



HAL
open science

Épidémiologie descriptive des patients non admis aux urgences du CHU de Nantes

Pierre Urlacher

► **To cite this version:**

Pierre Urlacher. Épidémiologie descriptive des patients non admis aux urgences du CHU de Nantes. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01421751

HAL Id: dumas-01421751

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01421751>

Submitted on 22 Dec 2016

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N°187

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'études spécialisées en médecine générale

Par

Monsieur URLACHER Pierre
Né le 16 décembre 1987 à Mourenx (64)

Présentée et soutenue publiquement à Nantes
Le 02 décembre 2016

Epidémiologie descriptive des patients non admis
aux urgences du CHU de Nantes

Président : Monsieur le Professeur Eric BATARD

Directeur de thèse : Madame le Docteur Leslie MERESSE-PROST

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N°187

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'études spécialisées en médecine générale

Par

Monsieur URLACHER Pierre
Né le 16 décembre 1987 à Mourenx (64)

Présentée et soutenue publiquement à Nantes
Le 02 décembre 2016

Epidémiologie descriptive des patients non admis
aux urgences du CHU de Nantes

Président : Monsieur le Professeur Eric BATARD

Directeur de thèse : Madame le Docteur Leslie MERESSE-PROST

Composition du Jury

Président du jury :

Monsieur le Professeur Eric BATARD

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Matthieu BIAIS

Monsieur le Docteur Emmanuel MONTASSIER

Monsieur le Docteur Nicolas GOFFINET

Madame le Docteur Leslie MERESSE-PROST

Remerciements

A Madame le Docteur Leslie MERESSE-PROST, pour m'avoir permis de réaliser mon projet professionnel et pour m'avoir proposé ce travail de thèse, pour ton soutien et ton aide précieuse dans sa réalisation. Sois assurée de mon respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Eric BATARD, pour avoir accepté de participer à mon jury. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Matthieu Biais, pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Emmanuel MONTASSIER, pour avoir accepté de réaliser mon rapport de thèse et de participer à mon jury de thèse. Soyez assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Nicolas GOFFINET, pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Soyez assuré de ma gratitude.

A mes parents, pour votre soutien, votre patience, votre amour. Maman, pour tout ce que tu m'as apporté depuis mon enfance, dans ma vie et dans mes études. Tes efforts se concrétisent, une deuxième fois cette année, avec ton second fils. Papa, pour m'avoir toujours soutenu dans mes choix et avoir cru en moi. Merci de m'avoir donné l'opportunité de réaliser mes projets, dont celui d'être médecin. Merci pour les fautes d'orthographe.

A mon frère, Frédéric, pour ton soutien. Tu as toujours été un exemple pour moi. Sache que tu as beaucoup contribué à mon avenir professionnel et je t'en remercie. Merci pour le résumé en anglais. A ma belle-sœur Joanne, pour tous ces moments où nous nous sommes soutenus pendant nos études. Je te souhaite plein de bonheur au côté de mon frère ainsi que de votre magnifique fille Agathe.

A ma famille, Mamie Lola, Christophe, Francis, Grégoire, Nicole, Aude, Benjamin, Marco, Lili, André, Vincent, Claudine, Jacqui, Magalie, Damien, Mathieu et tous les copains Agenais. Merci à Gaby pour tous nos bons moments, et pour m'avoir toujours soutenu dans les mauvais. A tous mes maîtres de stage ainsi que les équipes paramédicales avec qui j'ai été formé. Une attention particulière au Dr Bigot, Dr Ramoul, Dr Tentillier, Dr Le Mouel, Dr Gireaudau, Dr Lamouliatte, Dr Lescaret. Merci à tous pour votre soutien, votre enseignement et votre amitié. Merci à tous mes amis de Bordeaux, Baptiste et sa famille, Simon, Guillaume, Gildas, Luzé, Pierre, Léo, Maeliss, Samou, Le Dam's, Fred, Yann, Polux, Moustache, Edouard, Soso, Adri, Lolo, Valou, Sagrada, Dewad, Ma'tin. Merci à Jean Paul et Grégoire pour m'avoir aidé à réaliser mon projet professionnel. Merci à mes cointernes, Qui, Charlotte, Marie, Stephen, Flo Gino. A tous mes amis d'enfance béarnais et basques, Nino, Cédric, Jules, Laurent, Toto, Fabien, Pomme, Lex, Bastien, Marjo, Didi, Sylvain et Luc (merci pour les schémas et tes réflexions sur ma thèse).

Plan

Introduction	7
I- Revue de littérature.....	8
1.1 Définition de l'urgence	8
1.2 Organisation des services d'urgences	10
1.3 La permanence des soins	12
1.4 Le patient « non-urgent ».....	15
II- Matériel et méthode	20
2.1 Type d'étude	20
2.2 Les objectifs de l'étude	21
2.3 Analyse statistique	22
III- Résultats	23
3.1 Temporalité des inclusions	23
3.2 Epidémiologie des patients inclus.....	25
3.3 Mode d'entrée des patients inclus.....	26
3.4 Admission des patients inclus.....	27
3.5 Motivation du choix de consultation	28
3.6 Prise en charge médicale et paramédicale des patients inclus	30
3.7 Orientation des patients inclus	33
3.8 Résumé des résultats	34
IV-Discussion	35
Conclusion.....	44
Annexes	45
Bibliographie.....	47
Serment d'Hippocrate.....	51
Statistiques	52
Résumé	54

Abréviations

15 : numéro de la régulation du SAMU/ Centre 15

AMPP : Aide Médicale Permanente à la Population

AT : Accident de Travail

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIMU : Classification Infirmière des Malades des Urgences

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

E.C.G : électrocardiogramme

IOA/IAO : Infirmier(e) Organisateur de l'Accueil

MMG : Maison Médicale de Garde

MRS : Mission Régionale de Santé

MT : Médecin Traitant

PDS : Permanence Des Soins.

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.

SAU : Service d'Accueil d'Urgences

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SpO2 : Oxymétrie de pouls

SU : Service d'Urgence

Introduction

Depuis plusieurs années, le nombre de consultations dans les services d'urgences ne cesse d'augmenter. L'attitude consumériste des patients ainsi que le manque de médecin de ville sont responsables d'un engorgement des urgences. Une option adoptée par les services d'urgence pour faire face à cette problématique est de ne pas admettre systématiquement tous les patients dans leur structure.

Beaucoup d'études ont analysé les caractéristiques des patients admis mais considérés comme « non urgents », se présentant aux urgences pour des motifs dit « non appropriés » ou relevant de la médecine générale. Aucune étude ne s'est intéressée aux patients non admis. En théorie, tout patient est systématiquement enregistré informatiquement puis bénéficie d'une consultation avec un médecin urgentiste. Dans un second temps, il peut être réorienté vers une structure autre car plus adaptée à sa demande.

La non admission d'un patient dans un service d'urgence est un acte délicat. La loi française mentionne l'obligation aux structures d'urgences de prendre en charge tout patient qui s'y présente. En pratique, certains patients quittent directement les urgences sans avoir été vu par un médecin et sans aucune trace de leur passage. Cet aspect pose un problème médico légal quant à la responsabilité de l'hôpital ainsi que celle du médecin. La non admission d'un patient doit être accompagnée d'une réorientation par un médecin, après entretien avec le patient, ainsi que la constitution d'un dossier informatique permettant de tracer le passage du patient.

Dans cette étude nous nous sommes intéressés à la population représentée par les patients non admis dès l'accueil dans le service d'urgence du centre hospitalier universitaire de Nantes, ainsi que sa prise en charge.

I. Revue de la littérature

Afin de comprendre la problématique de non admission des patients, nous définirons, dans un premier temps, les urgences et leurs épidémiologies. Dans un deuxième temps, nous présenterons l'organisation des services d'urgences. Dans un troisième temps, nous nous intéresserons à la permanence des soins. Enfin, nous étudierons les caractéristiques des patients considérés comme « non urgents ».

1.1 Définitions de l'urgence

Nous allons dans cette partie définir l'urgence ainsi que la classification utilisée dans les services d'urgences, puis présenter l'activité des urgences en France.

1.1.1 Dictionnaire

Le dictionnaire Larousse définit l'urgence comme une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. C'est une situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai et qui permet au juge de prendre certaines mesures par une procédure rapide [1].

1.1.2 Classification

Actuellement en France, il est utilisé dans les services d'accueil d'urgences (SAU) la Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée (CCMU) [2]. Cette échelle de cotation est renseignée par le médecin à la fin de la prise en charge du patient dans le service des urgences.

La CCMU 1 correspond à un patient ayant un état lésionnel et un pronostic fonctionnel jugés stables. La prise en charge du patient n'a nécessité ni acte complémentaire diagnostique, ni thérapeutique par le SMUR ou le service d'urgences.

La CCMU 2 correspond à un patient ayant un état lésionnel et un pronostic fonctionnel jugés stables. La prise en charge du patient a nécessité des actes complémentaires diagnostiques et thérapeutiques par le SMUR ou le service d'urgences.

La CCMU 3 correspond à un patient ayant un état lésionnel et un pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu de son pronostic vital.

La CCMU 4 correspond à un patient en situation pathologique engageant son pronostic vital. La prise en charge n'a pas nécessité de manœuvres de réanimation immédiate.

La CCMU 5 correspond à un patient en situation pathologique engageant son pronostic vital. La prise en charge a nécessité la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

La CCMU modifiée classe selon sept degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématicrite par micro méthode.

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle ont été ajoutées deux nouvelles classes :

- CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise.

- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

La Société Française de Médecine d'Urgence a défini un référentiel de l'IOA, la dotant d'outils validés pour assurer une classification des patients selon leurs besoins de prise en charge (CIMU : Classification Infirmière des Malades des Urgences). Dans l'étude de Taboulet [3], la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) utilise une échelle en 5 stades de complexité et de gravité croissantes. L'échelle CIMU était fiable d'un évaluateur à un autre. Le taux d'hospitalisation était corrélé au niveau de triage. Cette échelle permet de prédire la complexité et la sévérité d'un patient venu consulter aux urgences.

La mise en place d'outils de tris permet d'optimiser la prise en charge des patients. Devant l'augmentation du nombre de consultation aux urgences, de telles échelles permettent

d'accélérer les flux et donc de limiter l'engorgement des urgences. Nous allons dans la prochaine partie nous intéresser à l'activité des urgences en France.

1.1.3 Activité des urgences en France

En 2009, en France métropolitaine, nous comptons 648 structures d'urgences, assurant 16,9 millions de passages. L'augmentation a été de +1,3 % par rapport à 2008 (après une hausse de +1,9 % l'année précédente), pour une tendance d'augmentation annuelle moyenne de +4 % depuis 1996. 32 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et sept structures sur dix moins de 30 000. À l'autre extrémité, 19 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent plus de 40 % de l'ensemble des passages. Nous comptons par ailleurs 103 SAMU et 409 SMUR ayant réalisé 716 000 sorties en 2009, dont 95 % terrestres. Le SAMU compte 29 millions d'appels entrants ou sortants dont 12 millions ont donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical [4].

Le service des urgences du CHU de Nantes est l'un des plus importants en France. Sa fréquentation est de plus de 110.704 passages par an repartis en 75.567 adultes et 35.137 enfants, soit plus de 200 patients adultes par jour. Parmi les patients admis, 33% nécessitent une hospitalisation après leur passage à l'accueil des urgences [5].

1.2 Organisation des services d'urgences

Les services d'urgences nécessitent une organisation particulière pour orienter et prendre en charge de manière efficace les patients. Nous allons décrire dans un premier temps l'architecture puis le personnel médical et paramédical responsables de l'accueil.

1.2.1 Architecture des urgences

La zone d'accueil correspond au lieu où les patients se présentent dans le service d'accueil d'urgences (SAU).

Tous les patients se présentant au SAU sont accueillis dans une même zone d'accueil et d'orientation. L'entrée des malades arrivant à pied est séparée, jusqu'à l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA), de ceux arrivant en SMUR, ambulance ou accompagnés des pompiers. Cette zone permet à l'infirmière ou au médecin d'accueil, avant l'enregistrement administratif, d'examiner rapidement les malades, d'évaluer le degré d'urgence et d'orienter simultanément

plusieurs malades debout ou couchés, si possible par des circuits spécifiques, vers la zone de soin qui leur correspond [6].

La zone de soins comprend les salles d'examen, une zone de déchoquage appelée Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) ainsi que des boxes de consultations.

Les patients accèdent à la zone de soins par différents circuits appelés « debout » si le patient est valide, ou « couché » si le patient a une indication à être sur un brancard [6]. Il y est associé dans certains services un circuit dit « court » ou, *fast track* pour les anglo-saxons [7]. Cette filière est particulièrement efficace pour accélérer le flux notamment pour la traumatologie ou la pédiatrie [8].

La zone technique comprend les salles de radiologie conventionnelle ainsi que le laboratoire d'analyse. Ils peuvent être directement dans le service d'urgence ou à proximité dans l'hôpital [6].

L'orientation vers ses différentes zones est définie dès l'accueil par l'infirmier organisateur de l'accueil.

1.2.2 L'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA/IAO)

Depuis 2003 a été mis en place l'IOA dont la mission générale est de définir dès l'accueil les besoins de santé du patient et les priorités de soins en évaluant le niveau d'urgence. L'IOA décide du lieu le plus adapté aux besoins (salle d'urgences vitales, box de soins, salle d'attente...) en lien permanent avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux [9].

L'IOA n'a pas les compétences ni même l'autorité pour réorienter vers la ville de nombreux patients : Il ne s'agit pas de remplacer une infirmière par un médecin pour améliorer l'accueil aux urgences. L'infirmière est apte à accueillir et catégoriser les patients à partir de protocoles de service. Elle seconde le médecin senior, lui dégageant du temps indispensable pour devenir un véritable régulateur efficace de flux [10].

L'IOA évalue le caractère non-urgent selon des critères jugés insuffisants. Sur une étude réalisée aux Etats Unis en 1990, 106 patients auraient été refusés selon les directives de triage, 35 (33%) avaient consulté pour des motifs appropriés. Quatre ont été hospitalisés [11].

L'évaluation conjointe avec un médecin dès l'accueil est donc primordiale dans la prise en charge des patients se présentant aux urgences. C'est le rôle du médecin d'accueil et d'organisation.

1.2.3 Le Médecin d'Accueil et d'organisation (MAO)

Le MAO est présent dans la plupart des services d'urgences durant les horaires de jour. Il coordonne la prise en charge médicale, gère les flux de patients en limitant au maximum le temps d'attente en salle d'orientation et en salle de soins. Il est le médecin référent de l'infirmière d'accueil et d'orientation et coordonne l'orientation des patients après prise en charge médicale (hospitalisation, mutation, retour à domicile) [10].

Il centralise les informations médicales provenant des médecins extérieurs pour avis et orientation, les informations provenant du SAMU (admissions, procédures...). Il est en lien permanent avec l'IOA.

Il s'agit d'une fonction difficile qui nécessite d'être à la fois capable de conseiller sur les prises en charge médicales (médecin senior), d'avoir une vision globale et permanente de l'activité de service, de coordonner les différents professionnels du service. Il s'agit d'un manager.

Lorsque le MAO n'est pas présent, c'est le médecin de garde qui prend le relais pour seconder l'IOA, Notamment durant la période de permanence des soins.

1.3 La permanence des soins

La réorientation des patients non admis est plus délicate durant la fermeture des cabinets de ville. Dans cette partie, nous allons définir la permanence des soins ainsi que les maisons médicales de gardes qui assurent l'accueil des patients pendant la permanence des soins.

1.3.1 Définition

En France, la permanence des soins (PDS) est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins

notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux (à savoir entre 20h et 8h). Elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés. La loi française la reconnaît comme une « mission de service public » [12]. Elle repose essentiellement sur deux principes : la sectorisation des astreintes et le renforcement de la régulation libérale des appels.

Un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins publié en 2014 confirme une tendance générale à la baisse de la PDS. Seuls 2/3 des départements rapportent un taux de volontaires supérieur à 60%, sur près d'un tiers des territoires il y aurait moins de 10 volontaires pour assurer la permanence de soins [13]. La prise en charge des patients durant la PDS est donc alors assurée par les médecins urgentistes et régulateurs.

Selon une étude portant sur les usagers des urgences réalisée par la DREES en 2003, la fréquentation aux urgences est pratiquement identique la semaine et le week-end [14]. De plus, l'étude nous montre que la fréquentation est plus importante hors PDS, pour tout âge confondu.

En effet, 21% des personnes ont eu recours aux services d'urgence la nuit (arrivée aux urgences entre 20 h et 8 h, soit 50 % du temps) et 28 % le week-end, période où la fréquentation reste donc globalement égale à celle des jours de semaine.

Une étude réalisée par Gentile s'intéresse à l'attitude et au comportement des usagers des urgences [15], à travers un questionnaire qui était disponible dans une CPAM. Il a analysé le recours aux urgences devant une urgence ressentie. Pendant la permanence des soins, ils sont près de 24,8 % à recourir à un dispositif d'urgences soit près de trois fois plus que pendant la journée. Parmi eux, 80,4 % vont directement dans un service d'urgences, 10,7 % appellent le 15 (SAMU) et 8,9 % les pompiers. Toutefois, ils restent majoritaires (49,5%) à déclarer recourir à la médecine ambulatoire : 46,4 % d'entre eux appellent SOS médecin, 18,8 % un médecin de garde, ils sont 33 % à patienter jusqu'au lendemain.

1.3.2 Les Maisons Médicales de Garde (MMG)

Les difficultés rencontrées pour pouvoir assurer aux malades une permanence de soins, et la saturation des services d'urgence hospitaliers motivent la création de maisons médicales [18].

Une maison médicale de garde, ou MMG, se définit comme un lieu fixe assurant des consultations de médecine générale. Elles fonctionnent uniquement aux heures de la permanence des soins et assurent une activité de consultation médicale non programmée [16].

Elle devra signer une convention avec la ou les structures d'urgence de proximité pour définir l'offre de soins respective proposée à la population sur le territoire et garantir une coordination des structures.

Elle répond à un besoin précis et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la Mission Régionale de Santé (MRS). Elle s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins et les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire dans ce domaine. Son accès devrait être en grande partie médicalement régulé (SAMU).

À l'instar des autres acteurs territoriaux de la prise en charge non programmée, elle pourra également participer au réseau des urgences.

Selon l'état des lieux de la permanence des soins au premier janvier 2014 réalisé par l'ordre national des médecins, les MMG couvrent 27,5% des territoires de PDS [13]. De moins en moins de départements enregistrent un taux de volontaires supérieur à 60%.

Selon l'étude de J.F. Lamarchi en 2003, 72 % des patients reçus dans la MMG avaient des bons motifs de recours à la PDS, 26,8 % auraient dû avoir recours à leur médecin traitant et 1,2 % auraient dû se rendre au SAU en première intention [17].

Les maisons médicales de garde peuvent permettre de réduire l'afflux dans les SAU comme l'explique JY Grall dans ses rapports de 2006 et 2007 [18]. Il nous explique que les MMG se révèlent être une solution d'avenir quant au maintien de la permanence de soins ambulatoires. Elles permettent une remédicalisation du milieu rural, une réimplication des professionnels dans la permanence des soins, une meilleure filière dans la prise en charge des patients en collaboration étroite avec les services d'urgences hospitaliers. Ces Maisons Médicales sont des points fixes de consultation de médecine générale et s'intègrent pleinement dans l'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP) qui semble être la réponse la plus adaptée à la demande de soins ou d'avis médicaux non programmés en ambulatoire.

Il semble que très peu de patients connaissent l'existence des MMG ce qui les conduit à venir consulter aux urgences durant la permanence des soins. Un travail de thèse s'intéressant au devenir des patients réorientés vers les MMG retrouve que 93% d'entre eux n'avait jamais entendu parler des MMG [19].

1.3.3 CAPS de Nantes

Le CAPS de Nantes est une MMG proche des urgences de l'Hôtel Dieu. Les patients accèdent au CAPS par un appel au centre 15 et après avis médical ou orientation par le service des urgences.

Le CAPS est ouvert du lundi au vendredi de 20h à minuit; le samedi de 14h à minuit ainsi que le dimanche et les jours fériés de 9h à minuit.

1.4 Le patient « non-urgent »

Les patients non admis sont représentés par la population se présentant aux urgences mais ne relevant pas d'une consultation en structure d'urgence. Il existe des patients qui se présentent spontanément dans les services d'urgences pour des motifs non médicaux tels que la demande d'accès au plateau technique pour la réalisation d'examen complémentaires qui pourraient être réalisés en externe. Nous allons dans cette partie décrire les patients considérés comme « non-urgents ». Dans un premier temps, nous chercherons à définir le patient « non-urgent » puis, dans un second temps, les caractéristiques épidémiologiques de ces patients. Enfin, nous analyserons les motifs puis les motivations des patients « non-urgents ».

1.4.1 Définir le patient « non-urgent »

Il paraît très difficile de définir le caractère non urgent des patients. Suivant les études, le terme de consultation non urgente ou inappropriée n'a pas la même définition. [20-21]. La question «Quelle est l'utilisation appropriée d'un service d'urgences?» est une question de politique de santé.

En effet, il n'existe pas de gold standard pour définir l'urgence. Le taux de consultation non urgente varie donc d'une étude à l'autre suivant les variations de sa définition.

Si l'on se base sur une classification clinique comme la CCMU, on peut considérer que les 2 premiers degrés (CCMU 1 et CCMU 2) relèvent d'une prise en charge extra hospitalière [22]. Or, 83% à 97% des admissions aux urgences répondent à ce critère [23-24].

Devant l'absence de critères fiables permettant d'identifier un patient « non-urgent », nous allons analyser leurs caractéristiques épidémiologiques pour tenter de mieux comprendre leur venue aux urgences.

1.4.2 Profils des patients « non-urgents »

Beaucoup d'études ont étudié l'épidémiologie des patients non-urgents mais toujours après admission dans le service d'urgence [25-26]. Il n'existe pas à notre connaissance d'article qui étudie les patients non admis dès l'accueil et réorientés sans être admis dans le service d'urgence.

Un nombre important de patients se présentent spontanément, sans avis médical préalable, avec des motifs dont la sévérité est faible. Une étude menée à Agen en 2002 retrouve que 73,5% des patients viennent aux urgences spontanément dont 83,6% sont codés CCMU 1 ou 2. 17,2% n'ont nécessité ni acte diagnostique, ni acte thérapeutique spécifique [27].

Dans certaines études, l'âge et le sexe sont des facteurs prédictifs d'une consultation inappropriée aux urgences [28].

Une étude de Gentile a étudié les patients réorientés dès le triage et retrouve un sex-ratio à 1,4 et un âge moyen de 36,3 +/- 11,7 ans [29].

Une autre étude de Gentile retrouve une population relativement jeune (38,3 ans ± 16,2), plutôt masculine (sex-ratio = 1,2) et 82,8% déclarent avoir un médecin traitant [26].

L'étude de Ladner en 2003 retrouve que les patients jeunes, actifs professionnellement ont tendance à consulter facilement les services d'urgences [30].

L'étude de Carret et al tend à démontrer que le taux de consultations inappropriées est plus élevé chez les jeunes femmes [31].

Dans l'étude de Bianco et al parue en 2003 sur une population de 541 patients, l'âge jeune et le sexe féminin sont des facteurs significatifs pronostiquant une consultation inappropriée [32].

1.4.3 Motifs médicaux de recours aux urgences

Nous allons analyser, aux travers d'autres études retrouvées dans la littérature, les motifs de consultations des patients « non-urgents ».

Dans l'étude de Gentile réalisée en 2008 sur les patients identifiés comme relevant de la médecine générale, la moitié des motifs de consultation sont traumatologiques [33].

Dans une autre étude de Gentile réalisée à l'hôpital nord de Marseille, les deux motifs de recours les plus cités sont la douleur (40 %), les traumatismes et/ou plaies (19,6 %) [20].

Une étude réalisée en 2002 a expérimenté des consultations de médecine générale au sein du SAU. Les motifs de consultations étaient la petite traumatologie (18%), les infections ORL (11%), les affections dermatologiques (10%), la douleur (10%) l'attente d'un certificat (6%), un état d'anxiété ou d'asthénie (5%) et une douleur dentaire (5%) [34].

1.4.4 Motivations de la venue aux urgences

De nombreux travaux ont étudié les motivations des patients souhaitant une consultation dans le service d'urgence [35-28-33]. La plupart des études sont réalisées auprès de patients admis dans les urgences. D'autres études ont été réalisées hors structures d'urgences.

Dans l'étude de Gentile réalisée en 2008, dans 76% des cas, le patient a décidé seul de son recours au SU, mais un tiers avait auparavant cherché à contacter un médecin. Les principaux motifs de consultation sont la douleur (55,3%), l'accès au plateau technique (37,6%) et la difficulté à obtenir un rendez-vous en ville (22,3%) [33].

Dans l'étude réalisée par la DRESS en 2003, parmi les motifs proposés par l'enquêteur, les cinq les plus fréquemment cités sont en effet : « l'hôpital est l'endroit le plus proche » (47 %), « vous pensiez devoir faire des examens » (44 %), « vous pensiez avoir besoin d'un avis ou d'une intervention spécialisés » (43 %), « vous aviez besoin que votre problème soit réglé rapidement pour des raisons personnelles » (38 %), enfin « vous pensiez que c'était grave et que l'on devrait peut-être vous hospitaliser » (32 %).

Les quatre raisons suivantes (pas de médecin ou médecin absent, traitement en cours sans amélioration et pas d'avance de frais) ne concernent que 10 à 16 % des patients, et les quatre dernières (récidive d'un problème, souhait d'accéder à un autre service de l'hôpital, besoin d'une attestation médicale et besoin d'un avis médical), chacune 8 à 5 % d'entre eux [36].

L'étude de Northington en 2005 analyse les motivations de 563 patients considérés « non urgents ». 66% des patients dans cette étude ne connaissent pas d'alternative aux urgences pour le problème de santé qui les concerne [37].

Les patients consultent au SAU comme une alternative à la médecine de ville, soit parce que leur médecin était absent, soit parce qu'ils n'ont pas de médecin traitant. Pour l'étude de la DREES ils représentent 14% des usagers des urgences [15].

Dans les autres pays, cette tendance se confirme. Une étude américaine publiée en 1985 retrouve que 14,1% des patients se présentant aux urgences pour des raisons inappropriées n'ont pas de médecin traitant [38].

1.4.5 Réorientation des patients

La réorientation en France et à l'étranger est un acte courant mais manquant souvent d'encadrement. Dans l'étude réalisée en 2012 par M. Marchetti, sur 169 médecins urgentistes, 83% pratiquent la réorientation [39]. Le problème est que les patients réorientés ne sont pas systématiquement enregistrés informatiquement après leur passage à l'accueil des urgences. De ce fait, il n'y a pas de trace de leur passage posant un problème médico-légal. Faute d'outil de tri performant, la non admissions des patients peut conduire au renvoi hors des urgences de patients pouvant secondairement s'aggraver [40].

L'existence de patients «abusant» du système de soins n'est pas un phénomène nouveau. En 1849 déjà, un auteur du Lancet se plaignait de «l'admission indiscriminée de patients au sein des institutions charitables» [41]. Un siècle et demi plus tard, le renvoi de tels patients vers des structures de soins ambulatoires apparaît comme une solution rationnelle au problème de l'engorgement.

Une étude de Gentile a évalué la volonté des patients non urgents à être réorientés vers une MMG. Plus de deux tiers des répondants (68%) étaient prêts à être réorientés vers une MMG [42].

Il n'y a pas de suivi de ces patients réorientés. Une fois que le patient a quitté le SAU, il a le choix de suivre le conseil de réorientation ou non. Le professionnel de santé se doit tout

de même de prendre contact avec la structure vers laquelle le patient est réorienté, ce qui n'est pas toujours le cas.

Il y a très peu de travaux réalisés sur le devenir des patients réorientés. Un travail de thèse réalisé aux urgences de Saint-Camille portant sur le devenir des patients réorientés retrouve que 36% d'entre eux ont consulté dans une MMG. Ce chiffre correspond à 51% des patients qui avaient effectivement accepté la réorientation vers la MMG [19]. En conclusion, environ la moitié des patients acceptants d'être réorientés vers une MMG s'y rendent réellement.

II. Matériel et Méthode

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective, mono-centrique observationnelle et descriptive.

2.1.1 Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée du 10 août au 10 septembre 2015, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, dans le service des urgences du CHU de Nantes.

Le premier contact se faisait avec l'IAO ou le MAO qui remplissaient une feuille de recueil en demandant directement les renseignements aux patients évalués non-urgents et en les informant de leur inclusion dans l'étude (*Annexe 1*). Les patients pouvaient refuser de participer. Les patients admis dans un second temps étaient exclus de l'étude.

Après informatisation des feuilles de recueils, nous avons rassemblé les données collectées dans un fichier Excel®.

2.1.2 Formulaire patient

2.1.2.1 Critères d'inclusions

Les critères d'inclusions étaient tous les patients non admis, âgés de plus de 15 ans et 3 mois, dans le service des urgences du CHU de Nantes dès l'accueil, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

2.1.2.2 Données recueillies

Le recueil des données s'est fait au moyen d'un formulaire rempli par l'IAO ou le MAO à l'accueil des urgences (*Annexe 1*) comprenant :

- une partie « patient » renseignant le sexe, l'âge, la date de présentation au SU, l'heure de présentation au SU, la personne qui l'a adressé (lui même, un professionnel de santé et le 15 auquel cas pouvait être précisé le moyen, sapeurs pompiers ou ambulance),

- une partie « admission informatique » renseignant si le patient a bénéficié ou non d'une admission informatique,
- une partie « motif de la consultation » remplie en texte libre,
- une partie « motivation de la venue au SU » sous forme d'items pré définis (veut un conseil médical, présence d'un plateau technique, ouverture 24h/24h, nécessité d'un ressenti d'hospitalisation, impossibilité de consultation MG rapide, pas de médecin traitant, pas d'avance de frais et autre)
- une partie « prise en charge » renseignant qui a vu le patient (IAO, MAO, médecin de garde) et les horaires,
- une partie « orientation » renseignant sur l'orientation (type de professionnel, personne prenant la décision).

2.2 Les objectifs de l'étude

2.2.1 Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'incidence des patients non admis aux urgences de Nantes.

2.2.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- évaluer la proportion des patients non admis par le personnel médical versus paramédical,
- évaluer les motifs de consultations des patients non admis aux urgences,
- évaluer la motivation des patients non admis sur leur choix de consulter aux urgences,

- évaluer l'orientation des patients non admis.

2.3 Analyse statistique

Les données cliniques ont été informatisées après recueil sur les formulaires standardisés. La saisie des formulaires a été réalisée sur tableur Excel.

Les données quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne +/- écart type, ou de médiane et extrême, incidence en fonction des tests statistiques utilisés.

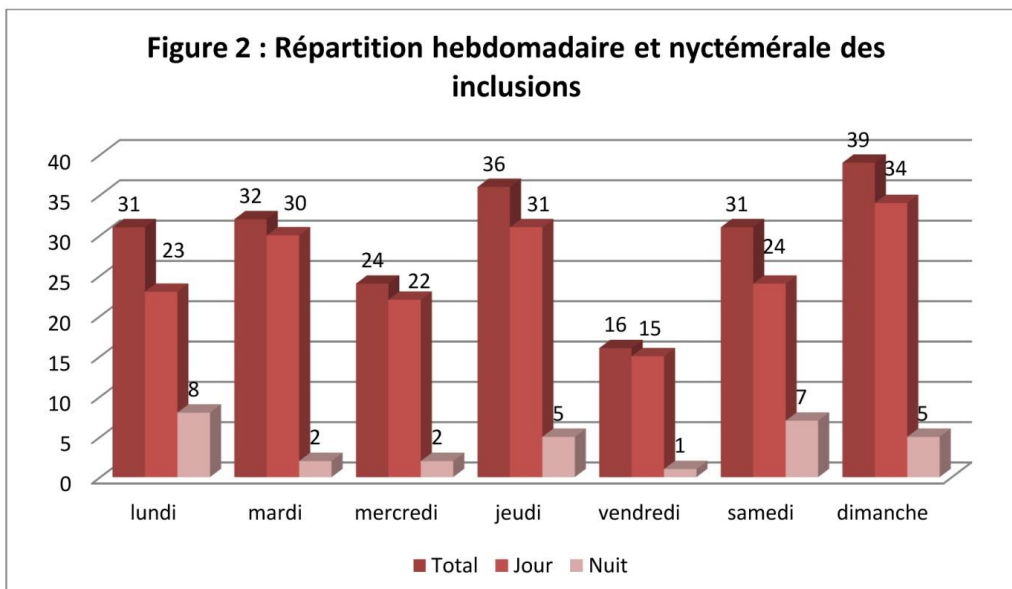
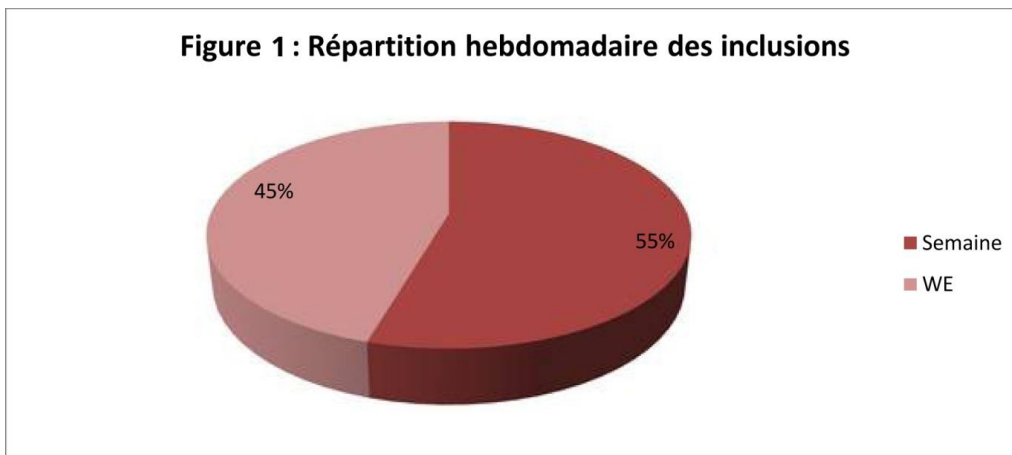
Les logiciels utilisés pour les statistiques étaient Xlstats® et Epi Info®.

III. Résultats

Sur la période d'inclusion, 209 patients ont été inclus soit 3,3% des patients admis aux urgences (6402 patients au total).

3.1 Temporalité des inclusions

Par convention, la semaine commence le lundi à 8h00 et se termine le vendredi à 18h. Les jours fériés sont inclus dans le week-end (WE) et commencent la veille du jour férié à 18h et se terminent le lendemain du jour férié à 8h00. Sur la période d'étude, 114 (55% + IC 95%) patients ont été inclus la semaine et 95 (45% + IC 95%) le WE (figure 1).



Par convention, le jour commence à 8h00 et se termine 18h. Sur la période d'étude, 179 (86% + IC 95%) patients ont été inclus le jour et 30 (14% + IC 95%) la nuit (figure 3).

Figure 3 : Répartition nyctémérale des inclusions

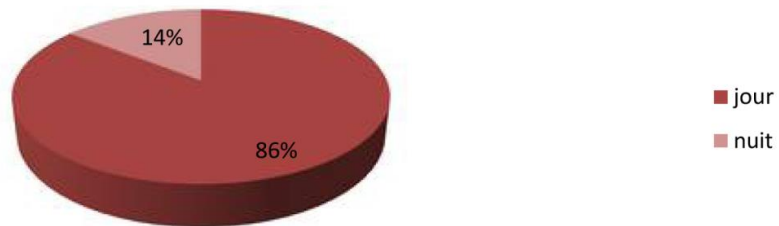
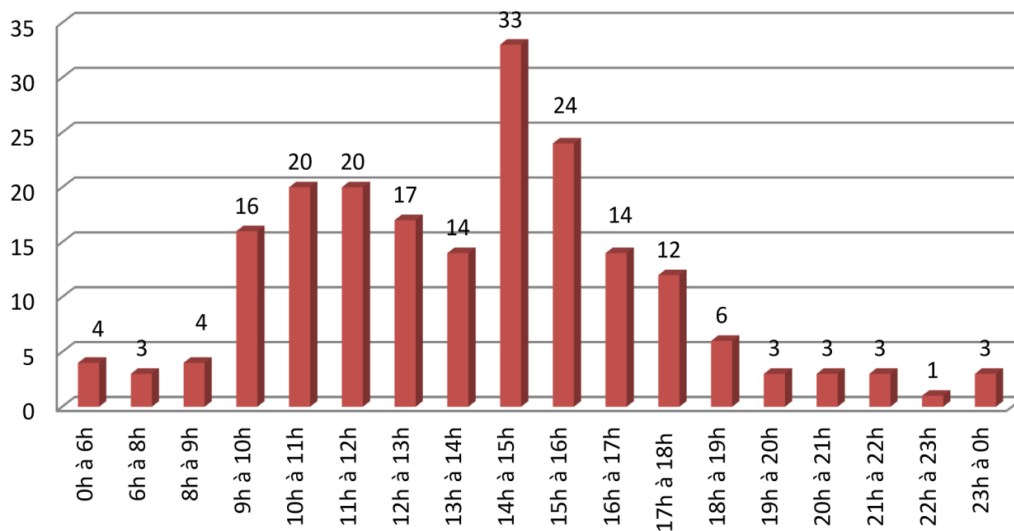
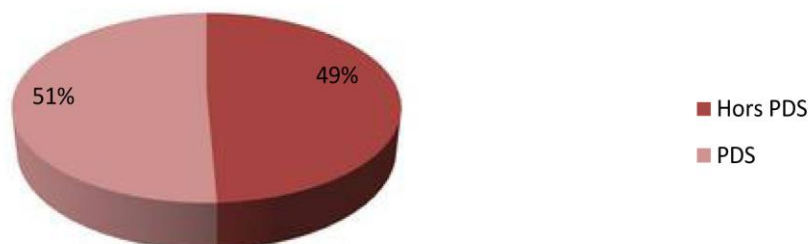


Figure 4 : Répartition nyctémérale des inclusions



Par convention, la permanence des soins (PDS) a été définie comme les périodes de fermetures habituelles des cabinets libéraux soit la nuit et le WE. Sur la période d'étude, 106 (51% + IC 95%) patients ont été inclus sur la PDS et 103 (49% + IC 95%) hors PDS (figure 5).

Figure 5 : Répartition des inclusions sur la PDS



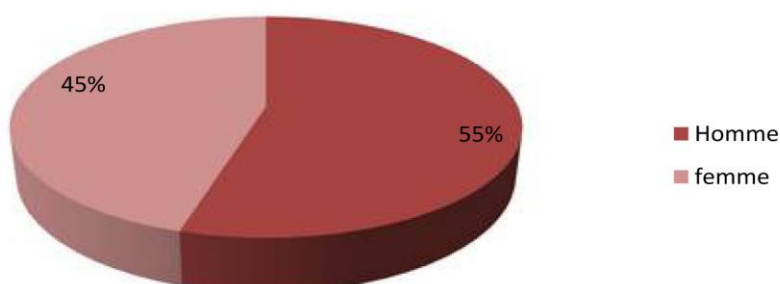
3.2 Epidémiologie des patients inclus

Les patients inclus étaient pour 114 (55% + IC 95%) d'entre eux des hommes âgés en moyenne de 37.9 +/- 1.4 ans et 95 (45% + IC 95%) des femmes âgées en moyenne de 39 +/- 1.8 ans (figure 6).

Tableau 1 : Statistiques descriptives des âges des patients inclus

Echantillon	Fréquence	Minimum	Premier Quartile	Médiane	Troisième quartile	Maximum
femme	95	16	23	37	52	81
homme	114	15	27	34	48	84
total	209	15	25	35	49,5	84

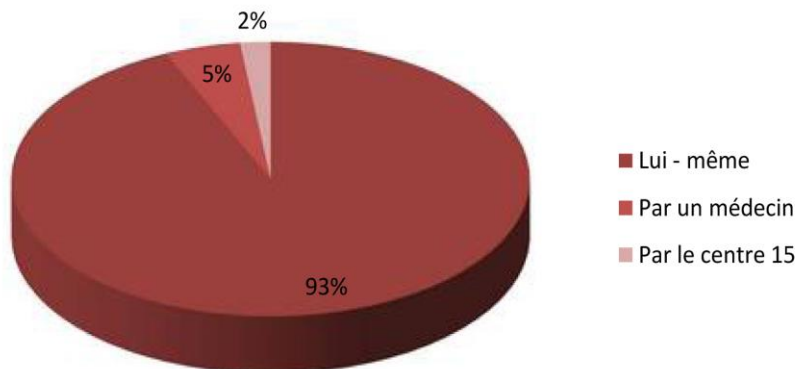
Figure 6 : Sexe des patients inclus



3.3 Mode d'entrée des patients inclus

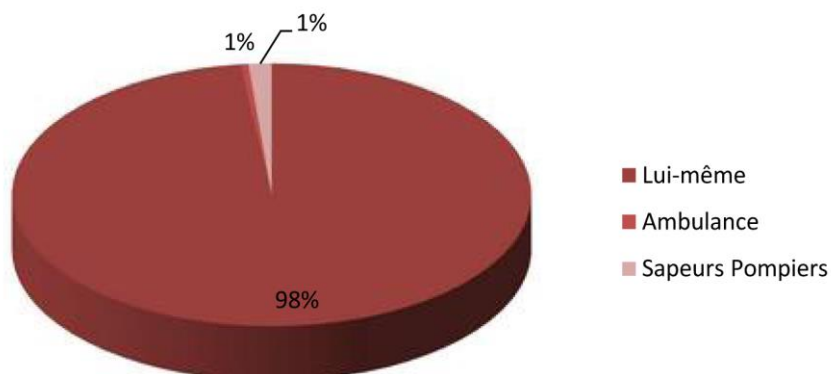
Les patients inclus se sont rendu aux urgences sur leur propre initiative pour 196 (93% + IC 95%) d'entre eux, 9 (5% + IC 95%) étaient adressés par un médecin et 4 (2% + IC 95%) par le centre 15 (*figure 7*).

Figure 7 : Personne adressant les patients inclus



Les patients inclus se sont rendus aux urgences par leurs propres moyens pour 205 (98% + IC 95%) d'entre eux. 1 (1% + IC 95%) patient a été emmené en ambulance et 3 (1% + IC 95%) par les sapeurs-pompiers (*figure 8*).

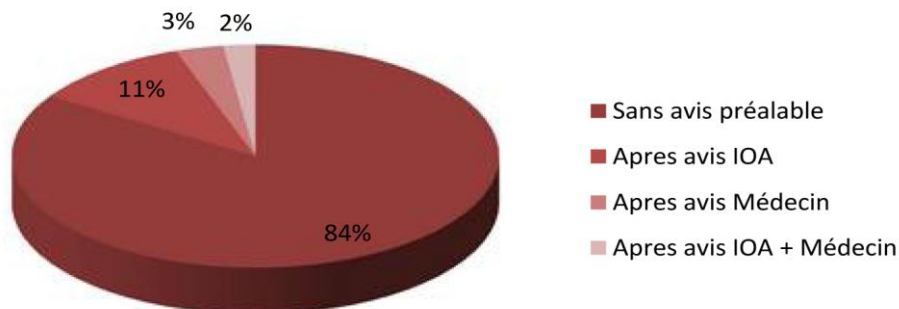
Figure 8 : Mode d'arrivée des patients inclus



3.4 Admission des patients inclus

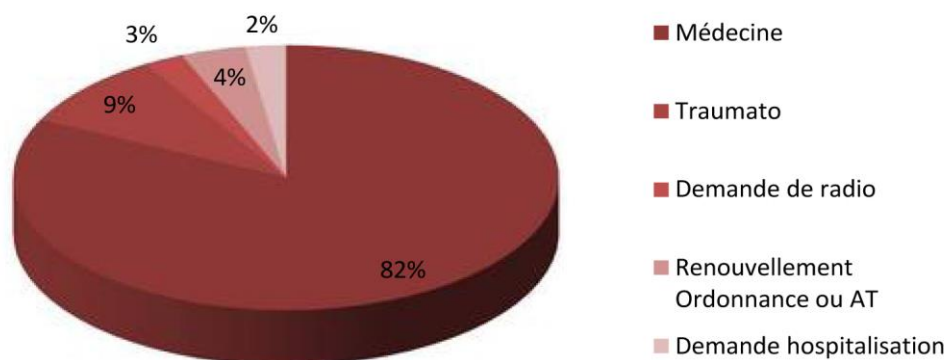
188 patients inclus ont réalisé leur admission informatique au secrétariat soit 89.9% des patients inclus. Parmi ces derniers, 158 (84% + IC 95%) l'ont fait sans avis médical ou paramédical préalable, 20 (11% + IC 95%) après avis de l'IOA, 6 (3% + IC 95%) après avis du MAO et 4 (2% + IC 95%) après avis conjoint de l'IOA et du MAO (*figure 9*).

Figure 9 : Admission informatique



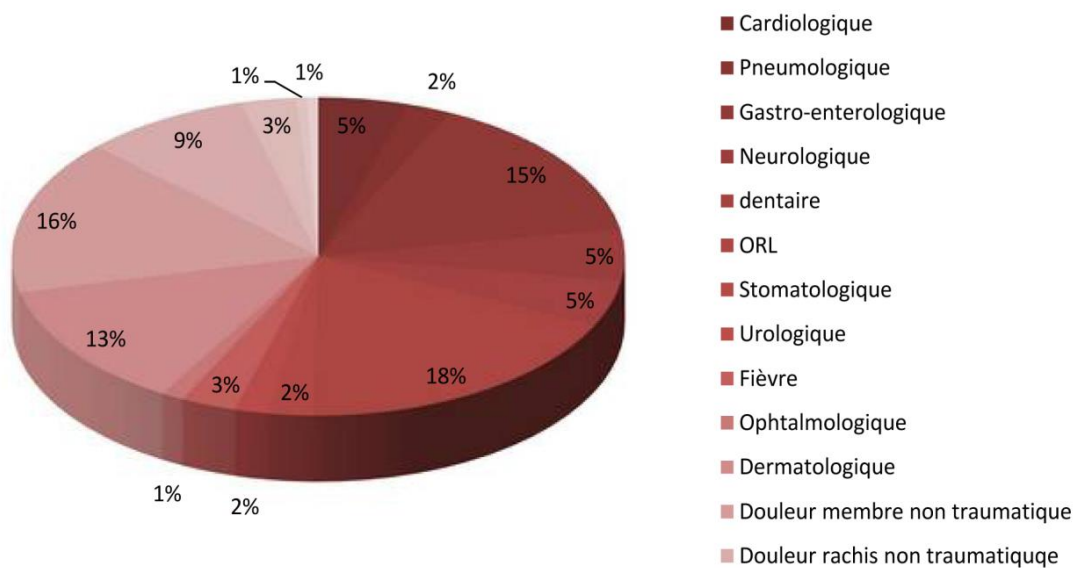
Les motifs d'admission étaient pour 19 (9% + IC 95%) patients inclus une pathologie traumatique, pour 5 (3% + IC 95%) une demande de radiographie prescrite par un médecin généraliste, pour 8 (4% + IC 95%) une demande de renouvellement d'ordonnance ou d'arrêt de travail et enfin pour 171 (82% + IC 95%) une pathologie médicale non traumatique (*figure 10*). 53 patients inclus ont consulté pour une symptomatologie évoluant depuis plus de 8 jours soit 25.4% des patients inclus.

Figure 10 : Motifs de consultation des patients inclus



Parmi les motifs médicaux non traumatiques : 8 (5% + IC 95%) concernaient une pathologie d'origine cardiaque, 4 (2% + IC 95%) pneumologique, 26 (15% + IC 95%) gastro-entérologique, 8 (5% + IC 95%) dentaire, 4 (2% + IC 95%) stomatologique, 31 (18% + IC 95%) ORL, 2 (1% + IC 95%) ophtalmologique, 22 (13% + IC 95%) dermatologique, 42 (22% + IC 95%) douloureuse (27 membres, 15 rachis). Enfin, 5 (3% + IC 95%) patients ont consulté pour sensation fébrile sans fièvre, 1 pour une hypoglycémie non constatée à l'admission et 1 accident d'exposition au sang datant de plus de 48 heures (*figure 11*).

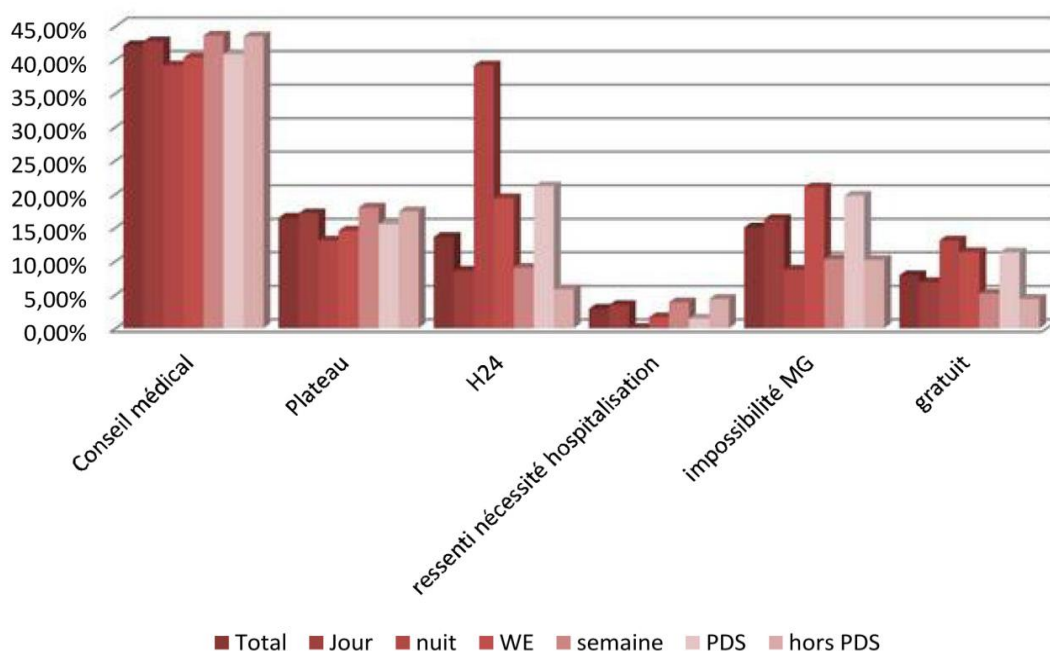
Figure 11 : Motifs des consultations médicales des patients inclus



3.5 Motivation du choix de consultations

140 des patients inclus ont renseigné la motivation du choix des urgences du CHU. Plusieurs choix possibles pouvaient être renseignés par les patients. La question était posée de manière ouverte. 59 (42% + IC 95%) ont déclaré vouloir un conseil médical. 23 (16% + IC 95%) ont choisi le CHU pour son plateau technique, 19 (14% + IC 95%) pour le caractère ouvert 24 heures sur 24 et 4 (3% + IC 95%) désiraient une hospitalisation. 21 (15% + IC 95%) déclaraient ne pas avoir pu contacter de médecin généraliste et 27 (19% + IC 95%) ne pas avoir de médecin traitant. 11 (8% + IC 95%) ont choisi le CHU pour la gratuité des soins (*figure 12*).

Figure 12 : Motifs du choix des urgences en % de patients inclus selon les périodes définies



La recherche de conseil médical était évoquée par 50 patients ayant consulté le jour, 9 la nuit, 34 la semaine, 25 le WE, 35 pendant la PDS et 34 en dehors de la PDS.

La recherche du plateau technique était évoquée par 20 patients ayant consulté le jour, 3 la nuit, 14 la semaine, 9 le WE, 11 pendant la PDS et 12 en dehors de la PDS.

La disponibilité 24 heures sur 24 était évoquée par 10 patients ayant consulté le jour, 9 la nuit, 7 la semaine, 12 le WE, 11 pendant la PDS et 12 en dehors de la PDS.

Le ressenti de nécessité d'hospitalisation était évoqué par 4 patients ayant consulté le jour, 0 la nuit, 3 la semaine, 1 le WE, 1 pendant la PDS et 3 en dehors de la PDS.

L'impossibilité de joindre un médecin généraliste était évoquée par 19 patients ayant consulté le jour, 2 la nuit, 8 la semaine, 13 le WE, 14 pendant la PDS et 7 en dehors de la PDS.

L'absence de médecin traitant était évoquée par 24 patients ayant consulté le jour, 3 la nuit, 18 la semaine, 9 le WE, 9 pendant la PDS et 18 en dehors de la PDS.

La gratuité des soins était évoquée par 8 patients ayant consulté le jour, 3 la nuit, 4 la semaine, 7 le WE, 8 pendant la PDS et 3 en dehors de la PDS.

Tableaux 2 : Motifs des choix des urgences du CHU de Nantes

	Jour		nuit	
	n	%	n	%
Inclusion	179	NC	30	NC
Non renseigné	62	NC	7	NC
Conseil médical	50	42,7%	9	39,1%
Plateau	20	17,1%	3	13%
H24	10	8,6%	9	39,1%
Ressenti hospitalisation	4	3,4%	0	0,0%
Impossibilité MG	19	16,2%	2	8,7%
Pas de MT	24	20,5%	3	13%
Gratuit	8	6,8%	3	13%

	Semaine		WE	
	n	%	n	%
Inclusion	114	NC	95	NC
Non renseigné	36	NC	33	NC
Conseil médical	34	43,6%	25	40,3%
Plateau	14	18%	9	14,5%
H24	7	9%	12	19,4%
Ressenti hospitalisation	3	3,9%	1	1,6%
Impossibilité MG	8	10,3%	13	21%
Pas de MT	18	23,1%	9	14,5%
Gratuit	4	5,1%	7	11,3%

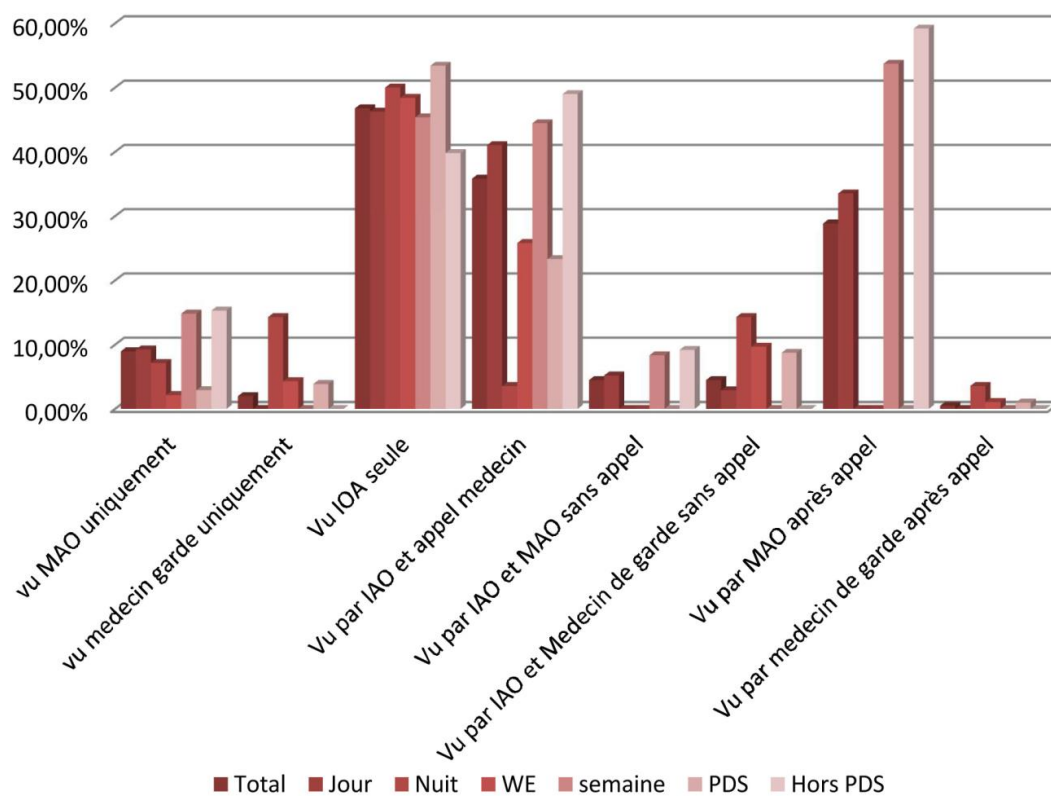
	PDS		Hors PDS	
	n	%	n	%
Inclusion	106	NC	103	NC
Non renseigné	35	NC	34	NC
Conseil médical	29	40,9%	30	43,5%
Plateau	11	15,5%	12	17,4%
H24	15	21,1%	4	5,8%
Ressenti hospitalisation	1	1,4%	3	4,4%
Impossibilité MG	14	19,7%	7	10,1%
Pas de MT	9	12,7%	18	26,1%
Gratuit	8	11,3%	3	4,4%

3.6 Prise en charge médicale et paramédicale des patients inclus

Sur les 209 patients inclus, la prise en charge médicale et paramédicale n'était pas renseignée pour 8 d'entre eux. 179 patients ont été vus par l'IOA dont 94 uniquement par elle. 18 patients ont été vus par le MAO uniquement, 4 par le médecin de garde uniquement. 72

patients ont été vus par IAO qui a appelé le médecin qui a vu le patient dans 59 cas (58 par le MAO, 1 par le médecin de garde) dans un délai moyen de 7.2 +/- 12 minutes (n= 17) avec une médiane à 5 minutes.

Figure 13 : Avis paramédical et médical en % de patients inclus selon les périodes définies



179 patients ont été vus par l'IOA : 156 le jour, 23 la nuit, 93 la semaine, 86 le WE, 94 sur la PDS et 85 hors PDS. 94 patient n'ont été vus que par l'IAO : 80 le jour, 14 la nuit, 49 la semaine, 45 le WE, 55 sur la PDS et 39 hors PDS.

18 patients ont été vus par le MAO uniquement : 16 le jour, 2 la nuit, 16 la semaine, 2 le WE, 3 sur la PDS et 15 hors PDS.

72 patients ont été vus par IOA qui a appelé le médecin : 71 le jour, 1 la nuit, 48 la semaine, 24 le WE, 24 sur la PDS et 48 hors PDS. Après appel, 59 ont été vus par un médecin : 58 le jour, 1 la nuit, 58 la semaine, 1 le WE, 58 sur la PDS et 1 hors PDS.

Tableaux 3 : Avis paramédical et médical

	Jour		nuit	
	n	%	n	%
Inclusion	179	NC	30	NC
Non renseigné	6	NC	2	NC
Vu IOA	156	90,2%	23	82,1%
Vu MAO uniquement	16	9,3%	2	7,1%
Vu médecin garde uniquement	0	0,0%	4	14,3%
Absence de contact médical - décision IAO seule	80	46,2%	14	50%
Vu par IAO et appel médecin	71	41%	1	3,6%
Vu par IAO et MAO sans appel	9	5,2%	0	0,0%
Vu par IAO et Médecin de garde sans appel	5	2,9%	4	14,3%

	Semaine		WE	
	n	%	n	%
Inclusion	95	NC	114	NC
Non renseigné	2	NC	6	NC
Vu IOA	86	92,5%	93	86,1%
Vu MAO uniquement	2	2,6%	16	14,8%
Vu médecin garde uniquement	4	4,3%	0	0,0%
Absence de contact médical - décision IAO seule	45	48,4%	49	45,4%
Vu par IAO et appel médecin	24	25,8%	48	44,4%
Vu par IAO et MAO sans appel	0	0,0%	9	8,3%
Vu par IAO et Médecin de garde sans appel	9	9,7%	0	0,0%

	PDS		Hors PDS	
	n	%	n	%
Inclusion	106	NC	103	NC
Non renseigné	3	NC	5	NC
Vu IOA	94	91,3%	85	86,7%
Vu MAO uniquement	3	2,9%	15	15,3%
Vu médecin garde uniquement	4	3,9%	0	0,0%
Absence de contact médical - décision IAO seule	55	53,4%	39	39,8%
Vu par IAO et appel médecin	24	23,3%	48	49%
Vu par IAO et MAO sans appel	0	0,0%	9	9,2%
Vu par IAO et Médecin de garde sans appel	9	8,7%	0	0,0%

3.7 Orientation des patients inclus

Sur les 209 patients, 167 ont été orientés pour une prise en charge en externe : 85 (42% + IC 95%) vers un médecin généraliste, 47 (23% + IC 95%) vers le CAPS, 14 (7% + IC 95%) vers SOS médecin, 3 (1% + IC 95%) vers un dentiste, 13 (6% + IC 95%) vers des spécialistes (figure 14). Dans 5 cas, le médecin a appelé le correspondant avant de laisser le patient repartir. Pour 56 (33% + IC 95%) patients la décision a été prise par l'IOA seule, pour 63 (38% + IC 95%) par un médecin (MAO ou médecin de garde) et pour 48 (29% + IC 95%) la donnée n'était pas renseignée (figure 15).

Figure 14 : Orientation des patients inclus

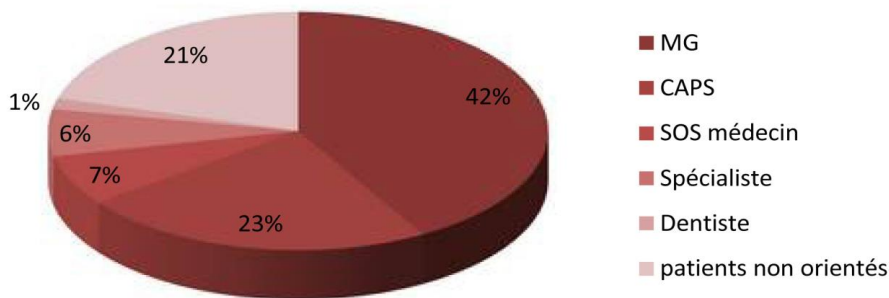
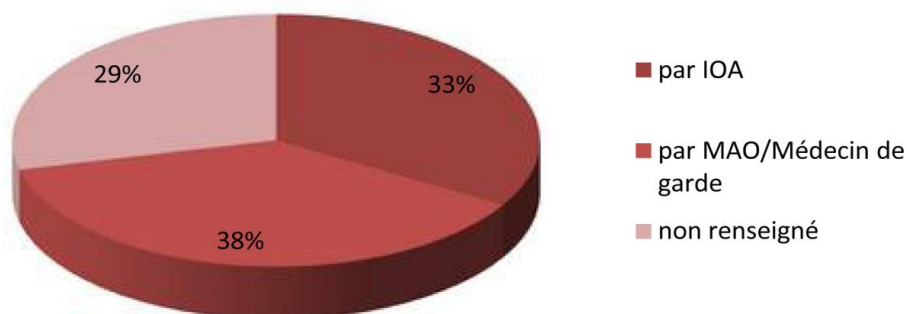


Figure 15 : Décision d'orientation des patients inclus



3.8 Résumé des résultats

POPULATION ELIGIBLE

6402 patients de plus de 15 ans et 3 mois enregistrés dans le service d'urgence de Nantes du 10/08/15 au 10/09/15, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

INCLUSION

209 inclus : incidence de patients non admis = 3,3%.

86% le jour.

55% la semaine.

51% pendant la PDS et 49% hors PDS.

84% enregistrés informatiquement sans avis de l'IOA ou du médecin.

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

Âges et sexe :

55% d'hommes âgés en moyenne de 37.9 +/- 1.4 ans.

45% de femmes âgées en moyenne de 39 +/- 1.8 ans.

Modes d'arrivée :

93% ont pris eux même la décision de se rendre aux urgences.

98% sont venus par leur propre moyen.

Motivation des patients :

- Conseil médical : 40%
- Accès au plateau technique : 15%
- Ouverture 24h/24 : 10% journée, 20% nuit et PDS, 4% hors PDS).
- Ressenti d'hospitalisation : 4%
- Médecin traitant injoignable : 10% journée et hors PDS, 20% nuit et PDS.
- Pas de médecin traitant ; 20%
- Gratuité des soins : 5% la journée, 10% nuit, weekend, jours fériés et PDS.

Motifs de recours aux urgences :

- Médical : 82%
- Traumatique : 9%
- Demande de radiographie : 3%
- Renouvellement d'ordonnance ou AT : 4%
- Demande d'hospitalisation : 2%

PRISE EN CHARGE A L'ACCUEIL

80% des patients inclus ont été réorientés : 42% vers le MT, 23% vers le CAPS, 7% vers SOS médecin, 6% vers un spécialiste, 1% vers un dentiste.

Avis paramédical et médical : 49% vu par l'IAO seul, 30% vu par le médecin après appel.

Décision d'orientation : 33% par le médecin, 29% par l'IAO, 38% non renseignés.

IV. Discussion

Nous allons analyser nos résultats en débutant par la description épidémiologique de notre population puis nous analyserons les motifs et motivations de consultations. Enfin, nous analyserons la prise en charge des patients non admis.

Dans un premier temps, nous allons examiner les résultats concernant l'épidémiologie de notre population aux travers de l'incidence puis de l'âge et du sexe. Ensuite, nous analyserons les variations nycthémérales et hebdomadaires des inclusions, le mode d'entrée, les motifs et les motivations des patients non admis aux urgences.

Sur notre période d'inclusion, l'incidence des patients non admis dans le service d'urgence a été de 3 patients sur 100. Ce chiffre reste relativement faible si nous comparons avec ceux de la littérature. Certaines études retrouvent une incidence de 14% à 17% de patients qui auraient pu bénéficier d'une consultation de médecine générale [14-27]. Nous pouvons expliquer cette différence par plusieurs aspects spécifiques à notre étude. Premièrement, les études réalisées ont défini le caractère « non-urgent » des patients au terme de leur prise en charge. Dans notre étude, le caractère « non-urgent », et donc l'inclusion, était défini dès le premier contact. Les motifs inadaptés de recours aux urgences sont facilement identifiables par l'IAO. Pour exemple, la situation d'un patient qui se présente avec une ordonnance de radiographie en espérant un accès au plateau technique ne relève clairement pas d'une prise en charge médicale. Néanmoins il est très difficile mettre en place un protocole permettant d'identifier dès l'accueil un patient « non-urgent » car comme nous le rappelle la littérature, il n'y a pas d'échelle de tri fiable pour écarter une urgence [20-21]. L'anticipation de l'IAO à identifier un patient ne nécessitant ni acte diagnostique ni thérapeutique (CCMU 1) est donc très subjectif. La décision devrait se faire conjointement entre l'IAO et le médecin pour évaluer au mieux l'indication de non admission. Cela implique que le MAO soit présent à l'accueil pour évaluer tous les patients entrant. Une étude menée par Marion NOYELLE a évalué la présence médicale à l'accueil du CHU de Nantes. Dans cette étude, seulement 17% des patients entrant sont vu par le MAO. Il faudrait donc favoriser la présence du MAO à l'accueil en augmentant les effectifs durant les périodes d'affluences, à savoir la journée. Le MAO pourrait s'impliquer pleinement dans sa tâche d'accueil des patients ainsi que leur orientation. Enfin, l'incidence peut être sous évaluée du fait des patients « non-urgent » admis dans le service d'urgence. Nous aurions pu évaluer dans un second temps les patients « non-urgent » admis par erreur sur la période de notre étude pour

rendre notre résultat plus représentatif. Deuxièmement, le caractère mono-centrique de notre étude amène à étudier une population citadine et non rurale. La population présente dans les villes est en partie composée de personnes qui ne sont pas systématiquement originaires de la ville où l'étude est menée (les étudiants, les voyageurs, les touristes, etc.). Ils n'ont donc pas accès à leur médecin traitant lorsque survient un problème aiguë. Nous pouvons de même penser que les patients vivants dans le secteur rural ont moins tendance à consulter aux urgences. Les hôpitaux périphériques couvrent des territoires plus larges qu'en ville. Le recours aux urgences est donc moins systématique pour les patients des zones rurales qui ont plus tendance à contacter leur médecin traitant en première intention. Nos résultats sont donc fortement sous estimés si on compare avec l'incidence rapportée dans la littérature. L'élargissement de l'étude aux hôpitaux périphériques dans le cadre d'une étude multicentrique rendrait les résultats plus représentatifs de la population générale en palliant notre biais de sélection.

Nous allons analyser le profil des patients non admis au travers de deux caractéristiques épidémiologiques : l'âge et le sexe. Nous n'avons volontairement pas inclus dans le questionnaire des questions délicates à poser dans ce contexte de réorientation sans prise en charge tels que le niveau socio-économique ou le niveau d'étude des patients. La population des patients non admis aux urgences était équilibrée en ce qui concerne le sexe. La moyenne d'âge de 38 ans était sensiblement la même pour les deux sexes. Il n'y avait pas de différence significative de la répartition nyctémérale en fonction de l'âge ou du sexe des patients. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature. Les patients ayant recours au service d'urgence pour des motifs inadaptés sont jeunes, sans lien significatif avec le sexe [26-30-31-32-42]. Nous pouvons expliquer ces résultats par le fait que les patients jeunes présentes moins de comorbidités que les tranches d'âges supérieures. Ils sont donc moins susceptibles de se compliquer et de ce fait, facilement identifiables comme « non urgent ». Ils n'ont que très rarement recours aux médecins généralistes du fait de leurs rares antécédents, et l'absence de renouvellement d'ordonnance. Enfin, beaucoup de patients inclus étaient des étudiants qui consultent leur médecin traitant dans leur ville d'origine.

Nous allons nous intéresser aux variations hebdomadaires et nyctémérales des inclusions ainsi que leurs modes d'entrée. Seulement 1 patient sur 7 a été inclus la nuit. L'étude réalisée par la DREES en 2003 confirme la tendance des patients à plus consulter la journée [14]. La fréquentation des services d'urgences est certes plus importante la journée mais notre résultat s'explique aussi par l'absence de MAO la nuit. Le médecin de garde n'assurant l'accueil que sur appel de l'IAO, beaucoup moins de patient ont été non admis la nuit par rapport à la journée. La moitié des patients ont été inclus pendant les week-ends et la

PDS. Si nous analysons ces résultats, les patients non admis semblent utiliser les urgences comme une alternative aux cabinets de médecine générale fermés durant ces périodes. Les patients étant plutôt jeunes, leurs emplois du temps les amènent plus à consulter le soir, en dehors de leurs horaires de travaux. Ils pratiquent des activités le week-end susceptibles d'entraîner un recours aux urgences (activités sportives). Ces résultats nous amènent à remettre en cause l'efficacité d'un MAO présent uniquement la journée. La présence d'un MAO de 20h à minuit pourrait permettre d'augmenter le nombre de patient non admis le soir. Nous allons analyser le mode d'entrée des patients inclus. Seulement 1 patient sur 10 a été adressé par un médecin ou le 15. Les patients adressés hors PDS par les médecins de ville sont très rarement non admis par les praticiens hospitaliers. Cette bienséance confraternelle peut avoir influé sur nos résultats. Le MAO reçoit en pratique les appels des médecins de ville qui adressent les patients. Dans notre étude, 5% des patients ont été adressés par un médecin. Nous pouvons penser que certain médecin de ville n'appelle pas les urgences ou le 15 pour discuter l'indication de recours au service d'urgence. Il faudrait donc sensibiliser les médecins de ville à contacter les urgences ou le 15 avant de les adresser pour discuter l'indication voire les alternatives possibles à une consultation aux urgences.

Nous allons nous intéresser à présent aux motifs de consultations. Nous avons répartis les motifs de consultations en causes traumatologique, médicale, dentaire, demande de radiographie, renouvellement d'ordonnance, demande d'arrêt de travail et enfin demande d'hospitalisation.

Nous constatons que 1 patient sur 10 a consulté pour une cause traumatologique ne relevant pas d'une consultation aux urgences. Dans la littérature, la cause traumatologique représente la moitié des patients identifiés comme non urgent [33]. Pour ce motif, un grand nombre de patients ne nécessitent ni l'accès au plateau technique tel que la radiologie, ni un acte diagnostic ou thérapeutique à réaliser en structure d'urgence. Ceci peut s'expliquer par la tendance des services d'urgences à sur prescrire des radiographies. Le but étant d'écartier rapidement une fracture tout en réduisant le temps d'attente du patient. Avec l'obligation de moyen, les médecins urgentistes présentent de plus une crainte médico-légale à ne pas réaliser cet examen dans un contexte traumatique. Une autre explication est l'emploi de circuit dit « court ». Cette filière est très efficace pour accélérer le flux, notamment pour la traumatologie donc souvent mise en place dans les services d'urgences ayant à gérer des flux importants [8]. Une étude réalisée aux CHU de Nantes par Pauline BELNOUE a retrouvé que 56% des patients admis au circuit debout l'était pour un motif traumatologique. Nos résultats retrouvent que 8 patients sur 10 se présentent à l'accueil pour des motifs somatiques. La douleur est en règle générale le symptôme le plus fréquemment évoqué par les patients. Les

trois autres principaux motifs de consultations médicales sont des pathologies fréquentes en médecine générale. A savoir par ordre décroissant, les causes ORL, gastro-entérologiques et dermatologiques. Ces résultats semblent concordants avec la littérature. Une étude réalisée en 2002 expérimentant des consultations de médecine générales au sein du SAU retrouve des résultats similaires [34]. La prise en charge de la douleur peut être une indication d'admission aux urgences mais cela dépend de son intensité. L'échelle visuelle numérique (cotée de 0 à 10) est un moyen utilisé pour évaluer le degré de la douleur ressentie par le patient. Nous pouvons émettre l'hypothèse que des valeurs faibles de cette échelle seraient un argument supplémentaire de non admission suivant le contexte associé. Au même titre que la douleur, les pathologies fréquentes en médecine générale peuvent être gérées par les médecins généralistes (SOS médecin, MMG). L'urgence ressentie par les patients pourrait expliquer leur recours aux urgences sans avis préalablement recherché auprès d'un médecin généraliste. Prenons l'exemple des douleurs dentaires qui sont en pratiques gérables par les médecins de villes. Les services d'urgences ne sont pas compétents dans la prise en charge des pathologies dentaires, toutefois les patients viennent consulter dans le but d'être soulagés rapidement. La prise en charge de la douleur dentaire devrait être mieux anticipée par les dentistes pour éviter le recours aux urgences de leur patient. La création d'ordonnance de dentiste avec une conduite à tenir en fonction de la douleur (éventuellement stipulant l'absence de dentiste aux urgences) pourrait être une solution pour diminuer l'incidence des pathologies dentaires aux urgences. De plus, il existe encore un manque d'information auprès de la population générale sur des cabinets dentaires qui assurent des consultations durant la PDS. Enfin, nos résultats rapportent que 1 patient sur 10 s'est présenté aux urgences pour un motif inadapté (demande de radiographie, renouvellement d'ordonnance, demande d'arrêt de travail et demande d'hospitalisation). Ce mésusage des urgences peut s'expliquer par un problème d'information des médecins auprès des patients. Une explication claire et adaptée aurait pu éviter à ces patients de se présenter aux urgences pour ces motifs inadaptés. Enfin, les patients non admis semblent consulter pour des motifs « non-urgent » par manque d'information sur l'organisation du système de soin.

Nous allons analyser l'ancienneté des motifs de consultation. Dans notre étude, 1 patient sur 4 s'est présenté aux urgences pour des pathologies évoluant depuis plus de huit jours. Il est fréquent que les pathologies chroniques ne représentent pas pour les urgentistes un caractère « urgent ». Une des faiblesses de notre étude est de ne pas connaître le devenir des patients non admis. Nous ne pouvons pas affirmer avec certitude que tous les patients inclus ne relevaient pas d'une consultation aux urgences. Une solution à ce problème serait de mettre en place des critères de non admission validés permettant d'écarter formellement le caractère

urgent du motif de consultation et ainsi justifier la réorientation des patients. Il serait intéressant de mettre en place une étude visant à démontrer un lien entre l'ancienneté du motif de consultation et le caractère non urgent de ce dernier. Cette étude permettrait d'apporter un argument validé de non admission de patient. Peut être pourrions nous démontrer que son passage aux urgences n'a ni amélioré, ni aggravé sa situation. Il faudrait pour cela connaître le devenir des patients réorientés en réalisant un recueil d'information téléphonique à distance.

Nous allons nous intéresser aux motivations des patients non admis à consulter aux urgences. Nous analyserons comme motivations les besoins d'un conseil médical, d'un recours au plateau technique, le ressenti d'hospitalisation et enfin l'absence d'avance de frais. Sur les 209 patients inclus dans l'étude, 140 ont renseignés leurs motivations. Nous avons donc un biais d'information car 1 patient sur 3 n'a pas renseigné sa motivation. La principale motivation pour près de la moitié des patients non admis est le besoin d'un « conseil médical » toute période confondue. Pour le besoin d'un avis médical, nous retrouvons dans la littérature des résultats similaires avec 43% des usagers exprimant le besoin d'un avis médical [14]. Un conseil médical ne justifie pas une consultation aux urgences. La réorientation vers un médecin généraliste est une solution à apporter à ces patients ne nécessitant pas d'acte diagnostic ou thérapeutique. A l'inverse, les résultats sont discordants pour le ressenti d'hospitalisation avec des pourcentages plus élevés dans la littérature que dans notre étude. Dans seulement 5% des cas, les patients inclus ont ressenti un besoin d'hospitalisation. Les patients non admis semblent représenter une population ne désirant pas forcément être hospitalisée, ni bénéficier d'examen complémentaire, mais bien d'avoir un avis médical rapide. Nous pouvons donc interpréter que leur degré d'urgence ressentie était faible. Il aurait été intéressant de mesurer le degré d'urgence ressentie des patients non admis par une échelle de 0 à 10 par exemple. Les patients ayant exprimé le besoin d'un recours au plateau technique représentent aussi une minorité de notre population (1 patient sur 7). Une des hypothèses serait que ces patients se présentent aux urgences dans le but d'accéder directement aux examens d'imagerie, de biologie, voire d'avis spécialisé sans consulter préalablement leur médecin traitant. La solution que nous proposons est la réorientation vers leur médecin traitant. Il faudrait sensibiliser les patients sur l'importance du médecin traitant dans la coordination des soins. Ce dernier devrait en contre parti éduquer ses patients sur le bon usage qu'ils doivent avoir des urgences pour éviter la surcharge. Les médecins urgentistes pourraient, au même titre que les spécialistes hospitaliers, organiser des rencontres avec les médecins généralistes pour discuter de ces problèmes rencontrés. Au travers d'un débat, les médecins généralistes seraient sensibilisés à l'importance de l'éducation de leurs patients sur le parcours de soins. Une des principales limites de cette proposition est que 1 patient sur 5

ayant renseigné le formulaire n'avait pas de médecin traitant. L'éducation de ses patients semble donc très compliquée, d'autant plus qu'ils n'ont que très rarement recours à un médecin. Selon la DREES, 14% des usagers des urgences consultent au SAU comme une alternative à la médecine de ville, soit parce que leur médecin était absent soit parce qu'ils n'ont tout simplement pas de médecin traitant [14]. 1 patient sur 3 a consulté la nuit pour le caractère ouvert 24 heures sur 24 contre seulement 1 sur 10 la journée. 1 patient sur 5 évoque cette même motivation durant la PDS contre 4% hors PDS. Les patients non admis consultent donc plus lorsque les médecins de villes ne sont pas disponibles. Seulement 1 patient sur 10 a déclaré ne pas arriver à joindre un médecin hors PDS contre 1 sur 5 pendant la PDS. Ces chiffres sont similaires à la littérature avec 20% des patients qui déclarent avoir eu des difficultés à obtenir un rendez-vous en ville [33]. Il y a logiquement plus de patients qui n'ont pas pu joindre un médecin pendant la PDS. En effet, 10% à 20% des patients disent ne pas avoir eu de médecin au téléphone. Notre population ne semble pas avoir eu recours au 15. La régulation médicale téléphonique aurait apporté l'information aux patients sur les alternatives aux urgences tels que les MMG. La littérature nous rapporte que seulement 10% des patients se présentant aux urgences pendant la PDS a appelé le SAMU [15]. Nous pouvons penser qu'une réponse à cette problématique serait de promouvoir l'utilisation du centre grâce à des campagnes d'affichage dans les salles d'attentes. Des affiches devant les urgences pourraient informer les patients de l'existence des MMG, leurs horaires d'ouverture et leurs localisations. Dans les prochaines années, les patients pourront ainsi rechercher de manière plus systématique un avis médical téléphonique avec le 15 sans se déplacer aux urgences. En Aquitaine, l'ARS a lancé une campagne de communication régionale en partenariat avec les fédérations hospitalières, les médecins, les professionnels des urgences et l'Assurance maladie [45]. Cette campagne intitulée « Urgences : à consommer avec modération » a pour objectifs d'informer les patients sur le rôle du 15 : dans quels cas appeler (urgences 24h/24, conseil médical en dehors de l'ouverture des cabinets médicaux), les solutions apportées (conseil médical, mise en relation avec le médecin de garde la nuit, les week-ends et jours fériés, orientation vers un service d'urgence) et de les sensibiliser au fait de ne pas se déplacer directement aux urgences mais d'appeler le 15 au préalable pour être orienté en fonction de la situation. Nous n'avons actuellement pas assez de recul pour évaluer l'efficacité de cette campagne. Nous allons nous intéresser à l'absence d'avance de frais. Cette motivation à se présenter aux urgences est évoquée deux fois plus lors des horaires de fermeture des cabinets de villes que la journée. Nos résultats peuvent être sous estimés par la réticence de certains patients à dévoiler leurs problèmes financiers. Les patients ont la notion que les tarifs de nuit sont plus élevés en libéral en dehors des horaires d'ouverture. Aux urgences, les honoraires ne

sont jamais présentés aux patients. Bien qu'il y ait une avance de frais à faire auprès des médecins libéraux, le remboursement est dans tous les cas systématique. Remettre une facture aux patients côtés CCMU 1 et 2 pourrait éventuellement sensibiliser les patients au coût que représente leur prise en charge aux urgences. L'éducation de la population sur cette problématique financière est encore une fois à travailler. Les médecins devraient plus rappeler à leur patients que les frais médicaux sont remboursés de la même manière hors et pendant la PDS.

Après avoir étudié l'épidémiologie ainsi que les motifs et les motivations des patients inclus, nous allons nous intéresser aux proportions de patients n'ayant pas bénéficié d'admission informatique puis les proportions de non admission médicale et paramédicale. Enfin nous analyserons la réorientation des patients non admis à l'accueil.

Nous allons étudier la proportion des patients ayant bénéficié d'une admission informatique. Dans notre étude, 1 patient sur 10 n'a pas bénéficié d'admission informatique. Il existe un problème de traçabilité au sein des archives de l'hôpital pour les patients qui ne sont pas enregistrés informatiquement. Comme le stipule l'article R712-74 du code de santé publique issu du décret du 9 mai 1997, « *Les établissements de santé [] doivent faire tenir dans le service ou l'unité de proximité un registre chronologique continu, dont le modèle est arrêté par le ministre chargé de la santé, sur lequel figurent l'identité des patients accueillis par le service ou par l'unité de proximité, le jour, l'heure et le mode de leur arrivée, l'orientation ou l'hospitalisation, le jour et l'heure de sortie ou de transfert hors du service ou de l'unité de proximité.* » [43]. Nous constatons que la majorité des patients non admis ont bénéficié d'une admission informatique sans avis préalable d'un professionnel de santé. Pour être en accord avec la loi, la totalité des patients devraient être admis informatiquement ce qui résoudrait le problème de traçabilité. Nous pourrions de ce fait noter dans le dossier qui a vu le patient, vers où il a été réorienté et si il y a eu un appel vers la structure de réorientation. La création par les informaticiens d'un formulaire pré rempli avec des menus déroulants assurerait l'intégration des renseignements associés à un gain de temps pour le personnel. Il faut donc sensibiliser le personnel des urgences à cet aspect médico-légal à l'aide de réunions de services ou encore de courriers internes. Nous pourrions proposer que tout patient se présentant aux urgences soit admis informatiquement dès son arrivé. Ce n'est que dans un second temps qu'il serait vu par l'IAO et le MAO puis éventuellement réorienté.

Nous allons analyser la proportion des patients non admis par le personnel médical versus le personnel paramédical. Nos résultats nous montrent que la moitié des patients n'ont pas été admis par l'IAO sans avis médical. Un peu moins de la moitié des patients non admis

l'a été après avis téléphonique seul auprès du médecin. La majorité des patients sont donc réorientés sans avoir été vu par un médecin ou sans son avis. La réorientation d'un patient sans avis médical pose un problème médico-légal. La mission des services d'urgences français, régie par l'article R 712-65 du code de santé publique issu du décret du 9 mai 1995, est d'accueillir 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 toute personne se présentant en situation d'urgence et de la prendre en charge. *L'unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences [] accueille sans sélection tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et procède à son examen clinique* » [44]. Selon les textes de loi, le patient non admis se présentant aux urgences doit donc absolument être vu par un médecin notamment pour être réorienté vers un autre professionnel de santé. Notre étude montre que ce n'est pas le cas au CHU de Nantes pour près de la moitié des patients non admis. Le médecin est donc dans l'obligation de voir le patient pour éventuellement le réorienter. En moyenne, 1 patient non admis sur 10 est vu par le médecin de garde après appel de l'IAO durant la PDS. Le manque de disponibilité du médecin de garde la nuit explique ces résultats. Le médecin de garde qui assure la prise en charge des patients dans le service ne peut pas assurer une présence permanente à l'accueil. Nous pouvons nous poser la question de la mise en place d'un MAO durant la PDS. L'augmentation des effectifs avec la mise en place d'un MAO jusqu'à minuit permettrait d'étudier le bénéfice de sa présence sur la prise en charge des patients non admis et leur réorientation dans un cadre légal optimal.

Nous allons pour terminer analyser la réorientation des patients non admis. Dans l'ensemble des patients non admis, la réorientation par un professionnel de santé n'était pas renseignée pour 20% d'entre eux. Ce biais d'information a pu influencer sur nos résultats. De plus, ce problème de traçabilité remet en cause le fait que tous nos patients ont bien été réorientés. La décision d'orientation a été prise pour la moitié des patients par un médecin et pour l'autre moitié par l'IAO. Pour rappel, la décision d'orientation est un acte médical. Ces résultats sont concordants avec les résultats de décision de non admission sus cités. Autrement dit, la moitié des patients sont non admis et réorienté par l'IAO sans avis médical. La saturation des services d'urgences ainsi que le manque de disponibilité des médecins contribue à ce phénomène. En effet, l'IAO prend dans de nombreux cas la décision à la place du médecin dans l'objectif d'accélérer le flux et de ne pas solliciter des médecins souvent débordés. Afin de pallier ce problème médico-légal, il faudrait que les médecins voient systématiquement les patients puis qu'ils renseignent informatiquement l'orientation du patient avant sa sortie, au même titre que les patients admis dans les urgences.

Près de la moitié des patients ont été réorientés vers un médecin généraliste contre un quart vers le CAPS (MMG attachée au CHU de Nantes). La population générale se présente plus aux urgences le jour que la nuit, il y a donc moins de patients réorientés vers les MMG pendant la PDS que vers les médecins de villes assurant les consultations la journée. L'absence d'un MAO la nuit explique aussi le faible taux de patients réorientés durant cette période. La question de mise en place d'un MAO pendant la PDS se repose donc. Le MAO serait susceptible d'orienter plus de patient vers les MMG pendant la PDS que le médecin de garde. Il faudrait réaliser une étude analysant le nombre de patients réorientés par un MAO présent durant la PDS pour évaluer le bénéfice de sa présence jusqu'à minuit. Une solution complémentaire serait la mise en place d'affiches indiquant les MMG à l'entrée des urgences. Ainsi les patients seraient informés dès leur arrivée de l'alternative à une consultation en service d'urgence. La mise en place de cabinet de consultation voire de MMG au sein des urgences pourrait permettre d'apporter une solution à ces patients consultant pour des motifs fréquemment rencontrés en médecine générale. Cela permettrait aux médecins généralistes d'assurer leur garde de PDS au sein même des services d'urgences. Ceci éviterait la réorientation vers les MMG parfois éloignées des services d'urgences. Une étude de Gentile s'est intéressée à l'avis des patients « non urgent » sur l'acte de réorientation [33]. Les patients sont favorables à une réorientation mais cela implique des pré-requis. Tout d'abord, il faut que le médecin rencontre le patient pour assurer une confiance relationnelle en vue de la réorientation. Enfin, le rôle informatif du médecin est primordial sur la réorientation qu'il pratique. Une des faiblesses de notre étude est que nous ne connaissons pas le devenir du patient. Il aurait été intéressant de comptabiliser le nombre de patient ayant effectivement suivi la proposition de réorientation du médecin. Comme nous le montre le travail de thèse réalisé aux urgences de Saint-Camille, seulement la moitié des patients qui avaient accepté la réorientation vers la MMG ont bien consulté [19]. L'appel téléphonique auprès de la structure où le patient est réorienté pourrait améliorer ces chiffres. Il permettrait d'assurer au patient qu'il est bien attendu, ce qui renforcerait sa motivation à consulter immédiatement. Dans notre étude, l'appel téléphonique vers un correspondant n'a été fait que 5 fois sur l'ensemble des patients réorientés, ce qui est très insuffisant. Il faudrait donc mieux former les médecins urgentistes à l'acte de réorientation pour améliorer son efficacité ainsi que des d'éviter les éventuels problèmes médico-légaux qu'il implique.

La plupart de nos résultats semblent conformes à la littérature. Notre travail a permis d'apporter des propositions en vue d'améliorer la prise en charge des patients non admis en structure d'urgence.

Conclusion

Ces dernières années, le nombre de passage dans les services d'urgences ne cesse d'augmenter. La réorientation des patients « non-urgents » permet de réduire l'engorgement des services d'urgences.

Les patients non admis aux urgences du CHU de Nantes étaient représentés par une population jeune, ayant peu recours aux cabinets de ville. Les motivations de leur recours aux urgences étaient pour la plupart le besoin d'un avis médical rapide. Nous avons observé que les patients se présentaient pour des motifs de consultations relevant essentiellement de la médecine générale. Ce mésusage des urgences est augmenté de manière significative durant la permanence des soins.

Une des solutions serait la mise en place de campagne visant à sensibiliser la population générale aux alternatives possibles aux urgences. Des affiches présentes dans les salles d'attentes et à l'entrée des urgences informeraient les patients de l'existence des maisons médicales de garde, SOS médecin ou encore la possibilité d'un avis médical permanent par le 15.

Une autre alternative intéressante serait la mise en place de cabinet de consultation de médecine générale au sein des urgences comme cela est déjà le cas dans certains hôpitaux. Cette option permettrait aux patients de bénéficier d'une prise en charge par un médecin généraliste qui est plus pertinente pour répondre à une pathologie ne relevant pas d'une prise en charge urgente.

Notre étude révèle des défaillances dans la prise en charge des patients non admis. Les patients n'ont pas toujours été réorientés par un médecin et dans certain cas, il n'y avait pas de constitution d'un dossier médical témoignant leur passage. Ce défaut de traçabilité serait pallié par la création systématique d'un dossier informatique renseigné par le médecin avant la sortie du patient des urgences. Les équipes des urgences doivent donc être mieux formées à la prise en charge des patients non admis pour éviter les problèmes médico-légaux. Cette formation pourrait être incluse dans la formation des urgentistes, des IAO, ainsi que par des notes de services destinées au personnel des urgences.

Enfin, nous pourrions proposer comme amélioration la non mutualisation du MAO pour favoriser son activité à l'accueil ainsi que sa présence jusqu'à minuit.

Annexes

Annexes 1 : Formulaire de recueil des patients non admis

Patient non admis au SU

Patient : Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Age : date de présentation au SU : heure de présentation au SU : Adressé par : <input type="checkbox"/> lui même <input type="checkbox"/> professionnel de santé Feuille de régulation 15 : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> Ambulance

Admission informatique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Etiquette
apres avis IOA <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
apres avis MAO <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Motif de la consultation :

Motivation de la venue au SU :
<input type="checkbox"/> Veut un conseil médical
<input type="checkbox"/> Présence d'un plateau technique
<input type="checkbox"/> Ouverture 24/24
<input type="checkbox"/> Nécessité d'un ressenti d'hospitalisation
<input type="checkbox"/> Impossibilité de consultation MG rapide
<input type="checkbox"/> Pas de médecin traitant
<input type="checkbox"/> Pas d'avance de frais
<input type="checkbox"/> Autre :

PEC :
vu par IOA <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
appel MAO <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure :
vu par le MAO <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure :
vu par medecin de garde <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure :

Orientation :
VERS : <input type="checkbox"/> Médecin généraliste contacté : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> CAPS contacté : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Dentiste
<input type="checkbox"/> autre : contacté : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
PAR <input type="checkbox"/> MAO <input type="checkbox"/> IOA <input type="checkbox"/> autre :

Annexes 2 : Liste des tableaux et des figures

Figures :

Figure 1 : répartition hebdomadaire des inclusions.....	23
Figure 2 : répartition hebdomadaire et nycthémerale des inclusions.....	23
Figure 3 : répartition nycthémerale des inclusions (jour nuit).....	24
Figure 4 : répartition nycthémerale des inclusions (heures)	24
Figure 5 : répartition des inclusions sur la PDS.....	25
Figure 6 : sexe des patients inclus.....	25
Figure 7 : personne adressant les patients inclus.....	26
Figure 8 : mode d'arrivée des patients inclus.....	26
Figure 9 : admission informatique.....	27
Figure 10 : motifs de consultation des patients inclus.....	27
Figure 11 : motifs des consultations médicales des patients inclus.....	28
Figure 12 : motifs du choix des urgences selon les périodes définies.....	29
Figure 13 : avis paramédical et médical selon les périodes définies.....	31
Figure 14 : orientation des patients inclus.....	33
Figure 15 : décision d'orientation de patients inclus.....	33

Tableaux :

Tableau 1 : statistiques descriptives des âges des patients inclus.....	25
Tableau 2 : motifs des choix des urgences du CHU de Nantes.....	30
Tableau 3 : avis paramédical et médical.....	32

Bibliographie

1. Larousse 2015. Urgence définition
2. ORUMIP. Classification CCMU. Chiffres clés de l'activité des urgences 2013.
3. Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine JP, et al. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med.* 2009 Apr;16 (2):61-7. PubMed PMID: 19194114.
4. Évelyne CASH, Roland CASH, Jean-Louis DUCASSÉ, Claire HAULT, Flore MATTHIEU, Thomas RICHARD. Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières. *SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE N° 125* ; mars 2013
5. Site web du CHU de Nantes - urgences [Internet]. [cité 24 août 2016]. Disponible sur: http://www.chu-nantes.fr/urgences-407.kjsp?RH=SERV_CLINIQUE
6. G. Bleichner. Architecture des services d'urgence. *Journal Europeen des Urgences.* Vol 18, N° 2 - juin 2005. pp. 102-126
7. Beltramini A, Debuc E, Pateron D. Organisation des structures d'urgence. [/data/traites/ug0/25-51550/](http://www.em-consulte.com/en/article/1022638) [Internet]. 19 déc 2015 [cité 24 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/1022638>
8. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göranson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg. Med* 2011 ; 19 : 43.
9. ioa2004.pdf [Internet]. [cité 24 août 2016]. Disponible sur: <http://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/ioa2004.pdf>
10. B. DEBIEN, M. SEBBANE, P. O. BARD, I. GIRAUD, J. RUBENOVITCH, J. J. ELEDJAM. Accueil et orientation aux Urgences : faut-il un médecin ou un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état ? [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <http://urgentologue.free.fr/dmdocuments/organisation/sau/2008%20%20accueil%20et%20orientation%20aux%20urgences.pdf>
11. Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, Norman G, Scaletta TA, Keane D, et al. Refusing care to emergency department of patients: evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med.* Févr 1994;23(2):286-93.
12. Article L.6314-1 du Code de la Santé Publique résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009
13. Ordre National des Médecins. Etats des lieux de la permanence des soins au 01/01/2014.
14. Valérie Carrasco DB. Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale. *DREES* janvier 2003. N° 212

15. S. Gentile, E. Amadeï, J. Bouvenot, A.C. Durand, I. Bongiovanni, J. Haro, C. Giraud, R. Sambuc. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé publique* 2004, volume 16, no 1, pp. 63-74
16. Maison médicale de garde – Wikipédia [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Maison_médicale_de_garde
17. J.F. Lamarchi, C. Poirel, B. Rousseau, G. Gambini, J. Rakotonirina, D. Zanini, P. Gerbeaux, P. Jean. Une permanence médicale d'un genre nouveau proposée aux malades comme alternative au SAU ; Bilan de la première année d'activité. *JEUR*, 2004, 17, 1S48-1S51
18. Grall Jy. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. 2006 et 2007 aout 2007.
19. J Caron. La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale : exemple du couple SAU de l'Hôpital Saint – Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny – Villiers. [En ligne]. [Thèse de doctorat de médecine. Université de Creteil] 2009.
20. Durand AC, Gentile S, Amadei E, Haro J, Tardieu S, Giraud C, et al. P5-7 Motifs de recours aux urgences de l'Hôpital Nord de Marseille. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2004 9;52, Supplement 1(0):92.
21. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med*. mars 2011;29(3):333-45.
22. ORUMIP. Classification CCMU. Chiffres clés de l'activité des urgences 2013.
23. A. DAVIDO, B. DIAKITE, N. SEMBACH et al. Les consultations non urgentes (CNU) dans les services d'urgences : importance et signification. *Réan Urg*, 1996, 5, p. 131
24. V. LAFAY, I. KONEPAUT, I. TONOLLI et al. Profil de l' « usager abusif » du SAU. *Réan Urg*, 1998, 7, p.143
25. Lang, Th. Davido A, Diakite B and Al. Nonurgent care in the hospital medical emergency department in France : How much and which health needs does it reflect ? *J Epidemiol Community Health* 1996 aout 1996;50:62-456.
26. S. Gentile, AC. Durand, I. Bongiovanni, S. Rofritsch et le Collège des médecins urgentistes de la région PACA. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. Disponible sur: <http://copacamu.org/IMG/pdf/>
27. A. Trinh-Duc, C. Perier, P. Fort, J. Nicod. Y a-t-il lieu de modifier la prise en charge des patients CCMU I et II ? *JEUR*, 2002, 15-24

28. Anne-Claire Durand, Sylvie Palazzolo, Nicolas Tanti-Hardouin, Patrick Gerbeaux, Roland Sambuc, and Stéphanie Gentile. Non urgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers ? BMC Res Notes 2012 ; 5 : 525.
29. S. Gentile, P. Vignalli, A-C Durand, S. Gainotti, R. Sambuc, P. Gerbeaux Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Services Research 2010 10:66
30. Ladner J, Bailly L, Pitrou I, Tavolacci M-P Patients who refer themselves to hospital accident and emergency departments: reasons for consulting and how they follow their treatment. *Pratiques et Organisation des Soins* volume 39 n° 1 / janvier-mars 2008
31. Carret Lv, Fassa G, Kawachi I. Demand for emergency health service, factor associated with inappropriate use. BMC Health Service Research 2007 7 aout 2007: 131.
32. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003 7;117(4):250-255.
33. Gentile.S, Durand.C, Vignally.P, Sambuc.R, Gerbeaux.P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgences sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative?. Elsevier Masson SAS. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 57 (2009) 3–9
34. V. Lafay, C. Giraud, C. Bel, O. Giovannetti. Consultation de médecine générale au sein d'un service d'accueil des urgences. Historique, bilan et perspectives. *Presse Med* 2002 ; 31 : 1643-9
35. Gau V. Profils et motivations des personnes venant consulter aux urgences de l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon; 1999.
36. Valérie Carrasco DB. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES janvier 2003.
37. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. *Am J Emerg Med* 2005 3;23(2):131-137.
38. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, Dilts W, Runge C, Lund J, Porter R: Inappropriate emergency department visits. *Ann Emerg Med* Juillet 1985; 14: 672-676
39. Marchetti M. La réorientation à l'accueil des urgences: habitudes locales et individuelles : comparaison des pratiques professionnelles françaises avec la littérature internationale [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=GZOqmwEACAAJ>
40. HUGLI O.W., POTIN M., SCHREYER N., YERSIN B.: Engorgement des centres d'urgences, une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? *Revue Médicale Suisse* N° 75, article n° 31553 - <http://www.revmed.ch>
41. Hodgson J. The genteel outpatient abuse at the public charities. *Lancet* 1849;2:705.

42. S. Gentile, P. Vignalli, A-C Durand, S. Gainotti, R. Sambuc, P. Gerbeaux Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Services Research 2010 10:66
43. Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) Sous Section 1 articles R-712-74 du code de santé publique.
44. Décret no 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) Sous Section 1 articles R-712-63 à 79 du code de santé publique.
45. ARS. Urgences : à consommer avec modération. [Internet]. [cité 3 septembre 2016]. Disponible sur: <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Urgences-a-consommer-avec-mo.179062.0.html>

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

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

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

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

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

Statistiques

Nombres de pages : 55

Nombre de mots : 14174

Nombre de caractères (espaces non compris) : 73946

Nombre de caractères (espaces compris) : 88411

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Epidémiologie descriptive des patients non admis aux urgences du CHU de Nantes.

RESUME

Introduction : L'augmentation du nombre de passage aux urgences est un problème actuel. La non admission de patient dès l'accueil est une pratique appliquée en réponse aux consultations inappropriées.

Matériel et méthode : L'étude était prospective, mono-centrique, observationnelle et descriptive. Les patients non admis du 10 août au 10 septembre 2015. Le critère de jugement principal était l'épidémiologie de la population. Les critères de jugement secondaire étaient l'étude de la prise en charge des patients et leur orientation.

Résultats : 209 patients ont été inclus, soit 3,3% des patients se présentant aux urgences. 114 hommes âgés de 39 ans en moyenne, et 95 femmes âgées de 37 ans en moyenne. 86 % sont venus la nuit, 51% pendant la permanence des soins. 93% des patients venaient sur leur propre initiative. Dans 82% des cas le motif était traumatologique. 42% des patients souhaitaient un conseil médical. 90% des patients n'ont pas bénéficié d'admission informatique. 49% des patients ont été vus par l'IAO seul. 30% des patients ont été vus par le médecin après appel de l'IAO. 80% des patients inclus ont été réorientés : 42% vers le médecin traitant, 23% vers une maison médicale de garde. La décision d'orientation a été prise dans 33% des cas par le médecin et 29% par l'IAO seul.

Conclusion :

Au vu de ces résultats, nous proposons d'améliorer l'information auprès de la population générale, de former les professionnels de santé à la réorientation, de mettre en place des cabinets de médecine générale au sein des urgences et enfin de mettre en place un MAO jusqu'à minuit tout en optimisant sa présence à l'accueil.

MOTS-CLES :

Urgences, Patient non admis, Orientation, Permanence des soins, MAO

ABSTRACT

Title : Descriptive epidemiology of unexamined patients at the Nantes University Hospital's emergency service.

Introduction : The increase of consultations at the emergency service constitutes a problem. The decision to refuse to examine a patient at the front desk is common in response to an inappropriate reason.

Material and method : This was a prospective, observational and descriptive study conducted in a single research center. Were included the unexamined patients which presented themselves at the front desk of the emergency service of the Nantes University Hospital between the 10th of august 2015 and the 10th of september 2015. The main outcome was the epidemiology of the population. The secondary criteria was the study of the future of these patients and their orientation.

Results : 209 patients were included, representing 3,3% of patients coming to the emergency service. 114 men which an age of 39, and 95 women which average age was 37. 86% came at night and 51% during the permanency of care. 93% came on their own initiative. In 82% of cases the motive of consultation was traumatologic. 42% of patients wanted medical advice. 90% of these patients didn't have an computerized admission. 49% of patients were only see by the reception nurse. 30% of patients were examined by a doctor called by the reception nurse. 80% of the included patients were reorientated : 42% towards their general practitioner and 23% towards a medical structure on duty. These decisions of reorientations were taken by the doctor in 33% of cases and the reception nurse alone in 29% of cases.

Conclusion :

In light of these results, we suggest to improve the information of the general population, to train health professionals to the reorientation of patients, to organize consultations by general practitioners in the emergency service and to set up a reception doctor until midnight and to optimize his presence at the front desk.

Keywords :

Emergency service, Unexamined patients, Orientation, Permanency of care, Reception doctor

Titre de Thèse : Epidémiologie descriptive des patients non admis aux urgences du CHU de Nantes.

RESUME

Introduction : L'augmentation du nombre de passage aux urgences est un problème actuel. La non admission de patient dès l'accueil est une pratique appliquée en réponse aux consultations inappropriées.

Matériel et méthode : L'étude était prospective, mono-centrique, observationnelle et descriptive. Les patients non admis du 10 août au 10 septembre 2015. Le critère de jugement principal était l'épidémiologie de la population. Les critères de jugement secondaire étaient l'étude de la prise en charge des patients et leur orientation.

Résultats : 209 patients ont été inclus, soit 3,3% des patients se présentant aux urgences. 114 hommes âgés de 39 ans en moyenne, et 95 femmes âgées de 37 ans en moyenne. 86 % sont venus la nuit, 51% pendant la permanence des soins. 93% des patients venaient sur leur propre initiative. Dans 82% des cas le motif était traumatologique. 42% des patients souhaitaient un conseil médical. 90% des patients n'ont pas bénéficié d'admission informatique. 49% des patients ont été vus par l'IAO seul. 30% des patients ont été vus par le médecin après appel de l'IAO. 80% des patients inclus ont été réorientés : 42% vers le médecin traitant, 23% vers une maison médicale de garde. La décision d'orientation a été prise dans 33% des cas par le médecin et 29% par l'IAO seul.

Conclusion :

Au vu de ces résultats, nous proposons d'améliorer l'information auprès de la population générale, de former les professionnels de santé à la réorientation, de mettre en place des cabinets de médecine générale au sein des urgences et enfin de mettre en place un MAO jusqu'à minuit tout en optimisant sa présence à l'accueil.

MOTS-CLES :

Urgences, Patient non admis, Orientation, Permanence des soins, MAO