



HAL
open science

Les admissions aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon

Ameline Yvon

► **To cite this version:**

Ameline Yvon. Les admissions aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01238418

HAL Id: dumas-01238418

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01238418>

Submitted on 4 Dec 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.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

N° 160

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Ameline YVON**

Née le 16 Juillet 1987 à LE MANS

Le 04 Novembre 2015

Les admissions aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon

Directeur de thèse : Dr THICOIPE Michel

Jury :

Monsieur le Professeur VARGAS Frédéric, Président

Monsieur le Professeur SZTARK François

Monsieur le Docteur CASTERA Philippe

Monsieur le Docteur THICOIPE Michel

Monsieur le Docteur MANGWA Fabrice

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

N° 160

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Ameline YVON**

Née le 16 Juillet 1987 à LE MANS

Le 04 Novembre 2015

Les admissions aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon

Directeur de thèse : Dr THICOIPE Michel

Jury :

Monsieur le Professeur VARGAS Frédéric, Président

Monsieur le Professeur SZTARK François

Monsieur le Docteur CASTERA Philippe

Monsieur le Docteur THICOIPE Michel

Monsieur le Docteur MANGWA Fabrice

Remerciements

Aux membres de ce jury :

A Monsieur le Professeur VARGAS Frédéric d'avoir accepté de présider ce jury

A Monsieur le Professeur SZTARK François de faire partie de ce jury

A Monsieur le Docteur CASTERA Philippe d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse et pour ses conseils

A Monsieur le Docteur THICOIPE Michel d'avoir dirigé cette thèse

A Monsieur le Docteur MANGWA Fabrice pour sa participation au jury et son soutien au sein des urgences du Pôle Santé d'Arcachon.

A toutes les personnes ayant participé à ma formation médicale et notamment en médecine générale à Messieurs les Docteurs LILLET Régis et SANANES Xavier.

A tout le personnel médical et paramédical du Pôle Santé d'Arcachon et plus particulièrement au service des urgences. Un merci particulier à Pierre, Karine, Jo, et tous les autres !

A tous mes co-internes au cours de ces trois années bordelaises et notamment à la « team des internes disparus des urgences ». A Tho, Yo, Antho et Lolo. A Célia, une très belle rencontre et la naissance d'une belle amitié !

A tous mes amis angevins : médecins, pharmaciens, infirmiers, ... A Anne, Emilie, Jérèm, David, Jess, Flo et tous les autres sur qui j'ai pu et je peux encore compter malgré la distance !

A mes amis d'enfance.

A ma famille pour son soutien tout au long de ces dix années.

Sommaire

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
A. CONTEXTE	6
B. RAPPELS	6
a. <i>L'organisation et l'évolution des urgences en France</i>	6
b. <i>Les services d'urgence</i>	8
✓ En France	8
✓ En Aquitaine	9
✓ Au Pôle Santé d'Arcachon	9
c. <i>La médecine générale et la permanence des soins ambulatoire</i>	10
d. <i>Les problèmes soulevés et les solutions envisagées</i>	11
✓ Les problèmes	11
✓ Les solutions proposées	12
e. <i>Les mesures de surveillance et d'évaluation</i>	14
C. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	15
MATÉRIEL ET MÉTHODE	17
RÉSULTATS	19
A. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	19
a. <i>Sexe</i>	19
b. <i>Age</i>	19
c. <i>Lieu de vie</i>	21
d. <i>Département de résidence</i>	21
e. <i>Couverture sociale</i>	22
B. DATE ET HEURE DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES	22
a. <i>Date</i>	22
b. <i>Heure</i>	23
C. EN AMONT DES URGENCES	24
a. <i>Moyen de transport à l'arrivée</i>	24
b. <i>Type d'orientation vers les urgences</i>	25
c. <i>Courrier médical</i>	25
d. <i>Passage antérieur aux urgences</i>	25
D. AUX URGENCES	26
a. <i>Motifs d'admission</i>	26

b.	<i>Classification CCMU</i>	26
c.	<i>Réalisation d'examens complémentaires</i>	27
d.	<i>Avis spécialisé</i>	27
e.	<i>Actes de soins</i>	27
f.	<i>Diagnostic final</i>	28
g.	<i>Spécialités concernées</i>	28
E.	EN AVAL DES URGENCES	29
a.	<i>Orientation finale</i>	29
b.	<i>Temps de prise en charge</i>	31
F.	CAS PARTICULIER : LA PÉDIATRIE (< 18 ANS)	32
a.	<i>Motifs d'admission</i>	32
b.	<i>Diagnostic final</i>	33
c.	<i>Orientation finale</i>	33
d.	<i>Temps de prise en charge</i>	34
G.	CAS PARTICULIER : LA GÉRIATRIE (≥ 75 ANS)	34
a.	<i>Motifs d'admission</i>	34
b.	<i>Diagnostic final</i>	35
c.	<i>Orientation finale</i>	35
d.	<i>Temps de prise en charge</i>	36
	DISCUSSION	37
A.	DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	37
B.	DATE ET HEURE DE PRISE EN CHARGE	38
C.	EN AMONT DES URGENCES.....	38
D.	AUX URGENCES	40
E.	EN AVAL DES URGENCES	42
F.	CAS PARTICULIER : LA PÉDIATRIE	43
G.	CAS PARTICULIER : LA GÉRIATRIE	44
D.	BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE	45
	CONCLUSION	46
	ANNEXE 1 : FICHE DE RECUEIL DE DONNÉES	48
	ANNEXE 2 : CLASSIFICATION CCMU	52
	BIBLIOGRAPHIE	53
	SERMENT D'HIPPOCRATE	56
	RÉSUMÉ	57

Liste des abréviations

AEG : Altération de l'Etat Général

AMU : Aide Médicale Urgente

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CMU : Couverture Maladie Universelle

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MeaH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

NC : Non Communiqué

ORU : Observatoire Régional des Urgences

OSCOUR : Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences

PC : Perte de Connaissance

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

POSU : POle Spécialisé des Urgences

RPU : Résumé de Passage aux Urgences

SAE : Statistique Annuelle des Etablissements

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

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

Introduction

A. Contexte

Le nombre croissant de consultations dans les services d'urgence ces dernières années est un fait (1). Il est à l'origine d'un engorgement de ces services de façon chronique, mais aussi de manière épisodique en fonction des périodes épidémiques (2). Les conséquences sont importantes sur les possibilités et la qualité de la prise en charge des patients. Elles entraînent des difficultés importantes d'organisation et un degré élevé d'insatisfaction. Faire un état des lieux des patients et de leur prise en charge dans chaque service d'urgence permet de mieux comprendre les filières d'accueil et d'en améliorer la qualité.

B. Rappels

a. L'organisation et l'évolution des urgences en France

L'organisation et l'accueil des urgences au sein de l'hôpital public ont débuté suite à la loi du 31 décembre 1970 (3). Depuis, de nombreux changements ont eu lieu.

Différents types de structures d'urgence ont pu être successivement installées. En effet, les services d'urgence tels qu'ils existent actuellement, ont vu le jour en 2006 (4,5). Ils font suite à la réunification et à la réorganisation des structures précédentes, à savoir les SAU (Service d'Accueil des Urgences), les UPATOU (Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences) et les POSU (Pole spécialisé d'urgence) (6). Les structures d'urgence se situent au sein d'établissements publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif.

La formation médicale a également évolué. En effet depuis 2004 (7), il existe un diplôme d'étude spécialisé complémentaire (DESC) de médecine d'urgence qui vient en parallèle de la capacité de médecine d'urgence (CAMU). Cette nouveauté fait suite à l'instauration de l'examen national classant et de l'internat pour tous les étudiants en médecine de France. Malgré cela, il existe un défaut de recrutement médical et de nombreux postes restent actuellement vacants dans les services d'urgence français. En 2012, les vacances statutaires concernaient 20,7 % des postes de praticien hospitalier à temps partiel et 43,1 % de ceux de praticien hospitalier à temps plein. Ces services sont alors obligés de recourir à l'intérim devant ce manque de titulaires. Cependant, il existe quelques inconvénients à cette pratique : défaut d'organisation, de connaissance de l'établissement, attrait de l'argent, concurrence avec les praticiens en poste (8).

Depuis de nombreuses années, le nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter. La canicule de 2003 et les nouvelles modalités de réalisation de la permanence des soins ont été des déclencheurs de l'élaboration du Plan Urgences 2004-2008 (9) qui a

permis des avancées notamment sur les plans logistique et financier. Ce plan se caractérise par la volonté de prendre en compte et d'améliorer l'accès aux soins non programmés de la population. Cependant, ce plan n'a pas réglé tous les problèmes et la croissance se poursuit. Des études sont toujours en cours pour évaluer les motifs et les motivations des consultants aux urgences.

Le triage des patients consultants en service d'urgence est nécessaire lorsque le flux dépasse les capacités de prise en charge immédiate. Sa fonction première est d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge. Il permet une orientation cohérente au sein, voire en dehors, de la structure d'urgence et de gagner ainsi en efficacité. Il est d'ailleurs recommandé que ce triage soit fait le plus tôt possible après l'arrivée à l'accueil, dans un délai ne dépassant pas trente minutes. Il utilise des échelles spécifiques, reconnues au niveau international mais est encore non uniformisé en France (en cours de validation par la SFMU). Le but de ces échelles de triage est de pouvoir repérer les patients pour lesquels des soins urgents sont requis, en réduisant le temps d'attente de prise en charge initiale (10). Le rôle d'infirmier d'accueil et d'orientation est d'ailleurs bien défini par la SFMU depuis 2004 (11). En revanche, l'intérêt d'un médecin dans la zone de triage fait toujours l'objet de controverses. Il semble réduire de manière significative la durée de séjour des patients ambulatoires et accélérer la prise en charge des patients graves. Cependant, il n'a pas été démontré d'influence concernant la durée de séjour aux urgences des patients qui seront hospitalisés (12).

Devant ces modifications et ces évolutions, il semblerait que les médecins urgentistes se détournent petit à petit de leur fonction et de leur formation initiale pour finalement assurer des soins primaires au sein des services d'urgence. La population considère d'ailleurs les services d'urgence comme un service de premier recours aux soins. Une organisation efficace implique que les services des urgences aient vocation à dispenser des soins urgents et non à assurer la prise en charge des soins non programmés, notamment médicaux. En effet, la mission des urgentistes n'est ni d'apporter des soins relevant de la médecine ambulatoire, ni de répondre aux missions spécifiques des autres services de l'établissement de santé. Il est cependant difficile de limiter l'afflux de patients qui ne nécessitent pas de soins véritablement urgents dans les services d'urgence (13).

La proportion de patients arrivant spontanément aux urgences sans consultation ou avis préalable d'un professionnel est un élément mal connu et pourtant fondamental. La répartition des consultations de premier recours entre les trois acteurs principaux (médecine générale, urgences et SMUR) est difficile à évaluer du fait de l'impossibilité de mesurer de manière fiable les données d'activité non programmée réalisée en médecine ambulatoire (14).

L'opinion des usagers face aux urgences reste tout de même favorable. Deux tiers des usagers justifient leur venue du fait du personnel qualifié et du plateau technique accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Ils mettent en avant la proximité, la nécessité

d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés, la rapidité et la perspective d'une hospitalisation. La satisfaction des patients admis aux urgences est corrélée au temps de prise en charge et à la qualité de la communication avec les soignants (15).

L'augmentation des passages aux urgences traduit de nouveaux comportements des usagers du système de santé, qui recherchent un service et la sécurité de consultations non programmées pour des soins qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence (16).

De nombreuses questions restent encore en suspens. Quelle population est la plus fréquente aux urgences ? Quels sont les motifs d'admission et les motivations d'une consultation aux urgences plutôt qu'en médecine ambulatoire ? Quels sont donc les principaux problèmes dans les services d'urgence en France et peut-on apporter des solutions ?

b. Les services d'urgence

✓ *En France*

En France, on dénombre 645 établissements de santé possédant au moins une structure d'urgence en 2014 (privés et publics confondus). Le nombre de passages est de 17 millions sur l'année 2014 (1).

En comparaison en 2004, il existait 282 SAU, 36 POSU et 398 UPATOU. Le nombre de passages annuel aux urgences était alors de 15 millions. On note donc une augmentation de 20 % des passages aux urgences en dix ans (1).

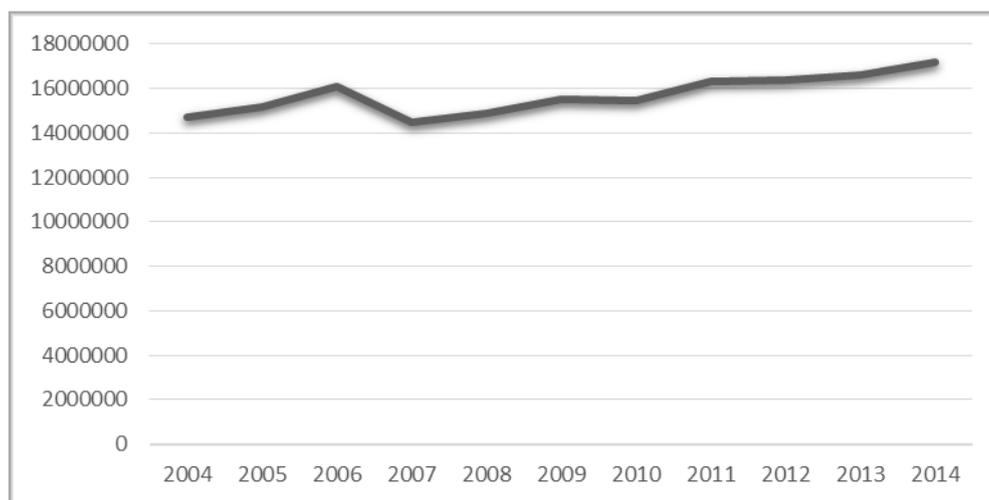


FIGURE 1 : Nombre de passages annuels dans les services d'urgence en France (source S.A.E)

La population générale est quant à elle passée de 62 à 66 millions d'habitants en France. Ce qui représente une augmentation de 6 % seulement sur ces dix dernières années (17).

Le pacte territoire-santé, lancé en 2012, fixe comme objectif un accès aux soins urgents en moins de trente minutes pour l'ensemble de la population. Les services d'urgence, bien que présents dans tous les départements français, ne permettent pas de tenir ces délais. Face à cela se développe la fonction de médecin correspondant du SAMU qui intervient à la demande du SAMU, en attendant le SMUR (18).

✓ *En Aquitaine*

En Aquitaine, il existe 34 structures d'urgence, en 2014. Le nombre de passages est de 780 000 en 2014 (1).

En 2004, on dénombrait 13 SAU, 1 POSU et 21 UPATOU. Le nombre de passages annuel était quant à lui de 620 000. Ce qui représente une augmentation de 26 % en dix ans. La population en Aquitaine est passée de 3 à 3,5 millions d'habitants au cours des dix dernières années (17), ce qui représente une augmentation de 17 %. La population de cette région ayant cru plus rapidement que la moyenne nationale, le nombre de passages annuel aux urgences a lui aussi augmenté considérablement.

En Gironde, en 2014, on note 14 structures d'urgence, représentant 335 000 passages. En 2004, il était recensé 5 SAU, 1 POSU et 8 UPATOU. Le nombre de passages était de 260 000. L'augmentation est donc de 29 % en dix ans. Concernant la population générale du département, elle est passée de 1,35 à 1,5 millions d'habitants, soit une augmentation de 10 %. Le nombre de passages aux urgences est donc en très forte hausse par rapport à l'évolution de la population du département.

Les structures d'urgence en Gironde s'organisent en secteur public, secteur privé à but non lucratif et secteur privé à but lucratif.

Le recours aux services d'urgence se répartit en fonction des territoires de santé et de proximité à l'échelle de la région et du département (19). Ils sont définis par l'agence régionale de santé (20).

✓ *Au Pôle Santé d'Arcachon*

Le pôle santé d'Arcachon est une structure mixte regroupant un hôpital public et une clinique privée. Le service des urgences est quant à lui public. En 2014, 31 000 passages ont été enregistrés. En 2004, la structure était différente, il s'agissait d'une UPATOU et le nombre de passages annuel était de 18 500. L'augmentation du nombre de passages aux urgences est donc de 68 % en dix ans. Ce nombre est donc bien au-dessus des

augmentations nationale, régionale ou départementale. Cette augmentation de plus de 4 % par an en moyenne ne concerne que 17 % des hôpitaux publics français (18).

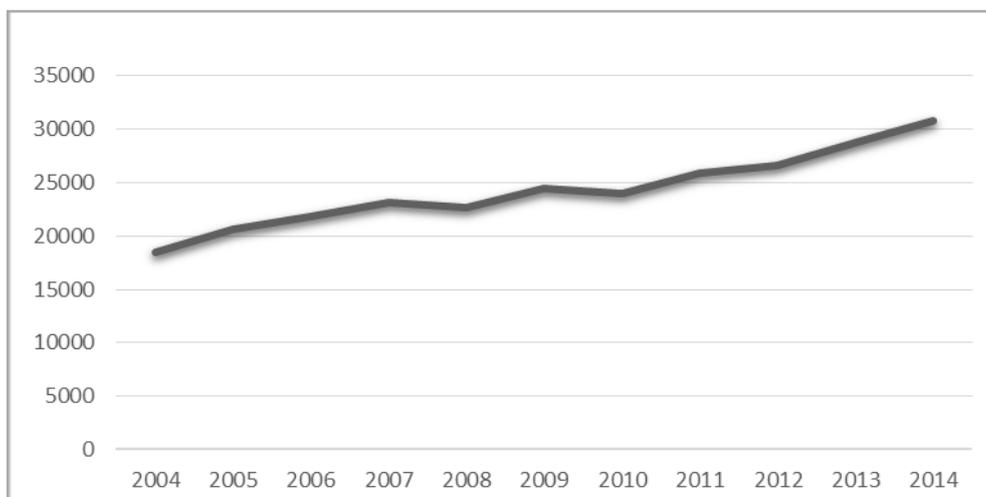


FIGURE 2 : Nombre de passages annuels aux urgences du Pôle de Santé d'Arcachon (source S.A.E)

Le territoire de santé du pôle santé d'Arcachon regroupe toute la partie sud du bassin d'Arcachon mais aussi la partie nord des Landes. Ce territoire est d'ailleurs lui-même en pleine évolution. Il compte en moyenne 150 000 habitants, mais peut monter jusqu'à 450 000 en pleine saison.

Le pôle santé d'Arcachon a ouvert ses portes au printemps 2013. Le service des urgences a donc pu être repensé et répond actuellement aux exigences structurelles de la SFMU. Cependant, cette croissance excessive risque rapidement de mettre en difficulté cette structure.

c. La médecine générale et la permanence des soins ambulatoire

Tout comme les services d'urgence, la pratique de la médecine générale a évolué et se modifie encore. Les installations en secteur libéral diminuent considérablement. La tendance actuelle est l'exercice de la médecine générale en cabinet de groupe.

Cette diminution d'installation en libéral a un impact sur le plan de la démographie médicale. Actuellement, la densité de médecins généralistes en France est de 133,5 pour 100 000 habitants, ce qui représente une baisse de 7,4 % depuis 2007. En Aquitaine, la densité est de 144,5 pour 100 000 habitants et sur le bassin d'Arcachon de 135 pour 100 000 habitants, soit une baisse de 10 % de 2007 à 2013 (21).

Il existe une modification des pratiques et des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. En effet, les plages horaires tendent à se restreindre. Il est à noter également une

majoration des consultations programmées, au détriment des consultations non programmées. Pour essayer de faire face à cela, se développent des mesures alternatives et de nouveaux modes d'exercice. Depuis quelques années, les associations type SOS Médecins tendent à se développer notamment dans les grandes villes. Des maisons médicales de garde se mettent en place afin d'assurer la continuité des soins pendant les horaires de permanence de soins. Concernant la région du sud-bassin d'Arcachon, une antenne de SOS Médecins vient de s'ouvrir à Biganos et une maison médicale municipale de santé ouvrira ses portes prochainement à Arcachon.

La permanence des soins en médecine ambulatoire peut se définir comme une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients (13). Les horaires concernés sont : de 20h00 à 08h00 du lundi au vendredi et de 12h00 le samedi jusqu'au lundi matin 08h00. Jusqu'en 2002, il s'agissait d'un système de garde obligatoire, assurée par les médecins libéraux. Actuellement, ces plages de garde se font sur la base du volontariat (22).

Les recours urgents ou non programmés constituent 12 % de l'activité totale des médecins libéraux. Ces consultations sont majoritairement diurnes et 18 % ont lieu en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Elles concernent principalement des personnes jeunes présentant des pathologies aiguës, et sont motivées par des problèmes somatiques (23).

d. Les problèmes soulevés et les solutions envisagées

✓ Les problèmes

La surcharge des services d'urgence est à l'origine d'un mécontentement des patients, d'une altération des conditions de travail des professionnels de santé et de la dégradation de la qualité des soins (16). Mais elle a un rôle également en terme de morbi-mortalité et interroge sur la maltraitance potentielle imposée aux patients (2).

Il existe une réelle divergence entre le discours des patients et celui des professionnels de santé sur les perceptions des comportements de santé. L'évolution consumériste du mode de consommation des soins et l'insuffisance de l'offre de soins dans le secteur libéral sont les principaux arguments avancés face à cette croissance d'activité des services d'urgence. Cependant, ces affirmations s'appuient essentiellement sur le ressenti des professionnels et sont peu étayées sur des données objectives. Selon une étude (24), les quatre principaux motifs avancés par les patients justifiant leur recours aux urgences sont : les prestations offertes par le service d'urgence (à savoir : efficacité, technicité et accessibilité), la douleur et l'angoisse, les difficultés d'accessibilité du recours aux soins dans le secteur ambulatoire et l'échec des solutions antérieures. En contrepartie, les

professionnels mettent en avant la population consumériste de soins, le paiement différé lors d'un recours aux urgences et l'organisation du système ambulatoire.

Le contrôle de « l'amont » des urgences en tentant d'empêcher la venue aux urgences de patients qui n'en n'auraient pas besoin est un lieu commun dont l'effet en pratique serait de toute façon limité. La principale cause de surcharge des services d'urgence est en fait la gestion de l'aval des urgences. Des études ont montré que la durée de passage et donc la surcharge des services d'urgence sont directement liées à la disponibilité des lits de l'établissement. Les difficultés d'hospitalisation des patients des urgences se sont encore aggravées en raison d'une demande générale en soins qui s'accroît, d'une modification des besoins en santé d'une population vieillissante, d'une transformation des structures hospitalières en unités de soins programmés (unités de semaine, de jour) et de contraintes économiques fortes (25).

La saturation des urgences est avant tout un problème de l'établissement. Elle est le plus souvent la conséquence et non la cause d'un défaut d'organisation interne de l'établissement et des structures d'urgence (8). De nombreux progrès ont déjà été réalisés notamment grâce au Plan Urgences 2004-2008 (9). Mais, des efforts restent encore à faire. Ce plan Urgences a permis une amélioration sur le plan logistique. Les financements apportés ont aidé au développement des services d'urgence, à leur amélioration structurelle et au développement de l'informatisation. La création des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), obligatoires depuis 2006, ont permis d'apporter une première réponse à la difficulté de trouver un lit d'aval pour les patients dont la durée de séjour envisagée est de moins de 24 heures (8).

Sur le plan financier, le dispositif tarifaire des services d'urgence incite à l'activité au lieu d'encourager les efforts de régulation. Ce dispositif associe une dotation fixe et une rémunération par passage, à laquelle viennent s'ajouter une facturation complémentaire des actes medicotechniques et des recettes d'hospitalisation si le patient est hospitalisé après son passage aux urgences. La prise en charge des patients dans les services d'urgence a un coût plus important qu'en soins ambulatoires. En effet, le coût d'une consultation en médecine générale libérale est de 23 euros (se majorant à 30 euros en comptant les primes reversées par la sécurité sociale). Dans un service d'urgence, le prix moyen d'un passage est de 161,50 euros (8).

✓ *Les solutions proposées*

D'un point de vue de l'organisation interne des services d'urgence, il n'est plus à justifier l'intérêt d'un poste infirmier d'organisation de l'accueil. Par contre, l'intérêt d'un poste médical de coordination et d'orientation reste en suspens et controversé (12). Seuls 12 % des établissements ont un médecin organisateur de l'accueil présent au côté de l'infirmier (26). Suite à une étude menée par la MeaH, il est constaté que les médecins

urgentistes peuvent améliorer la gestion des flux en mettant en place des circuits différents selon l'état des patients, en anticipant certaines prises en charge, en améliorant leur relation avec les services disposant de plateaux techniques et en se dotant de tableaux de bord (16).

Concernant la gestion de l'aval des urgences, il est nécessaire d'avoir une vraie visibilité sur les disponibilités des lits de l'hôpital. Cette connaissance est d'ailleurs mentionnée dans la circulaire du 16 avril 2003 (13). Le développement du dispositif de « Bed Management » est très à la mode actuellement, concept venant des Etats-Unis (8). L'activité d'urgence n'est pas régulable mais est prévisible et relativement stable, alors que l'activité programmée est régulable et pourrait, logiquement, s'adapter aux besoins du « non programmé ». Une étude a mis en évidence l'intérêt des sorties d'hospitalisation avant midi afin de libérer des lits plus tôt, et ainsi désengorger les urgences au moment de leur pic d'activité (2).

La création de solutions alternatives à l'hospitalisation est également une solution proposée et financée en grande partie par le Plan Urgences 2004-2008 (9). Celui-ci a permis de financer l'ouverture et la possibilité d'accès à des lits d'hospitalisation à domicile, de soins de suite et de réadaptation. La continuité et la permanence de soins en EHPAD se révèlent souvent problématiques d'autant plus que le personnel de nuit ou de week-end est rarement médicalisé. Une majoration de la médicalisation et para médicalisation des EHPAD serait un point important à envisager.

L'implication des spécialités dans la prise en charge des urgences est aléatoire. Certaines spécialités (psychiatrie, cardiologie, neurologie, pédiatrie notamment) possèdent leur propre filière d'urgence mais restent plutôt minoritaires. En dehors de ces filières spécialisées, il semble de plus en plus difficile de faire admettre un patient directement dans un service hospitalier de spécialité. Afin d'éviter un passage par les urgences, certains médecins généralistes essaient de solliciter directement les services de spécialité. Cependant, le plus souvent, le médecin généraliste adresse le patient au service d'urgence sans joindre le médecin spécialiste, connaissant à l'avance la proposition qui lui serait faite de faire passer le patient par le service des urgences (25). Il faut donc développer ces parcours de soins permettant d'accéder à des consultations spécialisées et à une hospitalisation à court terme sans passage par les urgences (8).

Afin de compléter l'offre faite par les services d'urgence de prise en charge des patients vingt-quatre sur vingt-quatre, il existe une permanence de soins ambulatoire, gérée par les médecins généralistes libéraux. Hors, l'organisation actuelle ne semble pas satisfaisante, et une réorganisation semble nécessaire. Depuis quelques années et favorisé par le plan Urgences (9), on voit se créer des maisons médicales de garde, afin d'assurer une permanence des soins ambulatoires sur un lieu fixe. Elles assurent une activité de consultation médicale non programmée en disposant d'un minimum d'équipements, en complémentarité des services d'urgence (8). Elles ne semblent finalement pas être une solution à l'engorgement des urgences. Leur développement à travers le territoire national

n'a jamais permis de mettre en évidence une diminution de l'activité des services d'urgence même lorsque celles-ci sont situées à proximité (2). Il existe une certaine concurrence sur le plan financier avec l'hôpital, dans le cadre de la tarification à l'acte (6). Afin de développer cette permanence de soins ambulatoire, il faut développer les campagnes d'information à l'égard du grand public (27). Une majorité de la population ne connaît pas l'offre de soins actuelle qui leur est proposée (16). Un patient sur cinq ne sait pas qu'il existe un médecin de garde dans le secteur et un sur dix ne sait pas comment faire pour avoir les coordonnées d'un médecin de garde (28). L'apparition d'un numéro unique et d'une régulation médicale téléphonique facilite cette communication. La prise en charge ambulatoire est d'autant plus facile que la régulation libérale se développe (9). Elle doit se faire en complémentarité de la régulation hospitalière (13)

Quelle que soit la conjoncture, les missions fondamentales des services d'urgence doivent rester les mêmes : prendre en charge tout patient s'y présentant, garantir la continuité et la qualité des soins, avec obligation de performances diagnostique et thérapeutique, et s'assurer de l'orientation la plus adaptée. Afin de trouver des solutions, il faut évaluer la part de ce qui relève de l'Etat et de ce qui dépend directement des capacités des professionnels à résoudre les problèmes, en s'engageant à améliorer l'organisation. Il faut prendre en compte les indicateurs d'activité des urgences et poursuivre le développement de nouvelles structures d'accueil. L'évaluation des pratiques cliniques doit rester également un objectif essentiel pour répondre aux objectifs de performances diagnostiques et thérapeutiques, et améliorer la gestion des flux (29).

Il n'y a finalement pas de solution unique mais un ensemble de mesures devant être mises en place dans chaque établissement, sous l'égide des agences régionales de santé tant sur le plan local que régional.

e. Les mesures de surveillance et d'évaluation

Afin d'analyser toutes ces modifications et les comportements de la population face à la santé, des réseaux et études se mettent en place progressivement.

L'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie et la société française. Il permet notamment une analyse des fluctuations de population, de la démographie médicale et du coût de la santé.

L'institut de veille sanitaire (InVS) surveille l'état de la santé et son évolution. Différents réseaux en découlent et surveillent des pathologies ou spécialités particulières, avec notamment le réseau OSCOUR (Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences) pour les services d'urgence.

Dans le cadre de l'étude de l'activité des établissements, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) réalise chaque année une enquête administrative exhaustive et obligatoire. Il s'agit de la statistique annuelle des établissements (SAE), qui est rendue publique chaque année (1). Elle concerne tous les établissements de santé en France. Elle permet de recueillir des informations sur les activités, les capacités, les équipements et le personnel médical et paramédical de chaque établissement.

La DREES a réalisé en 2013 une enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières (30). Elle est destinée à décrire les caractéristiques médicales des patients pris en charge, à comprendre la genèse du recours des patients aux urgences hospitalières, à caractériser les difficultés d'aval des urgences et l'orientation des patients après les urgences, à décrire la diversité des organisations et des fonctionnements des structures des urgences. Il s'agit d'une enquête de réévaluation dix ans après la précédente, ayant eu lieu en 2002.

En plus, de ces études menées sur le plan national, se développent les observatoires régionaux des urgences (ORU). Le premier ORU est celui de la région Midi-Pyrénées qui a été créé en 2001. En Aquitaine, la création de l'ORU est récente et date de 2012. Ces observatoires permettent une analyse régionale et locale de l'activité des services d'urgence, tout au long de l'année. Ils émettent un rapport annuel en fonction des données recueillies. Depuis 2004, les établissements sont tenus de transmettre des Résumés de Passages aux Urgences (RPU). Cette transmission des RPU se fait des structures d'urgence vers l'ARS, puis de l'ARS au niveau national et est rendue obligatoire par l'arrêté relatif au RPU du 24 juillet 2013 (31). Le but est de mettre en place une base de données nationale sur l'activité de médecine d'urgence à partir des informations contenues dans les RPU et ainsi de permettre la production en routine d'indicateurs sur les urgences (32). Leur transmission n'est pour le moment pas totale et reste au bon vouloir de chaque établissement. Ces RPU recueillent des données qui sont énumérés dans l'arrêté du 24 juillet 2013 (31). Elles sont d'ordre sociodémographique, et recueillent les motifs d'admission et caractéristiques des patients. Ces données émanant des services d'urgence sont autant d'informations nécessaires non seulement aux établissements pour adapter leur offre de soins à la demande mais aussi aux pouvoirs publics pour détecter de façon précoce des situations épidémiques ou autres phénomènes de santé (6).

C. Question de recherche et objectifs

Certes, les admissions dans les services d'urgence en France sont en augmentation. Mais, cette croissance est encore plus importante aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon. De plus, cette structure est en pleine évolution tant sur le plan de la structure que du personnel. Afin d'optimiser et d'améliorer la prise en charge des patients aux urgences, il est intéressant et nécessaire d'étudier les caractéristiques de ses admissions. Quelles sont les

caractéristiques des patients et de leur prise en charge dans le service des urgences du Pôle Santé d'Arcachon ?

L'objectif principal de cette étude est de décrire les principales caractéristiques des admissions aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon.

Les objectifs secondaires sont, d'une part, de proposer des pistes d'amélioration de cette prise en charge en fonction des caractéristiques obtenues ; et, d'autre part, d'essayer d'évaluer la proportion de patients admis aux urgences qui aurait pu relever de la médecine générale ambulatoire.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle et descriptive. Elle inclut tous les patients admis de façon consécutive dans le service des urgences du pôle santé d'Arcachon du 01 au 31 mai 2015. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Nous avons établi une fiche de recueil de données spécifique à l'étude (annexe 1). Les données du recueil ont été définies avant l'étude, en fonction des informations se trouvant systématiquement dans les dossiers des patients se présentant aux urgences. Elles sont les plus exhaustives possibles concernant les caractéristiques des patients admis aux urgences. Les données retenues sont les suivantes : date et heure d'admission, sexe, date de naissance et âge, lieu de vie, département de résidence, couverture sociale, moyens de transport à l'arrivée, type d'orientation vers les urgences, présence ou non d'un courrier médical, passage antérieur aux urgences, motif d'admission, classification CCMU, réalisation d'exams complémentaires, avis spécialisé, actes de soins, diagnostic final et domaines concernés, orientation finale, date et heure de sortie.

Les motifs d'admission et les diagnostics ont été relevés selon les thésaurus établis par la SFMU.

Ces données ont été recueillies par moi-même au fur et à mesure de l'étude, pour chaque patient admis aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon au cours du mois de mai 2015. La fiche de recueil de données a été transformée en un formulaire informatique sur Microsoft Office Excel pour plus de facilité. Ces données étaient notées de manière systématique et habituelle dans deux logiciels informatiques utilisés dans l'établissement : Crossway pour une partie administrative et Sidsu concernant le dossier médical des urgences. Elles ne font habituellement l'objet d'aucune analyse particulière en dehors de cette étude et de la transmission des RPU. Parmi les données recueillies, seul le type d'orientation n'apparaissait pas spécifiquement dans les dossiers des patients et a donc été noté par les agents d'accueil le temps de l'étude.

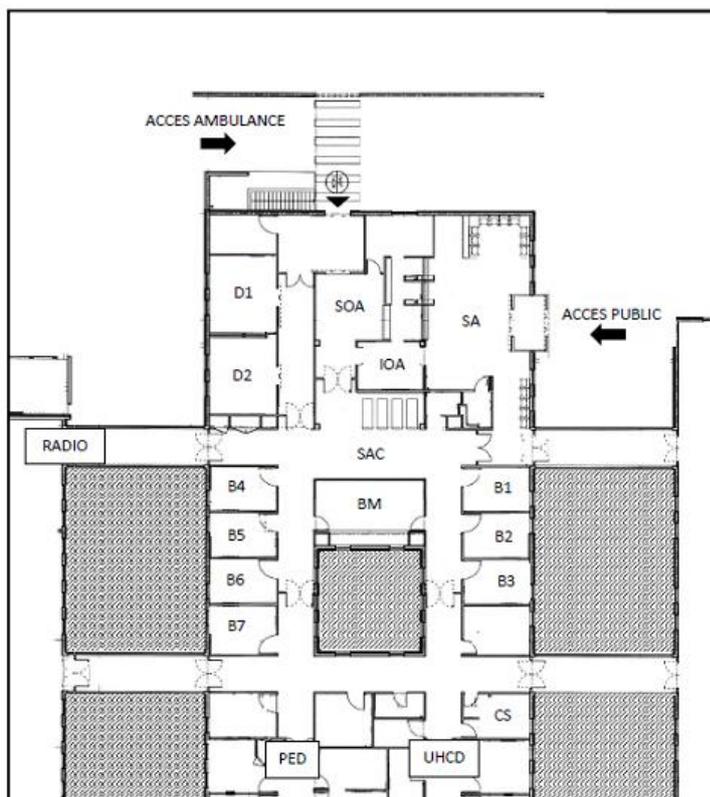
Les données ont été traitées par moi-même de manière informatique, et anonymisées avant retranscription. Un tableau Excel a ainsi pu être conçu de manière automatique au fur et à mesure du remplissage du formulaire informatique pour chaque patient.

L'analyse statistique des critères relevés a été faite par moi-même via Microsoft Office Excel, et a permis l'élaboration des figures et tableaux suivants.

Dans le service des urgences du Pôle Santé d'Arcachon, l'accueil du patient se fait en premier lieu par un agent administratif, présent aux urgences 24 heures sur 24. Après son enregistrement administratif, le patient est évalué dans le box d'accueil par un infirmier d'organisation de l'accueil, également en poste jour et nuit. Cette première évaluation

permet d'évaluer la gravité et d'alerter si besoin un médecin. En fonction de cette évaluation, le patient sera pris en charge soit dans une filière courte, soit dans une filière longue. La structure des urgences est ensuite composée de 2 box de déchochage, 3 box avec scope et 4 box sans scope. Il existe également une chambre dite sécurisée. L'évaluation médicale et les gestes diagnostiques et/ou thérapeutiques sont réalisés dans ces box. En cas de prescription d'imagerie, les patients sont tous accompagnés en radiologie par un brancardier. A proximité directe de ce service d'urgence, on retrouve l'unité d'hospitalisation de courte durée qui comprend 6 lits, toutes les chambres ayant un scope. L'unité de pédiatrie se situe également à proximité et est composée également de 6 lits d'hospitalisation.

Au cours de la journée, l'équipe médicale est composée de trois médecins (2 le week-end), dont un faisant l'UHCD le matin, et trois internes de médecine générale. De nuit, deux médecins et deux internes sont présents. Concernant l'équipe paramédicale, de jour, l'équipe est composée de cinq infirmiers (4 le week-end) qui se répartissent à tous les niveaux de prise en charge IOA, déchochage, circuit long, circuit court, UHCD et deux aides-soignants dont un à l'UHCD. De nuit, l'équipe est composée de quatre infirmiers et un aide-soignant. Ces équipes, médicales et paramédicales, sont mutualisées SMUR / UHCD / Urgences. Lors d'un départ de l'équipe de SMUR, un médecin, un infirmier et un brancardier quittent donc le service des urgences qui se retrouve donc à effectif réduit tout au long de l'intervention extérieure.



Légende :

- PED** : Service de pédiatrie
- UHCD** : Service d'UHCD
- RADIO** : Service de radiologie
- SA** : Salle d'attente
- SOA** : Salle d'attente avant passage par l'IOA (patient arrivant sur un brancard)
- SAC** : Salle d'attente « couché » (après début de prise en charge)
- IOA** : Box de l'infirmier d'organisation de l'accueil
- B1** : Box 1
- D1** : Déchochage 1
- CS** : Chambre sécurisée
- BM** : Bureau médical (et paramédical)

FIGURE 3 : Plan du service des urgences du Pôle Santé d'Arcachon

Résultats

Le nombre de patients inclus au total dans cette étude est de 2 637. La population pédiatrique représente 630 patients, elle sera secondairement extraite pour une analyse spécifique. Il en est de même pour la population gériatrique, au nombre de 476 admissions.

A. Données sociodémographiques

a. Sexe (n = 2 637)

Parmi les patients consultants aux urgences, on retrouve une majorité d'hommes, 54% contre 46% de femmes.

b. Age

La moyenne d'âge est de 42,8 ans, avec un écart-type de 27,9. Les âges des patients vont de 0 à 103 ans.

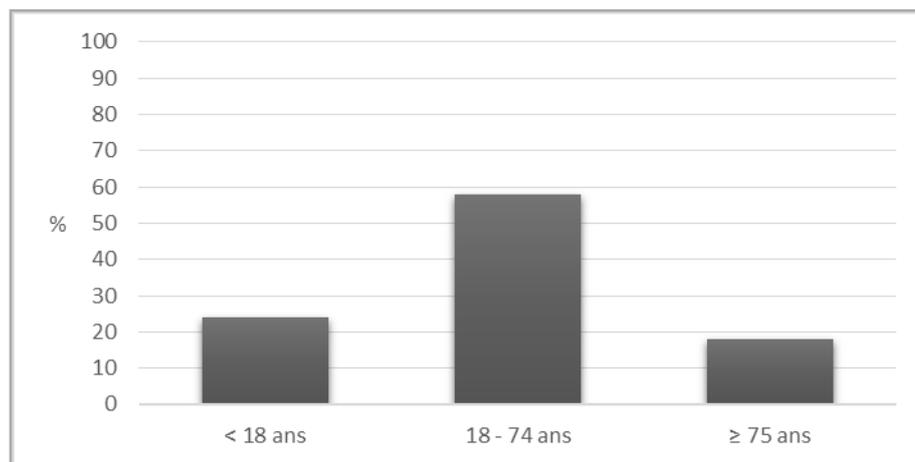


FIGURE 4 : Répartition en fonction de l'âge (n = 2 637)

La population pédiatrique de moins de 18 ans représente 24 % des passages dont 2 % pour les enfants de moins de 1 an. La population gériatrique quant à elle représente 18 % des passages. La majorité des passages concerne la population âgée de 18 à 74 ans.

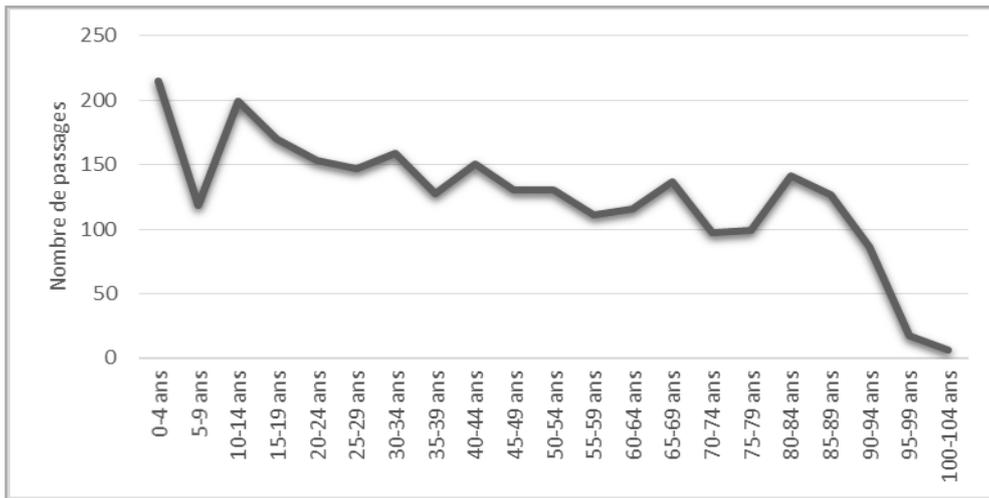


FIGURE 5 : Répartition des passages selon l'âge (n = 2 637)

On remarque des pics de passages pour les populations pédiatriques de moins de 5 ans, les adolescents et la population gériatrique au-delà de 75 ans.

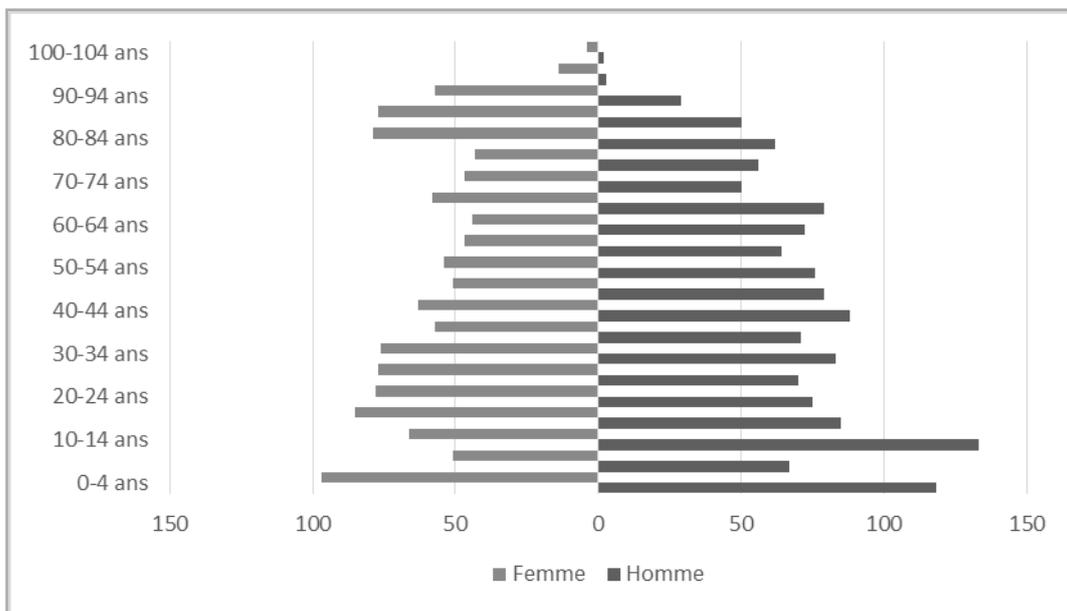


FIGURE 6 : Pyramide des âges (n = 2 637)

La population masculine est présente majoritairement, sauf dans la population gériatrique au-delà de 85 ans.

c. Lieu de vie

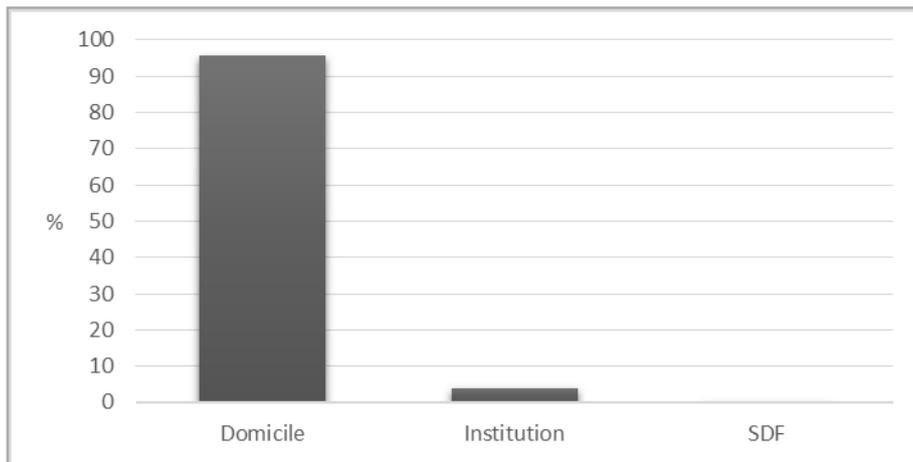


FIGURE 7 : Répartition en fonction du lieu de vie (n = 2 637)

La grande majorité des patients vit à domicile, soit 95,5 %. 4 % proviennent d'institution, à savoir des EHPAD, SSR ou IME. 0,5 % des patients est sans domicile fixe.

d. Département de résidence

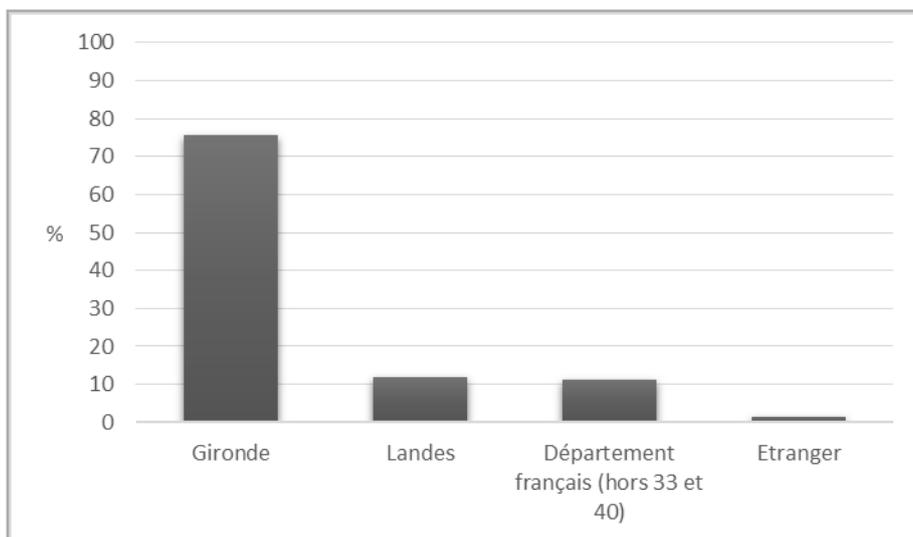


FIGURE 8 : Répartition en fonction du département de résidence (n = 2 637)

La majorité des patients habite en Gironde (76 %). Les Landais, département limitrophe, représentent 12 % des consultants. Les patients habitant en dehors de ces deux départements sont 12 % dont 1 % habitant à l'étranger. Cette part représente la population liée au tourisme dans cette région.

e. Couverture sociale (n = 2 637)

Cette information est celle qui a fait défaut dans le recueil de données. Un tiers des passages ne fait pas mention du type de couverture sociale. Cependant, les patients ayant une prise en charge par la sécurité sociale sont 63 %. Les patients bénéficiant de la CMU sont 4 %.

B. Date et heure de prise en charge aux urgences

a. Date

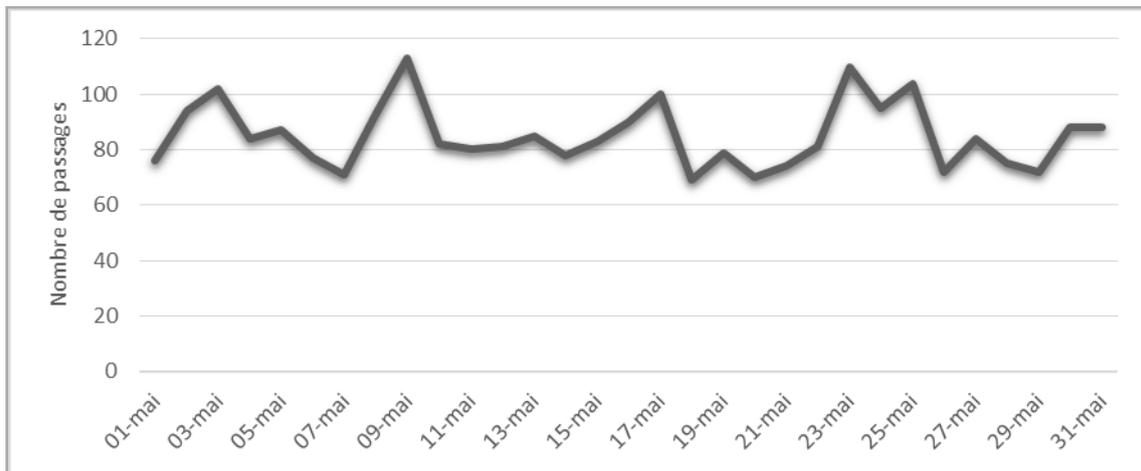


FIGURE 9 : Nombre de passages par jour (n = 2 637)

Les pics de passages se situent lors des week-ends, qui pour la plupart sont en fait associés à des jours fériés.

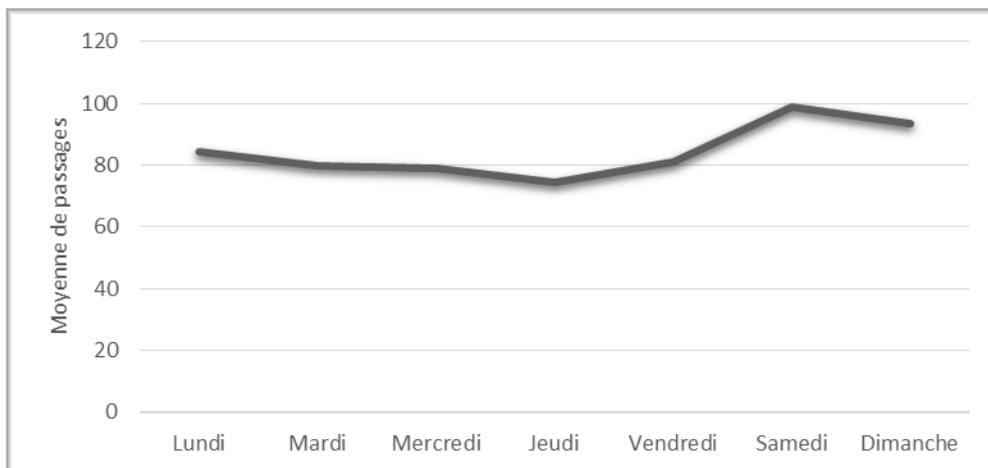


FIGURE 10 : Répartition des passages en fonction du jour de la semaine (n = 2 637)

La moyenne du nombre de passages aux urgences est plus importante au cours du week-end et le lundi. A noter cependant, qu'au mois de mai, plusieurs jours sont fériés.

La moitié des passages a lieu du lundi au vendredi, hors jours fériés. L'autre moitié a lieu les samedis, dimanches et jours fériés.

b. Heure

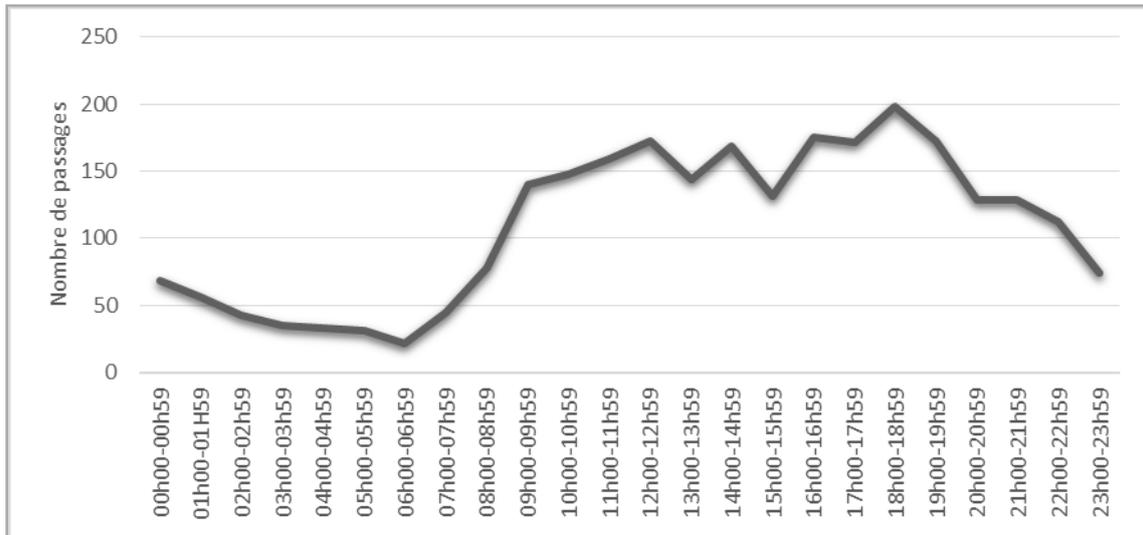


FIGURE 11 : Répartition en fonction de l'heure d'admission (n = 2 637)

Les taux de passages aux urgences sont les plus importants de 08h00 à 20h00. On note un premier pic d'activité en fin de matinée et un deuxième en fin d'après-midi.

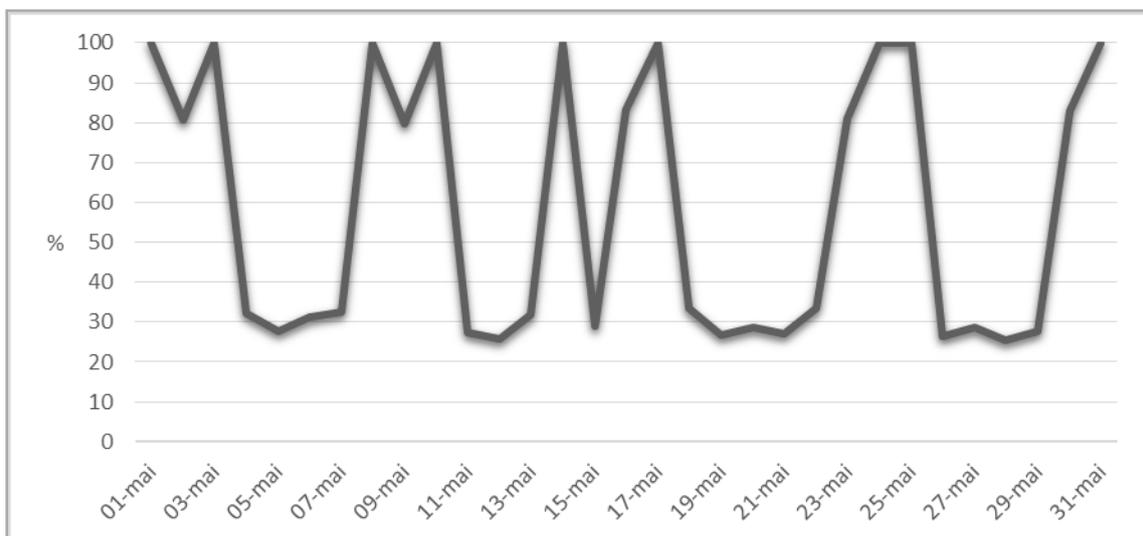


FIGURE 12 : Répartition en fonction de la permanence des soins ambulatoires (n = 2 637)

Les horaires de la permanence des soins ambulatoires sont de 20h00 à 08h00 du lundi au vendredi (hors jours fériés), de 12h00 le samedi jusqu'à 08h00 le lundi et de 08h00 à 08h00 en cas de jours fériés. Les taux de prise en charge sur les horaires de la permanence de soins sont donc de 100 % les dimanches et jours fériés. Les samedis, ce taux est d'environ 80 % et en semaine il est compris entre 25 % et 35 %. En moyenne, sur le mois de mai, il est de 58 % de passages sur les horaires de la permanence des soins.

C. En amont des urgences

a. Moyen de transport à l'arrivée

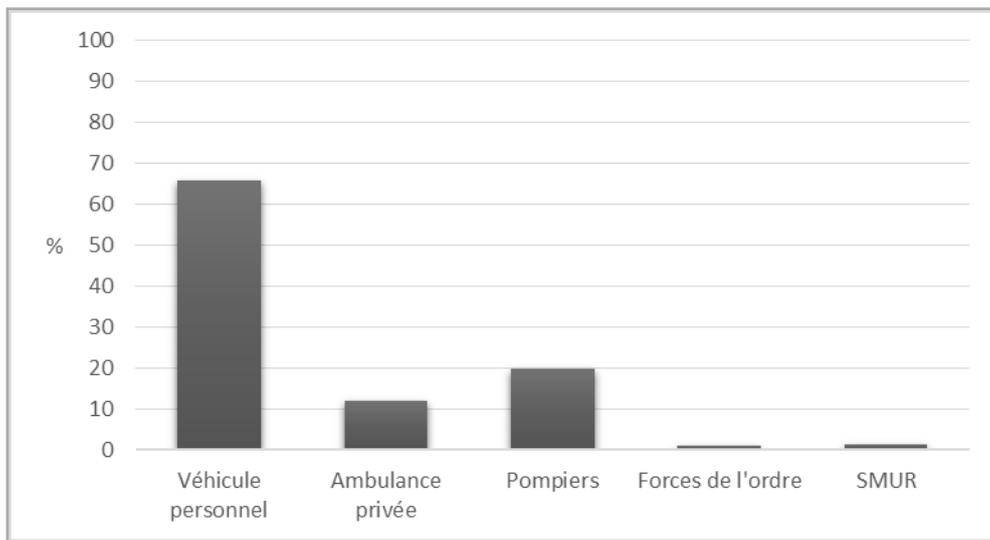


FIGURE 13 : Répartition en fonction du moyen de transport à l'arrivée (n = 2 637)

La majorité des patients arrive aux urgences par ses propres moyens, soit 66 % des admissions. 12 % arrivent via une ambulance privée et 20 % accompagnés des pompiers. Les forces de l'ordre et le SMUR représentent chacun 1 % des entrées aux urgences.

b. Type d'orientation vers les urgences

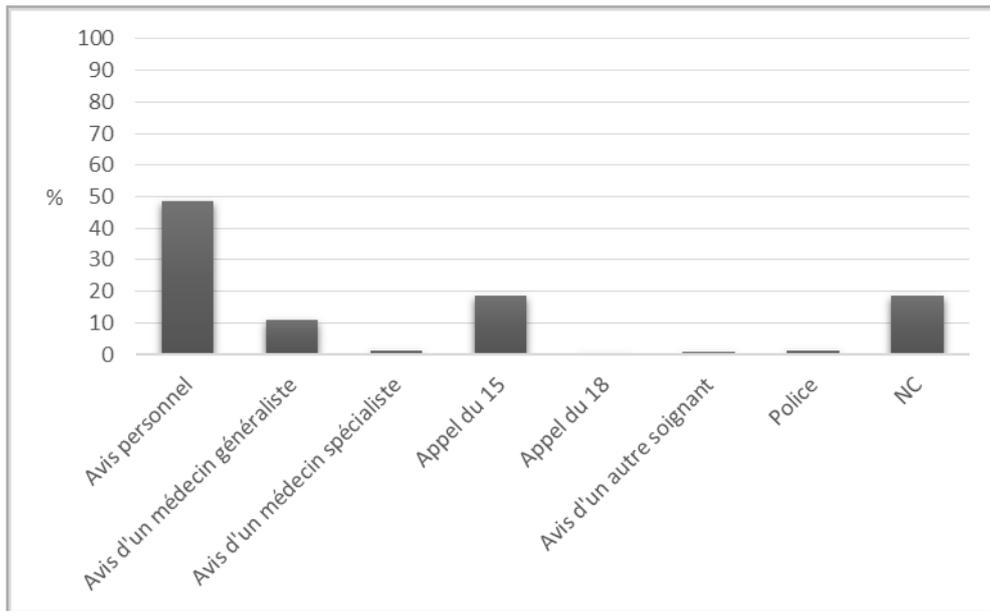


FIGURE 14 : Répartition en fonction de l'orientation initiale (n = 2 637)

Les patients sont 49 % à venir aux urgences de leur propre initiative. 11 % seulement ont été orientés par un médecin généraliste et 1 % par un médecin spécialiste. 19 % ont téléphoné au centre 15 et ont donc bénéficié de la régulation. L'appel aux pompiers ou aux forces de l'ordre représente moins de 1 % chacun. 1 % des patients est adressé aux urgences par un autre professionnel de santé (hors médecin). Cette information était manquante (NC) dans 18 % des dossiers étudiés.

c. Courrier médical (n = 2 637)

Seulement 9 % des patients se présentent à l'accueil des urgences avec un courrier médical. Lorsque les patients sont adressés par un médecin, généraliste ou spécialiste, le courrier médical est présent dans 69 % des cas. 31 % des patients adressés par un médecin arrivent donc sans courrier médical.

d. Passage antérieur aux urgences (n = 2 637)

Dans 49 % des cas, le patient a déjà été admis au moins une fois dans le service des urgences du pôle santé d'Arcachon. Et dans 38 % des cas, le dernier passage date de moins de six mois.

D. Aux urgences

a. Motifs d'admission

TABLEAU 1 : Les 20 motifs d'admission les plus fréquents (n = 2637)

		Nombre	%
1	Traumatisme membre supérieur	318	12,1
2	Traumatisme membre inférieur	313	11,9
3	Plaie	276	10,5
4	Douleur abdominale	220	8,3
5	Nausées et/ou vomissements	156	5,9
6	Douleur thoracique	144	5,5
7	Dyspnée	117	4,4
8	Fièvre	116	4,4
9	Traumatisme crânien sans PC	109	4,1
10	Céphalées	89	3,4
11	Malaise sans PC	77	2,9
12	Douleur rachidienne	74	2,8
13	Malaise avec PC	66	2,5
14	Traumatisme maxillo-facial	66	2,5
15	Diarrhée	58	2,2
16	Traumatisme rachidien	52	2,0
17	Ivresse	50	1,9
18	AEG / Asthénie	47	1,8
19	Douleur de la fosse lombaire	46	1,7
20	Certificat / Réquisition	44	1,7

Les trois motifs les plus fréquents sont des motifs de traumatologie, à savoir les traumatismes des membres et les plaies. Parmi les motifs médicaux les plus fréquents, on retrouve notamment des symptômes gastro-intestinaux et cardio-pulmonaires.

b. Classification CCMU (Annexe 2)

La classification CCMU évalue la gravité clinique des patients pris en charge dans les services d'urgence.

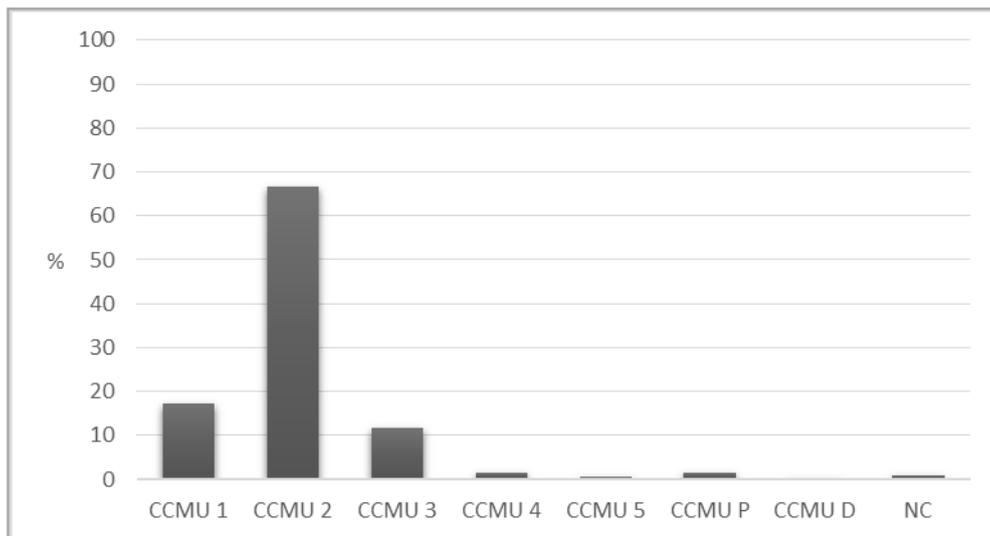


FIGURE 15 : Répartition selon la classification CCMU (n = 2 637)

Les patients classés CCMU 1 représentent 17 % des passages aux urgences. Ceux classés CCMU 2 sont 67 %. Les patients dont l'état clinique est stable lors de leur passage aux urgences sont donc de 84 %. Les patients CCMU 3, dont l'état peut s'aggraver, représentent 12 % des admissions. Et, les patients dont l'état est critique et nécessite des gestes de réanimation sont de 1 %. Les cas relevant uniquement de la psychiatrie, sans problème somatique sont également de l'ordre de 1 %.

c. Réalisation d'examen complémentaires (n = 2 637)

Des examens complémentaires ont été réalisés chez 71 % des patients. 59 % d'entre eux ont eu un bilan biologique, 70 % un examen d'imagerie, 39 % un électrocardiogramme et 22 % une bandelette urinaire.

d. Avis spécialisé (n = 2 637)

Un avis spécialisé est demandé dans 20 % des cas.

e. Actes de soins (n = 2 637)

Des actes de soins sont pratiqués dans 58 % des cas. Les actes de soins comprennent les sutures de plaie, la réalisation d'une immobilisation par plâtre ou attelle plâtrée, la réalisation des pansements, la mise en place d'aérosols et l'instauration de traitements par voie intraveineuse (réhydratation comprise).

f. Diagnostic final

TABLEAU 2 : Les 18 diagnostics les plus fréquents (n = 2 637)

		Nombre
1	Traumatisme crânien	155
2	Douleur thoracique	75
3	Entorse de la cheville	71
4	Gastro-entérite aigue infectieuse	59
5	Douleur abdominale	50
6	Malaise sans PC	50
7	Malaise avec PC	49
8	Plaie de doigt sans lésion de l'ongle	48
9	Contusion du genou	45
10	Contusion du poignet et de la main	40
11	Constipation	37
12	Colique néphrétique	37
13	Trouble anxieux	36
14	Contusion de l'épaule	35
15	Lombalgie basse	34
16	Déshydratation	33
17	Agression	32
18	Plaie de la main	31

g. Spécialités concernées

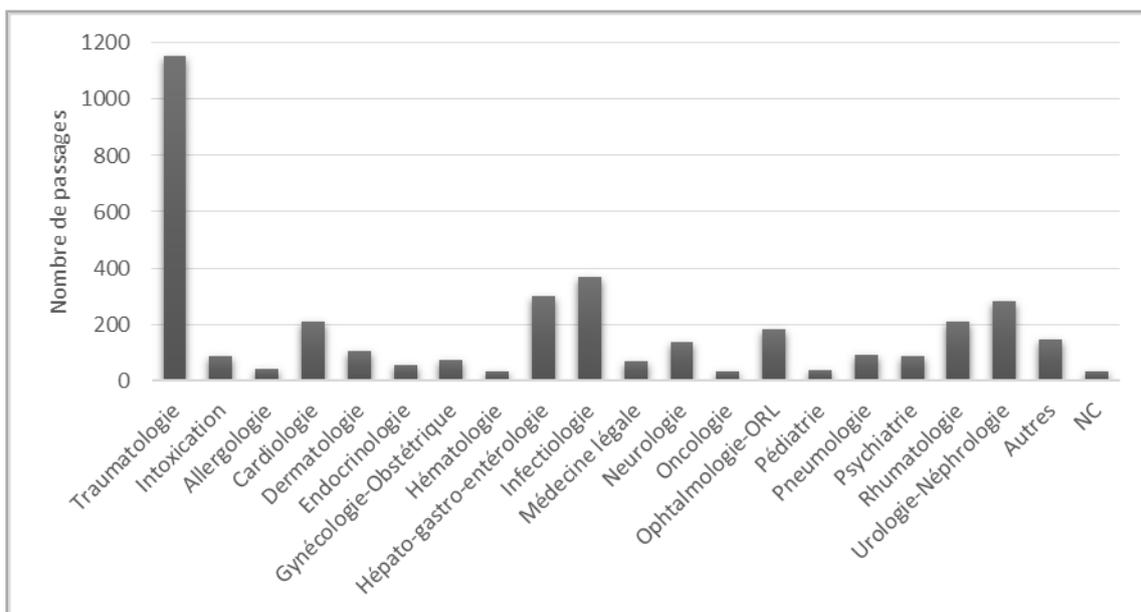


FIGURE 16 : Répartition en fonction des spécialités concernées (n = 2 637)

Les patients dont le diagnostic est uniquement lié à la traumatologie représentent 41% des admissions. La partie médicale représente 53 % des passages. Les pathologies psychiatriques touchent 3 % des patients. Les diagnostics dont les spécialités médicales, traumatologiques et/ou psychiatriques sont intriquées représentent 2 % des passages.

Parmi les spécialités médicales, les plus retrouvées sont : l'infectiologie, l'hépatogastro-entérologie et l'uro-néphrologie. Viennent ensuite la cardiologie et la rhumatologie.

E. En aval des urgences

a. Orientation finale

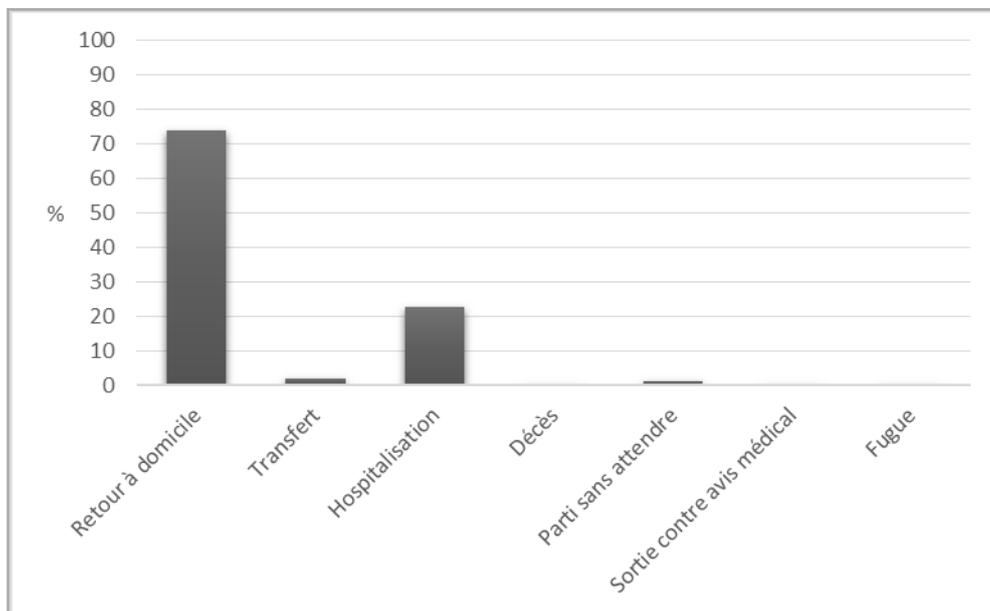


FIGURE 17 : Répartition en fonction du devenir des patients (n = 2 637)

Dans la grande majorité des cas, les patients rentrent à domicile, pour 74 % d'entre eux. 22 % sont hospitalisés dans l'établissement et 2 % sont transférés vers un autre établissement. Le taux d'hospitalisation global est donc de 24 %.

Le taux d'hospitalisation est de 51 % lorsque les patients sont adressés par un médecin généraliste et de 40 % lorsqu'ils sont adressés par le 15.

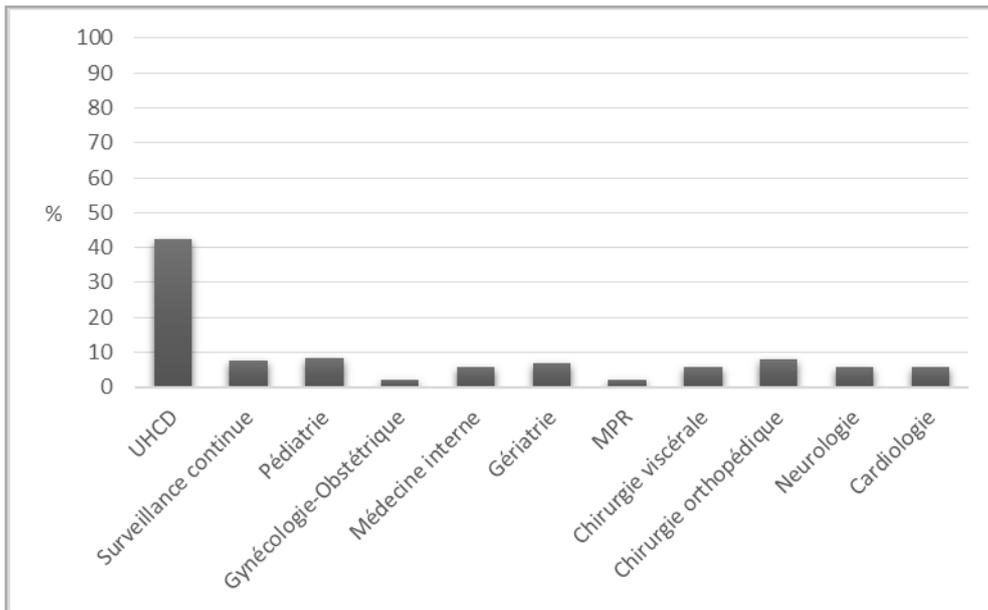


FIGURE 18 : Répartition en fonction des services d'hospitalisation de l'établissement (n = 593)

L'unité d'hospitalisation de courte durée accueille 42 % des hospitalisations via les urgences. Les services d'hospitalisation conventionnelle sont surtout l'unité de surveillance continue, la pédiatrie, la chirurgie orthopédique et la gériatrie.

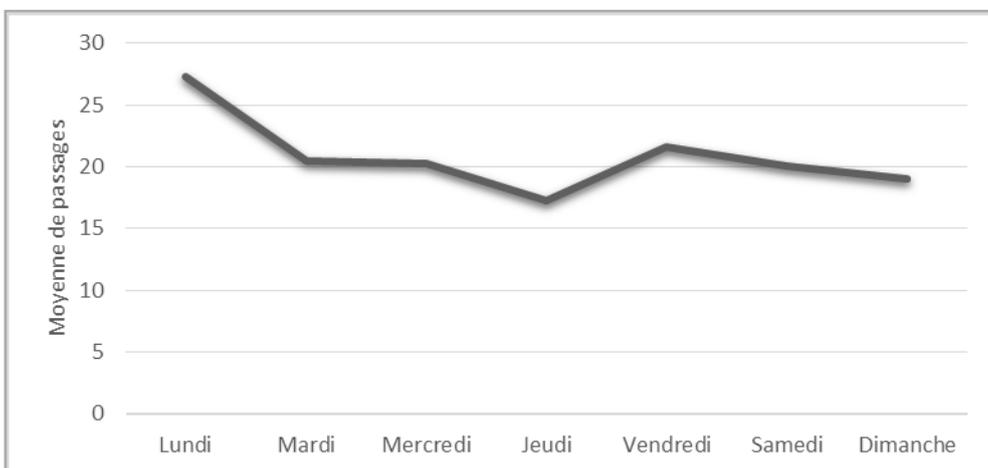


FIGURE 19 : Répartition des hospitalisations en fonction du jour de la semaine (n = 593)

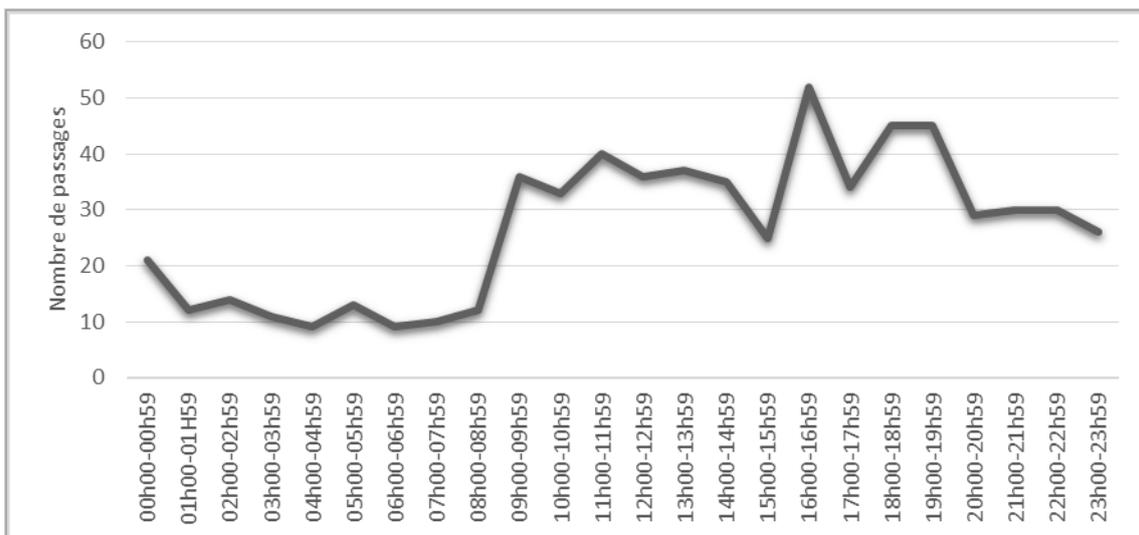


FIGURE 20 : Répartition des hospitalisations en fonction de l'heure d'admission (n = 593)

Les hospitalisations ont principalement lieu le lundi, puis le vendredi. Les patients restants hospitalisés arrivent aux urgences préférentiellement vers 16h00 et 18h00.

b. Temps de prise en charge

Le temps de prise en charge moyen pour un passage aux urgences est de 03 heures et 11 minutes, avec une médiane à 02 heures et 42 minutes. Ce temps moyen passe à 04 heures 36 minutes en cas d'hospitalisation. Et, il est de 02 heures et 45 minutes en cas de retour à domicile. Il s'allonge également en cas de réalisation d'examen complémentaires, où il est alors de 03 heures et 46 minutes.

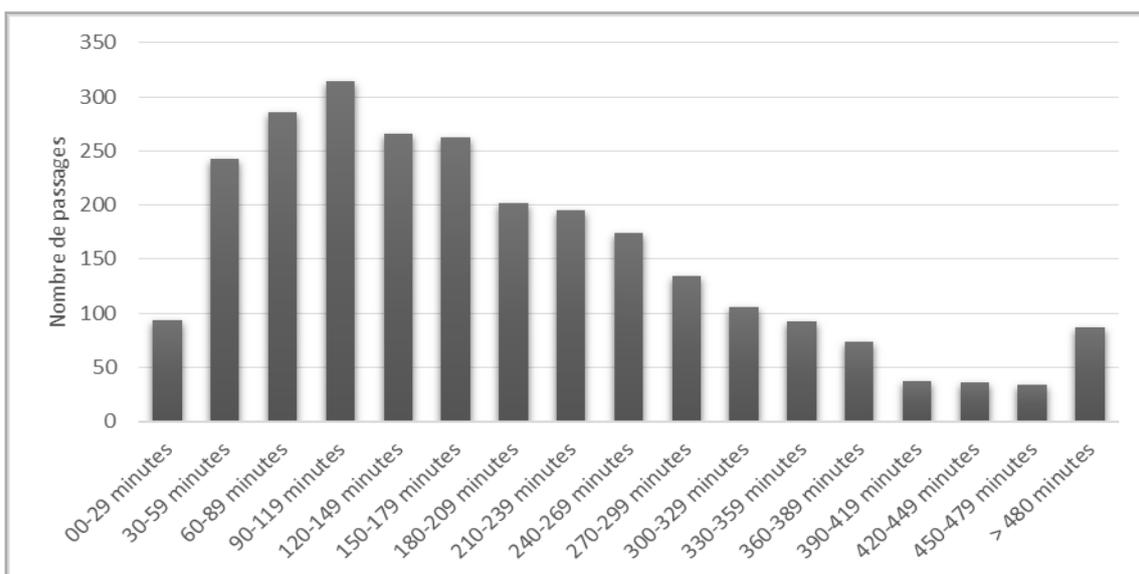


FIGURE 21 : Répartition en fonction du temps de prise en charge (n = 2 637)

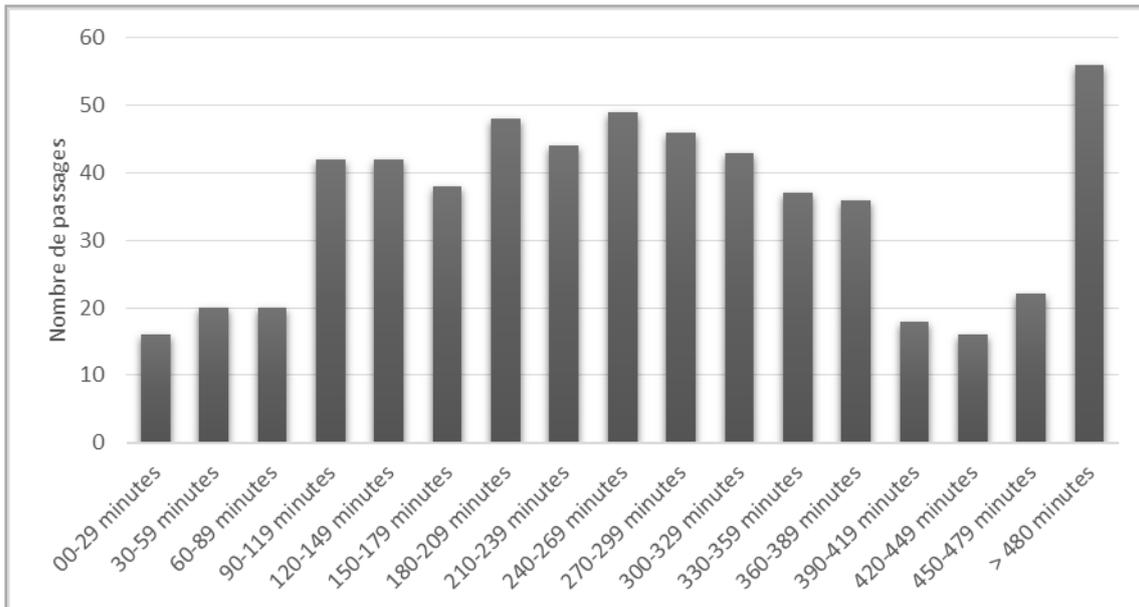


FIGURE 22 : Répartition en fonction du temps de prise en charge en cas d'hospitalisation (n = 593)

Le temps de prise en charge est inférieur à 01 heure pour 13 % des patients admis aux urgences. Elle est inférieure à 02 heures pour 36 % et à 03 heures pour plus de la moitié des patients (56 %).

F. Cas particulier : la pédiatrie (< 18 ans)

a. Motifs d'admission

TABLEAU 3 : Les 10 motifs d'admission les plus fréquents chez les < 18 ans (n = 630)

		Nombre
1	Nausées et/ou vomissements	128
2	Traumatisme du membre supérieur	128
3	Traumatisme du membre inférieur	111
4	Fièvre	78
5	Plaie	57
6	Douleur abdominale	54
7	Traumatisme crânien sans PC	49
8	Diarrhée	26
9	Toux	25
10	Traumatisme maxillo-facial	20

Chez les enfants, les motifs d'admission sont principalement liés à la traumatologie, aux symptômes gastro-intestinaux et à la fièvre.

b. Diagnostic final

TABLEAU 4 : Les 10 diagnostics les plus fréquents chez les < 18 ans (n = 630)

		Nombre
1	Traumatisme crânien	62
2	Gastro-entérite aigüe infectieuse	34
3	Entorse de la cheville	32
4	Rhinopharyngite	23
5	Constipation	19
6	Contusion du poignet et de la main	18
7	Déshydratation	17
8	Contusion du genou	16
9	Fièvre	15
10	Contusion de doigt sans lésion de l'ongle	14

Dans la population pédiatrique, la traumatologie représente 53 % des cas. La médecine vient en deuxième place, dans 39 % des cas. Les pathologies psychiatriques ou relevant de plusieurs de ses domaines ne sont que de 1 %.

c. Orientation finale

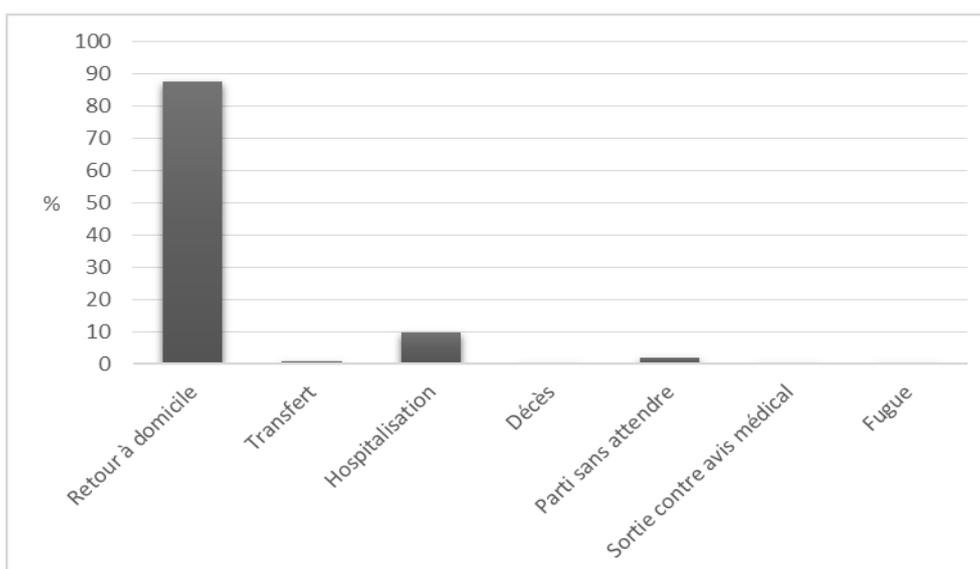


FIGURE 23 : Répartition en fonction du devenir des patients de < 18 ans (n = 630)

Dans la population pédiatrique, le retour à domicile est possible dans 88 % des cas. Une hospitalisation a lieu dans 12 % des cas (hospitalisation dans l'établissement et transfert vers un autre établissement).

d. Temps de prise en charge

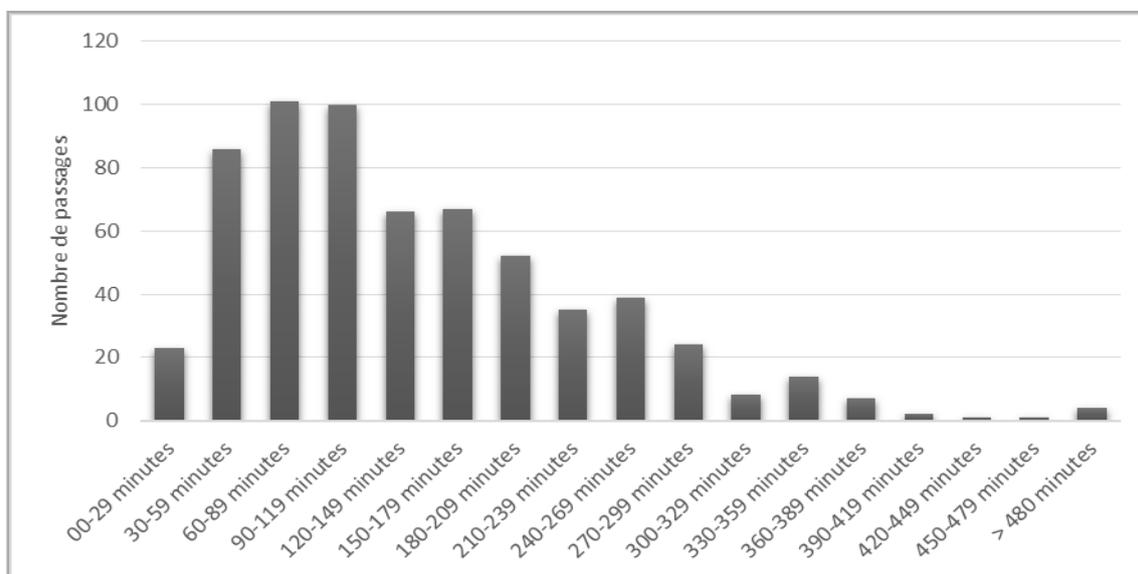


FIGURE 24 : Répartition en fonction du temps de prise en charge des < 18 ans (n = 630)

Le temps moyen de prise en charge de la population pédiatrique est de 02 heures et 23 minutes.

G. Cas particulier : la gériatrie (≥ 75 ans)

a. Motifs d'admission

TABLEAU 5 : Les 10 motifs d'admission les plus fréquents chez les ≥ 75 ans (n = 476)

		Nombre
1	Dyspnée	59
2	Plaie	45
3	Douleur thoracique	41
4	Douleur abdominale	35
5	Traumatisme du membre inférieur	34
6	Traumatisme du membre supérieur	31
7	Nausées et/ou vomissements	28
8	Malaise sans PC	25
9	Malaise avec PC	25
10	Traumatisme crânien sans PC	24

Dans la population gériatrique, les motifs d'admission prédominent sur le plan médical et la traumatologie passe au second plan.

b. Diagnostic final

TABLEAU 6 : Les 10 diagnostics les plus fréquents chez les ≥ 75 ans ($n = 476$)

		Nombre
1	Traumatisme crânien	39
2	Insuffisance cardiaque	21
3	Douleur thoracique	21
4	Pneumopathie	18
5	Malaise avec PC	18
6	Malaise sans PC	17
7	Insuffisance rénale aigue	14
8	Rétention aigue d'urine	13
9	Déshydratation	12
10	Chutes à répétition	12

Dans la population gériatrique, les diagnostics sont très variés et multiples. La traumatologie est bien au second plan avec seulement 27 % des passages dont le diagnostic relève uniquement de la traumatologie. Les pathologies d'origine médicale représentent 68% des passages. Alors que la psychiatrie ne touche que 1 % et les pathologies à caractère multiple sont de l'ordre de 3 %.

c. Orientation finale

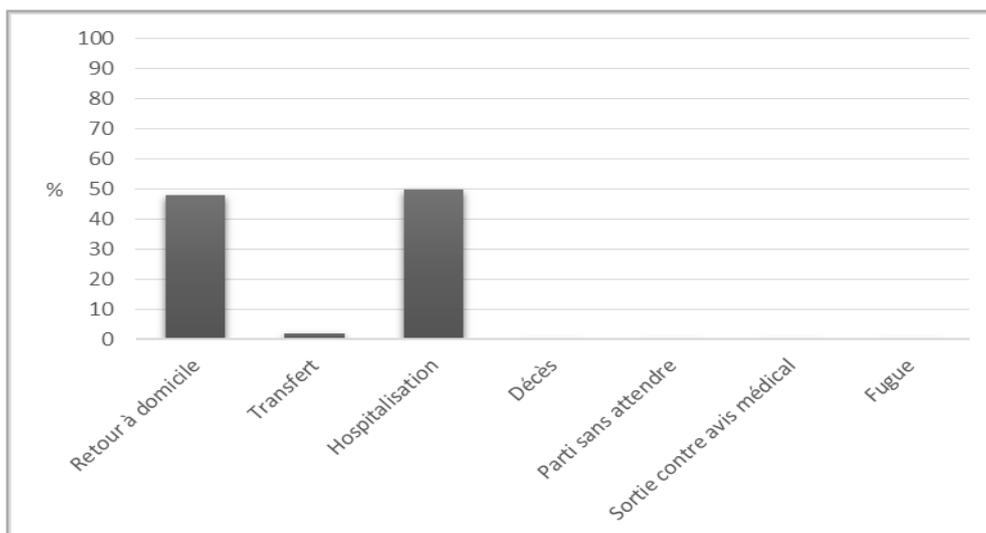


FIGURE 25 : Répartition en fonction du devenir des patients de ≥ 75 ans ($n = 476$)

Moins de la moitié (48 %) des personnes âgées de 75 ans et plus rentrent à domicile après leur passage aux urgences. Le taux d'hospitalisation (dans l'établissement ou vers un autre établissement) s'élève à 52 %.

d. Temps de prise en charge

Le temps moyen de prise en charge aux urgences des patients âgés de 75 ans et plus est de 04 heures et 36 minutes.

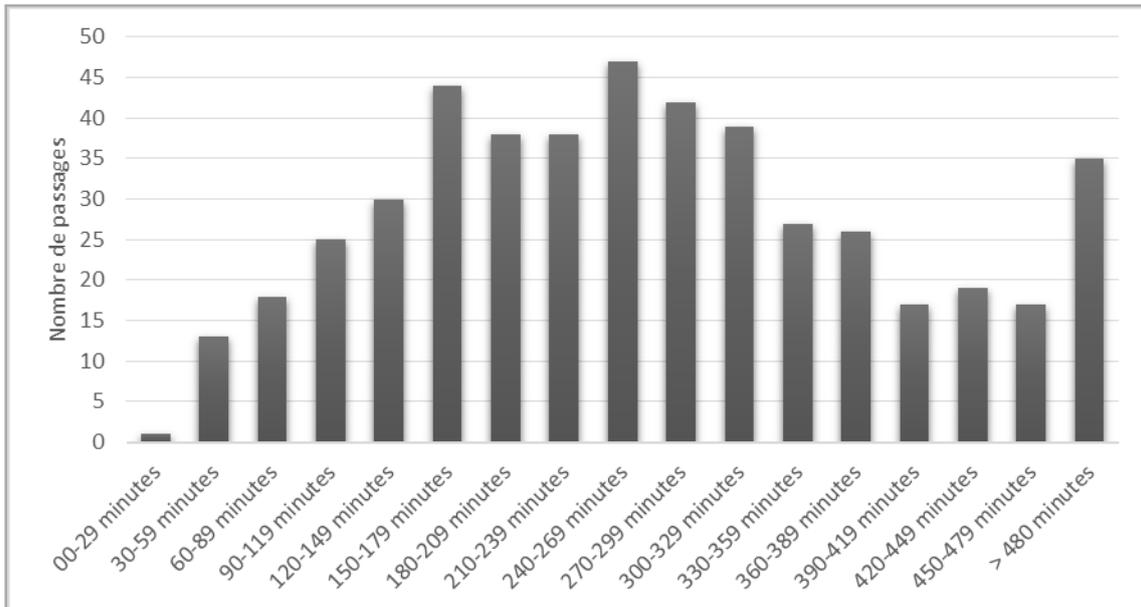


FIGURE 26 : Répartition en fonction du temps de prise en charge des ≥ 75 ans ($n = 476$)

Discussion

Cette étude tente de préciser les caractéristiques des patients ainsi que celles de leur admission dans le service des urgences du Pôle Santé d'Arcachon. Au niveau national, la DREES a mené récemment (en 2013) une enquête (33) afin de décrire la patientèle et le mode d'organisation des services d'urgence en France. Cette étude de la DREES a été réalisée sur une seule journée, dans tous les services d'urgence français. Au niveau régional, l'ORU Aquitaine vient de publier le panorama des urgences de 2014 (34). Il s'agit d'un état des lieux des services d'urgence de la région, possible grâce à l'instauration des résumés de passage aux urgences. Y sont également publiés les résultats au niveau départemental. Tous ces résultats peuvent également être comparés à la région limitrophe, les Midi-Pyrénées. En effet, l'ORU Midi-Pyrénées a été le premier en France et les résultats des structures d'urgence régionales sont publiés annuellement (35). Par ailleurs, une étude a également été réalisée dans un centre hospitalier périphérique en 2013, dans la région auvergnate (36).

A. Données sociodémographiques

Toutes les études confirment que la population masculine consulte plus dans les services d'urgence.

La moyenne d'âge retrouvée dans cette étude reflète la moyenne d'âge au niveau régional (34) de 42,9 ans. Concernant la population pédiatrique, elle est également un bon reflet de l'activité régionale. Mais, elle est plus faible que la population pédiatrique retrouvée au niveau national, qui est de 30 % (37). La part d'enfants de moins de un an admis aux urgences est également inférieure. En revanche, concernant la population gériatrique, le taux de passage aux urgences dans cette étude est plus élevé. En effet, au niveau national, le taux n'est que de 12 % (33). L'importance de cette population gériatrique consultant aux urgences d'Arcachon est directement liée à la population du bassin d'Arcachon. En effet, bien que rajeunissante, la population annuelle (en opposition à la population saisonnière) est plutôt âgée. De nombreuses EHPAD sont d'ailleurs implantées dans ce secteur. Le nombre de patients vivants en EHPAD et consultants aux urgences est d'ailleurs un peu plus important que le taux régional, qui est de de 4 % (34).

Les trois-quarts des patients consultants aux urgences d'Arcachon appartiennent au territoire de santé du bassin d'Arcachon. La part du tourisme représente un peu plus d'un patient sur dix. Ces données sont peu comparables aux autres études, mais semblent tout de même plus élevées (34,35).

Sur le plan social, les personnes bénéficiant de la CMU ne semblent pas plus nombreuses à consulter aux urgences d'Arcachon. Cependant, beaucoup de données manquantes au cours du recueil ne permettent pas d'obtenir des résultats fiables.

B. Date et heure de prise en charge

Dans cette étude menée aux urgences d'Arcachon, la moitié des passages se fait au cours de la semaine et l'autre moitié au cours des week-ends et jours fériés. Les données de l'ORU Aquitaine (34) sont plutôt basées sur un tiers d'admissions au cours des week-ends. Les résultats obtenus dans cette étude ne sont pas représentatifs, puisque quatre jours fériés se trouvaient être des jours de semaine au mois de mai 2015. Cependant, elle confirme les résultats nationaux (33) et régionaux (34,35) concernant l'augmentation des admissions dans les services d'urgence les lundis, samedis et dimanches. Le bassin d'Arcachon étant une zone touristique et voyant sa population se multiplier en période estivale, la répartition des admissions aux urgences y est directement corrélée. Les résultats obtenus dans cette étude réalisée au mois de mai 2015, avec de nombreux jours fériés et ponts, n'est donc pas totalement représentative de l'activité des urgences tout au long de l'année. Le nombre de passages évolue en fonction de la saisonnalité, ainsi que la population consultante, les motifs de recours et les pathologies. Une analyse des résultats sur une année aurait été plus représentative.

Au niveau de la répartition horaire, les résultats obtenus correspondent aux résultats de l'étude nationale de la DREES. La plupart des passages ont lieu dans la journée et en début de soirée (37). Le taux d'admission aux urgences d'Arcachon au cours des horaires de permanence des soins ambulatoire est très largement au-dessus des résultats régionaux et départementaux. A Arcachon, ce taux est de 58 %. Alors qu'il est de 49,6 % en Aquitaine, 50,7 % en Gironde (34) et 49,7 % en Midi-Pyrénées (35). Là encore, la répartition des jours fériés est un biais dans les résultats de cette étude. En effet, le taux d'admission au cours des horaires de permanence des soins un jour férié est de 100 %, ce qui augmente considérablement les résultats avec quatre jours fériés au cours du mois. On remarquera tout de même que la moitié des consultations se font donc en dehors de la permanence de soins. Les patients admis aux urgences lors de ces périodes n'auraient-ils pas pu bénéficier d'une prise en charge ambulatoire ? Quelles ont été leurs motivations à consulter aux urgences sur ces horaires ? Cette étude ne permet pas d'obtenir ces informations. Une étude concernant les motivations des patients à consulter aux urgences serait complémentaire. Elle a été réalisée au niveau national par la DREES dans la même étude de juin 2013. Par ailleurs, dans cette zone du bassin d'Arcachon, il existe des difficultés concernant la permanence de soins ambulatoire, pas toujours assurée par les médecins du territoire de santé. Pour tenter d'y remédier, la commune d'Arcachon ouvrira une maison médicale communale de garde dans quelques jours.

C. En amont des urgences

Deux-tiers des patients admis aux urgences d'Arcachon arrivent par leur propre moyen, ce qui est légèrement en-dessous des autres études (33–36). L'arrivée via une ambulance privée est dans la moyenne des autres études. Par contre, l'arrivée via les

pompiers est plus fréquente à Arcachon que dans les autres études. Avec un patient sur cinq arrivant avec les pompiers, le taux est le double de celui relevé par la DREES (33) ou par les ORU (34,35) et reste plus élevé que dans l'étude réalisée en Auvergne (36). L'intervention des forces de l'ordre et les interventions du SMUR restent de l'ordre de 1 %.

Dans cette étude, moins de la moitié des patients consultaient de manière spontanée aux urgences, sans avis préalable. Un patient sur dix avait pris avis auprès d'un médecin généraliste et un sur cinq était passé par la régulation médicale via le 15. Une étude au centre hospitalier universitaire de Bordeaux (38) met en évidence un taux de consultation spontanée aux urgences de l'ordre de 11 %, ce qui est beaucoup plus faible que les chiffres retenus dans cette étude et ceux des autres études. En effet, l'étude de la DREES révèle qu'au niveau national 62 % des patients consultent aux urgences sans avis préalable, 24 % sont adressés par un médecin généraliste et 15 % par la régulation du centre 15 (33). Dans l'étude faite dans un centre hospitalier auvergnat, 64 % des patients admis aux urgences n'ont pas pris d'avis au préalable, 16,9 % sont adressés par un médecin généraliste et 11 % via le centre 15 (36). Les résultats de cette étude sont tout de même à pondérer puisque 18 % des dossiers ne mentionnaient pas cette information. Ces résultats laissent à penser que les campagnes d'information, de l'ARS notamment, tendent à fonctionner. En effet, le taux de patients adressés par les médecins généralistes n'est pas très élevé mais une partie de la population prend le réflexe de contacter le 15 avant de se rendre aux urgences. La régulation médicale du Pôle Santé d'Arcachon se fait sur deux centres, le SAMU 33 et le SAMU 40 ce qui peut majorer le nombre de patients passant par la régulation.

Parmi les patients adressés aux urgences par un médecin, sept patients sur dix arrivent avec un courrier médical. Ce taux est similaire à l'étude auvergnate (36). Même si cette lettre ne permet pas une diminution du temps de passage aux urgences, elle reste le moyen le plus fiable et le plus sûr de communication (39). Le but final étant bien sûr que chaque patient adressé par un médecin aux urgences soit muni d'un courrier médical afin d'assurer la transmission des informations médicales et d'améliorer sa prise en charge initiale.

Nombreux sont les patients qui consultent aux urgences de manière répétitive. En effet, la moitié d'entre eux est déjà venue consulter aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon au moins une fois. Et, dans 38 % des cas, le dernier passage a eu lieu dans les six derniers mois. Des questions se posent sur la place des urgences comme « médecin traitant » pour certains patients. Là encore, une étude sur les motivations de consultation aux urgences serait intéressante. Le personnel des urgences doit alors jouer un rôle dans la prévention et l'éducation thérapeutique des patients, en leur proposant notamment une conduite à tenir en cas de récurrence des symptômes qui ne nécessite pas de prise en charge en urgence et aurait pu bénéficier d'une prise en charge ambulatoire. Mais, la diminution des consultations non programmées en médecine générale ambulatoire pourrait favoriser ces admissions aux urgences en l'absence de disponibilité du médecin traitant.

Afin d'inciter les médecins généralistes à accepter des consultations non programmées, un rapport récent (40) propose une majoration forfaitaire dans le cas de ces consultations. Mais qu'en est-il pour les médecins généralistes ne pratiquant que de manière non programmée ? D'autres propositions allant dans le même sens du développement des soins non programmés en ambulatoire sont évoquées. Les maisons médicales de garde ne sont pour le moment ouvertes uniquement sur les temps de permanence de soins ambulatoire. L'élargissement des horaires d'ouverture notamment en journée, la semaine, pourrait être une alternative et une solution au désengorgement des services d'urgence. Ces maisons médicales de garde, lorsqu'elles sont situées à proximité directe d'un service d'urgence peuvent permettre une réorientation en amont de toute prise en charge aux urgences par l'IOA. La rédaction d'une procédure définissant les conditions de réorientation éventuelle des patients, depuis les services d'urgence vers les maisons médicales, est essentielle (13). Cependant, d'un point de vue financier, la tarification actuelle des actes aux urgences n'incite pas à réorienter les patients vers une autre structure (18).

La création de réseau territorial de soins non programmés est également à l'étude. Il réunirait l'ensemble des structures et des professionnels de santé du territoire afin d'assurer les soins non programmés (40). La création de maisons de santé pluri-professionnelles pourrait également être une alternative avec des consultations médicales non programmées avec un plateau technique minimum afin notamment d'assurer la « petite » traumatologie (18).

D. Aux urgences

Les motifs d'admission aux urgences d'Arcachon sont tout à fait représentatifs de ceux observés au niveau régional (34). Parmi les dix motifs d'admission les plus fréquents, neuf sont communs aux études locale et régionale. La traumatologie reste prédominante avec les traumatismes des membres, les plaies ainsi que les traumatismes crâniens sans perte de connaissance. Sur le plan médical, on retrouve les douleurs abdominales et thoraciques, la dyspnée, la fièvre et les céphalées.

La notion d'urgence est propre à chacun. Entre l'urgence ressentie par le patient, l'urgence relative et l'urgence vraie, la perception de l'urgence est variée. La classification CCMU tente de classer le type d'urgence selon sept classes après un examen clinique médical initial. De nombreux médecins utilisent cette classification à la fin de la prise en charge et, après examens complémentaires. Cette classification commence à être remise en cause et ne permet pas de justifier ou non un passage aux urgences. A priori, les patients classés CCMU 1 et 2 pourraient être pris en charge en médecine générale ambulatoire. Malgré un état clinique stable, des examens complémentaires, des actes de soins ou un avis spécialisé peuvent se justifier en urgence. Pour les patients classés CCMU 3 et plus, un passage aux urgences semble se justifier. Ces derniers ne sont pas majoritaires et ne représentent que 13 % des admissions dans cette étude, alors que les patients classés CCMU

1 et 2 s'élèvent à 84 %. Ces chiffres varient selon les régions. Les CCMU 1 et 2 étant de 82 % en Midi-Pyrénées (35) et 90 % en Aquitaine (34). Alors que les CCMU 3 et plus représentent 17 % et 12,7 % respectivement aux deux régions. Il est finalement difficile de juger de la justification d'un passage aux urgences sur cette classification. En effet, bien que les patients classés CCMU 1 et 2 semblent stables, une admission aux urgences peut tout de même se justifier en fonction du contexte. Cependant, les patients classés CCMU 1 n'ont finalement bénéficié que d'une simple consultation, sans examen complémentaire, on pourrait donc considérer qu'ils relèvent de la prise en charge en médecine générale ambulatoire. Aucun critère, autre que subjectif et a posteriori de la prise en charge, ne semble donner d'indication certaine sur la justification ou non d'un passage aux urgences. L'étude réalisée à l'hôpital de Bordeaux montre que les deux-tiers des consultations spontanées aux urgences sont justifiées (38). Un triage initial à l'accueil des urgences peut s'avérer difficile et risqué. La fonction initiale des médecins urgentistes semble finalement se déplacer vers l'exercice de la médecine générale dans un service d'urgence, avec une proximité directe du plateau technique.

Il a été mis en évidence dans cette étude que de nombreux examens complémentaires étaient réalisés. L'examen d'imagerie est le plus souvent effectué, chez sept patients admis aux urgences sur dix. Et, un bilan biologique est réalisé chez six patients sur dix. Ces chiffres sont plus élevés que ceux relevés par la DREES au niveau national (37) : 63 % des patients bénéficient d'examens complémentaires, 46 % d'un examen d'imagerie et 36 % d'un bilan biologique. Les examens complémentaires sont-ils tous justifiés ? La part la plus importante de traumatologie peut-elle, à elle seule, justifier le nombre plus important d'examens complémentaires ? Une évaluation de la nécessité et de l'intérêt de leur prescription serait intéressante. La réalisation de protocoles pour l'encadrement des prises en charge pourrait, elle aussi, harmoniser les pratiques et justifier ou non la prescription de ces examens.

La demande d'avis spécialisé est réalisée dans un cas sur cinq. Ce chiffre est tout à fait corrélé aux résultats nationaux (37).

Dans cette étude, le nombre d'actes de soins est largement supérieur à la moyenne nationale. Ils sont 58 % à bénéficier d'actes de soins, contre 40 % au niveau national (33). Là encore, la part la plus importante de traumatologie justifie-t-elle ce résultat ? Les actes de soins relevés correspondaient notamment à la réalisation de sutures, d'immobilisation plâtrée, de pansements, d'aérosols et à l'administration de traitement parentéral. Ces actes sont pour certains médicaux et pour d'autres paramédicaux. Dans le service d'urgence d'Arcachon, la prise en charge essaie d'être la plus globale possible. Cependant, le temps de passage va en grande partie dépendre de la quantité de personnel dédié à ces tâches. En effet, le nombre important d'examens complémentaires et d'actes de soins nécessite une présence médicale et paramédicale importante, au détriment sinon du temps de prise en charge.

Concernant les diagnostics les plus fréquents dans les services d'urgence, la moitié sont des diagnostics médicaux et l'autre moitié des diagnostics de traumatologie. Cinq sur dix sont communs à cette étude et à celle de l'ORU Aquitaine (34). On retrouve les douleurs thoraciques et abdominales, les malaises sans perte de connaissance, les traumatismes crâniens et les entorses de cheville. Il s'agit en fait pour la plupart de symptômes dont le passage aux urgences n'a pas permis l'établissement d'un diagnostic étiologique certain.

Dans cette étude, les passages aux urgences liés à la traumatologie sont de 41 %. Cette proportion est plus élevée qu'au niveau national où elle est de 38 % (37). En Aquitaine (34), la traumatologie représente 35 % de l'activité, 33 % en Gironde et 37,5 % dans la région Midi-Pyrénées (35). Ceci s'explique en partie par la répartition des jours fériés et des ponts. En effet, beaucoup de week-ends prolongés ont attiré les touristes dans la région du bassin d'Arcachon au cours de cette étude. Les lésions traumatiques sont plus fréquentes au cours de ces périodes, tout comme en période estivale. Les touristes ne connaissent pas la démographie médicale locale et ne cherchent pas à consulter en cabinet médical, ils préfèrent consulter aux urgences. La part médicale est donc plus faible que dans les autres études, mais reste supérieure à la moitié des passages aux urgences. Les patients présentant des symptômes médicaux s'orientent peut-être préférentiellement vers la médecine générale ambulatoire. Les diagnostics orientés vers la psychiatrie sont un peu moins élevés qu'au niveau national (33), mais sont plus élevés qu'au niveau régional ou départemental (34). Il existe des variations tout au long de l'année, la traumatologie étant plus représentée lors de la période estivale et la médecine en période hivernale. Une étude plus longue permettrait une évaluation plus précise de ces données.

E. En aval des urgences

Dans cette étude, près de trois patients sur quatre sont rentrés à domicile après un passage aux urgences. Ce taux correspond à celui des autres études, allant de 71 à 79 %. La DREES (33) retrouve un taux de retour à domicile de 76 %, tout comme en Midi-Pyrénées (35) et l'étude de Riom de 79 % (36). Par contre, en Aquitaine le taux de retour à domicile après prise en charge aux urgences est de 72 % et de 71 % en Gironde (34). La proportion de patients sortis contre avis médical ou partis sans attendre est plus faible qu'au niveau national (33).

Le taux d'hospitalisation, que ce soit au sein de l'établissement ou suite à un transfert vers un autre établissement, s'élève à 24 % dans cette étude. Au niveau national (33), un patient sur cinq est hospitalisé, alors qu'en Aquitaine ce taux est plus élevé (27,8 %). En Gironde, on note un taux d'hospitalisation de 28,9 % (34). Là encore, on peut expliquer ces résultats par la part importante de traumatologie et la saisonnalité où les touristes sont plus nombreux.

Ce taux d'hospitalisation passe à 51 % lorsque le patient est adressé aux urgences par un médecin généraliste et il est de 40 % lorsque le passage est régulé par le centre 15. La part d'hospitalisation des patients adressés par un médecin généraliste est de 30 % au niveau national (33) et de 40 % à Riom (36). Dans cette même étude à Riom, le taux d'hospitalisation après régulation par le centre 15 est également de 40 %. La régulation médicale téléphonique et la consultation auprès d'un médecin généraliste permettent un filtrage des patients présentant les pathologies les plus lourdes et nécessitant des soins plus importants. Le nombre de patients admis aux urgences pourrait être limité si plus de patients prenaient un avis médical au préalable. Les campagnes d'information commencent à avoir une répercussion auprès de la population générale et doivent donc se poursuivre. Le développement de la mutualisation des régulations des urgences et de médecine générale semble être une bonne alternative afin d'affiner la régulation et éviter les passages injustifiés dans les services d'urgence (13,40).

Le temps de prise en charge moyen de cette étude est inférieur à celui retrouvé en Aquitaine et en Gironde, qui sont respectivement de 04 heures 39 minutes et 04 heures 20 minutes (34). Le temps de prise en charge dans cette étude est inférieur de plus d'une heure en comparaison. La médiane est par contre comparable entre 02 heures 30 et 45 minutes. Au niveau local, il est mis en évidence que ce temps de prise en charge est plus long en cas d'hospitalisation. Il est également plus long lorsque des examens complémentaires sont réalisés. Sept patients sur dix sont sortis des services d'urgence en moins de quatre heures, ce qui correspond aux chiffres retrouvés également au niveau régional et départemental (34). Ce temps de prise en charge est corrélé à la quantité de soins à apporter aux patients, à la réalisation d'examen complémentaires et à son devenir. Des pistes d'amélioration sur l'organisation de l'aval des urgences sont à envisager. La réalisation de protocoles de prises en charge et la présence de personnel suffisant peuvent être à l'origine d'un temps de prise en charge satisfaisant pour le patient et l'équipe soignante.

F. Cas particulier : la pédiatrie

Les recours aux urgences de la population pédiatrique se font majoritairement pour des pathologies traumatiques dans cette étude. Les pathologies médicales ne concernent que quatre enfants sur dix. Ces proportions sont globalement les mêmes qu'en Aquitaine (34), où la traumatologie arrive en première position. A contrario, en Midi-Pyrénées le recours aux urgences pour la population pédiatrique se fait autant pour des pathologies traumatiques que médicales (35).

Dans cette étude, le retour à domicile est possible plus souvent que dans la population générale et l'hospitalisation ne représente que 12 % des passages aux urgences. Ces données sont comparables à celles obtenues en Aquitaine et Midi-Pyrénées (34,35). Ce taux plus faible que la population générale est dû à la majorité de traumatologie et à

l'inquiétude familiale qui pousse à consulter aux urgences pour des pathologies non urgentes.

Le temps de prise en charge de la population pédiatrique est lui aussi inférieur à celui de la population générale, avec 50 minutes de moins dans cette étude. Celui-ci est inférieur à celui retrouvé en Aquitaine (34) et très proche de celui des Midi-Pyrénées (35).

Les enfants sont pris en charge plus rapidement, notamment du fait de la majorité de pathologies traumatiques et nécessitent donc moins d'hospitalisation. Au sein du Pôle Santé d'Arcachon, il existe une équipe et un service de pédiatrie mais n'accueillant pas les urgences. Un accueil directement via les pédiatres sur les périodes diurnes pourrait encore diminuer ce temps de passage et limiter la prescription d'examens complémentaires pas toujours justifiés.

G. Cas particulier : la gériatrie

La prise en charge de la population gériatrique est l'inverse exact de celle de la population pédiatrique. En effet, il a été mis en évidence dans cette étude que la part médicale représentait quasiment six patients sur dix. La partie traumatologie est relayée très largement au deuxième plan. Ces données sont en accord avec celles obtenues par les ORU d'Aquitaine et Midi-Pyrénées (34,35).

Dans cette étude, le retour à domicile était possible dans moins d'un cas sur deux. Malgré ce fort taux d'hospitalisation, il reste en-dessous des taux obtenus en Aquitaine (34) et en Midi-Pyrénées (35) où les taux d'hospitalisation sont respectivement de 61,9 et 56 %. Le nombre important d'EHPAD peut en partie justifier et faciliter le retour à domicile de la population gériatrique. Devant ce nombre important d'hospitalisations, se pose la question de l'aval des urgences. En effet, les lits d'hospitalisation gériatrique ne sont pas extensibles et les durées d'hospitalisation peuvent parfois être longues. De nouveaux modes de fonctionnement sont à l'essai depuis quelques mois. Afin de limiter le nombre d'hospitalisations, des solutions alternatives peuvent être possibles dans certains cas. Il s'agit notamment du développement et de la coopération avec les équipes d'hospitalisation à domicile ou de prestataires de service qui coordonnent les soins médicaux et paramédicaux à domicile. La surveillance ne se fait pas vingt-quatre heures sur vingt-quatre mais un suivi régulier et pluriquotidien est possible. D'autre part, une majoration de la présence médicale et infirmière dans les EHPAD pourrait limiter les transferts inadaptés dans les services d'urgence qui pourraient ainsi être gérés au sein même de l'EHPAD.

Le temps de prise en charge est quant à lui plus long que dans la population générale. Il est le même qu'en Midi-Pyrénées (35) mais est largement inférieur à celui obtenu en Aquitaine (34). Ce temps de prise en charge plus long est lié à la majorité de pathologies médicales, nécessitant la réalisation d'examens complémentaires, d'imagerie ou de biologie. Les actes de soins sont également plus importants. Ce temps de prise en charge peut

également être allongé par le manque de place dans l'établissement et la disponibilité tardive des lits d'aval. Certaines études ont montré que le temps de prise en charge était moins long lors de la libération des lits d'hospitalisation dans la matinée. Ces temps de prise en charge peuvent être à l'origine d'une dégradation de l'état du patient aux urgences, avec majoritairement des risques de déshydratation et de pathologies cutanées pouvant aller jusqu'à l'apparition d'escarres.

La population gériatrique demande une attention particulière et est plus lourde et longue à prendre en charge. Il n'existe pas de filière d'urgence gériatrique, ni d'équipe mobile de gériatrie au sein du Pôle Santé d'Arcachon. Le nombre de lits limité accentue les difficultés de prise en charge et les patients peuvent rester plusieurs heures aux urgences dans l'attente d'une place d'hospitalisation. Cependant, de nouvelles orientations commencent à se développer avec l'utilisation des structures de prise en charge ambulatoires.

D. Biais et limites de l'étude

Cette étude prospective était basée sur l'analyse de nombreux critères concernant les admissions aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon. Aucune étude, aussi exhaustive, n'avait eu lieu jusqu'à présent dans cet établissement. Elle permettait une comparaison des résultats avec des études nationales et régionales, sur certains des critères étudiés. Cette étude portait sur 2 637 patients, effectif important, avec peu de perte de données. En effet, l'informatisation des dossiers a permis un recueil satisfaisant et objectif. La lecture complète des dossiers a également permis d'obtenir des informations plus fiables et plus complètes.

Cette étude n'a pu être réalisée que sur un mois, qui comprenait de nombreux jours fériés et week-ends prolongés ce qui peut modifier la population et les prises en charge aux urgences. Ce recueil n'était donc probablement pas représentatif des admissions annuelles des urgences du Pôle Santé d'Arcachon. D'autre part, des données étaient parfois manquantes et ne permettaient pas d'obtenir des résultats représentatifs, notamment concernant le type d'orientation initiale et la couverture sociale. Certaines données étaient quant à elle dépendantes de chaque médecin prenant en charge le patient, notamment l'évaluation de la CCMU qui est un critère subjectif. Le temps de prise en charge reste approximatif puisqu'il était calculé en soustrayant l'heure d'arrivée à l'heure de clôture du dossier (pas toujours fait dès la sortie du patient).

Une étude plus longue permettrait d'être plus représentative des admissions aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon. D'autres études complémentaires pourraient également être intéressantes, notamment concernant les motivations des patients à consulter aux urgences plutôt qu'en médecine générale ambulatoire ou encore sur l'intérêt des prescriptions d'examen complémentaires en urgence.

Conclusion

Le service des urgences du Pôle Santé d'Arcachon présente une croissance au-dessus des chiffres nationaux. Son territoire de santé, le bassin d'Arcachon, est également une zone en pleine croissance et en pleine évolution. Cette augmentation d'activité importante au sein des urgences nécessite une évolution organisationnelle et logistique. Afin d'améliorer la prise en charge des patients admis aux urgences et de faire face à l'afflux, il semble important de faire un état des lieux de ces admissions.

De manière générale, les caractéristiques des admissions aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon sont proches de celles retrouvées au niveau national, régional et départemental, avec tout de même quelques particularités propres à ce service. Tout d'abord, le bassin d'Arcachon est une zone très touristique. L'activité du service d'urgence est donc dépendante de la saisonnalité et les pathologies sont aussi évolutives en fonction des saisons. Cette population « de passage » est également plus présente au cours des week-ends et ne possède pas de médecin généraliste référent dans la région. Les consultations aux urgences sont plus fréquentes au cours des week-ends et pendant les horaires de la permanence de soins ambulatoire. La population générale commence à être sensibilisée à l'intérêt de la régulation par le centre 15. Cette régulation, tout comme les consultations préalables auprès d'un médecin généraliste, sert de filtre aux urgences. Le nombre d'hospitalisations étant plus important dans ces cas, il semble que le passage par le service d'urgence soit justifié. En contrepartie, la régulation par le centre 15 entraîne une augmentation des interventions et des transferts par les pompiers. La prise en charge des patients dans ce service d'urgence essayant d'être la plus globale possible, il est à noter que la réalisation d'examen complémentaires et d'actes de soins est plus importante. Cependant, la réalisation de ceux-ci, tout comme l'hospitalisation, sont des facteurs augmentant le temps de prise en charge des patients aux urgences. Par ailleurs, de nombreux patients consultent aux urgences de manière itérative. Le personnel des urgences doit alors jouer un rôle préventif et d'éducation thérapeutique en proposant une conduite à tenir en cas de récurrence des symptômes ayant amené à une consultation ne nécessitant pas une prise en charge en urgence. Ceci est notamment vrai dans la population pédiatrique. Les enfants sont admis aux urgences pour des pathologies traumatiques et leur prise en charge est plus rapide. A contrario, la population gériatrique présente plus souvent des pathologies médicales intriquées, entraînant plus d'hospitalisations et allongeant le temps de prise en charge.

Afin d'assurer une prise en charge plus efficace et plus adaptée, le personnel doit se former de manière continue. L'élaboration de protocoles standardisés de prise en charge des patients permettrait une harmonisation des prises en charge au sein du service des urgences.

Il est difficile d'évaluer la part exacte de ce qui aurait pu être pris en charge en médecine générale ambulatoire. Cependant, la médecine générale prend une part

importante dans les consultations de ce service d'urgence. Et, l'activité et la formation initiale des médecins urgentistes tendent à se tourner vers la pratique de la médecine générale dans un service d'urgence.

Annexe 1 : Fiche de recueil de données

Numéro d'inclusion : ...

Date d'admission : ... / 05 / 2015

Heure : ... : ...

Sexe : Masculin

Féminin

Date de naissance : ... / ... /

Age : ... ans

Département de résidence (en chiffres) : ... (+ Étranger)

Lieu de vie : Domicile

Institution (EHPAD, ...)

SDF

Autre : ...

Couverture sociale : Aucune

AME

CMU

Sécurité sociale

Moyen de transport à l'arrivée : Véhicule personnel

Ambulance privée

Pompiers

Forces de l'ordre

SMUR

Orientation vers les urgences par : Avis personnel

Consultation d'un médecin généraliste

- Appel d'un médecin généraliste
- Consultation d'un médecin spécialiste
- Appel du 15
- Appel du 18
- Avis d'un autre personnel soignant

Courrier médical : NON
 OUI

Passage antérieur aux urgences : NON
 OUI Si oui : Moins de 6 mois
 Plus de 6 mois

Motif(s) d'admission (selon thésaurus SFMU) : ...

Evaluation de la gravité selon la CCMU : CCMU 1
 CCMU 2
 CCMU 3
 CCMU 4
 CCMU 5
 CCMU P
 CCMU D

Réalisations d'examens complémentaires : NON
 OUI Si oui : Biologie
 Imagerie
 ECG
 Autres : ...

Avis spécialisé : NON

OUI

Actes de soins : NON

OUI (pansements, aérosols, immobilisation, suture, ...)

Diagnostic(s) retenu(s) (selon thésaurus SFMU) : ...

Domaine(s) concerné(s) : Traumatologie

Intoxication

Allergologie

Cardiologie

Dermatologie

Endocrinologie

Gynécologie - Obstétrique

Hématologie

Hépto-gastro-entérologie

Infectiologie

Médecine légale

Neurologie

Oncologie

Ophtalmologie – ORL

Pédiatrie

Pneumologie

Psychiatrie

Rhumatologie

Urologie / Néphrologie

Autres : ...

- Orientation finale :
- Retour à domicile
 - Transfert vers un autre établissement
 - Hospitalisation dans l'établissement
 - Décès
 - Parti sans attendre
 - Sortie contre avis médical

- Si hospitalisation, dans quel service :
- UHCD
 - Surveillance continue
 - Pédiatrie
 - Gynécologie – Obstétrique
 - Médecine interne
 - Gériatrie
 - MPR
 - Chirurgie viscérale - Urologie
 - Chirurgie orthopédique
 - Neurologie
 - Cardiologie

Date de fin de prise en charge : ... / 05 / 2015

Heure : ... /

Annexe 2 : Classification CCMU

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

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

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

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

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

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

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

Bibliographie

1. Statistique annuelle des établissements de santé [Internet]. SAE Diffusion. [cité 1 oct 2015]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>.
2. Braun F, Pateron D, Giroud M. Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations. Samu-Urgences de France; 2013 sept. 9 p.
3. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. (déc, 1970).
4. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). (mai, 2006).
5. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). (mai, 2006).
6. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on? In: Le panorama des établissements de santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2013. p. 11-28.
7. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine. (sept 22, 2004).
8. Carli P. Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Conseil national de l'urgence hospitalière; 2013 sept. 17 p.
9. Grall JY. Evaluation du plan Urgences 2004-2008. Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.; 2007 janv. 33 p.
10. Khoury C El, Viudes G, Vincent-Cassy C. Enquête DREES du 11 juin 2013 : Comprendre la réalité du triage dans nos structures d'urgences. Colloque « Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières »; 2014 nov.
11. Référentiel IOA Infirmière organisatrice de l'accueil. Société Francophone de Médecine d'Urgence; 2004 mars. 48 p.
12. Référentiel : Le triage en structure des urgences. Société Francophone de Médecine d'Urgence; 2013.
13. Circulaire n°195/DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. (avril, 2003).
14. Clavaud H, Viudes G. Les données disponibles permettent-elles de mesurer la place des urgences dans l'offre de soins de premiers recours ? Colloque « Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières »; 2014 nov.

15. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2003. 12 p. Report No.: Etudes et Résultats N°215.
16. Viez M-C. Les urgences. Fédération de l'hospitalisation privée; 2009 Fév. 20 p.
17. Evolution et structure de la population [Internet]. INSEE. [cité 1 oct 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2&sous_theme=1.
18. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. In: Sécurité sociale 2014. Cour des comptes; 2014. p. 349-77.
19. Territoires et accès aux soins. DHOS/CREDES; 2003 janv. 89 p.
20. Territoires de santé et territoires de proximité [Internet]. ARS Aquitaine. [cité 1 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Territoires-de-sante-et-territ.77816.0.html>.
21. Démographie médicale [Internet]. Démographie médecin. [cité 1 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.demographie.medecin.fr/demographie>.
22. La permanence de soins ambulatoire [Internet]. Conseil Régional de l'Ordre des Médecins d'Aquitaine. [cité 1 oct 2015]. Disponible sur: <http://ordre-medecins-aquitaine.org/page.php?nom=conseil-regional-permanence-des-soins>.
23. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2006. 8 p. Report No.: Etudes et Résultats N°471.
24. Gentile S, Durand A-C, Bongiovanni I, Rofritsch S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. J Eur Urgences. 2007;20(1):138.
25. Potel G. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions. Société Francophone de Médecine d'Urgence; 2005 Mai. 34 p.
26. Richroch L. Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2015. 6 p. Report No.: Etudes et résultats N°906.
27. Achache P, Mollard F, Ranchon G, Laine N, Regal O, Benguigui D, et al. Étude prospective des filières d'admission dans un service d'urgence. J Eur Urgences. 2008;21:A209.
28. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2008. 8 p. Report No.: Etudes et Résultats N°625.

29. Mardegan P. A l'hôpital et après. Actual Doss En Santé Publique. 2005;(52):47-51.
30. Cash E, Cash R, Ducasse J-L, Hault C, Matthieu F, Richard T. Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2013. 56 p. Report No.: Etudes et recherche N°125.
31. Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires. (juillet, 2013).
32. Instruction n°DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013 relative aux résumés de passage aux urgences. (juillet, 2013).
33. DREES. Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES. In: Le panorama des établissements de santé; 2014. p. 31-47.
34. Activité des structures d'urgences 2014 : Panorama de la région Aquitaine. Observatoire Régional des Urgences d'Aquitaine; 2015. 133 p.
35. Activité des structures d'urgence : Panorama 2014 de la région Midi-Pyrénées. Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées; 2015 Juin. 332 p.
36. Cuzin P. Activité d'un service d'urgences en centre hospitalier: étude de 740 admissions [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Clermont I; 2014.
37. Valdelièvre H, Boisguérin B. Résultats du questionnaire patients. DREES - Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières; 2014 nov.
38. Boudard O. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours. [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2015.
39. Cadat D, Trolong-Bailly C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
40. Grall JY. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. 2015 Juillet. 28 p.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Introduction : Le nombre de passages dans les services d'urgence en France est en croissance constante. Celui-ci a augmenté de 68 % en dix ans dans le service des urgences du Pôle Santé d'Arcachon. La réalisation d'un état des lieux et la mise en évidence des caractéristiques des admissions semble donc utile pour éventuellement proposer des corrections. **Méthode :** Les caractéristiques de tous les patients admis dans le service des urgences d'Arcachon du 01 au 31 mai 2015 ont été recueillies puis analysées. **Résultats :** L'étude portait sur 2 637 patients. La population masculine était la plus fréquente. L'âge moyen était de 42,8 ans. Les enfants de moins 18 ans représentaient 24 % des passages et les 75 ans et plus, 18 %. Les admissions étaient plus fréquentes les lundis, week-ends et jours fériés. Elles avaient lieu majoritairement entre 08h00 et 20h00, avec des pics d'activité en fin de matinée et fin d'après-midi. Le taux de passages au cours de la permanence de soins ambulatoire était de 58 %. 66 % des patients arrivaient par leurs propres moyens. 49 % se présentaient de leur propre initiative, sans avis médical préalable. Près de la moitié des patients avaient déjà consulté dans le service antérieurement. 67 % des patients étaient classés CCMU 2 et 17 %, CCMU 1. 71 % des patients avaient bénéficié d'exams complémentaires, 20 % d'un avis spécialisé et 58 % d'un acte de soins thérapeutique. La traumatologie représentait 41 % des admissions, contre 53 % pour la médecine. Les hospitalisations concernaient 24 % des admissions, elles s'élevaient à 51 % lorsque les patients étaient adressés par un médecin généraliste et à 40 % par le centre 15. Le temps de prise en charge moyen était de 03 heures et 11 minutes. **Conclusion :** Cette forte augmentation du nombre d'admissions dans le service des urgences du Pôle Santé d'Arcachon doit conduire à proposer des adaptations organisationnelles et structurelles, en amont et en aval.

Mots-clés : Admission – Urgence – Soins non programmés

Admissions in emergency department of the Arcachon Health Pole

Introduction : The number of passages in emergency services in France is growing steadily. This has increased by 68 % in ten years in the emergency department of the Arcachon Health Pole. Conducting an inventory and highlight the characteristics of admissions seems useful to propose possible corrections. **Methods :** The characteristics of all patients admitted to the emergency department of Arcachon 1 to 31 May 2015 were collected and analyzed. **Results :** The study included 2 637 patients. The male population was the most frequent. The average age was 42,8 years. Children under 18 accounted for 24 % of passages and 75 and over, 18 %. Admissions were more common on Mondays, weekends and holidays. They took place mainly between 08:00 and 20:00, with peaks of activity in the late morning and late afternoon. The transition rate in the outpatient care of permanence was 58 %. 66 % of patients arrived by their own means. 49 % presented themselves on their own, without medical advice. Almost half of the patients had already consulted in the previous service. 67 % of patients were classified CCMU 2 and 17 %, CCMU 1. 71 % of patients had received additional examinations, 20 % of expert advice and 58 % of an act of therapeutic care. Trauma accounted for 41 % of admissions, against 53 % for medicine. Hospitalizations related 24 % of admissions, they amounted to 51 % when patients were referred by a general practitioner and 40 % by the center 15. The mean support time was 03 hours and 11 minutes. **Conclusion :** This sharp increase in the number of admissions to the emergency department of the Arcachon Health Pole must lead to propose organizational and structural adaptations, upstream and downstream.

Keywords : Admission – Emergency – Unscheduled care

RESUME :

Introduction : Le nombre de passages dans les services d'urgence en France est en croissance constante. Celui-ci a augmenté de 68 % en dix ans dans le service des urgences du Pôle Santé d'Arcachon. La réalisation d'un état des lieux et la mise en évidence des caractéristiques des admissions semble donc utile pour éventuellement proposer des corrections. **Méthode :** Les caractéristiques de tous les patients admis dans le service des urgences d'Arcachon du 01 au 31 mai 2015 ont été recueillies puis analysées. **Résultats :** L'étude portait sur 2 637 patients. La population masculine était la plus fréquente. L'âge moyen était de 42,8 ans. Les enfants de moins 18 ans représentaient 24 % des passages et les 75 ans et plus, 18 %. Les admissions étaient plus fréquentes les lundis, week-ends et jours fériés. Elles avaient lieu majoritairement entre 08h00 et 20h00, avec des pics d'activité en fin de matinée et fin d'après-midi. Le taux de passages au cours de la permanence de soins ambulatoire était de 58 %. 66 % des patients arrivaient par leurs propres moyens. 49 % se présentaient de leur propre initiative, sans avis médical préalable. Près de la moitié des patients avaient déjà consulté dans le service antérieurement. 67 % des patients étaient classés CCMU 2 et 17 %, CCMU 1. 71 % des patients avaient bénéficié d'examen complémentaires, 20 % d'un avis spécialisé et 58 % d'un acte de soins thérapeutique. La traumatologie représentait 41 % des admissions, contre 53 % pour la médecine. Les hospitalisations concernaient 24 % des admissions, elles s'élevaient à 51 % lorsque les patients étaient adressés par un médecin généraliste et à 40 % par le centre 15. Le temps de prise en charge moyen était de 03 heures et 11 minutes. **Conclusion :** Cette forte augmentation du nombre d'admissions dans le service des urgences du Pôle Santé d'Arcachon doit conduire à proposer des adaptations organisationnelles et structurelles, en amont et en aval.

TITRE en anglais : Admissions in emergency department of the Arcachon Health Pole

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLES : Admission – Urgence – Soins non programmés

Université de Bordeaux

146 rue Léo Saignat – 33 000 BORDEAUX