifs de recours des patients hospitalisés (n=10)

Patient	Médecin traitant déclaré	MOTIF de recours	Durée symptômes	Pense de voir être hospitalisé ?	Pense avoir besoin d'examens complémentaires ?	CCMU
1	OUI	Peur de la gravité des symptômes	2 à 7 jours	NON	OUI	2
2	OUI	Peur gravité	2 à 6 heures	Ne sait pas	OUI	2
3	OUI	Pense avoir besoin d'être hospitalisée	24 à 48 heures	OUI	OUI	3
4	OUI	Pense avoir besoin d'être hospitalisé	<2h	OUI	NON	2
5	OUI	Peur de la gravité des symptômes et sécurité de la prise en charge	12 à 24 heures	Ne sait pas	OUI	3
6	OUI	Peur de la gravité	2 à 7 jours	OUI	OUI	3
7	OUI	Peur de la gravité des symptômes	Plus d'une semaine	NON	OUI	2
8	OUI	Pense avoir besoin d'examens complémentaires	Plus d'une semaine	NON	OUI	2
9	OUI	Peur de la gravité des symptômes	Entre 2 et 6 heures	OUI	OUI	2
10	OUI	Pense avoir besoin d'examens complémentaires	Plus d'une semaine	OUI	NON	3

Parmi la population hospitalisée, **100% déclare avoir un médecin traitant déclaré.**

60% de la population a eu recours aux urgences par **peur de la gravité des symptômes** soit six patients sur dix.

Concernant le stade CCMU, **40% de la population hospitalisée avait un stade CCMU égale à 3** (c'est à dire l'intégralité des CCMU 3 de notre population générale), **60% étaient CCMU 2**, aucuns patients n'étaient CCMU 1.

On retrouvait 20% de la population hospitalisée ayant un motif d'admission traumatologique, 80 % de la population avec un motif médical. Pas d'hospitalisations pour des motifs psychiatriques dans notre population.

Pour **30%** de la population hospitalisée, **les symptômes duraient depuis moins de 12h**, **20%** de la population avaient des symptômes qui duraient **depuis 12 à 48 heures.**

50% de la population avaient des symptômes depuis plus de 48 heures dont **30% depuis plus d'une semaine.**

Parmi la population hospitalisée de nos patients en présentation spontanée:

-50% pensaient devoir être hospitalisés soit cinq patients sur dix.

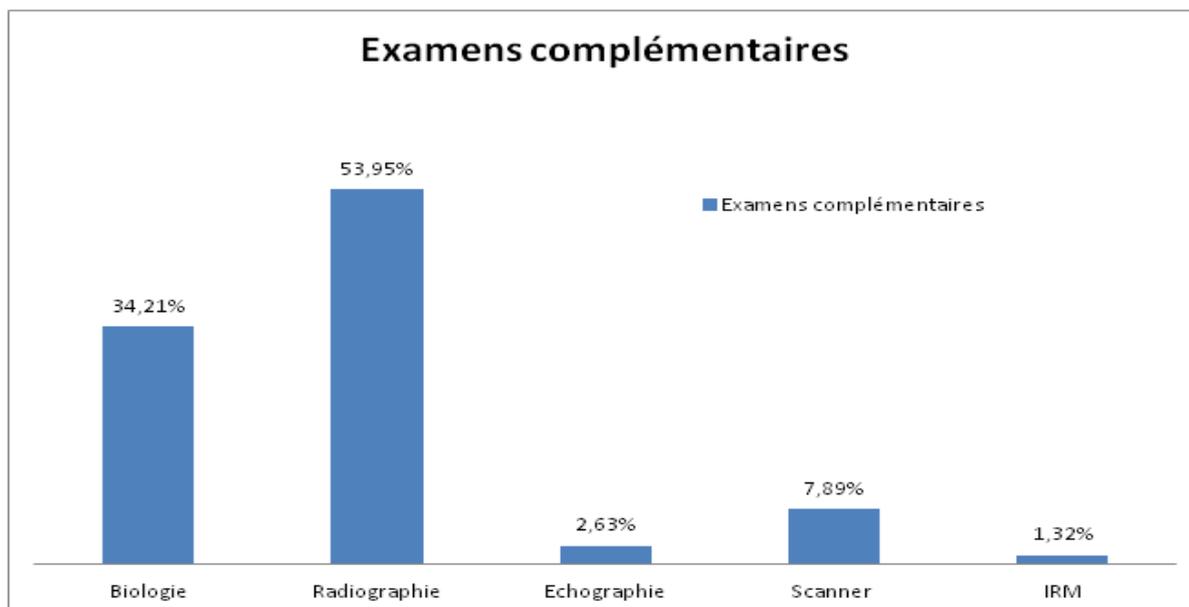
-80% pensaient avoir besoin d'examens complémentaires soit huit patients sur dix.

5-2-8-2-Réalisation d'examens complémentaires ou non :

Dans notre population générale de patients en présentation spontanée on retrouve **76 examens complémentaires réalisés aux urgences.**

*Tableau n°18 : Les examens complémentaires réalisés aux urgences (n=160)

Examens	Fréquence	Pourcentage
<i>BIOLOGIE</i>	26	34.21%
<i>SCANNER</i>	6	7.89%
<i>RADIOGRAPHIE</i>	41	53,95%
<i>ECHOGRAPHIE</i>	2	2,63%
<i>IRM</i>	1	1,32%
<i>TOTAL</i>	76	100%



*Graphique n° 13: Proportion des différents examens complémentaires réalisés.

En première position les **radiographies standards (53.95%)**, puis les **biologies (34,21%)**, les **scanners (7,89%)**, les **échographies (2.63%)** et enfin les **IRM (1.32%)**, soit un patient parmi notre population.

Parmi les 76 examens complémentaires réalisés, un patient a réalisé une biologie et une radiographie et deux patients ont réalisés un scanner et une biologie.

Au total, **73 patients de notre population ont donc réalisés au moins un examen complémentaire aux urgences.**

*Tableau n°18 : Réalisation d'examens complémentaires aux urgences (n=160)

Examens complémentaires réalisés	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	<i>73</i>	<i>45.63%</i>
<i>NON</i>	<i>87</i>	<i>54.37%</i>
<i>TOTAL</i>	<i>160</i>	<i>100%</i>

Dans notre population, **73 patients ont eu accès au plateau technique pour la réalisation d'examens complémentaires soit 45,6% des 160 patients étudiés (IC 95% : [37,3%-52,7%]).**

Ne sont pas considérés comme des examens complémentaires les électrocardiogrammes, les bandelettes urinaires, les Streptatests, la réalisation de sutures, les Quick tests, les avis spécialisés, les soins et pansements.

Parmi les 54,37% de la population n'ayant pas eu d'examens complémentaires réalisés (soit 87 patients):

- Six ont bénéficiés d'une suture de plaie dont cinq avec un Quick test également.
- Deux patients ont bénéficiés d'un Quick test seul pour des excoriations.
- deux ont bénéficiés d'un Streptatest pour le diagnostic d'une angine bactérienne.
- Trois ont bénéficiés d'un avis spécialisé Ophtalmologique sans réalisation d'examens complémentaires par la suite.
- Trois patients ont nécessité un avis ORL sans réalisation d'examens complémentaires par la suite.
- Cinq ont bénéficiés d'un ECG sans biologie ni autres examens.
- Trois ont bénéficiés d'une bandelette urinaire sans autres examens.
- Un patient a nécessité l'avis spécialisé du CAP.
- Un patient a nécessité un avis orthopédique pour des examens réalisés en externe.
- Un patient a bénéficié de soins et de pansement pour un ulcère veineux.
- Un patient a bénéficié de soins et de pansement pour une phlyctène.
- Un patient a nécessité une surveillance de quelques heures des signes d'anaphylaxie sans autres examens complémentaires.

Au total on peut donc considérer que ces **29 patients ont eux aussi eu recours au plateau technique des urgences sans réaliser à proprement dit d'examens complémentaires.**

On peut donc conclure que **102 patients, soit 63,75% de la population totale (IC 95% [56.6% et 71.4%]), ont eu recours au plateau technique des urgences.**

Concernant les six patients classés CCMU 2 mais n'ayant ni eu la réalisation d'examens complémentaire ni la nécessité de l'intervention du plateau technique, il s'agit de patient ayant mobilisés les équipes médicales et paramédicales pour organiser des prises en charge en externe ou pour prescrire des examens en ville et dont la prise en charge a souvent nécessité beaucoup de temps.

Parmi les deux patients CCMU P, un d'entre eux a bénéficié d'un ECG et l'autre n'a pas eu d'examens complémentaires particuliers.

5-2-8-3-Comparaison population hospitalisée VS population non hospitalisée :

***Tableau n° 19 : Population hospitalisée (N=10) VS non hospitalisée (N=150) :**

	Population Hospitalisée N=10	Pourcentage hospitalisés	Population non hospitalisée N=150	Pourcentage non hospitalisés
AGE	Moyenne : 47 ans écart type de 19.49		Moyenne : 36 ans écart type 15.23	
SEXE ratio	1		1	
Nationalité	8 français	80%	123 français	82%
Lieu de vie	7 locataires, 3 propriétaires, 0 SDF.	70% de locataires, 30% de propriétaires, 0% de SDF	83 locataires, 46 propriétaires, 11 SDF, 10 sans réponses	55,33% de locataires, 30,67% de propriétaires, 7,33% de SDF
Régime sécurité sociale	6 CPAM, 3 MSA.	60% CPAM, 30% MSA, 10% pas de réponse	72 CPAM, 8 MSA, 34 CMU, 4 AME.	48% CPAM ; 5,33% MSA ; 22,67% CMU ; 2,67% AME.
Médecin traitant déclaré	10 patients	100%	134 patients	89.33%
Peur de la gravité des symptômes	6 patients	60%	58 patients	38.67%
Pense devoir être hospitalisé	5 patients	50%	21 patients	14%
Pense avoir besoin d'examens complémentaires	8 patients	80%	102 patients	68%
CCMU1	0 patients	0%	50 patients	33.33%
CCMU 2	6 patients	60%	98 patients	65.33%

CCMU3	4 patients	40%	0 patients	0%
Traumatologie	2 patients	20%	60 patients	40%
Médecine	8 patients	80%	84 patients	56%
Symptômes < 12 heures	3 patients	30%	73 patients	48.67%
Symptômes < 48 heures	5 patients	50%	110 patients	73.33%
Symptômes > 1 semaine	3 patients	30%	26 patients	17.33%

5-2-9-Présence d'un médecin traitant déclaré ou pas :

*Tableau n°20 : Présence d'un médecin traitant déclaré ou non (n=160)

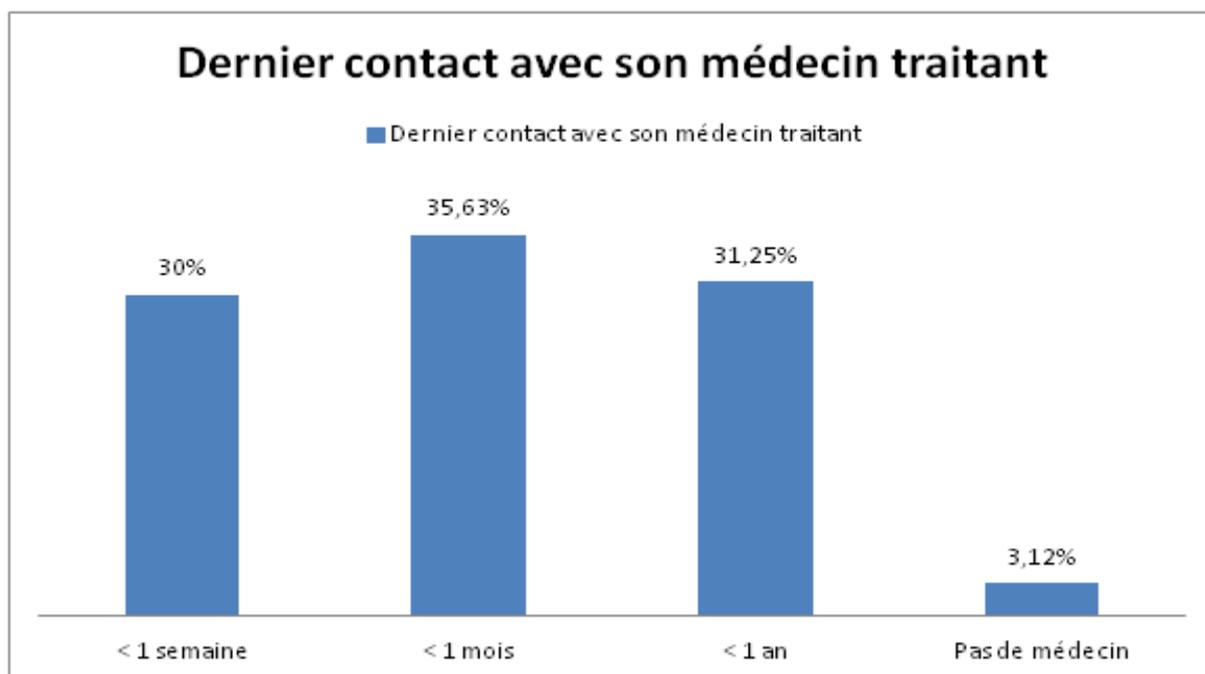
Médecin traitant	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	144	90%
<i>NON</i>	16	10%
<i>Total</i>	160	100%

La majeure partie de la population étudiée **soit 90% (IC 95% [84.3% et 94.2%]) disposait d'un médecin traitant déclaré.**

5-2-10-Dernier contact avec son médecin traitant:

*Tableau n°21 : Dernier contact du patient avec son médecin traitant (n=160)

Dernier contact médecin	Fréquence	Pourcentage
<i>< 1 semaine</i>	48	30%
<i>< 1 mois</i>	57	35.63%
<i>< 1an</i>	50	31.25%
<i>Pas de médecin</i>	5	3.12%
<i>Total</i>	160	100%



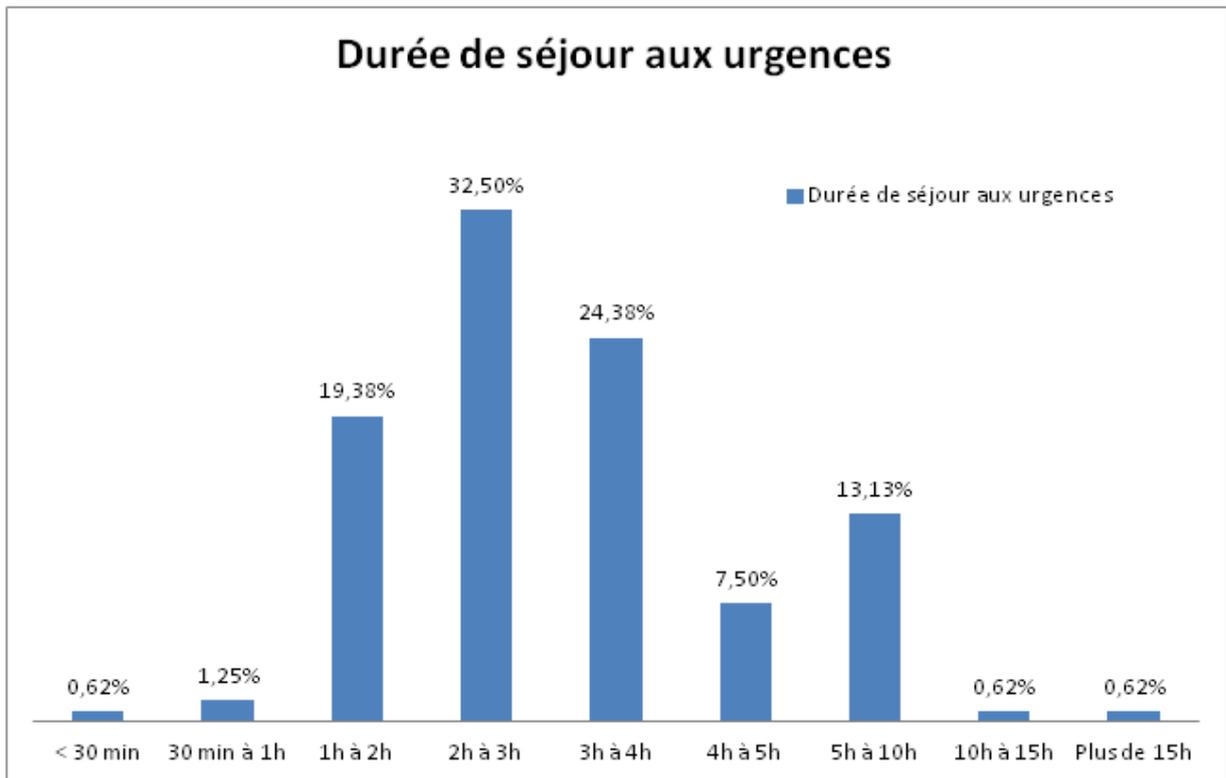
*Graphique n°14: Dernier contact avec médecin traitant.

Les patients qui consultaient spontanément aux urgences durant notre période d'étude avaient eu soit un contact récent avec leur médecin (30% la semaine précédente), soit un contact ancien (31,25% l'avait consulté dans l'année précédente uniquement).

5-2-11-Durée de séjour aux urgences :

*Tableau n°22 : Durée de séjour aux urgences (n=160)

Durée de séjour aux urgences	Fréquence	Pourcentage
<30 minutes	1	0.62%
30min-1h	2	1.25%
1h-2h	31	19.38%
2h-3h	52	32.5%
3h-4h	39	24.38%
4h-5h	12	7.5%
5h-10h	21	13.13%
10h à 15h	1	0.62%
Plus de 15h	1	0.62%
Total	160	100%



*Graphique n°15: Durée de séjour aux urgences.

Au cours de notre étude, les durées de séjour aux urgences se sont étalées de 29 minutes pour une rhinopharyngite à 18 heures d'attente pour une appendicite en attente d'une place d'hospitalisation.

La durée moyenne de séjour aux urgences pour la population non hospitalisée était de 3 heures ($\sigma=1.54$).

La durée moyenne de séjour aux urgences pour la population hospitalisée était de: 6 heures ($\sigma=4.26$).

Les durées d'attentes des patients hospitalisés s'étaient comme suit: 18h d'attente aux urgences pour appendicite aigue avant transfert hors CHU ; 5h d'attente pour la pyélonéphrite aigue ; 5h pour l'épilepsie ; 3h30 pour la fracture ; 6h50 pour l'autre pyélonéphrite aigue ; 3h et 5h30 pour les phlegmons amygdaliens ; 5h pour la pelvipéritonite ; 3h10 pour la luxation d'épaule ; 6h pour la lymphangite.

5-2-12-Prise d'un traitement avant de venir aux urgences:

*Tableau n° 23 : Prise d'un traitement ou non avant de se présenter aux urgences (n=160)

Prise d'un traitement	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	63	39.38%
<i>NON</i>	94	58.75%
<i>Pas de réponse</i>	3	1.87%
<i>Total</i>	160	100%

Dans notre population, 59% des patients ayant eu recours spontanément aux urgences n'avait pris aucun traitement avant de se présenter aux urgences.

5-2-13-Antécédent de recours aux services d'urgence :

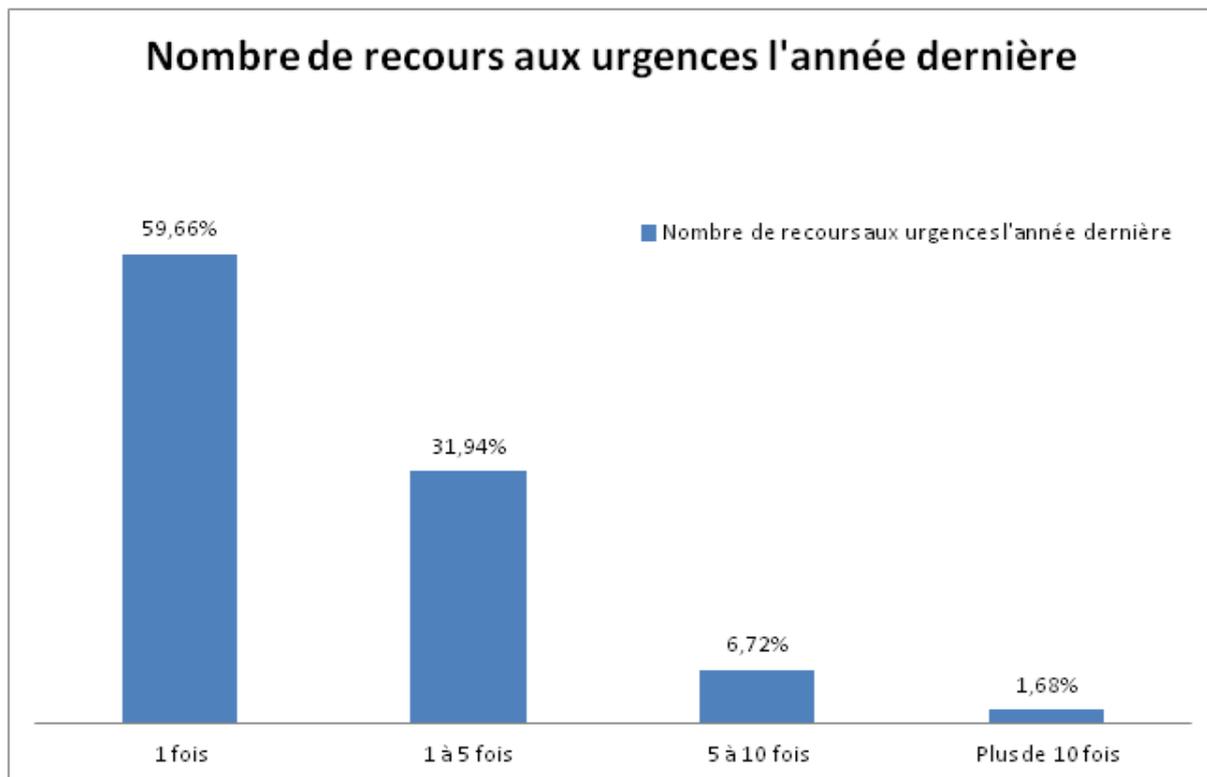
*Tableau n°24 : Antécédents de recours à un service d'urgences (n=160)

Consultation antérieure en service d'urgence	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	128	79.9%
<i>NON</i>	32	20.1%
<i>TOTAL</i>	160	100%

Parmi les 160 patients ayant consultés spontanément aux urgences pendant notre étude, près de **80% ont déjà consulté dans un service d'urgence (IC 95% [72,8%-85,8%])**.

*Tableau n°25 : Nombre de recours aux urgences durant l'année (n=160)

Nombre de recours aux urgences l'année dernière	Fréquence	Pourcentage
<i>1 fois</i>	71	59.66%
<i>1 à 5 fois</i>	38	31.94%
<i>5 à 10 fois</i>	8	6.72%
<i>Plus de 10 fois</i>	2	1.68%
<i>Total</i>	119	100%



Graphique n°16: Proportion de patients ayant eu recours aux urgences l'année précédente.

Parmi les patients ayant déjà consultés aux urgences durant l'année 2014, 31,94% ont consultés entre 2 et 5 fois, 6,72% ont consultés entre 5 et 10 fois et 2 patients (soit 1,68%) ont consultés plus de 10 fois.

5-2-14-Nécessité d'examens complémentaires d'après le patient :

*Tableau n° 26 : Nécessité d'examens complémentaires d'après le patient (n=160)

Nécessité d'examens complémentaires	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	<i>110</i>	<i>68.8%</i>
<i>NON</i>	<i>50</i>	<i>31.2%</i>
<i>TOTAL</i>	<i>160</i>	<i>100%</i>

En interrogeant les patients sur leurs motivations à se présenter aux urgences spontanément grâce à notre questionnaire, on retrouve une part de **69% de notre population qui pense avoir besoin d'examens complémentaires soit 110 patients (IC 95% [61%-75,8%])**.

5-2-15-Nécessité d'être hospitalisé d'après le patient:

*Tableau n°27 : Nécessité d'être hospitalisé d'après le patient (n=160)

Nécessité d'être hospitalisé	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	26	16.25%
<i>NON</i>	126	78.75%
<i>Pas de réponse</i>	8	5%
<i>Total</i>	160	100%

En réponse à notre questionnaire, 26 patients soit **16,25% de notre population, pensent devoir être hospitalisés (IC 95% : [11,5%-24%])**.

5-2-16-Pensez vous que votre problème aurait pu être pris en charge par votre médecin traitant:

*Tableau n°28 : Possibilité de prise en charge par le médecin traitant d'après le patient (n=160)

	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	37	23.13%
<i>NON</i>	106	66.25%
<i>Ne sait pas</i>	17	10.62%
<i>Total</i>	160	100%

Parmi les 160 patients interrogés dans notre étude, **66% d'entre eux (IC 95% : [58.7%-73.3%]) se sont présentés aux urgences car ils ne pensaient pas que leur plainte ou leur pathologie aurait pu être prise en charge par leur médecin traitant.** 11% ne savaient pas si leur pathologie aurait pu être prise en charge ou non par leur médecin traitant.

5-2-17-Rappel du patient à J7 :

5-2-17-1-Toujours vivant?

*Tableau n°29 : Survie des patients à J7 (n=119)

Vivant?	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	119	100%
<i>NON</i>	0	0%
<i>TOTAL</i>	119	100%

Sur notre population de 160 patients, nous avons pu rappeler 116 patients à J7 de leur admission aux urgences. Ces 116 patients joints par téléphone étaient vivants lors du rappel.

Trois patients qui n'ont pas pu être rappelés à J7 ont consultés de nouveau aux urgences du CHU de Pellegrin et ils ont donc été eux aussi considérés comme vivants lors du rappel.

5-2-17-2-Toujours hospitalisé?

*Tableau n°30 : Persistance d'une hospitalisation à J7 (n=116)

Toujours hospitalisé	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	1	0.86%
<i>NON</i>	115	99,14%
<i>Total</i>	116	100%

Un patient sur les 116 patients rappelés à J7 était toujours hospitalisé lors du rappel. Il s'agissait d'un patient de 83 ans (le patient le plus âgé de notre étude), hospitalisé pour une luxation de prothèse totale d'épaule compliquée de troubles trophiques.

5-2-17-3-Consultation d'un médecin depuis sa sortie des urgences?

*Tableau 31 : Consultation d'un médecin depuis la sortie des urgences (n=116)

Nouvelle consultation médecin depuis sa sortie	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	52	44.83%
<i>NON</i>	64	55.17%
<i>Total</i>	116	100%

Sur les 116 patients rappelés par téléphone à J7 de leur prise en charge aux urgences, quasiment **45% ont revus leur médecin traitant durant ce laps de temps (IC 95% : [35,9%-54,1%])**.

Parmi les dix patients hospitalisés, quatre ont revus leur médecin depuis leur sortie d'hospitalisation, deux n'ont pas pu être contactés et quatre n'ont pas revu leur médecin.

5-2-17-4-Réalisation d'examens complémentaires depuis sa sortie :

*Tableau n°32 : Réalisation d'examens complémentaires depuis la sortie des urgences (n=116)

Nouvel examen complémentaire?	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	25	21.55%
<i>NON</i>	91	78.45%
<i>Total</i>	116	100%

Parmi notre population générale de 116 patients qui ont pu être rappelés 7 jours après leur sortie des urgences, **78% des patients n'ont pas réalisés d'examens complémentaires depuis leur sortie de l'hôpital (IC 95% : [70,5%-85,5%])**.

Parmi les dix patients hospitalisés, trois ont réalisés des examens complémentaires depuis leur sortie de l'hôpital, deux n'ont pas pu être rappelés à J7 et cinq n'ont pas réalisés d'examens complémentaires.

5-2-18-Satisfaction de la prise en charge :

*Tableau n°33 : Satisfaction de prise en charge des patients aux urgences (n=116)

Satisfait de la prise en charge	Fréquence	Pourcentage
<i>OUI</i>	99	85,34%
<i>NON</i>	17	14.66%
<i>TOTAL</i>	116	100%

85.34% des 116 patients que nous avons pu joindre lors du rappel téléphonique étaient satisfaits de leur prise en charge aux urgences (IC 95% : [78,5%-91,5%]).

6-DISCUSSION

6-1-Forces et faiblesses de l'étude:

Les forces de cette étude sont les suivantes :

- Il s'agit d'une étude **prospective**.
- Une telle étude analysant les consultations spontanées aux urgences n'a **jamais été réalisée au CHU de Bordeaux**.
- Parmi les données de la littérature, très peu d'études comparent les patients hospitalisés et ceux qui ne le sont pas parmi les recours spontanés.
- Concernant le profil sociodémographique des patients en présentation spontanée, notre étude regroupe **un grand nombre de données** par rapport à d'autres études réalisées dans d'autres villes (Sexe, Age, Nationalité, statut de sécurité sociale, statut professionnel, niveau d'études, type de biens d'habitation, médecin traitant déclaré ou non, type de consommation des urgences, nombre de passage aux urgences dans l'année précédente, satisfaction des patients, réalisation d'examens complémentaires ou accès au plateau technique des urgences, hospitalisation ou non...).
- Des questionnaires étaient mis à disposition des patients dans leur langue natale afin de pouvoir interroger le plus grand nombre de patients et de ne pas sélectionner notre population sur le critère de la langue française lue et écrite.
- L'informatisation du service a permis la mobilisation de données objectives.

Les points faibles sont les suivants :

- Il s'agit d'une étude monocentrique qu'il aurait été intéressant de réaliser sur l'ensemble des structures d'urgence de la CUB.
- Il existe un **biais de sélection** dû à l'existence de 44 patients perdus de vue à J7 au moment des résultats et ce malgré les nombreuses relances effectuées (avec des patients rappelés jusqu'à 20 fois et de mauvais numéros de téléphone).
- La phase test des questionnaires n'a pu être réalisée faute de temps.
- Nous n'avons pu inclure qu'un **faible effectif de patients**. Au même titre, le recueil de données était imparfait. Il était réalisé aux urgences par l'IOA, en même temps

que l'admission des patients. Il est évident qu'en fonction de l'IOA ou du MAO ainsi que de l'équipe sur place au moment de l'admission, celle-ci a été plus ou moins correctement réalisée. Ceci constitue un **biais de sélection au moment de l'inclusion**.

- On peut aussi déplorer la **courte période d'étude** qui de fait n'est pas représentative de l'ensemble de l'année et limite donc la puissance de l'étude. En effet cela limite le nombre de patients inclus et le nombre de patients hospitalisés. La réalisation d'une étude similaire sur plusieurs jours de l'année (par exemple un jour différent de la semaine toutes les semaines) permettrait d'avoir un échantillon de patients plus important et plus significatif.

6-2-Forces et faiblesses de l'auto-questionnaire

Il a été établi à partir des données de la littérature et des différentes études déjà réalisées (notamment l'étude nationale DREES de 2003).

Il s'agissait d'un questionnaire à **réponse fermée** facilitant ainsi le recodage et permettant une meilleure compréhension des questions et un taux de réponse plus élevé qu'avec des questions ouvertes.

Ce questionnaire était rempli en salle d'attente des urgences par les patients, le taux d'acceptation du remplissage des questionnaires était donc assez élevé, et le personnel médical et paramédical présent sur place pouvait encourager le remplissage du questionnaire. Les questions fermées pouvaient donc leur permettre un **gain de temps**.

L'inconvénient d'un questionnaire à réponse fermée est de **guider le patient** dans ces réponses et de **limiter ses possibilités d'expression**. Il persiste un degré irréductible de subjectivité vu la nature déclarative des réponses et donc un **facteur d'incertitude**. Par exemple concernant les motivations des patients à consulter aux urgences, la raison financière a pu être faussement diminuée comme motif de consultation afin de ne pas être mal perçu par le personnel soignant.

De plus, les patients remplissaient eux mêmes le questionnaire en attendant d'être examinés par un médecin, d'où l'inadéquation entre les 179 patients inclus initialement et les 160 questionnaires exploités au final. En effet, certains patients avaient insuffisamment remplis les questionnaires ou n'avaient pas mis leur identité ou leur numéro de téléphone.

Une des faiblesses de cet auto-questionnaire est également l'absence de phase test avant la mise en route de l'étude. En effet, faute de temps, il n'a pas été réalisé de pré-test sur un échantillon de patients qui nous aurait permis de nous rendre compte de difficultés éventuelles et ainsi de les corriger. Il aurait pu être instructif d'interroger ces patients pour

leur demander leur avis sur cet auto-questionnaire et éventuellement les modifications à apporter.

6-3-Forces et faiblesses du rappel à J7 :

Les avantages de ce rappel téléphonique directement sur le portable ou le fixe du patient étaient d'obtenir un **taux de réponse élevé** même si certains questionnaires retrouvaient des numéros non disponibles et donc des patients non joignables.

Il y a eu quelques **perdus de vue** et donc un biais de sélection. En effet sur les 160 patients inclus dans l'étude, seulement 116 ont été joignables par téléphone.

La véracité des réponses par téléphone pose question et notamment celle concernant la satisfaction avec l'existence probable de patients n'osant pas répondre honnêtement.

6-4-Profil sociodémographique de la population:

La population des patients consultants spontanément aux urgences était **équilibrée en ce qui concerne le sexe** (49.38% de femmes et 50.62% d'hommes). La moyenne d'âge était de **36 ans ($\sigma=15.7$)** (55,80% de la population se présentant spontanément aux urgences durant notre étude avait moins de 35 ans) : il s'agit donc d'une population plus jeune que la population générale française (moyenne d'âge 41 ans).

Des études réalisées à Nanterre et à Givors retrouvaient les mêmes caractéristiques d'âge de la population soit respectivement une moyenne d'âge des consultants spontanés de 33 et 29 ans et plus de 50% de la population ayant moins de 35 ans dans les deux études (27-29). L'étude réalisée dans quatre services de Haute Normandie en 2012, retrouvait elle aussi une moyenne d'âge pour les patients auto-référés de 38 ans contre 55 ans pour les patients adressés par un médecin durant la même période (32).

L'étude nationale DREES de 2003, réalisée dans 150 structures d'urgences et auprès de 240000 patients retrouvait le même profil de population en terme d'âge (3).

Dans une étude réalisée en 2011 (30) sur les motifs de recours aux urgences en France, **l'âge moyen des usagers des SU était de 30 ans** (contre 36 ans dans notre étude) et **le sexe ratio était de 1** comme dans notre population. Cela peut s'expliquer car il s'agit d'une population au profil plus actif, plus mobile qui peut donc se rendre d'elle-même aux urgences dès le début des symptômes mais également possiblement par la relation des patients avec leur médecin traitant. En effet l'âge avançant, on peut penser qu'une relation de confiance se créer entre le médecin généraliste et son patient qui de fait privilégie l'avis de celui-ci.

Concernant le régime de la sécurité sociale, on retrouvait **56 % de notre population au régime général de la sécurité sociale** et 21% de patients titulaires de la CMU. 3% seulement de la population étudiée répondait bénéficiaire de l'AME. Au 1^{er} décembre 2013 on comptait en Gironde 5,8% de la population au régime CMU soit 86 333 patients et 7,3% sur la population française (49).

C'est cette question du régime de la sécurité sociale qui a eu le plus d'absence de réponse dans notre questionnaire (20% des patients). Deux raisons expliquent probablement cela. Premièrement il s'agit d'une question que certains patients peuvent considérer comme intrusive puisqu'elle touche à la condition socio-économique de chacun. Deuxièmement on peut penser que certains n'ont pas répondu car ils ne connaissaient pas leur véritable régime de sécurité sociale.

De nombreuses études sur les recours spontanés aux urgences ne traitent pas la question du régime de sécurité sociale. Une étude de 2009 (27) retrouvait 64,8% de la population consultant spontanément aux urgences au régime général de la sécurité sociale contre 16,2% à la CMU et 16,8% sans couverture sociale.

Concernant **le profil socio-économique et professionnel**, 44,38% de notre population était salariée, 56% de la population était locataire et 31% était propriétaire. Dans la population générale française on retrouvait en 2014 28 millions de résidences principales et parmi cette population, 57,7% des personnes propriétaires de leur logement, 39,3% locataire et 3% autres (en foyer ou en logement gratuits) (50).

Au total 64% de la population avait au moins le baccalauréat ce qui est plus important que les résultats retrouvés dans d'autres villes avec par exemple seulement 38.2% en Haute – Normandie (32). En France, les chiffres de février 2014 de l'observatoire des inégalités retrouvaient 26% de la population n'ayant pas fait d'études, 7,3% ayant le brevet, 16% des français ayant le baccalauréat et 15% ayant fait des études supérieures, soit 31 % de la population nationale ayant au moins le baccalauréat (51).

Il s'agissait d'une population plutôt **bien insérée socialement** consultant spontanément aux urgences mais avec une part plus importante de patient CMU que dans la population générale. Ceci est également retrouvé dans les études de DURAND et GENTILLE en 2009 ainsi que dans l'étude de Haute Normandie de 2008 (46).

A l'inverse, une étude réalisée à Paris (4), retrouvait elle plutôt une population auto-référée sans emploi en majorité ou sans domicile fixe ou sans assurance maladie. Cette différence est possiblement due aux différences sociales et démographiques de la région Ile de France par rapport à l'Aquitaine.

A noter que dans notre étude, **81.88% de la population étudiée était de nationalité française**. La nationalité est un critère rarement renseigné dans les études déjà réalisées concernant les recours spontanés aux urgences. Dans la population générale on compte 5,8% de la population de nationalité étrangère en 2014 d'après l'INSEE.

En résumé sur le plan sociodémographique, la population qui s'est présentée spontanément aux urgences durant notre étude était homogène en termes de sexe (49,38% de femmes et 50,62% d'hommes). Il s'agissait d'une population plus jeune que la population nationale avec une moyenne d'âge de 36 ans ($\sigma=15.7$). 81,88% des patients étaient de nationalité française soit un peu moins que dans la population générale avec 94%. Le pourcentage de propriétaire était de 31% contre 57% dans la population nationale. Le niveau d'études de notre population était de manière non significative plus élevée que sur le plan national avec 64% des patients ayant au moins le baccalauréat c'est-à-dire le double de la population générale (avec seulement 31% ayant le bac ou plus). La détermination de ce patient type, peut permettre de repérer les patients susceptibles de fréquenter plus particulièrement les urgences afin qu'ils bénéficient par exemple d'une éducation et d'informations concernant le meilleur moyen d'avoir un avis médical non programmé.

6-5-Habitudes de soins:

Parmi notre population, **64% des patients ont consultés spontanément aux urgences dans les 24 premières heures de leurs symptômes** (IC95% : [56,6%-71,4%]). C'est le même chiffre retrouvé par l'étude DRESS (3;43) et celle réalisée à Nanterre avec 61,8% (27). L'étude d'Angoulême retrouvait 55% de la population se présentant spontanément dans les 24 premières heures des symptômes (31) et celle de Poitiers, 50% (38).

Il s'agit donc d'un profil de patients qui consultaient **plutôt rapidement, dès l'apparition de leurs symptômes** afin de bénéficier au plus vite d'une prise en charge adéquate.

Ceci confirme, à l'échelle de notre CHU, l'observation faite dans d'autres publications dont l'étude nationale de la DREES, d'un changement de comportement des patients qui souhaitent avoir la meilleure prise en charge possible en un minimum de temps.

Notre travail identifie un médecin traitant déclaré chez **90% des patients consultants spontanément aux urgences** (100% des patients hospitalisés). Ce résultat est comparable à celui de l'étude de la DREES (87% des patients étudiés avaient un médecin traitant déclaré) et à celui retrouvé dans l'étude menée à Nanterre en 2009 (84.6%) (34). En décembre 2011 on comptait en France 89,7% des assurés de la sécurité sociale avec un médecin traitant déclaré dont 95% d'entre eux ayant désigné un médecin généraliste (48).

66% des patients se sont présentés aux urgences car ils ne pensaient pas que leur plainte ou leur pathologie aurait pu être prise en charge par leur médecin traitant (IC 95% : [58.7%-73.3%]). 11% ont précisé ne pas savoir si leur pathologie aurait pu être prise en charge ou non par leur médecin traitant.

59% des patients ayant eu recours spontanément aux urgences n'avait pris aucun traitement avant de se présenter aux urgences.

Parmi nos 160 patients, près de **80% avaient déjà consulté dans un service d'urgence** durant l'année 2014 et parfois à plusieurs reprises (31,94% entre 2 et 5 fois, 6,72% entre 5 et 10 fois et 1,68% plus de 10 fois).

6-6-Gravité et type de consultations spontanées:

D'après l'étude de la DREES de 2003 (3 ;43) , les patients consultants spontanément aux urgences pouvaient être classés selon leur CCMU comme suit:

-CCMU 1 : 14%.

-CCMU 2 : 74%.

-CCMU 3 : 11%.

-CCMU 4 : 2%.

-CCMU 5 : 0,4%.

Dans notre étude aux urgences de Pellegrin on retrouve également **une majorité de patients CCMU 2 soit 65% de la population étudiée**. Cela signifie que 65% de la population a nécessité soit une surveillance aux urgences soit la réalisation d'un examen complémentaire et/ou une prise en charge thérapeutique.

On peut donc considérer que ces 65% des patients ayant consulté spontanément aux urgences ont eu un recours justifié au service des urgences même s'ils n'ont pas été hospitalisés. Le caractère « justifié » de cette prise en charge aux urgences reste à pondérer par le degré même d'urgence de réalisation de ces examens complémentaires et la possibilité pour un médecin libéral de programmer ces examens en ambulatoire.

On retrouve ensuite **31,25% de la population classés CCMU1** c'est à dire avec un état clinique jugé stable et donc une abstention d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques.

Ces patients CCMU1 auraient s'en doute pu bénéficier d'une prise en charge par un médecin généraliste libéral. Dans certains pays d'Europe comme les Pays-Bas par exemple, il existe au sein du service d'urgence des hôpitaux une consultation de médecine générale dirigée par des médecins généralistes qui se relaient aux horaires de permanence des soins. En France, l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran de Marseille possède une telle organisation avec une vacation de médecins généralistes au sein des urgences aux horaires ouvrables de cabinet de ville. Cette consultation prendrait en charge environ 50% du flux de patients tout en bénéficiant si besoin du plateau technique des urgences. Ils redirigeraient 12% des patients vers les urgences et soulageraient ainsi le flux journalier (47).

Notre étude ne retrouvait **aucun patient CCMU 4, 5, 6 et D et 1.25% de CCMU P** correspondant à des motifs psychiatriques.

Les patients **CCMU 3**, c'est à dire avec un état clinique jugé susceptible de s'aggraver mais n'engageant pas le pronostic vital dans l'immédiat, ne représentaient que **2,50% de la population** mais l'ensemble d'entre eux ont été hospitalisés.

Aux urgences de Pellegrin, comme dans d'autres centres d'urgences français, il paraît difficile de se baser sur cette classification pour déterminer le degré d'urgence de chaque patient, car cette CCMU est inconstamment renseignée et quand elle l'est, elle l'est parfois faussement ou à posteriori.

Concernant le type de consultation aux urgences:

Les données de la littérature ont montré que les motifs de recours aux SU les plus fréquents pouvaient être classés en quatre catégories : les motifs traumatiques, médicaux, comportementaux ou psychiatriques et ceux liés à la structure des urgences.

C'est sur ces données que nous avons décidé de séparer les motifs de recours en **traumatologique/ médicale/ psychiatrique ou autre** (incluant proximité des urgences, rapidité de prise en charge, nécessité des examens complémentaires).

Le motif de recours lié à la structure même des urgences est difficilement évaluable. Nous pensions pouvoir l'appréhender grâce à notre questionnaire en interrogeant le patient sur la raison de son recours (facilité d'accès et rapidité/ pas d'avance de frais/gratuité) mais comme nous l'avons dit précédemment la subjectivité des réponses concernant l'accès aux soins et l'avance de frais est importante.

La majorité des patients de notre population ont consulté pour **des motifs médicaux (58%)**.

38,75% ont consulté pour de la traumatologie.

Deux patients, soit 1.25% de la population, ont consultés pour des symptômes psychiatriques (attaque de panique / Angoisse).

Ces résultats ne sont pas concordants avec les autres études réalisées dans d'autres centres comme Givors qui retrouvait 59% de recours spontanés aux urgences pour des causes traumatologiques ou Nanterre avec 53,8% de recours pour de la traumatologie. (34-36)

Une étude réalisée à Steenvoorde en 2014 (28) retrouvait elle une proportion de 58% de la population ayant consulté spontanément pour motif traumatique contre 40% pour motif somatique.

Quant à la population totale des urgences, l'étude nationale DREES de 2003 (3 ;43), retrouvait un pourcentage équivalent de recours pour des motifs traumatiques ou somatiques.

6-7-Le devenir des patients :

Cette partie correspond à l'objectif principal de l'étude.

6-7-1-Concernant le taux d'hospitalisation:

Notre étude retrouvait, **un taux d'hospitalisation** des patients se présentant spontanément aux urgences de **6,25% (IC 95% : [2,3%-9,7%])**. Une étude réalisée à Angoulême en 2012 (31) retrouvait un taux d'hospitalisation de 11% parmi les consultations spontanées.

L'étude de la DREES de 2003 retrouvait un taux d'hospitalisation pour **tout patient confondu de 16%**. Le pourcentage d'hospitalisés parmi les patients se présentant spontanément aux urgences n'avait pas été étudié dans ce cadre (35).

Une étude réalisée en 2013, multicentrique sur quatre centres d'urgences de Haute Normandie retrouvait en comparant les patients auto référés aux urgences à ceux adressés par un médecin, un pourcentage de **12,3% d'hospitalisation dans le groupe auto référés contre 45.9% d'hospitalisation dans le groupe adressé par un médecin** avec un $p < 0,0001$ et un OR à 0,16 (0,11;0,24) (32).

Dans notre auto-questionnaire, **16,25% des patients pensaient devoir être hospitalisés (soit 26 patients sur 160) et 5 l'ont été effectivement**. On constate donc que **le sentiment de gravité** est plus important dans le ressenti des patients que dans la réalité clinique.

Trois patients ont été hospitalisés alors qu'ils ne pensaient pas devoir l'être et deux patients n'ont pas répondu à cette question.

Concernant les 5% de la population totale n'ayant pas répondu à la question « Pensez-vous devoir être hospitalisé ce jour ? », un d'entre eux a écrit à côté de la réponse "ne sait pas". On peut donc penser que certains patients ne se sentaient pas capable de savoir si oui ou non leur état clinique nécessitait une hospitalisation.

6-7-2-Concernant la réalisation d'examens complémentaires:

69% de notre population pensait avoir besoin d'examens complémentaires soit 110 patients (IC 95% [61%-75,8%]). Ce chiffre correspondait quasiment dans l'étude à notre pourcentage de patients CCMU 2 (soit 63.75%).

Seulement **73 patients sur 160 (45,63%) ont eu des examens complémentaires (IC 95% : [37,3%-52,7%])**.

Parmi les 110 patients qui pensaient avoir besoin d'examens complémentaires, 45 ont effectivement bénéficié soit d'une imagerie soit d'une biologie. 53 patients de notre population pensaient avoir besoin d'un examen complémentaire mais n'en ont pas eu.

Dans notre réflexion sur la réalisation ou non d'examens complémentaires pour telle ou telle pathologie, se pose la question des **comportements médicaux** et notamment de la différence certaine de prise en charge des patients en médecine générale ou en milieu hospitalier. En effet, le médecin urgentiste face à un patient qu'il ne connaît pas et qu'il ne sera pas amené à réévaluer, contrairement au médecin généraliste, peut avoir tendance à surinvestir sa prise en charge diagnostique et thérapeutique. Par exemple, on peut penser qu'il peut effectuer par moment une sur-prescription d'examens complémentaires pour une prise en charge d'emblée la plus complète possible et cela dès la première consultation étant donné qu'il ne peut pas revoir le patient.

6-7-3-Comparaison de la population hospitalisée versus la population non hospitalisée:

La population hospitalisée au cours de notre étude avait **la même proportion Hommes/femmes que la population non hospitalisée.**

Les patients hospitalisés étaient globalement **plus âgés** que les patients non hospitalisés (avec une moyenne d'âge de 47 ans $\sigma=19,49$ contre 36 ans $\sigma =15.23$ pour la population non hospitalisée).

*Sur le plan socio démographique :

-80% de la population hospitalisée était de nationalité française (8 patients) contre 82% de la population non hospitalisée.

- 70% de la population était locataire, 30% propriétaire et aucun patient SDF : ce qui est différent de notre population non hospitalisée avec 55.33% de la population locataire, 30.67% propriétaire et 7.33% sans domicile fixe.

- 60% de la population hospitalisée était au régime de la CPAM soit 6 patients, 30% à la MSA soit 90% de la population hospitalisée au régime général de la sécurité sociale contre seulement 53.33% pour la population non hospitalisée. Notre population non hospitalisée comptait 22.67% de CMU et 2.67% d'AME.

*Concernant les habitudes de soins des deux populations :

- 100% de la population hospitalisée avait un **médecin traitant déclaré** (10 patients sur 10) contre 89.33% de la population non hospitalisée (134 patients sur 150).

- Parmi les motifs de recours aux urgences, la population des hospitalisés retrouvait **60% de recours par peur des symptômes et de la gravité**, soit 6 patients sur 10 (contre 38.67% dans la population non hospitalisée soit 58 patients).

- Dans notre population hospitalisée, cinq patients pensaient à juste titre devoir l'être. Dans la population non hospitalisée, 21 patients sur 150 soit 14% pensaient à tort devoir l'être. Concernant les examens complémentaires, huit patients sur les dix hospitalisés pensaient avoir besoin d'examens complémentaires. Dans la population rentrée au domicile, 102 patients sur 150 nécessitaient des examens complémentaires. Comme nous l'avons évoqué plus haut, la nature déclarative des réponses aux questionnaires peut sous estimer certaines réponses notamment celle de nature financière.

- Les patients hospitalisés étaient soit **CCMU 3** soit **CCMU 2**. Aucuns patients CCMU 3 n'est rentré au domicile ce qui revient à dire que dans notre population de patients consultants spontanément aux urgences, 100% des patients dits CCMU 3, c'est-à-dire avec un état lésionnel et/ou un pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences, étaient hospitalisés. Dans la population rentrée au domicile, on comptait 98 patients CCMU2 sur 150 soit 65.33%, et 50 patients CCMU1 soit 33.33%. **Aucun patient CCMU 1 n'a été hospitalisé** dans notre population.

- 20% de la population hospitalisée soit deux patients sur dix avaient un motif d'admission traumatologique contre 40% de nos patients non hospitalisés consultants spontanément aux urgences. 80% des patients hospitalisés avaient des motifs médicaux (contre 56%).

- On peut également remarquer que les patients hospitalisés avaient des symptômes qui évoluaient **depuis plus d'une semaine pour 30% d'entre eux** soit trois patients ou alors depuis **moins de 12h pour 30%**. Dans la population non hospitalisée, on retrouvait 48,67% de la population ayant des symptômes depuis moins de 12h et 17.33% de la population ayant des symptômes depuis plus d'une semaine. Si on regroupe en tranches horaires la durée d'évolution des symptômes, on retrouve **50% de la population hospitalisée avec des symptômes depuis moins de 48h** soit cinq patients sur dix **contre 73.33% de la population non hospitalisées** soit cent dix patients.

Concernant la durée de séjour aux urgences, notre étude retrouvait une durée moyenne de séjour aux urgences pour la population non hospitalisée de 3 heures avec $\sigma = 1.54$ et une durée moyenne de séjour aux urgences pour la population hospitalisée de 6 heures avec $\sigma = 4.26$.

Nous avons calculé la durée de séjour aux urgences en soustrayant l'heure de sortie et l'heure d'arrivée **grâce au logiciel Dx care**. La fiabilité des données concernant la durée de séjour peut donc être moyenne car il est possible que l'heure de sortie n'ait pas été bien précisée sur le logiciel DX CARE.

Peu d'études ont analysé cette donnée du temps de séjour aux urgences, la publication de Givors sur 1109 patients retrouve un temps de passage moyen pour les patients en présentation spontanée de 1h20 (29). Les données de la littérature retrouvaient globalement une durée de séjour aux urgences entre 1h30 et 3h pour tous patients confondus qu'ils soient hospitalisés ou non (45).

6-8-Les facteurs associés aux consultations spontanées :

Il s'agit ici de l'objectif secondaire de notre étude.

Notre étude a retrouvé comme facteurs associés aux consultations spontanées aux urgences et susceptibles de les favoriser:

- la peur de la gravité des symptômes dans 40% des cas (soit 64 patients).**
- la nécessité de réaliser des examens complémentaires pour 22.5% (soit 36 patients).
- la facilité d'accès et la rapidité de prise en charge dans 12,5% des cas (20 patients).
- la sécurité de la prise en charge dans 10% des cas (16 patients).
- l'absence de médecin disponible dans 9 % des cas (15 patients).
- dans 5% des cas les patients pensaient devoir être hospitalisé (8 patients).
- et dans 1% des cas, pour éviter l'avance de frais et pour la gratuité (1 patient).

La DREES, dans son étude de 2003 retrouvait comme principales motivations des patients pour s'orienter vers les SU :

- la proximité de l'établissement hospitalier : 47%,
- le besoin d'examens ou d'avis spécialisé : 44%,
- l'exigence de rapidité : 38%,
- la perspective d'hospitalisation : 32%
- l'assurance d'accéder à un plateau technique spécialisé : 25%.

On note donc qu'une part importante de la population présente **une profonde inquiétude médicale**. Les campagnes d'information, de sensibilisation pour la prévention et le dépistage de maladies (cancers, maladies infectieuses, etc) qui se multiplient ainsi que l'avènement d'internet et les discussions sur les forums de santé entretiennent un climat d'angoisse et poussent les sujets à s'orienter vers les SU au moindre signe d'alerte.

Il aurait pu être intéressant d'interroger les patients sur **leur connaissance ou non de l'existence de la permanence des soins** dans le système libéral, ou de **la possibilité d'avoir recours à un médecin de garde en soins ambulatoires**.

En effet dans l'étude de la DREES de 2003, 80 % des patients connaissaient l'existence d'un médecin de garde et 9 % disaient ne pas savoir comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde, qu'ils aient ou non, connaissance de son existence (35). Il pourrait donc être intéressant de faire un travail d'information auprès des patients des urgences afin

de les informer des offres de soins ambulatoires en mettant par exemple à disposition en salle d'attente les numéros et adresses des médecins de garde ou de la permanence des soins.

Dans notre étude, parmi les 160 patients ayant consulté spontanément aux urgences, près de **80% avaient déjà eu recours à un service d'urgence** dont 31,94% entre 2 et 5 fois, 6,72% entre 5 et 10 fois et 1,68% de la population plus de 10 fois au cours de l'année 2014.

De plus, dans notre population, **66% des patients se sont présentés aux urgences car ils ne pensaient pas que leur plainte ou leur pathologie aurait pu être prise en charge par leur médecin traitant.** 11% ont précisé ne pas savoir si leur pathologie aurait pu être prise en charge ou non par leur médecin traitant. Enfin 59% des patients ayant eu recours spontanément aux urgences n'avait pris aucun traitement avant de se présenter aux urgences. Ces données ont été peu étudiées dans la littérature, plusieurs études se sont davantage intéressées à la connaissance de la permanence des soins ou aux tentatives préalables de contact d'un médecin généraliste avant de se présenter aux urgences.

Dans une étude de 2015 (44) 77% des patients consultant d'eux-mêmes aux urgences n'ont pas tenté de joindre leur médecin traitant avant de venir. Dans l'étude multicentrique de J.HASCOET (32), 90,5% de la population n'a pas tenté de joindre un médecin généraliste avant de se présenter spontanément aux urgences. Il s'agit de 90% de la population dans l'étude réalisée au centre hospitalier d'Angoulême (31).

En résumé, on pouvait retrouver comme facteurs favorisant les consultations spontanées aux urgences : la nécessité de réaliser des examens complémentaires pour 69% des patients, la peur de la gravité des symptômes pour 40% des patients, la facilité d'accès au plateau technique et la rapidité des soins ainsi que la sécurité de prise en charge.

6-9-Satisfaction de prise en charge:

L'évaluation de la satisfaction des patients est à la fois incontournable et difficile. Incontournable, parce que réglementaire pour tous les établissements de santé français afin d'améliorer la qualité du système de santé notamment la qualité des soins, de la prise en charge et le temps d'attente du patient mais difficile car très subjective.

Dans notre étude nous avons, lors d'un rappel téléphonique à J7 de la consultation aux urgences du patient, demandé au patient s'il avait été satisfait ou non de sa prise en charge aux urgences de notre hôpital.

Concernant **les 16 patients qui ont signalé ne pas avoir été satisfaits** de leur prise en charge aux urgences:

- Le patient le plus jeune avait 17 ans.
- Le patient le plus âgé avait 50 ans.
- La moyenne d'âge de ces patients était de 30 ans (écart type de 16.15) un peu plus jeune que notre population totale de l'étude (36 ans).
- **La durée de séjour variait de 1h30 à 18h.**
- **La moyenne du temps d'attente était de 3h30 soit quasiment la même moyenne que pour la population générale.**
- 56,25% des patients n'ayant pas été satisfait de la prise en charge aux urgences était CCMU1 contre 43,75% de CCMU2.
- **Par rapport à la population générale, on retrouve davantage de patients CCMU1 dans la population des patients n'ayant pas été satisfait de leur prise en charge aux urgences.**
- Une patiente parmi les 16 non satisfaits de la prise en charge avait été hospitalisée, elle avoue ne pas avoir été contente de la prise en charge à cause du temps d'attente très long entre les urgences adultes puis les urgences gynécologiques pour finalement être hospitalisée en chirurgie viscérale pour une appendicite catarrhale. Les autres patients non satisfaits sont retournés à leur domicile.
- Un patient a bénéficié d'un scanner.
- Trois patients ont bénéficié d'une radiographie.
- Une patiente a été transférée en gynécologie pour la suite de la prise en charge et est finalement retournée à son domicile.
- Tous ces patients sont toujours vivants et tous sont rentrés à leur domicile.
- **Neuf n'ont pas consulté de nouveau un médecin depuis leur sortie soit 56,25% des patients non satisfaits de leur prise en charge.** Les sept autres patients ont vu leur médecin traitant depuis leur sortie des urgences soit 43,75% des patients. Ce pourcentage est quasiment le même que parmi notre population générale (52 patients sur 116 soit 44.83%).
- Douze n'ont pas réalisé d'examens complémentaires depuis leur sortie soit 75% des patients non satisfaits. C'est sensiblement le même pourcentage que pour la population générale (78% n'ont pas réalisés d'examens complémentaires depuis leur sortie des urgences).

Qu'ils aient ou non consulté en ville dans les sept jours ou réaliser des examens complémentaires, il n'existe pas de différence entre les patients satisfaits ou insatisfaits de leur prise en charge aux urgences.

Parmi les 16 patients non satisfaits de leur prise en charge aux urgences:

- Six pensaient avoir besoin d'examens complémentaires d'après le questionnaire d'entrée mais n'en ont pas eu finalement après avis du médecin qui les a pris en charge dont un pensait également devoir être hospitalisé mais ne l'a pas été.
- Six pensaient avoir besoin d'examens complémentaires et en ont effectivement bénéficié, dont un pensait également devoir être hospitalisé mais ne l'a pas été.
- La patiente hospitalisée ne pensait pas devoir l'être. Elle pensait à raison avoir besoin d'examens complémentaires.

7-CONCLUSION :

On assiste, ces dernières années, à une augmentation du nombre d'admissions dans les services d'urgence. Cette situation engendre des insatisfactions tant au niveau du personnel que des usagers.

La population se présentant spontanément aux urgences de l'Hôpital Pellegrin à Bordeaux n'était pas uniquement une patientèle de soins ambulatoires. Certains patients ont été hospitalisés, plus de la moitié a eu accès au plateau technique afin de bénéficier d'examens complémentaires, d'une surveillance ou d'un acte thérapeutique.

Outre la difficulté à définir de manière pragmatique ce qu'est l'urgence pour tout un chacun, on pouvait retrouver comme principaux facteurs associés aux consultations spontanées aux urgences, la nécessité de réaliser des examens complémentaires, la peur de la gravité des symptômes et la facilité d'accès au plateau technique.

Au total, la principale demande de notre population était d'être examiné par un professionnel de santé en un minimum de temps afin d'être rassuré et de pouvoir bénéficier si besoin d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques dans une structure hospitalière en laquelle les patients ont confiance.

Afin de mieux gérer le flux de patients en présentation spontanée, il faut pouvoir leur proposer des alternatives à ce recours primaire aux urgences. De nombreuses solutions existent déjà, la plus évidente consiste à consulter son propre médecin traitant, l'interlocuteur privilégié qui connaît au mieux le patient et pourra l'orienter dans le système de santé. Hors permanence de soins, l'appel au centre de régulation du SAMU permettrait de définir au mieux la conduite à tenir et l'orientation du patient. Ces solutions logiques trop peu utilisées voire de moins en moins mériteraient une meilleure information de la population sur l'offre de soins disponible.

8-REFERENCES :

(1) Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'état). Journal Officiel de la République Française. [En ligne] 10 mai 1995.

[Consulté le 1/09/2015] Disponible sur :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D9DC6E5A83B411A971D7DC51C679D767.tpdjo09v_3?cidTexte=JORFTEXT000000719792&categorieLien=id

(2) Rapport sécurité sociale 2014. Les urgences hospitalières : Une fréquentation croissante, Une articulation avec la médecine de ville à repenser. Cours des comptes. Septembre 2014. Chap XII.

(3) CARRASCO V, BAUBEAU D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. [En ligne] DREES, janvier 2003. [Consulté le 15/02/2015] Disponible sur :

<http://www.youscribe.com/catalogue/tous/etude-de-la-drees-sur-les-urgences-dans-les-hopitaux-2483866>

(4) LANG T, DAVIDO A, DIAKITE B et al. Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction « dispensaire ». Revue médicale de l'assurance médicale, 1998,3.

(5) LEVASTEL P, DUFFOZEZ F, SAMITI N et al. « Passages inappropriés » aux urgences : est-il possible de les définir et de les quantifier ? Réan Urg, 1999,8.

(6) LADNER J, BAILLY L, PITROU I, et al. Les patients auto référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins. [en ligne]

Pratiques et Organisation de soins 2008/03;39. [consulté le 16/06/2015] Disponible sur :

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/POS/2008/1/33.pdf>

(7) Larousse 2015. Urgence définition

(8) ROTTNER J, BELLOU A, BOUGET J et al. Critères d'évaluation des services d'urgences. [en ligne] 2006. p20. SFMU Référentiel. [Consulté le 16/06/2015] Disponible sur :

<http://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/audit.pdf>

(9) FOURESTIE V, ROUSSIGNOL E. Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. Réan Urg 1994;3:573-8.

(10) La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée. [Consulté le 05/11/2014]

Disponible sur : <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>.

(11) GRALL JY. Evaluation du plan urgences. [En ligne] 2004 - 2008. 2007. [consulté le 15/07/2015] Disponible sur :

<http://www.snmrhp.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/218.pdf>

- (12) PENEFF J. Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale. Métaillé.2000. Genèses, 2000, Vol 41, 1 p. 167 – 168.
- (13) LESIGNE E. L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgence. [En ligne] [Thèse de Doctorat de Médecine. Université Rennes] 2001. [Consulté le 22/04/2015]
- (14) Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2015. [En ligne] INSEE. Recensement de la population 2012 en Gironde. [Consulté le 01/09/2015] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=4&ref_id=21995
- (15) RAULT JF, LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Démographie médicale en région Aquitaine. [En ligne]. Chiffres de 2013. Conseil national de l'ordre des médecins. [Consulté le 16/05/2015] Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/aquitaine_2013.pdf
- (16) BOUET P. Atlas de la démographie médicale 2014. [En ligne] Conseil national de l'ordre des médecins. [Consulté le 4/5/2015] Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
- (17) Densité de médecins pour 100000 habitants par spécialités. [En ligne] DREES 2014. Ministère des affaires sociales et de la santé. [Consulté le 04/05/2015] Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-medecins-rpps,11287.html>
- (18) Densité médecin généraliste en Gironde. [En ligne] Rapport ARS 2013. [Consulté le 02/01/2015] Disponible sur : http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/05_Pol_reg_sante/501_Projet_regional_sante/04_SROS_ARS_Aquitaine_BD.pdf
- (19) Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française. [En ligne] 6 Janvier 1971. [Consulté le 01/9/2015] Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228>
- (20) Article L6314-1 du Code de la Santé Publique crée par l'article 49 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n°0167 du 22 juillet 2009)
- (21) ROY PM, LANNEHOA.Y. Le triage aux urgences. [En ligne] SRLF. Réanimation 2002;11:480-5. [Consulté le 01/09/2015] Disponible sur : http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2011/20110808-095613-020/src/htm_fullText/fr/0211-Reanimation-Vol11-N7-p480_485.pdf
- (22) Charte de Médecine d'Urgence. septembre 2003. [En ligne] SFMU. [Consulté le 01/09/2015] Disponible sur : <http://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/joa2004.pdf>
- (23) ROUX M. VALDENNAIRE G. Cours DESCMU. Le triage aux urgences. 2014.
- (24) CROGUENNEC Y, CHAHIR N, NOTTO R. Historique du concept de médecine de catastrophe. [En ligne] Congrès d'urgence 2010 (chap 105). [Consulté le 10/08/2015]

Disponible sur :

http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/historique_du_concept_de_medecine_en_situation_de_catastrophe_Groguennec-Chahir-Noto_.pdf

(25) MAILLARD-ACHER C. Infirmière Organisatrice de l'Accueil et Référentiel. [en ligne]

Chapitre 102 Urgences 2012. [Consulté le 24/08/2015] Disponible sur :

http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Infirmiere_organisatrice_de_l_accueil_et_refere_ntiel.pdf

(26) Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française du 2 Aout 1991.

(27) MEUNIER L, Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. [En ligne]. [Thèse d'exercice de médecine générale Paris VII.] 2009. [consulté le 05/04/2015]

(28) DEWAELE M. Cause de recours spontané à un service d'urgence, enquête auprès de patients d'une maison de santé. [En ligne]. [Thèse de doctorat de médecine. Université de Lille] 2014. [Consulté le 3/06/2015]

(29) AISSAOUI L. Consultations spontanées aux urgences du centre hospitalier de Givors. Etude monocentrique observationnelle du 1^{er} au 28 mars 2011 des patients non hospitalisés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux : Analyse des caractéristiques sociologiques des consultants, de leurs motifs de recours et évaluation de leur satisfaction de ce service. [En ligne]. [Thèse de doctorat de médecine. Lyon est Université Claude Bernard] 2014. [Consulté le 12/04/2015]

(30) M.DOUKHAN;S.LOMBERTY;H.MOUSSOUNI et al. Motifs de recours aux urgences : une approche du point de vue du patient en 2011. [en ligne]. [consulté le 15/09/2014]

(31) BOUNIORT L. Venues spontanées aux urgences du centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecin générale : déterminant, pertinence et orientation. [En ligne]. [Thèse de doctorat de médecin générale, Université de Poitiers] 2012. [Consulté le 15/06/2015]

(32) HASCOET J. Patients auto-référés dans quatres services d'urgence de Haute-Normandie: Quel profil? Quelles implications pour la permanence des soins? [en ligne] [thèse de médecine générale, Université de médecine de Rouen]. 2013. [consulté le 15/08/2015]

(33) Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel de la République Française. [En ligne]. 23 mai 2006. [Consulté le 01/09/2015] Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006053733>

(34) PAVERNE Y, JENVRIN J, DEBIERRE V et al. Régulation médicale des situations à risque. [en ligne]. Urgences 2011, chapitre 89. [consulté le 18/08/2015]. Disponible sur :

http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Regulation_medicale_des_situations_a_risque.pdf

(35) BAUBEAU D, CARRASCO V. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. [En ligne] Paris. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Etudes et résultats ; 2006. N°524. [Consulté le 10/12/2014]

(36) DREES 2013 : Caractériser pathologies et motif de venue aux urgences. [En ligne] [Consulté le 29/09/2014].

(37) DEBATY G. Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence. [En ligne]. Mai 2010. [Consulté le 08/06/15] Disponible sur : http://www.sfm.u.org/urgences2010/donnees/pdf/078_debaty.pdf

(38) CHAUDET A. Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population et évaluation de la filière spécifique de prise en charge. [En ligne] [Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Poitiers]. 2013. [consulté le 02/02/2015].

(39) GENTILE S, DURAND AC et al. Do non-urgent patients presenting to an emergency department agree with a reorientation towards an alternative care department? [En ligne] Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2009 Feb;57(1):3-9. [Consulté le 20/02/2015]

(40) TSAI JC, LIANG YW et al. Utilization of emergency department in patients with nonurgent medical problems : patient preference and emergency department convenience. [En ligne]. J Formos Med Assoc. 2010 jul;109(7):533-42. [Consulté le 12/04/2015] Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4110705/?report=reader>

(41) KHAN Y, GLAZIER RH et al. A population-based study of the association between socioeconomic status and emergency department utilization in Ontario, Canada. [en ligne]. Academic Emergency Medicine. 2011 Aug;18(8):836-43 [consulté le 10/06/2015] Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2011.01127.x/full>

(42) HAS recommandations. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Mars 2011. [Consulté le 02/08/2015]

Disponible sur :

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201106/regulation_medicale__argumentaire.pdf.

(43) BAUBEAU D, CARRASCO V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. [En ligne] Paris. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Etudes et résultats; 2003. N°215. [Consulté le 06/07/2014]

(44) LERAT-GOLASOXSKI M. Motivations, Motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai. [En ligne]. [Thèse de doctorat de Médecine Faculté Henri WAREMBOURG] 2015. [Consulté le 1/04/2015]

(45) Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Réduire le temps de passage aux urgences. [en ligne]. Recueil de bonnes pratiques organisationnelles. MeaH 2005. [consulté

le 26/07/2015] Disponible sur :

<http://urgentologue.free.fr/dmdocuments/organisation/sau/MeaH/2005-06%20-%20temps%20d'attente%20aux%20Urgences%20-%20fin%20mission.pdf>

(46) LADNER J, BAILLY L, PITROU I, et al. Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soin. [En ligne] Pratiques et organisation des soins 2008, volume 39, n°1, p33-42.

(47) SARRAT S. Optimisation et gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de médecine générale de premier recours. [Thèse d'exercice de médecine générale Marseille]. 2010. [consulté le 23/12/2014]

(48) Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. Rapport public annuel. Cours des comptes. [en ligne] 2013 fev ; 3:192. [Consulté le 20/08/2015]

(49) Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. [en ligne] Rapports d'activité 2013. [Consulté le 01/09/2015] Disponible sur : http://www.cmu.fr/presentation_generale.php

(50) Estimation du parc de logements au 1er janvier 2014. [En ligne] Institut national de la statistique et des études économiques et SOeS. [Consulté le 1/09/2015] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if16

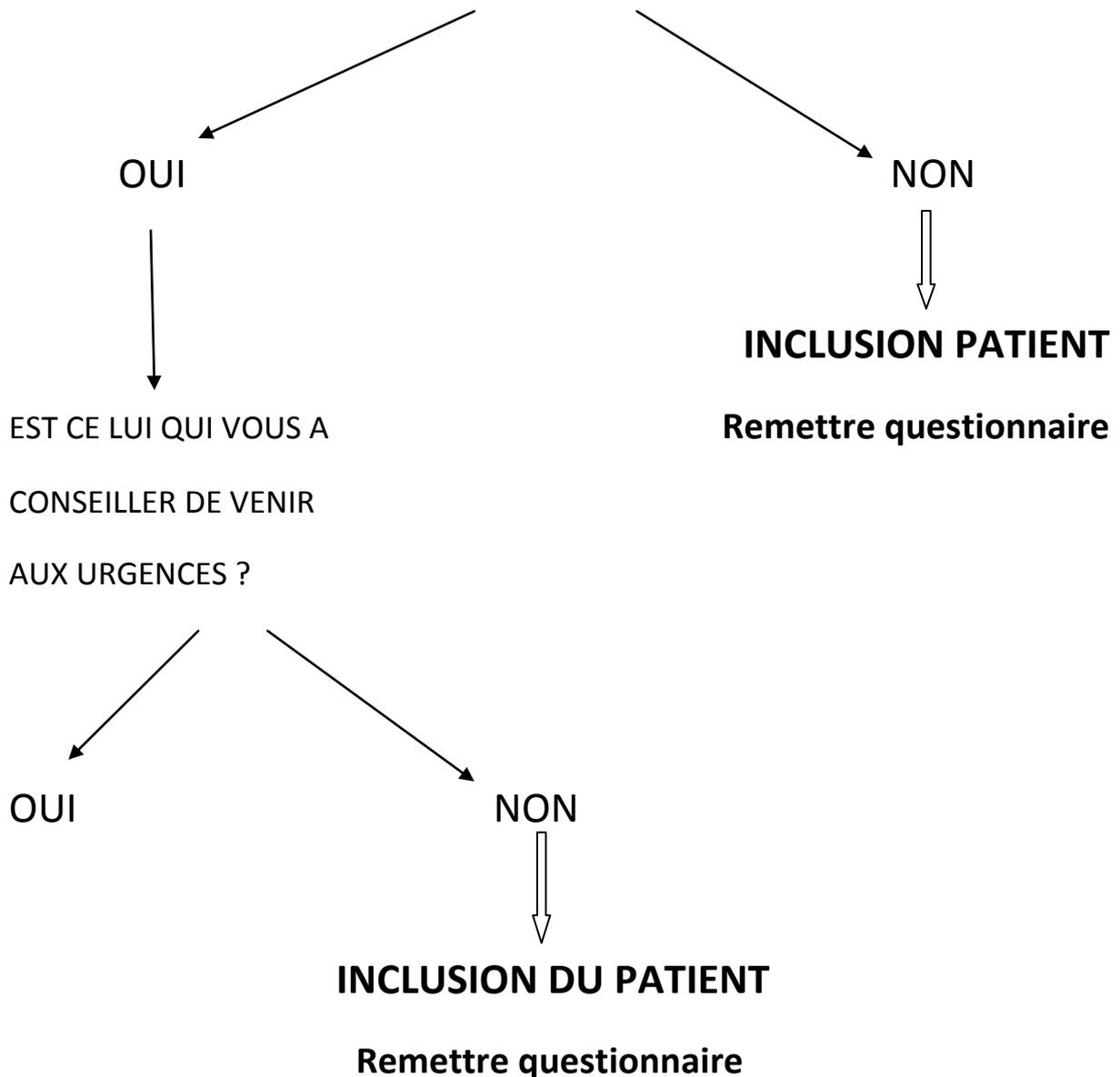
(51) Le niveau de diplômés des français. [En ligne]. Observatoire des inégalités Chiffres 2014. [Consulté le 1/09/2015] Disponible sur : <http://www.inegalites.fr/spip.php?article34>

9-ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche d'inclusion de l'IOA

FICHE IOA :

AVEZ-VOUS VU UN MEDECIN AVANT DE VENIR ?



ANNEXE 2 : Les auto-questionnaires patients

Telephone patient :

Etiquette patient

1- Nationalité:		
2-Ou vivez Vous? <input type="checkbox"/> Maison/ Appartement <input type="checkbox"/> Foyer <input type="checkbox"/> SDF		
3- Régime sécurité sociale : <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Autre		
4- Vous êtes : <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Au chômage <input type="checkbox"/> Sans profession		
5- Votre niveau d'étude est: <input type="checkbox"/> Pas d'études <input type="checkbox"/> Brevet <input type="checkbox"/> Baccalauréat <input type="checkbox"/> études supérieures		
6- Etes vous : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe		
7- Avez vous un médecin traitant déclaré? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
8- Dernier contact avec votre médecin traitant :	<input type="checkbox"/> < 1 semaine	<input type="checkbox"/> < 1 mois
	<input type="checkbox"/> < 1 an	<input type="checkbox"/> Pas de médecin
9- Avez-vous vu eu un avis médical avant de venir ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
* Si oui, quel avis ?	<input type="checkbox"/> médecin généraliste	
	<input type="checkbox"/> SOS medecin	
	<input type="checkbox"/> centre régulation 15	
9 -Avez vous deja consulté aux urgences dans votre vie? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
* Si oui, Combien de fois cette dernière année?	<input type="checkbox"/> 1 fois	
	<input type="checkbox"/> Entre 1 à 5 fois	
	<input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 fois	
	<input type="checkbox"/> Plus de 10 fois	
10- Pourquoi avez vous consulté aujourd'hui?	<input type="checkbox"/> Peur de la gravité des symptômes	
	<input type="checkbox"/> Pas de médecin généraliste disponible	
	<input type="checkbox"/> Sécurité de la prise en charge	
	<input type="checkbox"/> Pense avoir besoin d'être hospitalisé	
	<input type="checkbox"/> Pense avoir besoin d'examens complémentaires	
	<input type="checkbox"/> Facilité d'accès et rapidité	
	<input type="checkbox"/> Pas d'avance de frais/ gratuité	
11- Délai depuis début des symptômes	<input type="checkbox"/> < 2h	
	<input type="checkbox"/> Entre 2 et 6 heures	
	<input type="checkbox"/> Entre 6 et 12 heures	
	<input type="checkbox"/> Entre 12 et 24 heures	
	<input type="checkbox"/> Entre 24 et 48 heures	
	<input type="checkbox"/> Entre 2 et 7 jours	
	<input type="checkbox"/> Plus d'une semaine	
12- Avez-vous pris un traitement avant de venir aux urgences ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
* Si OUI :	<input type="checkbox"/> Prescrit par votre médecin ?	
	<input type="checkbox"/> Pris dans votre pharmacie personnelle ?	
13- Pensez vous que votre problème aurez pu être traité par votre médecin traitant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
14- Pensez vous devoir etre hospitalisé ce jour ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
15- Pensez vous avoir besoin d'examens complémentaires ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

En anglais : Questionnaire

Etiquette patient

1- Nationality:		
2-Where do you live? <input type="checkbox"/> Home/Flat <input type="checkbox"/> community centre <input type="checkbox"/> homeless person		
3- Social sécurité : <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> other		
4- Are you: <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> employee <input type="checkbox"/> Profession libéral <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> Unemployed		
5- Your level of study is : <input type="checkbox"/> No study <input type="checkbox"/> secondary school <input type="checkbox"/> High school <input type="checkbox"/> University		
6- Are you : <input type="checkbox"/> homeowner <input type="checkbox"/> Tenant <input type="checkbox"/> homeless person		
7- Do you have a primary care doctor ? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
8- Last contact with your regular doctor:	<input type="checkbox"/> < 1 week	<input type="checkbox"/> < 1 month
	<input type="checkbox"/> < 1 year	<input type="checkbox"/> I don't have
9- Had you a medical opinion before coming? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
* If yes, what opinion ?	<input type="checkbox"/> regular doctor	
	<input type="checkbox"/> SOS doctor	
	<input type="checkbox"/> 15	
9 –Have you already consulted in emergencies ? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
* If yes, how many times this year?	<input type="checkbox"/> 1 time	
	<input type="checkbox"/> Between 1 and 5 times	
	<input type="checkbox"/> Between 5 and 10 times	
	<input type="checkbox"/> More than 10 times	
10- Why consulted you today ?	<input type="checkbox"/> fear of the gravity of the symptoms	
	<input type="checkbox"/> no available doctor	
	<input type="checkbox"/> safety of the care	
	<input type="checkbox"/> I need to be hospitalized	
	<input type="checkbox"/> I need complementary examinations	
	<input type="checkbox"/> Accessibility and speed	
	<input type="checkbox"/> free access	
11- Deadline since the beginning of the symptoms:	<input type="checkbox"/> < 2 hours	
	<input type="checkbox"/> Between 2 and 6 hours	
	<input type="checkbox"/> Between 6 and 12 hours	
	<input type="checkbox"/> Between 12 and 24 hours	
	<input type="checkbox"/> Between 24 and 48 hours	
	<input type="checkbox"/> Between 2 and 7 days	
	<input type="checkbox"/> more than 1 week	
12- Took you a medicine before coming? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
* If yes :	<input type="checkbox"/> prescribed by your doctor?	
	<input type="checkbox"/> Taken at your home ?	
13- Do you think that your problem can be solved by your doctor? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
14- Do you think that you need to be hospitalized today ? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
15- Do you think that you need complementary examinations? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		

Telephone patient :

1- Nacionalidad:		
2-Donde vive usted? <input type="checkbox"/> Casa /Piso <input type="checkbox"/> Hogar con ingresos modestos <input type="checkbox"/> Sin domicilio fijo		
3- Seguridad social : <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> otro		
4- Usted es: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> asalariado <input type="checkbox"/> profesion liberal <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> en paro <input type="checkbox"/> sin profesion		
5- Su nivel de estudio es: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> colegio <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> estudio superior		
6- Usted es : <input type="checkbox"/> dueno <input type="checkbox"/> inquilino <input type="checkbox"/> sin domicilio fijo		
7- Tiene usted un medico ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
8- Ultima relacion con su medico de familia :	<input type="checkbox"/> < 1 semana	<input type="checkbox"/> < 1 mès
	<input type="checkbox"/> < 1ano	<input type="checkbox"/> No tengo medico
9- Ha sido visto por algun medico antes de venir aqui ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO		
* en ese caso, por quien ?	<input type="checkbox"/> medico de familia	
	<input type="checkbox"/> medico de urgencia	
	<input type="checkbox"/> llamo al 15	
9 –Usted ha sido visto en urgencia antes ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
* en ese caso, cuentas veces este ano?	<input type="checkbox"/> 1 vez	
	<input type="checkbox"/> Entre 1 y 5 veces	
	<input type="checkbox"/> Entre 5 y 10 veces	
	<input type="checkbox"/> mas de 10 veces	
10- Por que ha acurrido a urgencia hoy?	<input type="checkbox"/> Miedo de la gravedad de su enfermedad	
	<input type="checkbox"/> No habia medicos disponibles en su ciudad	
	<input type="checkbox"/> Para la seguridad de la asuncion medical	
	<input type="checkbox"/> usted piensa que necesita ser hospitalizado	
	<input type="checkbox"/> usted piensa que necesita exámenes complementarios	
	<input type="checkbox"/> por la facilidad de acceso	
	<input type="checkbox"/> Por ser gratuito	
11- Tiempo desde el inicio de las sintomas :	<input type="checkbox"/> < 2 horas	
	<input type="checkbox"/> Entre 2 y 6 horas	
	<input type="checkbox"/> Entre 6 y 12 horas	
	<input type="checkbox"/> Entre 12 y 24 horas	
	<input type="checkbox"/> Entre 24 y 48 horas	
	<input type="checkbox"/> Entre 2 y 7 dias	
	<input type="checkbox"/> Mas de una semana	
12- Usted ha tomado algun medicamento antes de venir a urgencia ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
* En ese caso:	<input type="checkbox"/> prescrito por su medico ?	
	<input type="checkbox"/> cogido de su propia casa ?	
13- Piensa usted que su problema habria podido ser tratado por su medico de familia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
14- Piensa usted que necesita una hospitalizacion hoy ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
15- Piensa usted que necesita exámenes complementarios hoy ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Telephone patient :

1- Nacionalidade :		
2- Onde o viver? <input type="checkbox"/> More/ apartamento <input type="checkbox"/> lar <input type="checkbox"/> sem abrigo		
3- Previdência social : <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Autre		
4- Você é : <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Profissão liberal <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Desemprego <input type="checkbox"/> sem profissao		
5- Seu nível de estudos : <input type="checkbox"/> Nenhum estudo <input type="checkbox"/> Faculdade <input type="checkbox"/> Diploma de escola secundária <input type="checkbox"/> Ensino superior		
6- Você é : <input type="checkbox"/> Dono <input type="checkbox"/> Inquilino <input type="checkbox"/> sem abrigo		
7- O tenha um doutor regular declarado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
8- Quando o viu seu doutor?	<input type="checkbox"/> < 1 semana	<input type="checkbox"/> < 1 mês
	<input type="checkbox"/> < 1 ano	<input type="checkbox"/> Nenhum doutor
9- O tido uma opinião médica antes de vir? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
*Neste caso, Qual opinião?	<input type="checkbox"/> o doutor de le	
	<input type="checkbox"/> sos medicam	
	<input type="checkbox"/> 15	
9 - Já o consultou em emergências ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
* Neste caso, Quanto cronometra este ano??	<input type="checkbox"/> 1 vez	
	<input type="checkbox"/> Entre 1 e 5 vezes	
	<input type="checkbox"/> Entre 5 e 10 veces	
	<input type="checkbox"/> Mais de 10 veces	
10- Por que o consultou em emergências hoje?	<input type="checkbox"/> Medo da gravidade dos sintomas	
	<input type="checkbox"/> Nenhum doutor regular disponível	
	<input type="checkbox"/> segurança da cuidado	
	<input type="checkbox"/> Pense de ter que ser hospitalizado	
	<input type="checkbox"/> Pense de precisar de exames complementares	
	<input type="checkbox"/> Acessibilidade e velocidade	
11- extensão desde então os sintomas :	<input type="checkbox"/> < 2 horas	
	<input type="checkbox"/> Entre 2 e 6 horas	
	<input type="checkbox"/> Entre 6 e 12 horas	
	<input type="checkbox"/> Entre 12 e 24 horas	
	<input type="checkbox"/> Entre 24 e 48 dias	
	<input type="checkbox"/> Entre 2 e 7 dias	
	<input type="checkbox"/> mais de 1 semana	
12- O levado uma medicina antes de vir a emergências ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
* Neste caso :	<input type="checkbox"/> Prescrito por seu doutor ?	
	<input type="checkbox"/> levado em sua casa ?	
13- Você que seu problema pensa terá podido ser reglé por seu doutor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
14- Pense de ter que ser hospitalizado ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
15- Pense do precisar exames complementares? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Telephone patient :

1- Naționalitatea :		
2- Sau o să trăiesc? <input type="checkbox"/> casa/ Apartament <input type="checkbox"/> plata social <input type="checkbox"/> Incolaciti persoana		
3-Social securité: <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Alte		
4- Vă sunt: <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> Angajat <input type="checkbox"/> Profesii liberale <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> În chomage <input type="checkbox"/> Someri		
5 Nivelul dumneavoastră de etudes este:- <input type="checkbox"/> Nimeni nu <input type="checkbox"/> Colegiu <input type="checkbox"/> Bacalaureat <input type="checkbox"/> Învățământ superior		
6- Vă sunt: <input type="checkbox"/> proprietaire <input type="checkbox"/> Chiriaș <input type="checkbox"/> Incolaciti persoana		
7- Ai o trateaza(manipulare) medecin ? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nr.		
8- Ultima unul medecin pe cine ai vazut	<input type="checkbox"/> < 1 Săptămână	<input type="checkbox"/> < 1 luna
	<input type="checkbox"/> < 1 anul	<input type="checkbox"/> Nu de medecin
9- Ai avut un aviz medical înainte de a veni ? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nr.		
* Dacă da care avizul?	<input type="checkbox"/> Medecin de familie	
	<input type="checkbox"/> SOS medecin	
	<input type="checkbox"/> 15	
9 - Au deja consultat vă în urgentelor in viata ta? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nr.		
* Dacă da, de câte ori această derniere an?	<input type="checkbox"/> 1 timp	
	<input type="checkbox"/> 1 În 5 timp	
	<input type="checkbox"/> 5 În 10 timp	
	<input type="checkbox"/> Mai Multe de 10 timp	
10- De ce trebuie să consultați-vă în urgențe ?	<input type="checkbox"/> Teama de gravitatea simptomele	
	<input type="checkbox"/> Nu de disponibile medecin în oraș	
	<input type="checkbox"/> Desfaceți capacul siguranțelor securité mines încărcare	
	<input type="checkbox"/> Cred ca a fi nevoie de a fi internati	
	<input type="checkbox"/> Cred ca avea nevoie complementare examinările	
	<input type="checkbox"/> Accesibilitatea și viteza	
	<input type="checkbox"/> Acces liber	
11- Termenul(Prelungire) de la(deoarece) inceputul simptome?	<input type="checkbox"/> < 2 ore	
	<input type="checkbox"/> 2 În 6 ore	
	<input type="checkbox"/> 6 În 12 ore	
	<input type="checkbox"/> 12 În 24 ore	
	<input type="checkbox"/> 24 În 48 ore	
	<input type="checkbox"/> 2 et 7 zi	
	<input type="checkbox"/> Mai mult de o saptamina	
12- Ai luat un medicament inainte de a veni la urgente? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nr.		
* Dacă da :	<input type="checkbox"/> Prescise de medicul dvs ?	
	<input type="checkbox"/> Luate in farmacia ?	
13- Că vă cred ca problema va fi fost capabil să fie tratate de medicul dvs? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nr.		
14? Cred ca de a fi internati? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nr.		
15- Cred ca ai nevoie de complementare(suplimentar) examinarile? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nr.		

Téléphone patient :

1- националност :		
2- о живеете ли? <input type="checkbox"/> Къща/Апартамент <input type="checkbox"/> социален дом <input type="checkbox"/> бездомните фиксиран		
3- социална защита: <input type="checkbox"/> СРАМ <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> СМУ <input type="checkbox"/> АМЕ <input type="checkbox"/> други		
4- Съмърс ви : <input type="checkbox"/> студент <input type="checkbox"/> Салари <input type="checkbox"/> свободни професии <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> безработица <input type="checkbox"/> без професия		
5- вашето ниво на изследвания : <input type="checkbox"/> Няма <input type="checkbox"/> Колеж <input type="checkbox"/> Проучвания специализанти		
6- Съмърс ви: <input type="checkbox"/> собственик <input type="checkbox"/> наемател <input type="checkbox"/> бездомните фиксиран		
7- Имате ли лекуващ лекар? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> без		
8- последния контакт с лекуващия лекар	<input type="checkbox"/> една седмица	<input type="checkbox"/> един месец
	<input type="checkbox"/> една година	<input type="checkbox"/> няма лекар
9- имали ли сте т медицинско становище преди да дойде? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> без		
* Какво становище?	<input type="checkbox"/> Вашият лекар	
	<input type="checkbox"/> SOS лекар	
	<input type="checkbox"/> Център 15	
9 - Били ли сте вече се консултира при извънредни ситуации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> без		
* Колко пъти тази година?	<input type="checkbox"/> 1 път	
	<input type="checkbox"/> между 1 и 5 пъти	
	<input type="checkbox"/> между 5 и 10 пъти	
	<input type="checkbox"/> повече от 10 пъти	
10- Защо ви консултират при извънредни ситуации днес?	<input type="checkbox"/> страх от гравитация симптоми	
	<input type="checkbox"/> няма налични лекар	
	<input type="checkbox"/> поддръжка на защитата	
	<input type="checkbox"/> Мисля, че трябва да бъде болница?	
	<input type="checkbox"/> че нуждата от допълнителна проверка?	
	<input type="checkbox"/> с асс лекота и бързина	
	<input type="checkbox"/> безплатно	
11- лай г от появата на симптомите :	<input type="checkbox"/> по-малко от 2 часа	
	<input type="checkbox"/> между 2 и 6 часа	
	<input type="checkbox"/> между 6 и 12 часа	
	<input type="checkbox"/> между 12 и 24 часа	
	<input type="checkbox"/> между 24 и 48 часа	
	<input type="checkbox"/> между 2 и 7 дни	
	<input type="checkbox"/> повече от седмица	
12- Били ли сте взела някакви лекарства, преди да дойде в спешно отделение? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> без		
* Ако отговорът е да:	<input type="checkbox"/> предписани от вашия лекар ?	
	<input type="checkbox"/> у дома ?	
13- мислите ли, че вашият лекар може да г разреши проблема си? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> без		
14- Мисля, че трябва да бъде в болницата днес? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> без		
15- нужда завърши допълнителни изследвания днес? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> без		

ANNEXE 3 : Hétéro-questionnaire de rappel à J7 des patients

RAPPEL A J7 des patients en présentation spontanée aux urgences :

- 1- Est-t'il vivant ? : OUI NON

- 2- Est -t'il toujours hospitalisé ? : OUI NON

- 3- Est -t'il retourné à son domicile ? : OUI NON

- 4- A-t'il de nouveau consulté un médecin ? OUI NON
-Si OUI : aux urgences
Son médecin traitant
Un autre médecin

- 5- A-t-il réalisé des examens complémentaires ? OUI NON

- 6- A-t-il été satisfait de sa prise en charge aux urgences ? OUI NON

10-SERMENT D'HIPPOCRATE:

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

11-Résumé

NOM : BOUDARD

PRENOM : Olivia

Date de Soutenance : 6 octobre 2015

Titre en français- Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours.

Objectifs- Nous avons souhaité étudier les patients se présentant spontanément aux urgences, population peu connue, afin de connaître leur devenir, de mieux répondre à leurs attentes et d'améliorer notre gestion du flux des patients. L'objectif principal était de savoir si ces patients étaient hospitalisés et si leur recours engendrait la réalisation d'examen complémentaires. L'objectif secondaire était de comprendre et d'évaluer les facteurs associés à un tel recours aux urgences.

Matériel et Méthodes- Il s'agissait d'une étude épidémiologique prospective de suivi de cohorte observationnelle uni-centrique aux urgences du CHU de Pellegrin à Bordeaux sur la période du 20/10/14 au 31/10/14. Tout patient se présentant aux urgences s'est vu remettre un auto-questionnaire visant à établir le profil sociodémographique et économique des patients ainsi que leur habitude de soins et leur motif de recours. La base de données de Dx Care a été consultée a posteriori pour savoir si les patients avaient bénéficié d'examen complémentaires et d'une hospitalisation. Un hétéro-questionnaire par rappel à J7 était ensuite réalisé.

Résultats- Le sexe ratio de la population était de 1, la moyenne d'âge de 36 ans (σ : 15,7). 6,25% de la population a été hospitalisée (IC 95% : [2,3%-9,7%]), 45,63% a eu des examens complémentaires (IC 95% : [37,3%-52,7%]) et 63,75% a eu recours au plateau technique des urgences (IC 95% [56,6% et 71,4%]). 69% des patients pensaient avoir besoin d'examen complémentaires (IC 95% [61%-75,8%]). 40% de la population s'est présentée spontanément par peur de la gravité des symptômes, 12,5% par facilité d'accès et rapidité, 10% pour la sécurité de la prise en charge. 64% de la population s'est présentée dans les 24 premières heures des symptômes (IC95% : [56,6%-71,4%]). 90% de notre population avait un médecin traitant déclaré.

Conclusion- La population se présentant spontanément aux urgences ne relevait pas uniquement de soins ambulatoires, certains ont été hospitalisés et plus de la moitié a eu accès au plateau technique de notre CHU soit pour la réalisation d'examen complémentaires soit pour une surveillance ou un acte thérapeutique. Au total, la principale demande de notre population était d'être examinée par un professionnel de santé en un minimum de temps afin d'être rassurée et de pouvoir bénéficier si besoin d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques dans une structure hospitalière en laquelle les patients ont confiance.

Titre en Anglais- Future of the patients in spontaneous presentation in the emergencies of the hospital Pellegrin in Bordeaux and factors associated to this type of resort.

Discipline- Médecine générale- Urgences.

Mots clés- Présentation spontanée – Urgence- Devenir- Facteurs associés- Bordeaux